

Traumatismes psychiques

Prise en charge psychologique des victimes

Louis Crocq

N. Chidiac	S. Hariki
J.-M. Coq	F. Pierson
D. Cremniter	P. Pignol
L. Daligand	C. Tarquinio
C. Damiani	G. Vila
D. Demesse	B. Vilamot
C. Duchet	L. M. Villerbu
J.-P. Gandelet	M. Vitry

2^e édition



ELSEVIER
MASSON

Chez le même éditeur

Dans la collection Psychologie

Ateliers d'écriture thérapeutique, par N. Chidiac. 2013, 2^e édition, 224 pages.

Art-thérapie, par A.-M. Dubois. 2013, 168 pages.

Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie,
par R. Roussillon. 2012, 256 pages.

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale,
par R. Roussillon, 2^e édition, à paraître en 2014.

Dans la collection Les Âges de la vie

Adolescence et psychopathologie, par D. Marcelli, A. Braconnier. 2013,
8^e édition, 688 pages.

Psychopathologie transculturelle, par Th. Baubet, M.-R. Moro. 2013,
2^e édition, 304 pages.

Crise et urgence à l'adolescence, par Ph. Duverger, M.-J. Guedj-Bourdau. 2013,
352 pages.

Psychopathologie du travail, par Ch. Dejours, I. Gernet. 2011, 168 pages.

Enfance et psychopathologie, par D. Marcelli, D. Cohen. 2012, 9^e édition,
688 pages.

Introduction à la psychopathologie, par A. Braconnier, E. Corbobesse,
F. Deschamps et al. 2006, 352 pages.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs. 2010,
4^e édition, 488 pages.

Psychopathologie de la scolarité, par N. Catheline. 2012, 3^e édition,
432 pages.

Le geste suicidaire, par V. Caillard, F. Chastang, 2010, 316 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, par G. Ferrey, G. Le Gouès. 2006, 6^e édition,
384 pages.

Psychopathologie de la périnatalité, par J. Dayan, G. Andro, M. Dugnat.
2^e édition, à paraître en 2014.

Dans d'autres collections

Psychopathologie pathologique théorique et clinique, par J. Bergeret *et alii*.
Collection Abrégés de médecine, 2012, 11^e édition, 368 pages.

Psychiatrie de l'adulte, par T. Lemperrière, A. Féline, J. Adès, P. Hardy,
F. Rouillon, 2006, 2^e édition, 554 pages.

Neuropsychologie, par R. Gil, 2012, 5^e édition, 512 pages.

Traumatismes psychiques

Prise en charge psychologique des victimes

Louis Crocq

Nayla Chidiac, Jean-Michel Coq, Didier Cremniter, Liliane Daligand,
Carole Damiani, Dominique Demesse, Clara Duchet, Jean-Patrick Gandelet,
Souad Hariki, Frédéric Pierson, Pascal Pignol, Cyril Tarquinio,
Gilbert Vila, Bernard Vilamot, Loïc M. Villerbu, Michèle Vitry

2^e édition



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-71381-1

ebook ISBN : 978-2-294-72606-4

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Auteurs

Nayla Chidiac : psychologue clinicienne, consultation de psychotraumatologie et atelier d'écriture du centre hospitalier Sainte-Anne, Paris ; enseignante au DIU Le traumatisme psychique, universités Paris V et Paris VI.

Jean-Michel Coq : psychologue clinicien, maître de conférences à l'UFR de psychologie de Rouen ; Cellule d'urgence médico-psychologique de Paris-Île-de-France.

Didier Cremniter : psychiatre, responsable et coordinateur national du réseau des Cellules d'urgence médico-psychologique ; professeur associé à l'université René-Descartes, Paris V.

Louis Crocq : psychiatre, professeur associé honoraire à l'université Paris V ; créateur du réseau national des Cellules d'urgence médico-psychologique ; coordinateur du DIU Le traumatisme psychique, universités Paris V et Paris VI (coordinateur de l'ouvrage).

Liliane Daligand : professeur de médecine légale à l'université Claude Bernard-Lyon 1 ; psychiatre des hôpitaux au centre hospitalier Lyon Sud ; expert près la cour d'appel de Lyon ; présidente de VIFF-SOS Femmes.

Carole Damiani : psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique, chargée de mission à l'Inavem, thérapeute à l'association Paris aide aux victimes.

Dominique Demesse : psychologue clinicienne, Cellule d'urgence médico-psychologique de Paris ; consultation spécialisée pour traumatismes, centre hospitalier Saint-Antoine, Paris ; enseignante au DIU Le traumatisme psychique, universités Paris V et Paris VI.

Clara Duchet : psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique, maître de conférences à l'université Paris V ; Cellule d'urgence médico-psychologique de Paris.

Jean-Patrick Gandelet : pédopsychiatre, Paris ; ancien psychiatre référent de la Cellule d'urgence médico-psychologique de Haute-Saône.

Souad Hariki : psychologue clinicienne, Cellule d'urgence médico-psychologique de Paris ; Réseau euro-méditerranéen Child Trauma Network.

Frédéric Pierson : psychologue, cabinet *Pierson Crisis Consulting*, Paris.

Pascal Pignol : psychologue clinicien, centre hospitalier spécialisé, consultation de victimologie ; Institut de criminologie et sciences humaines, université Rennes II.

Cyril Tarquinio : professeur des universités, praticien EMDR, université Paul-Verlaine, Metz, Laboratoire de psychologie clinique et cognitive (LPCC), équipe Psychologie de la santé.

Gilbert Vila : pédopsychiatre, unité de psychopathologie et centre de victimologie pour mineurs, hôpital Armand Trousseau, Paris.

Bernard Vilamot : pédopsychiatre, centre hospitalier du Bon Sauveur, Albi ; psychiatre à la Cellule d'urgence médico-psychologique du Tarn.

Loïc M. Villerbu : professeur de psychologie, directeur du master de victimologie, Institut de criminologie et sciences humaines, université Rennes II.

Michèle Vitry : psychologue, psychanalyste, Cellule d'urgence médico-psychologique de Paris ; enseignante au DIU Le traumatisme psychique, universités Paris V et Paris VI.

Préface

Dans notre monde de violence – violences des catastrophes naturelles ou accidentelles et violence des hommes exercée dans les guerres, le terrorisme, les agressions physiques et psychiques, le viol, la maltraitance et la torture –, les victimes traumatisées se tournent de plus en plus, car une telle démarche est entrée dans les mœurs, vers les psychologues et les psychiatres (et aussi vers leur médecin généraliste) pour trouver un soulagement à leur souffrance psychique et un soutien compétent à leur vécu de détresse et d'abandon. Mais encore faut-il que ces praticiens connaissent cette pathologie du traumatisme psychique, pathologie trop longtemps méconnue et délaissée dans les ouvrages universitaires ; et qu'ils soient instruits des méthodes et techniques de prise en charge de ces patients.

D'où l'opportunité d'un ouvrage réunissant :

- un rappel des principaux tableaux cliniques, immédiats, post-immédiats et chroniques déterminés par le traumatisme psychique ou trauma ;
- l'inventaire des principales approches thérapeutiques, anciennes ou nouvelles, appropriées à soulager la souffrance de ces victimes traumatisées ;
- la présentation succincte de quelques exemples concrets d'interventions ou d'actions de soutien psychologique et de thérapie effectuées auprès de ces victimes, adultes ou enfants, dans différents cas de figure.

L'ouvrage, centré sur une optique pratique, s'adresse en premier lieu aux psychologues qui doivent prendre en charge des patients victimes de traumatismes psychiques : psychologues travaillant en institutions, telles que les urgences psychiatriques, les Cellules d'urgence médico-psychologique, les consultations de psychotraumatologie des hôpitaux généraux, des dispensaires et des instituts médico-psychologiques (IMP), mais aussi psychologues employés dans les associations d'aide aux victimes, etc.

Il s'adresse encore aux psychologues des sapeurs-pompiers, de la Croix-Rouge, de la Protection civile et des associations humanitaires, qui doivent œuvrer d'abord dans l'immédiat, sur le terrain, puis à moyen et long termes, pour le soutien psychologique des victimes de catastrophes et d'accidents collectifs, et parallèlement pour le soutien psychologique des sauveteurs traumatisés. À cette fin, la distinction entre soutien psychologique et soins médico-psychologiques sera clairement établie.

Il s'adresse en outre aux psychologues dans des cabinets de groupe (cabinets de crise) ou en cabinet privé qui reçoivent de plus en plus, dans leur consultation, des victimes d'accident et d'agression, et des patients – enfants et adultes – traumatisés.

VIII

Au-delà des psychologues, cet ouvrage est écrit à l'intention des psychiatres travaillant en institution (hôpitaux et IMP) ou en cabinet privé, de plus en plus souvent confrontés à de tels patients. Dans une moindre mesure, il s'adresse aux médecins généralistes, amenés à prendre en charge des patients traumatisés réticents à aller consulter un psychiatre, et le cas est très fréquent.

Enfin, les médecins du travail, apprendront à mieux connaître cette pathologie du traumatisme psychique afin de coopérer efficacement avec les thérapeutes.

Le lecteur trouvera dans l'ouvrage le rappel et la mise au point des tableaux cliniques du trauma et de ses séquelles, ainsi que la présentation succincte des principales méthodes et techniques d'intervention psychologique auprès des victimes traumatisées. Il y découvrira aussi la présentation d'approches thérapeutiques originales et peu connues, telle l'intervention psychothérapique post-immédiate (IPPI), démarquée des différents débriefings, l'approche sérielle des victimes et l'accompagnement psychologique des familles endeuillées. Il pourra enfin s'initier à des techniques thérapeutiques spécialisées, telles l'EMDR (*eye movement desensitization reprocessing*), la technique des trois dessins et la mallette de jeu portable.

Puisse la lecture de cet ouvrage aider le lecteur psychologue à déterminer et bien mener son action auprès des patients traumatisés qui ont besoin d'une aide compétente et spécialisée pour le soulagement de leur souffrance.

Louis Crocq

Introduction

Violence, victime et sociétés

L. Crocq

1. La violence et son impact

Notre monde moderne est de plus en plus exposé à la violence. Il peut s'agir de la violence attenante aux catastrophes naturelles, technologiques ou accidentelles, de guerre (bombardements de villes), ou enfin « de société » (émeutes, mouvements de foule générant des paniques). Il peut s'agir aussi de la violence exercée délibérément et individuellement par un individu ou un petit groupe d'individus contre une personne ou un petit groupe de personnes : agression physique ou verbale, viol, hold-up, prise d'otages. Toute cette violence peut provoquer des morts et des blessures graves, et aussi des « *blessures psychiques* », si on sait que tout blessé physique peut aussi être un blessé psychique, par le choc émotionnel immédiat et les perturbations psychiques durables que l'événement a déterminées au sein de son psychisme. On s'accorde à donner le nom de « *traumatisme psychique* » ou « *trauma* » à ce phénomène de choc émotionnel grave qui se manifeste par une effraction subite des défenses du psychisme et détermine des perturbations profondes au sein de ce psychisme.

2. La victime

On désigne sous le nom de « *victimes* » les personnes qui ont subi cette violence, qu'elles l'aient ou non vécue comme un trauma. Si elles l'ont vécue comme un trauma, on parlera de « *victimes traumatisées* ». En 1985, l'Organisation des Nations unies (ONU) a défini les victimes comme :

les personnes qui ont subi un préjudice physique, mental, moral ou matériel, ou dans leurs droits fondamentaux [...] en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois ou constituent des violations des droits de l'homme.

Une telle définition se réfère à la loi et à la morale universelle, mais c'est une définition insuffisante, qui ne s'applique pas aux victimes de catastrophes naturelles. Voilà pourquoi nous proposons une définition plus explicite et plus exhaustive : *est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du*

fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.).

3. Victime et société

Sur le plan psychologique, on ne peut limiter le processus victimaire à la seule relation entre la victime et son agresseur (en cas d'agression), ni limiter l'univers de la victime à sa personne et son malheur. Le « plus petit dénominateur commun de la victime » déborde son sac de peau et sa sphère psychique interne, et implique une expérience vécue complexe, une relation à d'autres partenaires et, dans une certaine mesure, une relation plus étendue avec l'ensemble de la communauté. Parmi les partenaires éventuels, citons : les covictimes, les témoins, les sauveteurs ou les premières personnes qui sont venues secourir la victime, la famille (d'abord excessivement compatissante, puis indifférente), les amis et les collègues, les soignants, les enquêteurs (police, juges), les associations de défense des victimes, les experts (parfois méfiants et soupçonneux) et les médias (qui détiennent un rôle ambigu, car ils redonnent à la victime son droit d'exister dans la conscience des autres, puis imposent l'oubli, qui peut être vécu comme un abandon, voire un second trauma).

La relation entre la victime et le corps social est complexe et obscure. Son fondement remonte à l'Antiquité et peut être éclairé par le mythe. Dans la société antique, on immolait un animal « victime », dans un contexte communautaire et religieux, pour écarter un danger (sacrifice conjuratoire) ou s'attacher la bienveillance des dieux (sacrifice propitiatoire). Lorsque l'enjeu était important, on immolait un être humain (un prisonnier) ; et si l'enjeu était primordial, vital pour la communauté, on immolait un être cher : le propre fils ou la propre fille du sacrifiant. Ainsi, dans la Bible, Abraham était prêt à égorger son fils unique Isaac, sur un ordre de Dieu ; et Jephté, neuvième juge d'Israël, ayant fait vœu de sacrifier le premier être qui sortirait de sa maison s'il revenait vainqueur de son combat contre les Ammonites, et voyant sortir de sa maison non pas un animal mais sa propre fille, fut pris au piège de son vœu imprudent et dut la tuer (elle se montra d'ailleurs consentante). Dans la tragédie grecque, c'est Iphigénie que son père Agamemnon, chef de l'armée grecque, doit sacrifier à Artémis sur la foi d'un oracle qui exige ce prix pour faire lever des vents favorables à la flotte qui doit transporter les guerriers grecs vers Troie. Il ne le fait pas de gaieté de cœur, si on s'en rapporte aux diverses versions données par Eschyle, Sophocle et Euripide. On le voit tantôt jouet de son propre orgueil et poussé par les chefs des armées (*Agamemnon*, d'Eschyle, 458 av. J.-C.), tantôt victime d'Artémis qu'il a imprudemment défiée (il se serait vanté

d'avoir tué une biche avec plus d'adresse que ne l'eût fait la déesse, et cette dernière se venge en énonçant cet oracle) (*Électre*, de Sophocle, 415 av. J.-C.), tantôt prêt à renoncer mais devant céder à l'exigence d'Iphigénie elle-même, volontaire pour être sacrifiée si cela doit assurer la victoire de l'armée grecque (*Iphigénie à Aulis*, d'Euripide, 404 av. J.-C.). Quant à cette dernière, disparue à l'issue du sacrifice, on la retrouve en Tauride (la Crimée, limite du monde des vivants dans la géographie des Grecs anciens), où, ayant le statut de mort-vivant et promue prêtresse d'Artémis, elle doit souffrir la répétition permanente de son sacrifice en préparant à la mort les navigateurs grecs échoués sur le rivage des Taures et promis en sacrifice à la déesse. Mais, ayant reconnu son propre frère Oreste et son ami Pylade sous les traits de deux jeunes naufragés, elle s'enfuit de Tauride avec eux, emportant la statue de la déesse ; désormais, elle est instituée prêtresse d'Artémis à Brauron (près d'Athènes) et ne procède plus qu'au simulacre de sacrifice (chaque année, elle se contente de faire couler quelques gouttes de sang de la gorge d'un jeune grec, pseudo-victime). Pour [René Girard \(1972\)](#), le phénomène victimaire est social, sur le modèle du bouc émissaire : en dirigeant, en dérivant leur violence vers un seul des leurs désigné pour être victime, les autres membres de la société cessent d'exercer cette violence entre eux dans une lutte fratricide et destructrice pour la communauté ; et, si la victime est consciente de son rôle et fière de son appartenance sociale, elle se doit d'être consentante. Il n'empêche que la cité de Périclès avait fini par renier le sacrifice humain (dans *Iphigénie à Aulis*, Euripide substitue une biche à Iphigénie au dernier moment, et, à la fin d'*Iphigénie en Tauride*, on remplace le sacrifice humain par son simulacre).

4. Besoins psychiques de la victime. Nécessité d'une prise en charge psychologique

Toute victime est une personne isolée dans la société. C'est une personne atteinte et souffrante, parmi d'autres personnes qui, elles, sont indemnes. S'il s'agit d'une victime traumatisée, sa souffrance est psychique et durable. À l'instant du trauma, elle s'est sentie sans secours, abandonnée par les autres comme elle a été abandonnée par son propre langage (qui la rattache aux autres et qui lui eût permis d'attribuer du sens à ce qui lui arrive) et laissée seule en détresse face au non-sens, à l'indicible de l'expérience traumatique. Lorsqu'elle est à nouveau en contact avec les autres humains, elle ne parvient pas à exprimer cette expérience indicible ; elle revient des enfers parmi les vivants, qui la considèrent avec horreur. Pourtant, elle a besoin d'eux, de leur compréhension et de leur soutien. Elle a besoin de quelqu'un qui écoute l'énonciation de son expérience vécue. Elle est encore en détresse, et elle a besoin d'une compréhension empathique. Au sein du

corps social, la famille ne peut offrir ces soins mais seulement une compassion en écho ; et les professionnels de la réparation (enquêteurs, experts et juges) sont limités dans les cadres de leurs tâches techniques. D'où l'opportunité d'une prise en charge psychologique, assurée par des psychologues bien au fait de la psychopathologie traumatique et formés aux méthodes et aux techniques du soin ou du soutien psychologique spécialisé, qui convient aux victimes traumatisées.

Pour en savoir plus

- Crocq, L. (2006). « Figures mythiques de la victime ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2(6), 103-109.
- Girard, R. (1972). *La Violence et le sacré*. Paris: Grasset.

1 Stress et trauma

L. Crocq

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique athéorique, a proposé le vocable d'« état de stress post-traumatique » pour remplacer le diagnostic de « névrose traumatique » des nosographies européennes, récusé à cause de sa connotation freudienne. Mais s'affranchir d'une hypothèse pathogénique (la psychanalyse) pour se subordonner à une autre (l'hypothèse neurobiologique) ne résout pas le problème. D'où l'opportunité de bien définir les deux termes de stress et de trauma, qui sont couramment utilisés et parfois associés dans le discours des cliniciens, et de délimiter clairement les conditions de leur utilisation.

1. Le stress

1.1. Origine du mot « stress »

Le mot anglais *stress* est emprunté au vocabulaire des métallurgistes, qui désignaient ainsi le comportement d'un métal soumis à des forces de pression, d'étirement ou de torsion. En 1914, le physiologiste américain Cannon l'a transposé à la régulation hormonale des émotions, chez l'animal. En 1945, les deux psychiatres militaires américains [R. Grinker](#) et [J. Spiegel](#) l'appliquent à la pathologie psychiatrique de guerre, dans leur ouvrage intitulé *Men under stress*, pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat et développant en conséquence des troubles mentaux aigus ou chroniques. En 1950, le physiologiste canadien H. Selye adopte le terme de stress pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « syndrome général d'adaptation » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

1.2. Nature bio-neuro-physiologique du stress

Dans la conception de Selye, le stress était un phénomène essentiellement physiologique, ou neurophysiologique réflexe, mettant immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense. La réaction de stress se déroulait selon le parcours neurophysiologique suivant : primo, transmission des informations nociceptives depuis les organes des sens jusqu'au cerveau cortical par les voies nerveuses afférentes ; secundo, transmission de ces informations du cortex vers le mésencéphale par des connexions intracérébrales ; tertio, émission par ce mésencéphale de deux sortes de

messages vers les organes effecteurs, soit des messages neurovégétatifs utilisant la voie des nerfs, soit des messages hormonaux (délivrés par la posthypophyse) utilisant la voie sanguine. Ces messages avaient pour effet de mobiliser certains effecteurs (organes, muscles, peau, etc.) dans la vie neurovégétative et la vie de relation, et de mettre ainsi l'organisme en état d'alerte et de défense.

Des recherches neurobiologiques postérieures aux travaux de Selye (Selye est décédé en 1982) ont permis d'approfondir les mécanismes du stress, qui se déroule selon quatre axes.

- *L'axe cathécholaminergique*, reliant l'hippocampe, le système sympathique et la surrénale, aboutit dès qu'il est activé à la libération immédiate de noradrénaline dans le sang, avec ses effets d'accroître le rythme cardiaque et la pression artérielle, d'augmenter le taux de sucre sanguin, de provoquer la fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes, et de susciter la vigilance. Ses effets durent environ 15 minutes.
- *L'axe corticotrope*, reliant l'hypothalamus, l'hypophyse et la surrénale, entraîne, s'il est activé, une libération massive de glucocorticoïdes, qui favorise la néoglycogénèse à partir des protides et des lipides, prenant ainsi le relais de l'adrénaline qui a rapidement épuisé les réserves en glycogène. Son action dure environ 2 heures.
- *L'axe des peptides opiacés* utilise la libération de certains peptides – la mélanotrophine et la bêta-endorphine – pour atténuer l'intensité de la réponse émotionnelle, en particulier de la réponse de peur.
- Enfin, *l'axe immunitaire* pourrait représenter le niveau le plus profond de l'activité défensive du stress, car le cortisol détruit les tissus lymphoïdes et effondre ainsi les défenses immunitaires. Les glucocorticoïdes détiendraient donc un rôle ambivalent : assurer une défense dans l'urgence, mais affaiblissant d'autant la capacité défensive résiduelle de l'organisme.

Au total, la réaction de stress en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas quelques heures. Toutefois, si les stressseurs (facteurs de stress) maintiennent leur action, il va de soi qu'elle se prolongera d'autant. Son inconvénient est qu'elle est grevée de symptômes gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux) et qu'elle est coûteuse en énergie. Elle est tellement dépensière en énergie qu'elle épuise les réserves hormonales et glucidiques, et que, si la situation d'agression se perpétue ou se renouvelle à de trop brefs intervalles, l'organisme s'épuise et s'effondre. Dans certaines expériences de Selye, des stress violents et prolongés pouvaient aboutir à la mort de l'animal par épuisement.

1.3. Psychologie du stress

Selye insistait surtout sur la nature physiologique du stress, sans chercher à en explorer le vécu psychique. Des recherches ultérieures ont exploré ce vécu. De nature réflexe, le stress se déclenche et se déroule sans intervention

de la volonté, même si le sujet est conscient de la menace ou de l'agression, et conscient ensuite de sa propre réaction ainsi que des modifications physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. On admet que le stress a trois principaux effets psychologiques :

- il focalise l'attention sur la situation menaçante, chassant provisoirement de la conscience les autres préoccupations et pensées en cours ;
- il mobilise les capacités cognitives (attention, mémorisation, évaluation, raisonnement) ;
- et il incite à la prise de décision et à l'action.

En outre, le stress permettrait au sujet de contrôler relativement son émotion. Le stress est une réaction utile, adaptative. Grâce à son stress, le sujet échappe au danger ou se trouve en mesure d'y faire face, ce qui correspond au mot anglais *coping*. La réaction de stress s'achève alors, sur le plan psychologique, par une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique intriquée avec un vécu euphorique de soulagement (« quitte pour la peur »). Mais il arrive que si le stress est trop intense, trop prolongé ou répété à de trop courts intervalles, il se mue en réaction de stress dépassé, inadaptative. La clinique de cette réaction de stress dépassé sera exposée plus loin, dans un autre chapitre.

1.4. Extensions du mot « stress »

Au cours de l'évolution de sa pensée, Selye fut amené à préciser que le mot « stress » désigne la réaction de l'organisme, et non pas les agents extérieurs provoquant cette réaction. À ces agents extérieurs, il réservait le nom de stressseurs (*stressors*). Selye avait aussi, vers la fin de sa vie, étendu la notion de stress aux réactions de joie subite éprouvées à l'annonce d'un événement heureux (mariage, héritage, avancement dans la carrière). Ces réactions étaient comparables aux stress répondant à une agression ou une menace, et les modifications observées sur les effecteurs étaient les mêmes. Il y avait ainsi l'*eustress* du bonheur, et le *distress* du malheur. Enfin, une troisième distinction admise par Selye admettait une variété atténuée et prolongée du stress, concernant les « stress de la vie courante ». À côté des stress répondant à une agression intense et brève, il y avait lieu d'admettre les stress répondant à des microagressions prolongées ou répétées. Par exemple, l'exposition prolongée aux vibrations, au bruit, à l'éclairage violent, aux atmosphères enfumées, le manque de sommeil et de repos, l'accumulation de fatigue, et même les soucis et conflits de la vie quotidienne pouvaient constituer des stressseurs à effet cumulatif.

1.5. Définition du stress

Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, on peut définir le stress comme la *réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de*

mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée.

2. Le traumatisme psychique ou trauma

2.1. Origine étymologique et emprunt à la chirurgie

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient *traumatisme psychologique* ou *trauma*, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme.

On peut donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.*

2.2. Premières théories psychologiques du trauma

C'est [Pierre Janet](#) qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, *L'Automatisme psychologique*, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Puis, ce corps étranger va donner lieu à une *dissociation de la conscience* : la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Sur le plan thérapeutique, Janet préconise :

- de faire réapparaître sous hypnose l'événement traumatisant oublié de la conscience et de le révéler au patient à son réveil ;

- d'induire sous hypnose une issue heureuse à l'événement, pour effacer les effets nocifs de son issue réelle ;
- et d'inciter le sujet à transformer par le langage sa souvenance brute en souvenir construit.

2.3. Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma

Quatre ans plus tard, en 1893, dans sa *Communication préliminaire*, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de « *réminiscence* », terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver, tant il est vrai que le concept d'idée fixe évoque une construction cognitive qui n'est pas le fait de la souvenance traumatique. Qui plus est, concernant la thérapeutique, Freud préconise la « *méthode cathartique* » (le mot catharsis est emprunté cette fois à Aristote), qui consiste à faire revivre au patient (sous hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coincés, non abréagés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant.

En 1921, dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc *trauma*) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses qui les reçoit.

2.4. Deux variantes psychanalytiques : Kardiner et Ferenczi

Plutôt que l'*ego affectif* freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un *ego effectif*, qui lors de l'expérience traumatique serait débordé dans ses fonctions d'adaptation à l'environnement. Cet ego effectif, développé dès la naissance, est chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modification de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). L'ego effectif utilise surtout les fonctions sensorielles, les capacités cognitives, les capacités psychomotrices et les régulations neurovégétatives. Mais, sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'ego effectif agressé que la contraction sur soi, ou la dissociation ; d'où les symptômes d'inhibition, de distractibilité, les conversions sensorielles, sensitives et motrices, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. Ces symptômes traduisent les quatre changements fondamentaux de l'ego effectif : changement quant à la perception du monde extérieur, changement quant aux techniques d'adaptation, changement quant à la perception de soi et changement quant à la régulation neurovégétative ; ils témoignent de l'instauration d'une « nouvelle personnalité », dit Kardiner, « établie sur les ruines de ce qui fut le système effectif ».

Cette conception de Kardiner, proche de celle de Pierre Janet, est proche aussi de celle de Ferenczi. Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité ; sous l'impact, il se produisait d'abord une « hallucination négative », vertige ou brève perte de conscience, immédiatement suivie d'une « compensation hallucinatoire positive » apportant l'illusion du plaisir. Ensuite s'installait l'amnésie névrotique, traduisant le clivage psychotique, puisqu'une partie de la personnalité allait vivre pour son compte et chercher d'autres issues que les symptômes psychonévrotiques qui utilisent le symbole. Ferenczi maintenait parallèlement l'hypothèse de perturbations affectives, dont celles consécutives à l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et à l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi, l'une et l'autre génératrices d'angoisse. Seule l'autodestruction de sa cohésion psychique – unique solution accessible – pouvait délivrer le sujet de cette angoisse, évitant la destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments.

2.5. Conception lacanienne du trauma

Beaucoup d'exégètes de Freud se sont attardés sur cet aspect « énergétique » du trauma, en oubliant son aspect « absence de signification ». Plus récemment, se référant à Lacan, des cliniciens tels que Briole et Lebigot (1994) ont réhabilité cet aspect. Pour eux, ce qui fait essentiellement trauma, c'est la *confrontation inopinée avec le réel de la mort*. Dans la vie courante, nous ne sommes pas confrontés directement au réel du monde, mais à la *réalité* que nous en construisons, dès le stade de la perception, par le biais de nos symboles, de notre langage, de nos représentations mentales et de notre culture ; bref, de nos signifiants. Nous ne percevons du monde qu'une réalité édulcorée, travestie par le fantasme et choyée par le rêve (Crocq, 1999). Or, voici que l'événement violent nous met subitement et directement en contact avec le « réel de la mort », sans que nous ayons eu le temps ni même la possibilité (car nous sommes démunis de « représentations » de la mort, faute d'avoir bénéficié d'une « présentation » préalable) d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant (selon Lacan), et d'habiller ce réel en réalité. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même, ou destruction totale, néantisation, avec ses vécus cliniques de « trou noir », ou de « panne psychique » par défaut de parole et de pensée.

Approfondissant la métaphore de l'effraction au travers du pare-excitation, Lebigot (2003 et 2004) dit que l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) nouer des liens avec le maillage des représentations de l'inconscient et se transformer ainsi en souvenir sensé, mais encore le lieu – inaccessible à la conscience – du refoulé originaire. C'est le lieu « d'avant le langage », où sont déposées les premières expériences du nourrisson, expériences brutes de jouissance dans la complétude alimentaire, ou d'anéantissement par défaut du contact maternel. Avec l'acquisition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement, à partir duquel elles constituent le socle d'élaboration fantasmatique de l'« objet perdu », où les angoisses de perte de satisfaction, de perte d'objet, et de castration, référées au principe du plaisir, remplaceront les angoisses d'anéantissement (d'où l'intitulé de l'essai de Freud *Au-delà du principe du plaisir*). Or, l'expérience traumatique, court-circuitant le recours au langage, court-circuite aussi le refoulement originaire et renvoie le sujet, horrifié et fasciné, à ses expériences archaïques d'anéantissement et de jouissance brute. Il est horrifié, car il se retrouve face au néant de ses origines ; il est fasciné, car il retrouve ainsi l'objet perdu du sein maternel. D'où son attachement morbide à son trauma, mais aussi sa culpabilité pour avoir commis (même s'il n'a pas choisi de le faire) cette transgression majeure.

2.6. Théorie phénoménologique du trauma

Les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (Crocq, 1999). Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur au *dasein*, relevant d'un être-au-monde plus vaste, et renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité du temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « moment propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et « prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses. Plus qu'une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens, ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désignées et représentées, pour entrer dans le monde du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons tous la certitude sans en avoir la connaissance, et que nous avons tenté vainement d'exorciser à chacune de nos paroles, où – comme le disait Merleau-Ponty en 1961 dans son cours au Collège de France – nous affirmions désespérément notre être comme « quelque chose... et non pas rien ».

3. Recommandations pour l'emploi des mots « stress » et « trauma »

3.1. Stress et trauma : deux registres différents

Stress et trauma relèvent de deux registres différents : bio-neuro-physiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. L'un parle de mobilisation des ressources énergétiques, l'autre d'effraction dans les défenses psychiques, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétatifs, l'autre la clinique de l'effroi. En effet, sur le plan clinique, il n'y a pas équivalence entre les deux registres. Le plus souvent, les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie

psychotraumatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress parfaitement adaptés cacher les pires vécus traumatiques, et à l'inverse des stress dépassés spectaculaires se résoudre sans suites psycho-traumatiques.

3.2. Au sujet du vocable « état de stress post-traumatique »

En 1980, la troisième version du système nosologique américain DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) a promu le vocable de *post-traumatic stress disorder* (PTSD) pour désigner ce que les nosographies européennes reconnaissaient sous le concept de névrose traumatique. Ce vocable, mal traduit en français par les mots « état de stress traumatique » (alors que le mot « trouble » eût plus fidèlement traduit *disorder*), a fait fortune de part et d'autre de l'Atlantique (l'hégémonisme de la langue anglaise y aidant), et il a même été adopté par la Classification internationale des troubles mentaux dans sa 10^e révision de 1992 (CIM-10). Notons que l'introduction du mot anglais « *stress* » dans la pathologie psychique n'est pas anodine et reflète une prise de position résolument biologique, au détriment du mot « névrose », qui est récusé par les auteurs du DSM à cause de sa connotation psychanalytique. Quoi qu'il en soit, dans la nosographie européenne classique, le concept de névrose traumatique désignait une affection névrotique développée après une expérience de traumatisme psychique ou trauma. Dans la nosographie du DSM et dans celle de la CIM-10, le concept d'état de stress post-traumatique désigne une perturbation mentale, supposée être de nature biologique (c'est-à-dire un stress), consécutive elle aussi à une expérience de traumatisme psychique.

3.3. Événement traumatique ou événement potentiellement traumatisant

De même, on voit trop souvent employer le vocable d'événement traumatique à la fois pour des victimes qui ont réellement vécu cet événement sur le mode du trauma, et pour des rescapés qui, exposés au même événement, y ont réagi par un stress adaptatif et sans séquelles. Aussi recommandons-nous, pour désigner des événements susceptibles de générer des traumatismes, d'utiliser le vocable d'événement potentiellement traumatisant.

Pour en savoir plus

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3rd ed.). Washington, D.C: APA, 1980.
- Barrois, C. (1988). *Les Névroses traumatiques*. Paris: Dunod.
- Briole, G., Lebigot, F., et al. (1994). *Le Traumatisme psychique. Rencontre et devenir*. Paris: Masson.

- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Ferenczi, S. (1930). Principe de relaxation et néocatharsis, trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 82-97). Paris: Payot, 1982, t. 4.
- Ferenczi, S. (1932). Réflexions sur le traumatisme, trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 139-147). Paris: Payot, 1982, t. 4.
- Freud, S. (1921). *Au-delà du principe du plaisir*, trad. fr. Paris: Payot, 1956.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*, trad. fr. Paris: PUF, 1953.
- Grinker, R., & Spiegel, J. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic neuroses of war*. Washington: National Research Council.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Lebigot F. (2003), « Stress et trauma », Neuropsy, n° spécial « Les syndromes psychotraumatiques ».
- Lebigot, F. (2004). « Le Traumatisme psychique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(4), 5-12.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 10^e révision*. Genève: OMS [trad. fr. par C.B. Pull, Paris, 1993].
- Selye, J. (1950). *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill, rééd. 1986.

Le psychologue peut être appelé à apporter son soutien psychologique à une victime d'agression ou de catastrophe dans les premières heures qui ont suivi l'événement. Cela est le cas pour les psychologues des Cellules d'urgence médico-psychologique, et des équipes d'intervention de catastrophes (pompiers, Protection civile, Croix-Rouge, Secours catholique, associations humanitaires). C'est le cas aussi pour les psychologues de la police ou les psychologues travaillant en cabinet privé mandés en urgence auprès de victimes d'agressions diverses (coups et blessures, agressions à main armée, viols). Or, la clinique de la réaction immédiate est mal connue (la nosographie américaine DSM a fait l'impasse dessus), alors qu'elle a une importance primordiale : c'est à partir de ses symptômes qu'on peut déterminer si la victime a réagi à l'événement par un simple stress (le plus souvent adaptatif), ou si elle l'a vécu comme un traumatisme psychique, lourd de conséquences psychopathologiques. Même si le psychologue ne voit la victime que plus tard, lors des périodes post-immédiate et chronique, l'exploration rétrospective du vécu de la phase immédiate lui fournira des indications précieuses sur l'impact – traumatique ou non – de l'événement, et donnera au patient l'occasion d'initier une maîtrise de cet événement par la verbalisation de son expérience vécue des premiers moments.

Lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine mettant en jeu sa vie ou bien son intégrité physique ou mentale, il présente immédiatement, de façon quasi réflexe, une réaction d'alarme pour faire face à cette agression. Cette réaction a longtemps été dénommée « *réaction émotionnelle* » (encore qu'elle comporte aussi des aspects cognitifs et volitionnels) ; mais on la désigne aujourd'hui, par emprunt au vocabulaire anglo-saxon, sous le vocable « réaction de stress ». La Classification internationale des maladies mentales, dans sa 10^e révision de 1992 (CIM-10), la dénomme « *réaction aiguë à un facteur de stress* » (répertoriée F43.0). La nosographie américaine du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e révision [DSM-V], 2013) n'a rien prévu pour la désigner, ce qui est une lacune notable ([tableau 2.1](#)). Pour ne pas avoir à prendre position sur le plan pathogénique (car le mot « stress » a une connotation biophysiological), nous proposons de dénommer « *réaction immédiate* » cette réaction qui suit immédiatement l'agression et qui ne dure en principe que quelques heures (de 1 à 6 heures, mais dans certains cas de figure une journée). Elle est le plus souvent normale, adaptative (quoique grevée de symptômes neurovégétatifs gênants) ; mais elle peut se révéler parfois pathologique, et inadaptative.

Tableau 2.1. Équivalences de diagnostic entre : la réalité clinique, le système DSM-V et la CIM-10* — Syndromes psychotraumatiques aigus et chroniques.

	Tableaux cliniques	Diagnostic DSM-V	Diagnostic CIM-10
Pathologie immédiate Quelques minutes à 1 jour	Stress dépassé Réaction névropathique Réaction psychotique	?	Réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0)
Pathologie post-immédiate 2 jours à 1 mois	Latence d'une névrose traumatique	État de stress aigu (308.3) PTSD forme aiguë (309.81) (si < 1 mois)	État de stress post-traumatique transitoire (F43.1) (si < 1 mois)
Pathologie chronicisée > 1 mois	Névrose traumatique : – transitoire	PTSD forme aiguë (309.81) (si de 1 à 3 mois)	État de stress post-traumatique durable (F43.1) (si de 1 mois à 2 ans)
	– durable (voire chronique)	PTSD forme chronique (309.81) (> 3 mois)	Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F.62.0) (> 2 ans)

PTSD : *post-traumatic stress disorder*.

* Voir L. Crocq, 1998.

1. Réaction immédiate adaptative

La réaction immédiate adaptative, dénommée stress *adapté*, est une réaction d'alerte et de mobilisation. Elle double l'alarme et la mobilisation biophysiologicals du stress d'une alerte et d'une mobilisation psychologiques. Sur le plan biophysiologicals, les effecteurs sont mobilisés : accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, élévation du taux de sucre sanguin, fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes.

Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans les quatre sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale.

- Dans la *sphère cognitive*, il se produit – spontanément, sans décision délibérée – une élévation du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention et une exacerbation des capacités d'évaluation et de raisonnement, le tout aboutissant à l'élaboration d'une décision. La perception bascule subitement du mode réceptif passif à un mode actif de prospection sélective des signaux pertinents. Toute l'attention du sujet et tout son esprit sont

monopolisés par la situation de danger, et les pensées et rêveries qu'il entretenait précédemment s'envolent. Ses facultés de jugement, d'évaluation (en urgence et en gravité), de mémoire (pour retenir les informations de l'environnement et pour rappeler à l'esprit les schémas de réponse inculqués précédemment) et de raisonnement (anticipation des conséquences de la décision) sont stimulées dans une hyperactivité rapide qui répond à l'urgence de la situation. Le tout aboutit à l'élaboration d'une ou de plusieurs décisions.

- Dans la *sphère affective*, il se produit – à la faveur de la décharge biologique d'adrénaline – une bourrasque émotionnelle relativement perturbante mais qui entretient l'état d'alerte du narcissisme menacé, le porte à la conscience et inspire des sentiments d'appréhension ou de peur (contrôlée), et aussi de combativité, voire d'indignation et de colère. Toujours sur le plan affectif, la relation à autrui demeure normale et adéquate à la situation : soit (vis-à-vis des covictimes) empathie, altruisme et entraide, soit (contre l'agent menaçant) agressivité et hostilité.

- Dans la *sphère volitionnelle*, la réaction immédiate se traduit par un désir impérieux de passer à l'action. Le sujet ressent une tension interne désagréable qui ne sera réduite que par le passage à l'acte ; il s'arrache à son indécision, son apathie et son hésitation pour entrer dans l'action, à commencer par le choix d'une décision.

- Dans la *sphère comportementale* enfin, la réaction de stress normale se traduit par une séquence d'attitudes et de gestes adaptés : attitude d'alerte et de préparation à la défense, gestes de défense et de combat, ou gestes de retrait ou de fuite raisonnée, ayant pour but soit de réduire ou faire disparaître la menace, soit de mettre le sujet à l'abri. Ces séquences de décisions et de gestes seront modulées en fonction des résultats obtenus et des obstacles rencontrés. Tous ces gestes sont rapides mais non précipités ; ils sont harmonieux et efficaces, quoique moins « décontractés » que les gestes de la vie courante.

On peut donc dire que la réaction psychologique immédiate est *a priori* adaptative, voire salvatrice (et il convient de débarrasser le mot « stress » de la connotation péjorative que lui attribue le langage courant). En gros, on retiendra qu'elle a trois caractéristiques majeures : elle est *focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie, et incitatrice à l'action*. Elle permet au sujet menacé de se défendre ou de se retirer, et donc de se sauver et de sauver autrui.

Mais c'est une réaction d'exception, grevée de symptômes gênants et coûteuse en énergie. Les symptômes gênants sont ceux qui accompagnent l'activation neurovégétative déclenchée par l'excitation du système nerveux sympathique et par la décharge d'adrénaline : accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, élévation de la tension artérielle, frissons, pâleur et parfois sensation de faiblesse (lipothymie) ; sensations pénibles de

« boule dans la gorge », de striction thoracique, de « nœud sur l'estomac », spasmes viscéraux désagréables et envie impérieuse d'uriner (spasmes vésicaux). Outre ces symptômes neurovégétatifs, on note aussi des symptômes psychiques, tels que vécu d'irréalité (certains sujets se pincement pour se persuader qu'ils sont bien dans le réel), et impression de tension psychique pénible, liée à la prise de conscience de la gravité de la situation ; et des symptômes psychomoteurs, tels que lenteur ou imprécision des gestes et altération de la voix.

Observation 1

M. A. est rescapé du naufrage d'un navire d'excursion sur un lac, qui a sombré en 10 minutes avec 144 passagers à bord, causant le décès par noyade de 28 personnes. Prisonnier dans la cabine envahie par l'eau jusqu'au plafond avec une trentaine de passagers paniqués qui se bouscullaient contre les portes, il a eu la présence d'esprit de plonger par une fenêtre et de remonter à la surface, puis de gagner le rivage à la nage tout en soutenant deux personnes qui ne savaient pas nager et se débattaient parmi d'autres, « comme des thons pris dans un filet ».

Parvenu sur la rive, il s'est écroulé épuisé. Il est pâle, tremble de froid, il a des nausées et son pouls bat à 112 pulsations par minute. Dans un discours précipité, il dit aux sauveteurs de la Croix-Rouge accueillant les rescapés sur la berge qu'il est encore sous le coup d'une impression d'irréalité et qu'il a conscience d'avoir échappé de peu à la mort. Mais son récit lui permet de se dégager de son émotion et, 15 minutes après, il se sent mieux et a retrouvé son calme.

Nous l'avons revu un an plus tard : il ne présentait aucune séquelle psychique de cette aventure.

La réaction immédiate de stress est coûteuse en énergie : en énergie physique, car elle épuise les réserves de glucides de l'organisme, et en énergie psychique, car elle épuise les capacités d'attention soutenue, de mémorisation, de maîtrise émotionnelle et de contrôle moteur. D'ailleurs, dès qu'elle se termine, au bout d'une ou de plusieurs heures, selon que les situations agressives sont éphémères ou prolongées, elle débouche sur un état psychique ambigu qui mêle un vécu de soulagement euphorique (« quitte pour la peur ») et une sensation d'épuisement physique et psychique (impression d'être « vidé »).

2. Réaction inadaptée, de stress dépassé

La réaction immédiate de *stress dépassé* est le fait de sujets psychologiquement vulnérables, ou non préparés, ou fragilisés par divers facteurs tels qu'épuisement ou isolement. Elle est aussi observée dans les agressions exceptionnellement violentes, trop prolongées ou répétées à de courts intervalles de temps. Cette réaction immédiate inadaptée peut se présenter sous quatre formes, qui sont la sidération, l'agitation, la fuite panique et l'activité d'automate.

2.1. Sidération

La sidération saisit le sujet d'un coup, d'emblée, dans toutes ses facultés. Sur le plan cognitif, il est stupéfait, incapable de percevoir, d'identifier et d'exprimer ce qu'il ressent. Il ne sait plus qui il est, ni où il se trouve. Sur le plan affectif, il est stuporeux, au-delà de la peur, ni gai ni triste, mais flottant dans un état second. Certains sujets disent : « J'avais plus peur que la peur, au point que j'étais comme indifférent à tout ce qui pouvait m'arriver » ; d'autres disent : « J'avais l'impression que cela arrivait à un autre que moi ». Sur le plan volitionnel, le sujet est sidéré, frappé d'une inhibition de la volonté, d'une suspension de sa faculté de choisir une décision, de prendre une initiative. Il n'écoute pas les exhortations données par les autres, il semble transporté dans un autre monde. Sur le plan comportemental, il est comme paralysé, pétrifié ; il demeure immobile dans le danger, sous les balles ou dans les flammes, ne devant son salut qu'à ses camarades qui l'entraînent à l'abri. Cette sidération peut durer une minute comme plusieurs heures.

Observation 2

Mme B. figure parmi les victimes d'un attentat terroriste à la bombe perpétré dans un grand magasin parisien. Elle nous décrit rétrospectivement sa réaction immédiate : « Je suis restée ahurie et sidérée comme une statue... Je ne savais plus où j'étais et je ne comprenais pas ce qui m'était arrivé. Je voyais autour de moi des gens brûlés se sauver en hurlant, et d'autres qui tombaient dans les escalators en s'enfuyant. Mais moi, j'étais sur un nuage, je restais immobile à me regarder brûler sans rien pouvoir faire... C'est mon mari qui m'a sauvée en me roulant par terre pour éteindre mes vêtements en feu, et qui m'a portée en dehors des flammes. »

Mme B. a été gravement brûlée au visage, aux jambes et aux mains ; elle a développé ensuite une névrose traumatique sévère avec reviviscences hallucinatoires de l'attentat, cauchemars de répétition, anxiété psychique et somatique et phobie des magasins et lieux publics.

2.2. Agitation

L'agitation est la réaction inverse. C'est un état d'excitation psychique, de désordre affectif et d'anarchie volitionnelle. Le sujet agressé et stressé a envie d'agir, mais son stress est trop intense pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Alors il libère sa tension anxieuse dans une décharge motrice sauvage et désordonnée : il gesticule, crie, s'agite en tous sens, court dans une direction puis revient dans une autre, profère des propos incohérents. La terreur et l'affolement se lient sur son visage, et sa relation à autrui est très perturbée : il sait qu'il est parmi les autres, mais il ne les reconnaît pas toujours, ne les écoute pas et n'obéit pas. Cette agitation peut être éphémère (quelques minutes) ou prolongée (plusieurs heures).

Observation 3

Melle C., victime d'un attentat à la bombe dans une station de métro parisien, a réagi par un état d'excitation mentale extrême, avec cris, gesticulations et déplacements impulsifs et inadaptés, courant dans la fumée vers un mur, puis se heurtant à un autre mur, avant d'être guidée vers la sortie par les sauveteurs. Une fois à l'air libre, elle raconte ce qu'elle a vu et ce qu'elle a fait, dans un discours volubile et précipité, accompagné d'une mimique effarée et de gestes saccadés.

Elle reçoit une médication sédatrice et se calme en 15 minutes, après avoir été invitée à faire part tranquillement de ce qu'elle a ressenti.

2.3. Fuite panique

La fuite panique est une réaction de course affolée et éperdue. Il est normal, pour un sujet qui a repéré une source de danger, de vouloir s'éloigner de ce danger. Mais ce qui n'est plus normal, c'est de s'en éloigner dans une fuite impulsive, non raisonnée, éperdue, en se heurtant aux obstacles, en bousculant, renversant et piétinant autrui, et sans même savoir où l'on va. Si quelqu'un arrête le fuyard et tente de le raisonner, ce fuyard montre un faciès hagard, un regard vide, et une expression d'incompréhension totale. Dès qu'on le relâche, il reprend sa course et ne s'arrête que quand il est épuisé. Il ne conserve ensuite qu'un souvenir confus de sa fuite. Il arrive que cette fuite panique pousse le fuyard affolé droit dans le danger. Cette impulsion à la fuite panique est très contagieuse, et peut dégénérer, par imitation, en panique collective. La fuite panique peut durer 1 à 2 minutes, le temps de l'impulsion ; mais elle peut durer plusieurs dizaines de minutes, jusqu'à épuisement physique.

Observation 4

M. D. est rescapé d'un crash aérien en pleine forêt, qui a fait un mort et une dizaine de blessés et contusionnés, au cours d'un vol de démonstration d'un nouvel avion. C'était son baptême de l'air. Guidé par le personnel de bord, il a évacué hâtivement la cabine par le toboggan. Mais, dès qu'il s'est relevé, pris d'une panique incoercible, il s'est mis à courir droit devant lui dans la forêt et ne s'est arrêté qu'au bout d'une demi-heure de course.

Il a été retrouvé plusieurs heures plus tard, encore obnubilé et hagard, par les sauveteurs partis à sa recherche.

2.4. Comportement d'automate

Le quatrième mode de réaction immédiate inadaptée est le comportement d'automate. De prime abord, il n'attire pas l'attention car il ne donne pas lieu à des gestes spectaculaires. Les sujets qui adoptent cette réaction semblent avoir un comportement normal : ils évacuent dans l'ordre, sans bousculade ni panique ; ou ils obéissent aux ordres ; ou encore ils aident autrui, soit qu'ils en

aient reçu l'ordre, soit qu'ils en aient imité l'exemple donné par un autre. Mais un observateur exercé remarquera que leurs gestes sont saccadés, répétitifs et inutiles (comme le fait de tripoter sans cesse un objet ou un bout de leur vêtement), ou dérisoires, peu adaptés à la situation. L'expression de leur visage est « absente », comme s'ils ne se rendaient pas compte de la réalité tragique de l'événement. Si on leur parle, ils semblent écouter mais ils n'enregistrent pas ce qui vient d'être dit. Eux-mêmes demeurent silencieux. Une fois l'action terminée, si on leur demande de dire ce qu'ils viennent de faire, ils en sont incapables, ou encore ils n'en ont conservé qu'un souvenir flou et émaillé de lacunes. Cet état peut durer aussi bien quelques minutes que plusieurs heures, au sortir desquelles le sujet aura l'impression d'émerger d'un rêve.

Observation 5

Au cours d'un tremblement de terre qui a détruit ou endommagé toutes les maisons de son quartier, Mme E. a pu sortir de sa maison avant que celle-ci ne s'écroule. Une heure plus tard, les sinistrés sont invités par les pompiers et la police à revenir chez eux pour rechercher un temps bref (15 minutes) leurs papiers d'identité, des vêtements, des couvertures et quelques objets et souvenirs auxquels ils tiennent.

Mais, alors que les autres sinistrés exécutent ces consignes, Mme E. erre dans les ruines de sa maison, en caressant sans cesse un petit cochon-tirelire en porcelaine qu'elle a ramassé. Son visage est hagard et son regard est lointain, « absent », au-delà de son environnement immédiat.

3. Réactions immédiates franchement pathologiques, névropathiques et psychotiques

La clinique psychiatrique traditionnelle, avant qu'on ne parlât de stress, avait identifié, à côté des réactions émotionnelles adaptatives, des réactions inadaptatives, pathologiques, que l'on subdivisait en *réactions névrotiques* et *réactions psychotiques*. Ces réactions étaient le fait, pensait-on, de sujets prédisposés ou déjà porteurs de leur propre pathologie.

3.1. Réactions névrotiques

Parmi les réactions névrotiques, la *réaction anxieuse* survenait surtout en conjoncture de menace ou d'attente ; car, une fois l'agression perpétrée ou la catastrophe survenue, l'anxieux se comporte généralement bien, en exécutant docile. Pendant la menace, en revanche, l'anxieux est intenable : il est pâle, en proie à des symptômes d'angoisse psychique et somatique, subagité, quémendant des réassurances autour de lui, ne tenant pas en place, et capable de se jeter inconsidérément vers le danger. Cet état cesse généralement une fois que la catastrophe est survenue.

La *réaction hystérique* – état second ou symptômes conversifs – est rarement observée lors de la phase immédiate, et plus souvent pendant les phases post-immédiate et différée-chronique. Toutefois, on a observé des crises excitomotrices hystériques ou des états seconds installés d'emblée, parfois avec errance, ou bien des conversions immédiates : fausses cécités, fausses surdités, fausses paralysies, tremblement, et surtout aphonie ou mutisme post-émotionnels.

La *réaction phobique* est, elle aussi, plutôt le fait de la phase post-immédiate ; mais on l'a observée en immédiat chez des sujets connus comme phobiques. En situation de menace ou de danger, ils ne font que perpétuer leur comportement habituel : envahis par une angoisse intense à la vue de la menace phobogène, ils demeurent sidérés, terrorisés ; et ils ne supportent la menace qu'à condition d'avoir près d'eux une présence rassurante.

3.2. Réactions psychotiques

Parmi les réactions psychotiques, la *réaction confusionnelle*, post-émotionnelle ou post-commotionnelle, montre un sujet désorienté dans le temps et dans l'espace, obnubilé, bradypsychique, stuporeux et incapable même de dire son nom. Cette réaction, qui s'installe d'emblée, peut être éphémère (une dizaine de minutes) ou prolongée (plusieurs heures, voire plusieurs jours).

Dans la *réaction délirante*, ou bouffée délirante (durée : 1 à 3 jours), le sujet réagit – d'emblée ou après une brève méditation perplexe – par l'extériorisation d'un délire qui se dissipera spontanément dans une queue de perplexité confuse.

La *réaction maniaque*, avec excitation psychomotrice, gesticulation, mimique agitée de tics, émission de propos volubiles, de cris et d'interjections, et surtout euphorie joyeuse hors de propos avec la gravité de la situation, attire généralement l'attention. Mais, parfois, cette agitation, dépensée dans une participation infatigable aux secours, peut passer inaperçue jusqu'à ce qu'on remarque ce sauveteur bénévole indiscipliné et agité, important victimes et sauveteurs par ses propos joyeux.

La *réaction mélancolique* se manifeste rarement à la phase immédiate. Il s'agit de sujets qui réagissent à la catastrophe sur un mode dépressif profond, avec inhibition psychomotrice, douleur morale, exagération pessimiste des conséquences de l'événement, et surtout extériorisation de propos immotivés de culpabilité et d'auto-accusation.

Enfin, la *réaction schizophréniforme* a été décrite chez des sujets jeunes (adolescents ou jeunes adultes) réagissant à l'agression par un état dissociatif, et parfois aussi chez ces sujets dont l'autisme, la dissociation et le délire intérieur couvaient parfois depuis plusieurs mois ou années. On dit, pour les tremblements de terre en particulier, qu'un séisme intérieur a fait écho au séisme extérieur de l'événement, venant extérioriser une schizophrénie jusqu'alors latente.

4. Critères de vécu traumatique de la réaction immédiate

On admet que, dans une catastrophe, 75 % des sujets ont une réaction immédiate adaptée et 25 % une réaction inadaptée. Mais cette répartition doit être revue en fonction du nombre réel des réactions d'activité automatique dont le comportement n'attire pas l'attention et qui sont considérées à tort comme des réactions normales. Leur proportion réelle, à des degrés divers d'automatisme, serait à elle seule de 15 à 25 % selon l'importance de la catastrophe.

Le plus souvent, la réaction immédiate adaptée n'est pas vécue sur le mode du trauma, tandis que la réaction immédiate inadaptée est vécue comme un trauma. Mais ce parallélisme n'est pas absolu, et il arrive que des réactions manifestement inadaptées, avec un comportement spectaculaire, se résolvent rapidement sans aucune séquelle traumatique, tandis que des réactions parfaitement adaptatives donnent lieu, après une période de « rumination », aux pires névroses traumatiques, parce que le sujet aura été impressionné, à son insu, par un détail horrifiant (par exemple, la vue d'un cadavre d'enfant). Finalement, c'est l'avenir qui dira si, oui ou non, l'événement potentiellement traumatisant a été vécu comme un trauma.

Toutefois, certains indices à détecter dans le tableau clinique initial seraient révélateurs d'un vécu traumatique et annonciateurs de séquelles psychotraumatiques. Se référant au concept de dissociation selon Pierre Janet, des cliniciens américains comme Marmar et Van der Kolk ont recherché de tels critères prédictifs, qu'ils ont dénommés signes de « dissociation péritraumatique » et de « détresse péritraumatique ». En fait, il s'agit des symptômes que nous avons décrits plus haut dans les tableaux cliniques des quatre modalités de réaction inadaptée et aussi de certains symptômes gênants pouvant accompagner la réaction adaptative.

Marmar (1997) a retenu comme signes de *dissociation péritraumatique* : la confusion mentale, la désorientation spatiale, l'impression de temps ralenti, la perte du fil des idées, l'impression d'être le spectateur d'un film, l'impression d'étrangeté de l'environnement, l'amnésie de certains aspects de l'événement, l'état oniroïde, l'impression de déformation de l'image de son propre corps, l'impression que l'événement arrive à quelqu'un d'autre mais pas à soi et l'impression d'agir en « pilote automatique ». Il a retenu comme signes de *détresse péritraumatique* : le vécu de peur extrême, d'horreur, l'impression de mort imminente, la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité, l'impression de s'évanouir, le relâchement sphinctérien, le vécu d'impuissance et la peur de perdre son contrôle.

Pour notre part, nous utilisons un autoquestionnaire de 20 questions (tableau 2.2), explorant les cinq volets cognitifs, affectifs, neurovégétatifs, volitionnels et d'état psychique juste après l'événement, sans laisser de lacunes importantes. Nous préférons l'utiliser en cours d'entretien, juste

Tableau 2.2. Questionnaire de stress immédiat (L. Crocq, D. Cremniter et J.-M. Coq).

Cotez de 0 (symptôme absent) à 5 (symptôme très intense) l'intensité des 20 symptômes ci-dessous qui ont éventuellement marqué votre expérience vécue au moment de l'événement.							
1.	Je ne m'y attendais pas, j'ai été surpris	0	1	2	3	4	5
2.	J'ai eu peur d'être blessé ou maltraité	0	1	2	3	4	5
3.	J'ai eu peur pour ma vie ou celle d'un proche	0	1	2	3	4	5
4*.	Ma pensée était floue, ralentie, ou sidérée (j'ai eu comme un trou noir)	0	1	2	3	4	5
5*.	Je n'ai rien compris à la situation	0	1	2	3	4	5
6*.	J'avais l'impression de vivre un cauchemar	0	1	2	3	4	5
7*.	J'étais désorienté dans l'espace	0	1	2	3	4	5
8*.	Le temps m'a paru accéléré ou ralenti	0	1	2	3	4	5
9.	Il y a des aspects de l'événement que je n'ai pas pu mémoriser	0	1	2	3	4	5
10*.	J'étais horrifié par ce que je voyais	0	1	2	3	4	5
11.	Je ressentais un ou plusieurs symptômes physiques gênants, tels que : tremblement, gorge serrée, poitrine serrée, battements de cœur, spasmes gastriques ou intestinaux, envie de vomir ou d'uriner	0	1	2	3	4	5
12*.	J'étais comme insensible (ou même j'avais l'impression que je flottais)	0	1	2	3	4	5
13.	J'étais en état de perturbation ou agitation psychique	0	1	2	3	4	5
14.	Je me sentais impuissant	0	1	2	3	4	5
15*.	Mes mouvements étaient ralentis (ou même j'étais totalement sidéré, statufié)	0	1	2	3	4	5
16.	Je gesticulais de manière incontrôlée et désordonnée	0	1	2	3	4	5
17*.	J'agissais mécaniquement, comme un automate	0	1	2	3	4	5
18.	Je criais, je bégayais (ou encore je suis resté muet de stupeur)	0	1	2	3	4	5
19*.	Je me croyais abandonné	0	1	2	3	4	5
20.	Pendant plusieurs heures après l'événement j'étais encore très perturbé	0	1	2	3	4	5

Une note totale de plus de 50 points (sur un maximum possible de $20 \times 5 = 100$ points) indique que le sujet a vécu l'événement comme un trauma. De toute façon, sur le plan qualitatif, une note élevée aux items marqués d'un astérisque (*) doit faire suspecter un vécu traumatique.

après que le patient a parlé de son vécu de l'immédiat, à titre de complément ou de précision de ses dires. Nous avons réalisé deux formes de ce questionnaire : une forme simple, avec auto-évaluation en degrés de gravité (de 0 à 5) ; et une forme analogique, sur des axes horizontaux entre deux extrêmes (symptôme absent et symptôme très intense).

Pour en savoir plus

- Crocq L, Doutheau C, Louville P, Cremniter D. 1998, « Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires, paniques et psychopathologie collective », *Encycl Méd-Chir, Psychiatrie*, 37-113-D-10, 8 p.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L. (2003). « Clinique de la réaction immédiate ». *Le Journal des Psychologues*(208), 48-53.
- Marmar, C. (1997). « Trauma and dissociation ». *PTSD Research Quarterly*, 3(8), 1-3.
- Prieto, N., Vignat, J. P., & Weber, E. (2002). « Les Troubles traumatiques précoces ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(2), 39-44.

La période post-immédiate, qui s'étend en principe du 2^e au 30^e jour (mais il existe des variantes de durée, de quelques jours à plus d'un mois), requiert une surveillance psychologique attentive et soutenue. En effet, deux éventualités peuvent se présenter : soit les symptômes (neurovégétatifs et de déréalisation) de la période immédiate s'éteignent progressivement et le sujet n'est plus obnubilé par le souvenir de l'événement ; soit ces symptômes persistent, tandis que le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement, et en outre il commence à souffrir de nouveaux symptômes, psychotraumatiques, tels que reviviscences, troubles du sommeil et anxiété phobique, augurant de l'installation d'une pathologie psychotraumatique durable. Par ailleurs, il arrive que certaines victimes, qui dans l'immédiat ne ressentaient aucune souffrance dans l'euphorie de s'en être tirées « quittes pour la peur », commencent à présenter au bout de quelques jours des signes d'une pathologie psychotraumatique. Cette période post-immédiate sera ainsi non seulement le temps de la surveillance de l'évolution clinique, mais aussi celui de l'intervention psychologique différée, à visée préventive ou thérapeutique : débriefing ou intervention psychothérapique en post-immédiat (IPPI).

1. Autonomie clinique et nosologique de la période post-immédiate

Pendant longtemps, dans les nosographies, la période post-immédiate ne fut pas identifiée, car on la considérait comme début ou phase de latence de la névrose traumatique. C'est l'observation clinique qui a imposé la distinction et l'autonomie de la période post-immédiate (Crocq, 1999 ; Prieto, 2002), autonomie justifiée par la spécificité de son tableau clinique, l'enjeu qu'elle représente, et l'importance qu'il y a à lui consacrer une surveillance attentive. Dans nos nosographies modernes, la 10^e révision de la Classification internationale des maladies mentales (CIM-10, 1992) inclut implicitement cette période post-immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables. Mais le DSM américain (DSM-IV, 1994 et DSM-V, 2013) l'identifie sous le vocable d'« état de stress aigu » (*acute stress disorder*), avec des critères cliniques combinant la persistance de symptômes dissociatifs apparus dans l'immédiat et l'éclosion de symptômes d'état de stress post-traumatique, ainsi que des critères temporels d'apparition des symptômes dans les 4 semaines suivant l'événement et de persistance pendant un créneau de durée de 2 jours à 4 semaines.

2. Description clinique

2.1. Première éventualité : le retour à la normale

Pendant la phase post-immédiate, la réaction de stress adaptative évolue le plus souvent vers le retour à la normale. On assiste en moins de 24 heures à la sédation des symptômes neurovégétatifs gênants du stress : le rythme respiratoire, le rythme cardiaque et la tension artérielle redescendent à des valeurs normales, les spasmes viscéraux s'estompent, la sensation d'oppression thoracique disparaît, ainsi que les phénomènes de pâleur, de sueur, de bouche sèche, etc. À noter que, pendant quelques jours, ces symptômes de stress peuvent réapparaître – très éphémères – à l'occasion d'un stimulus qui va rappeler l'événement : son d'une sirène d'ambulance, reportage télévisé sur l'événement, conversation à ce sujet. Sur le plan psychologique, le rescapé ne ressent plus la sensation désagréable de tension psychique et sa pensée n'est plus monopolisée par la souvenance brute (images, odeurs, sensations tactiles, sursauts) de l'événement récent. Il y pense parfois, et c'est légitime, mais il peut aussi penser à autre chose et il est capable de reprendre ses activités habituelles. Enfin, on ne constate aucun trouble du sommeil : ni retard de l'endormissement, ni réveils nocturnes angoissés, ni cauchemars. En gros, ce retour à la normale s'effectue en quelques jours, et rarement en plus d'une semaine.

Il arrive toutefois que ce retour progressif à la normale soit émaillé de *décharges émotionnelles différées*, qui ont pour but de libérer la tension émotionnelle contenue pendant l'action. En effet, pendant les instants critiques d'exposition au danger, le sujet, totalement occupé par la mise en œuvre de gestes et conduites de sauvegarde, doit négliger voire réprimer toutes les réactions spontanées qui compromettraient ces conduites : tremblement, agitation, cris, envie de pleurer, besoin d'uriner, etc. Mais, une fois que l'action est terminée et que le sujet est à l'abri du danger, il peut alors liquider ces arriérés émotionnels et laisser libre cours à toutes les impulsions qu'il a dû réprimer pendant l'action (Crocq, 1997, 1999). On voit ainsi des rescapés ou même des sauveteurs, plusieurs heures ou même plusieurs jours après la fin de la réaction immédiate, se mettre à trembler, s'agiter, crier, ou s'effondrer en pleurs sur un tas de gravats, ou être sujets à une crise de nerfs, un accès de colère ou une altercation. Il peut s'agir aussi de débâcles neurovégétatives, telles qu'accès de sudation intense, nausée et vomissement, perte d'urine ou même perte du contrôle sphinctérien anal (chez l'enfant en particulier).

En général, de telles « *abréactions* » (ou réactions différées) ne se produisent qu'une fois et procurent un soulagement, au moins transitoire, et elles ne sont suivies ni de récidives, ni de séquelles. Mais elles peuvent aussi bien se répéter et amorcer un syndrome de répétition, s'intégrant alors dans la

période de latence d'une névrose traumatique, version pathologique de la phase post-immédiate, et que nous allons examiner maintenant.

2.2. Deuxième éventualité : la phase de latence d'une névrose traumatique

La variante morbide de la phase post-immédiate était bien connue des auteurs anciens (Charcot, Janet, Freud), qui la dénommaient par les vocables imagés de *période de préparation, d'incubation, de méditation, de contemplation ou de rumination*, et qui l'incluaient dans la névrose traumatique dont elle constituait la phase préalable silencieuse, marquée par le travail torpide de « l'émotion retardante » (Janet, 1889). On la retrouve plus tard dans les travaux des cliniciens des deux guerres mondiales (Roussy et Lhermitte, 1917 ; Cohen et Delano, 1945) et de l'après-guerre (Crocq, 1999) sous le nom de « phase de latence ». Comme sa symptomatologie est en partie différente de celle de la névrose traumatique, on préfère aujourd'hui la différencier de cette affection et lui accorder un statut nosologique à part.

Cette symptomatologie a longtemps été considérée comme latente, c'est-à-dire non extériorisée, cliniquement silencieuse. Il s'agissait toutefois le plus souvent de sujets qui demeuraient isolés, repliés sur eux-mêmes, peu expansifs, voire mutiques (en contraste avec l'épanchement post-émotionnel et le besoin de contact social des autres rescapés en état de soulagement euphorique). Une observation attentive pouvait déceler leur mimique préoccupée, leur expression perplexe, leur regard vide et leur propension à demeurer figés, incapables de reprendre leur activité antérieure. Des entretiens cliniques rétrospectifs ont permis d'explorer le vécu de tels sujets, dont on peut dire, selon le mot de Ferenczi, « qu'ils n'étaient pas revenus de leur effroi ». En effet, ils disaient qu'ils ne parvenaient pas à se détacher des images ni des éprouvés bruts ressentis lors de l'événement traumatisant, qu'ils ne parvenaient pas à revenir à la réalité, et que leur pensée restait monopolisée par la persistance de ces images, de ces éprouvés et du sentiment d'incompréhension d'un événement qui les avait débordés, d'où leur incapacité de se remettre à leurs activités d'avant. Sur le plan social, ils n'avaient pas envie de se mêler aux autres, ni de parler ; ou plutôt, ne sachant trouver les mots pour formuler l'indicible, ils y renonçaient, tout entiers accaparés par la fascination, la « contemplation » de leur aventure insensée.

Sur ce fond de persistance de l'état de déréalisation qui avait marqué leur expérience vécue immédiate de l'événement, apparaissaient, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, des symptômes nouveaux : de la fatigue, de la nervosité, de l'irritabilité, et des troubles du sommeil, tels que difficulté d'endormissement à cause du surgissement d'images de l'événement, et réveils angoissés provoqués par les premiers cauchemars de

répétition. D'autres reviviscences se manifestaient aussi dans la journée : vision hallucinatoire de la scène de l'événement (avec toute la véracité du réel, d'où sa puissance anxiogène), brèves hallucinations auditives ou olfactives restituant les bruits, les cris et les odeurs de l'événement, impression subite que l'événement allait se reproduire (provoquant parfois des sursauts et l'impulsion de se recroqueviller), et réactions d'angoisse phobique à la vue de tout ce qui pouvait rappeler l'événement. Bref, on voyait s'installer progressivement, en quelques jours ou quelques semaines, une névrose traumatique avec ses trois éléments : le syndrome de répétition, le repli de la personnalité face à un monde perçu comme étranger et dangereux, et les symptômes dits « non spécifiques » tels qu'asthénie, anxiété, phobies, somatisations diverses et troubles des conduites (irritabilité, tabagisme, recours à l'alcool).

Observation 1

Mme F. a été victime d'un attentat terroriste à la bombe perpétré dans une cafétéria de l'agglomération parisienne à l'heure du repas de midi. Bien que la bombe ait explosé à quelques mètres d'elle, elle s'en sort avec des blessures superficielles aux quatre membres, car la table où elle s'était installée a protégé son corps. Elle s'est relevée toute seule et elle a dégagé des décombres deux de ses collègues qui étaient plus atteintes qu'elle. Durant les 7 jours où elle est restée hospitalisée, elle s'est remise progressivement de sa frayeur et s'est félicitée de sa chance, par comparaison à d'autres victimes plus gravement blessées qui étaient à ses côtés. À noter toutefois qu'elle a fait l'objet de soins physiques, mais qu'elle n'a pas eu l'occasion de parler de son expérience vécue à un psychologue, ni même à un soignant.

De retour chez elle, elle est assaillie par des reviviscences diurnes, visuelles et sonores, de l'attentat (« je m'y revois »), et aussi par des cauchemars d'explosion qui la réveillent angoissée et haletante. Elle demeure marquée par la peur. Elle n'ose plus actionner les commutateurs, par crainte absurde de déclencher une explosion. Si elle sort, elle surveille attentivement les colis et sacs « peut-être abandonnés et donc suspects » dans le bus et dans le métro. En quelques jours s'installe en outre dans son esprit une phobie des lieux publics, et même de la rue, car elle se croit surveillée par les terroristes qui « cette fois, ne la manqueront pas ».

Une variante clinique du temps de latence est la forme « euphorique-agitée ». Le sujet, rescapé d'une catastrophe ou d'un accident, se sent euphorique pour s'en être sorti « quitte pour la peur », ce qui pourrait paraître normal. Mais il manifeste cette euphorie de façon exubérante, logorrhéique, recherchant la compagnie des autres pour leur raconter son histoire, ne supportant pas la plus brève solitude, ne tenant pas en place, ne pouvant maintenir son attention sur une lecture ou un spectacle, changeant impulsivement de sujet de conversation, ne pouvant s'endormir le soir et étant réveillé pour un rien la nuit,

bref presque hypomaniaque. Cette euphorie de mauvais aloi est suspecte : elle cache la fixation du sujet à son trauma, malgré ses efforts superficiels et désordonnés pour s'en dégager ; et elle conduit inmanquablement à l'installation d'une névrose traumatique.

2.3. Durée de la phase de latence et facteurs conditionnant cette durée

L'examen de nombreux cas ayant présenté une telle pathologie au décours d'une exposition « potentiellement traumatisante » a mis en évidence la grande variabilité en durée de la phase de latence et, plus généralement, de la période post-immédiate. Le retour à la normale peut s'effectuer en quelques heures, une journée ou plusieurs jours, voire une semaine, rarement plus. La phase de latence d'une névrose traumatique présente une variabilité beaucoup plus large : d'une journée (pour les cas précoces) à 2 mois (Bouthillon *et al.*, 1992 ; Vaiva, 2001). Certains auteurs mentionnent des latences plus longues, de 6 mois et plus. Mais, quand on interroge de tels patients sur l'apparition de leurs premiers symptômes, ils signalent des délais en réalité plus courts : par exemple, la perplexité est apparue dès les premiers jours, de même que la fixation aux images traumatiques, tandis que les cauchemars de répétition ne sont apparus qu'à un mois, et les conduites addictives à 2 mois. Il y a eu échelonnement dans l'éclosion des divers symptômes, jusqu'à constitution tardive de la névrose traumatique complète. Sivadon (1953) avait signalé des phases de latence exceptionnellement longues (1 an et même 2 ans) chez des déportés ; mais ces sujets avaient en réalité ressenti leurs premiers symptômes traumatiques bien avant : le sentiment de ne pas pouvoir exprimer l'horreur de ce qu'ils avaient vécu, et l'impression de ne pas être crus.

Cela nous amène à considérer les facteurs de la latence. Le premier facteur est la disparité entre individus, ou entre personnalités. Certains individus sont rapides à improviser, ou tenter d'improviser, de nouvelles défenses (dont la répétition) là où les défenses classiques du stress ont échoué ; d'autres seront plus lents à se réorganiser et à agir ainsi. Un deuxième facteur est lié à la conjoncture : par exemple, tant que le soldat est sur le front, soumis quotidiennement à de nouveaux dangers, il donne priorité à assurer sa survie et il remet à plus tard d'affronter l'arriéré de son expérience traumatique (par exemple la mort d'un camarade tout près de lui). C'est une fois revenu à l'abri, à l'arrière et au repos, ou même une fois démobilisé, de retour dans ses foyers, qu'il sera à même d'envisager de liquider son trauma. Un troisième facteur, plus subtil peut-être, est lié à l'absence d'autonomie du blessé, dans les cas où il y a eu à la fois blessure physique et blessure psychique. Tant que le blessé physique est hospitalisé et « materné » dans le cocon des soins hospitaliers, il ne dispose pas de l'autonomie psychique

nécessaire à la détermination de faire face à la souvenance de son trauma. C'est une fois sorti de l'hôpital et rentré chez lui, ou une fois transféré du service de réanimation dans un service permettant plus d'autonomie – et ce peut être une hospitalisation de 6 jours comme une hospitalisation de 3 mois – qu'il aura ses premiers cauchemars et ses premières hallucinations de reviviscence, ses premières phobies spécifiques et ses premières altérations de personnalité.

En fin de compte, on n'assignera qu'une durée indicative à la période post-immédiate, dont on admet qu'elle démarre à partir du 2^e jour (en fait, elle peut même démarrer avant, dès l'extinction d'un stress initial de quelques heures) et peut perdurer jusqu'à 2 mois ; sachant que l'on peut mettre en discussion des latences qui semblent avoir dépassé les 2 mois, en recherchant si les tout premiers symptômes de la névrose traumatique ne sont pas réellement apparus bien avant ces longues latences.

2.4. Statut du diagnostic de stress aigu du DSM-V

Les cliniciens américains auteurs du DSM ont introduit, dans leur révision DSM-IV (1994), le diagnostic d'état de stress aigu (*acute stress disorder*) ; et ils l'ont maintenu dans la récente révision DSM-V (2013). Ce diagnostic correspond à peu près à la période post-immédiate (les symptômes de l'état de stress aigu, qui commencent immédiatement après le trauma, doivent persister au moins 3 jours et au maximum 1 mois ; tandis que pour la période post-immédiate, ils commencent à partir du 2^e jour et ils peuvent persister 1 ou 2 mois). Le diagnostic de l'état de stress aigu comporte cinq catégories de critères ([encadré 3.1](#)).

En fait, ce diagnostic d'état de stress aigu est une combinaison de symptômes de la réaction immédiate et de symptômes de l'état de stress post-traumatique : frayeur, confusion mentale, déréalisation et dépersonnalisation d'une part ; reviviscences, évitement, retrait et hyperréactivité neurovégétative d'autre part. En réalité, ce diagnostic d'état de stress aigu correspond à ce que nous venons de décrire comme tableau clinique de la phase de latence ou variante pathologique de la période post-immédiate. Dans le système DSM, toutefois, il se différencie difficilement de l'« *état de stress post-traumatique, variété aiguë* » (car perdurant moins de 3 mois), qui relève des mêmes critères, sauf les critères B de dissociation (voir tableau 2.2).

On admet aujourd'hui que la période post-immédiate est une période cruciale, au cours de laquelle le devenir du patient peut se jouer, et qui justifie une surveillance clinique étroite, une intervention psychologique à visée préventive (éviter que le sujet, abandonné à sa méditation solitaire, ne se constitue une névrose traumatique) ou même thérapeutique (accélérer la sédation des symptômes du stress immédiat, ou réduire l'émergence des premiers symptômes d'une névrose traumatique).

Encadré 3.1**Critères diagnostiques de l'état de stress aigu (résumés par L. Crocq)****A – Avoir été exposé à un événement traumatogène :**

1. exposition directe
2. comme témoin
3. si on apprend qu'un proche parent ou ami vient de décéder de mort violente
4. comme intervenant (sauveteur, policiers, personnel ramassant des restes humains)

B – Présenter au moins neuf des quatorze symptômes suivants :*Symptômes de reviviscence*

1. souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement
2. rêves de répétition de l'événement
3. vécus ou agir dissociatifs (ou jeu répétitif chez l'enfant) comme si l'événement allait revenir
4. détresse ou symptômes physiologiques lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement

Humeur négative

5. incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)

Symptômes dissociatifs

6. altération du sens de la réalité des personnes environnantes ou de soi-même
7. incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement (amnésie dissociative)

Symptômes d'évitement

8. évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement
9. évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement

Symptômes d'hyperéveil

10. troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)
11. irritabilité, accès de colère
12. hypervigilance
13. difficultés de concentration
14. réaction de sursaut exagérée

C – Durée du trouble : de 3 jours à 1 mois après le trauma**D – Le trouble cause une détresse significative ou une altération du fonctionnement social****E – Le trouble n'est pas dû à des substances (alcool, médicaments) ou à une autre pathologie (trauma crânien, psychose)**

Pour en savoir plus

- Bouthilhon, P., Crocq, L., & Julien, H. (1992). « Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes ». *Psychologie Médicale*, 5(24), 465-470.
- Cohen R, Delano J. (1945), « Subacute emotional disturbances induced by combat », *War Medicine*, May, 284-286.
- Crocq, L. (1997). « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique ». *Soins Psychiatrie*(188), 7-13.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq L., Doutheau C., Louville P., Cremniter D. (1998), « Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires, paniques et psychopathologie collective », *Encycl Méd-Chir Psychiatrie*, 37-113-D-10, 8 p.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Prieto, N., Vignat, J. -P., & Weber, E. (2002). « Les Troubles traumatiques précoces ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(2), 39-44.
- Roussy, G., & Lhermitte (1917). *Les psychonévroses de guerre*. Paris: Masson.
- Sivadon, P., & Markich, M. (1953). « Le Temps de latence dans les névroses post-émotionnelles ». *Ann Médico-Psychologiques*, 87-91, février.
- Vaiva, G. (2001). « Détresse péritraumatique après un accident grave de la circulation. Valeur prédictive pour un PTSD à deux mois ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(1), 273-280.

Clinique du syndrome psychotraumatique chronique

Névrose traumatique, état de stress post-traumatique et autres séquelles

L. Crocq

L'installation d'une pathologie psychotraumatique chronique après une agression ou une catastrophe se fait le plus souvent au terme de la période post-immédiate, dans un délai de 3 à 30 jours après l'événement. Mais il arrive que les symptômes psychotraumatiques s'installent de façon échelonnée et que la victime ne consulte que tardivement, quand le syndrome séquellaire est entièrement constitué. Pendant longtemps, la pathologie séquellaire des traumatismes n'était connue que du cénacle restreint des psychiatres militaires : les patients atteints d'une telle pathologie n'extériorisaient pas leur souffrance, soit qu'ils en fussent honteux, soit qu'ils espérassent qu'elle passerait avec le temps. Mais, avec la survenue en grand nombre de « post-Vietnam syndromes » chez les vétérans américains de la guerre du Vietnam (1964–1973), cette pathologie post-traumatique a été mise au grand jour et les patients n'hésitent plus à consulter. Quoi qu'il en soit, dans la pratique, on observe toute une gamme de « syndromes psychotraumatiques différés et chroniques », certains précoces et d'autres tardifs, certains paucisymptomatiques et d'autres multisymptomatiques, certains modérés et d'autres sévères, certains assez bien tolérés et d'autres psychologiquement éprouvants et socialement invalidants. Dans toute cette gamme, le profil clinique de l'état de stress post-traumatique, avec ses critères précis tels que définis dans le DSM américain, constitue un modèle typique, sur lequel les cliniciens peuvent s'accorder. Mais la névrose traumatique, structurée en névrose, avec impact sur la personnalité même du patient, représente une variété sévère encore fréquemment observée et pour laquelle la nosographie internationale officielle CIM-10 – bien qu'ayant adopté pour l'ensemble des autres cas de figure le diagnostic d'état de stress post-traumatique – a réservé le diagnostic particulier de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ».

1. Question de nosographie : névrose traumatique, état de stress post-traumatique ou syndrome psychotraumatique différé et durable

Identifiée par le neuropsychiatre allemand Herman Oppenheim en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer, la névrose traumatique est une entité nosologique qui a été utilisée pendant tout le xxe siècle pour désigner les troubles psychotraumatiques chronicisés installés comme séquelles des chocs émotionnels éprouvés à l'occasion d'accidents, d'agressions, de catastrophes et d'événements de guerre. Caractérisée par l'existence de symptômes pathognomoniques (le syndrome de répétition), qui n'existent que chez elle et signent son diagnostic, et par une altération régressive de la personnalité qui justifiait son classement au rang des névroses, elle a été remise en cause à partir des années 1980 par la nouvelle nosographie américaine DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) qui, récusant le concept de névrose, prétendait lui substituer le diagnostic d'état de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* [PTSD]). Peu de temps après, la très officielle Classification internationale des troubles mentaux, dans sa dixième révision (CIM-10) en 1992, emboîtait le pas aux Américains en adoptant le diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais admettait en outre le nouveau diagnostic de *modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe* pour les cas sévères qui, impliquant une altération de la personnalité sous l'impact du trauma, correspondaient en fait à la névrose traumatique d'Oppenheim, de Janet et de Freud (voir tableau 2.2).

Pour nous tenir à l'écart des querelles d'école (le mot « névrose » serait entaché de connotation freudienne, mais le mot « stress » fait opter pour une hypothèse pathogénique résolument biologique), et pour refléter plus fidèlement la réalité clinique, nous proposons que, à l'intérieur de l'ensemble générique des *syndromes psychotraumatiques*, immédiats, post-immédiats ou différés et chroniques, on distingue un *syndrome psychotraumatique chronique* (plus exactement *différé et durable*) qui recouvre l'ensemble des diagnostics mentionnés ci-dessus et leurs variantes (tableaux cliniques incomplets ou atypiques).

2. Tableau clinique du syndrome psychotraumatique chronique

Le syndrome psychotraumatique chronique survient chez des sujets qui ont été soumis à un événement potentiellement traumatisant et qui l'ont réellement vécu comme un trauma. Son tableau clinique se répartit sur trois volets : les reviviscences anxiogènes de l'événement (pathognomoniques),

l'altération de la personnalité (pathognomoniques), et les symptômes non spécifiques (que l'on peut observer aussi dans d'autres pathologies).

2.1. Critère étiologique : avoir vécu une expérience psychotraumatique

Pour être atteint d'un syndrome psychotraumatique chronique, il faut obligatoirement avoir vécu, à l'origine de cette pathologie, une expérience psychotraumatique. Cela implique non seulement d'avoir été exposé à un événement potentiellement psychotraumatisant (c'est-à-dire un événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou bien l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophe ou événement de guerre), mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur, et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Donc, le même événement, que l'on peut vivre comme victime, comme témoin ou même comme acteur, peut faire trauma chez un sujet et non chez un autre, ou trauma chez tel sujet aujourd'hui mais pas hier ni demain, en d'autres circonstances de disponibilité d'énergie ou de soutien psychosocial.

2.2. Les reviviscences anxiogènes

La reviviscence intrusive du trauma, c'est-à-dire le fait pour le patient de revivre son expérience traumatique intensément, contre sa volonté et de manière itérative, est pathognomonique du syndrome psychotraumatique. On ne la constate que dans ce syndrome, car les rituels de la névrose obsessionnelle que le sujet s'impose lui-même sont d'une autre nature, de même que les stéréotypies de la schizophrénie. Dans la névrose traumatique, cette reviviscence était dénommée « *syndrome de répétition* ». La reviviscence du trauma peut se manifester sous sept modalités cliniques, qui sont : 1) la reviviscence hallucinatoire, 2) la reviviscence par illusion, 3) le souvenir forcé, 4) la rumination mentale, 5) le vécu comme si l'événement allait se reproduire, 6) l'agir comme si l'événement se reproduisait, et 7) le cauchemar de répétition.

1. La *reviviscence hallucinatoire* s'impose souvent comme une hallucination visuelle soudaine qui reproduit le décor et la scène de l'événement traumatisant, et dans laquelle le patient se voit (il croit y être). Au départ, elle exclut toute critique, et le sujet adhère complètement à l'hallucination. Puis, il se ressaisit et « se demande s'il ne devient pas fou » ; mais, pendant un instant, il s'est revu dedans et il s'y est cru, avec tout l'éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale. Les images sont très précises, c'est la reproduction du même décor (« à un brin d'herbe près »), des mêmes personnages, de leurs attitudes et gestes. C'est une scène dynamique, non figée, qui reproduit la scène inaugurale et se déroule « comme un film ».

Parfois, cette hallucination visuelle est accompagnée d'hallucination auditive (les mêmes bruits, les mêmes cris), olfactive (l'odeur de la fumée ou du sang), sensitive (la chaleur de l'incendie, ou la sensation de la baïonnette qui pénètre dans le corps) et même gustative (le goût de la poussière ou du thé sur la langue).

2. La *reviviscence par illusion* se démarque de l'hallucination pure en ce sens que le sujet plaque son hallucination de la scène traumatique ou de l'agresseur sur un paysage ou une silhouette réellement perçue. Par exemple, il croise un passant dans la rue et il le perçoit comme son agresseur venant sur lui.

3. Le *souvenir forcé* se distingue des reviviscences par hallucination ou illusion en ce sens que c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans image ni son. Chez les anciens combattants, c'est souvent le nom de tel ou tel camarade tué qui reviendra obstinément à l'esprit, sans être accompagné d'image.

4. La *rumination mentale* au sujet de l'événement, de ses causes ou de ses conséquences peut également être une forme de reviviscence ; en particulier, les interrogations incessantes qui s'imposent à l'esprit de la victime (« Pourquoi moi ? Pourquoi m'a-t-il fait cela ? »), et les lamentations répétées (« personne ne me comprend ni ne m'aide... »).

5. Le *vécu comme si l'événement allait se reproduire* est une autre forme du syndrome de répétition : subitement, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement, et il éprouve la même détresse.

6. L'*agir comme si l'événement se reproduisait* peut être un agir élémentaire, tel que réaction de sursaut ou réflexe de se recroqueviller ; mais il peut consister aussi en un agir plus complexe : fuite procursive, récit répétitif (toujours les mêmes mots, lassant l'entourage) ou mises en scène itératives, contemplation obstinée de souvenirs de guerre et, chez l'enfant, jeu répétitif reproduisant l'accident ou l'agression.

7. Enfin, le *cauchemar de répétition*, intensément vécu plutôt que simplement contemplé, fait revivre l'événement au sujet, suscitant la même frayeur et les mêmes gestes de défense : sous le coup de ces cauchemars, les anciens combattants s'agitent dans leur sommeil, crient, se débattent et tombent de leur lit, réveillés en sursaut, en sueur et le cœur battant fort.

Toutes ces manifestations de reviviscence sont vécues dans les trois registres de la *détresse psychique*, de l'orage neurovégétatif (sueur, pâleur, tachycardie, impression de gorge serrée, spasmes viscéraux, etc.), et du *raidissement de l'attitude du corps*. Toutes peuvent survenir soit spontanément (selon une dynamique inconsciente propre à chaque sujet), soit en réponse à un stimulus qui rappelle le trauma (le son d'une sirène d'ambulance, la vue d'un reportage télévisé sur un accident, une conversation ou le simple fait d'avoir à s'occuper ce jour-là de son dossier d'indemnisation), soit enfin à la faveur d'un abaissement du niveau de conscience (il est bien connu que les reviviscences surviennent plus facilement au moment de l'endormissement, lorsque la conscience vigile commence à fléchir).

Il y a des patients qui présentent toutes ces manifestations de reviviscence, et d'autres qui sont « fidèles » à certaines seulement. Concernant la fréquence et le rythme de ces reviviscences, le patient peut les présenter chaque jour, ou plusieurs fois par jour, ou une ou deux fois par semaine, ou plus rarement. Janet (1919) a bien illustré le caractère obstiné et harcelant du syndrome de répétition traumatique en reprenant le célèbre vers de la cinquième épître de Boileau : « quand un homme, tourmenté par quelque mauvais souvenir, cherche à le fuir en partant au loin, le chagrin monte en croupe et galope avec lui ».

2.3. Altération de la personnalité

La plupart des traumatisés déclarent avoir « changé de personnalité » depuis leur trauma. En fait, il ne s'agit pas d'un changement total de personnalité, au sens propre du terme, mais d'une manière de s'exprimer, pour signaler la profonde altération qu'a subie leur personnalité. D'ailleurs, déclarer avoir changé de personnalité implique que l'on se souvienne de l'ancienne, que l'on s'y réfère, et donc qu'on l'ait peu ou prou conservée. En fait, ces patients traumatisés précisent qu'ils ne se perçoivent plus comme avant et que leur entourage les trouve changés, dans leur manière de se comporter et dans leur relation à autrui. Cette altération de la personnalité sous l'impact du trauma a été remarquée par les plus éminents cliniciens de la névrose traumatique. Abraham et Ferenczi (1918), élèves de Freud mobilisés dans les armées austro-allemandes lors de la Première Guerre mondiale, parlaient d'atteinte au narcissisme et de régression libidinale, tandis qu'en face, sur le front français, Charpentier (1917) parlait d'un retour au puérilisme mental au sens de Dupré. Simmel (1918), admirateur de Freud, observant ses névrosés de guerre à l'hôpital militaire de Poznan, disait qu'un « ensevelissement de leur personnalité » avait succédé à l'ensevelissement physique provoqué par l'explosion de l'obus qui les avait commotionnés ; il parlera même de « changement d'âme », pour souligner l'importance de ces altérations. Plus tard, le psychanalyste américain Shatan (1974) identifie une « transfiguration de la personnalité » comme perturbation profonde, sous-jacente aux symptômes du *post-Vietnam syndrome* des vétérans du Vietnam. Nous-même (1974) avons dénommé « personnalité traumato-névrotique » ce qu'était devenue la personnalité après l'impact du trauma : pusillanime, égocentrique, quêtant la protection de la part des autres et encline aux ruminations amères. Mais c'est à Fenichel, dans les deux chapitres de son ouvrage *Théorie psychanalytique des névroses* (1945) consacrés à la névrose traumatique que l'on doit la meilleure analyse descriptive de cette altération de personnalité. Pour Fenichel, la névrose traumatique effectue un triple blocage des fonctions du moi : fonctions de *filtration de l'environnement*, fonctions de *présence au monde* et fonctions d'*amour et de relation à autrui*.

- Le traumatisé n'est plus capable de filtrer, dans l'environnement, ce qui est dangereux de ce qui est anodin : tout lui paraît danger et menace ; il est sans cesse en état d'alerte, il surveille l'environnement avec suspicion, il sursaute au moindre bruit, il se plaque contre le mur s'il entend quelqu'un marcher derrière lui et il résiste désespérément à l'endormissement le soir. Il ne s'agit pas de simples difficultés d'endormissement, mais d'une résistance passionnée au sommeil, car s'y abandonner c'est relâcher la vigilance. D'où les conduites retardant l'endormissement : rester habillé, regarder la télévision, fumer cigarette sur cigarette, laisser la lumière dans la chambre, et ne se mettre au lit que le plus tard possible. En outre, le sommeil sera léger, avec réveil angoissé au moindre bruit.
- Le traumatisé a perdu sa volonté de présence dans le monde. Le monde lui paraît lointain, irréel et sans intérêt. Le traumatisé délaisse ses loisirs et ses occupations jadis motivantes ; son travail ne l'intéresse plus (d'où des changements apparemment capricieux d'emploi et de métier) et l'avenir lui paraît bouché. D'où sa démotivation, sa perte d'initiative, son inhibition et son repli social dans l'amertume.
- Le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectale avec autrui, c'est-à-dire la capacité de considérer autrui comme un être libre, un autre soi-même. Les auteurs anciens soulignaient la régression libidinale du traumatisé qui, atteint dans son narcissisme, consacre tout son amour à la réparation de son moi blessé et n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui, qu'il assaille de ses demandes d'affection et de protection jamais rassasiées. En fin de compte, depuis l'expérience traumatique, le patient n'a plus la même façon de percevoir le monde, de l'apprécier, de le penser, d'y aimer, d'y vouloir et d'y agir ; il a établi avec le monde, avec les autres et avec lui-même un nouveau type de relation, marqué par la persistance anormale de la souvenance de l'éprouvé traumatique brut, par la mise à distance du monde réel et par l'adoption d'une nouvelle attitude envers autrui, à la fois méfiante et vainement possessive. Cette « *personnalité traumatique* » (ce qu'est devenue la personnalité sous l'impact du trauma) est la dimension la plus profonde du syndrome psychotraumatique. C'est elle qui structure le tableau clinique en deux niveaux, le niveau sous-jacent de l'altération de personnalité, et le niveau superficiel des symptômes engendrés par cette altération : symptômes de répétition (fruits de ce nouveau rapport avec le monde et avec le temps qu'est la fixation exclusive à la souvenance du trauma), et symptômes divers de souffrance, dits « non spécifiques », que nous allons inventorier maintenant.

2.4. Les symptômes non spécifiques

Les symptômes non spécifiques sont ainsi dénommés car on peut les observer aussi dans d'autres affections mentales. Mais le DSM américain les considère comme « symptômes associés », extérieurs au diagnostic

propre du PTSD. Il s'agit de l'asthénie, de l'anxiété, des symptômes psychonévrotiques, des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites et des troubles caractériels.

- Tous les traumatisés sont devenus *asthéniques*, fatigués, épuisés. Il s'agit d'une triple asthénie, physique, psychique et sexuelle. Les patients se plaignent de fatigue physique anormale (« fatigué dès le matin, épuisé au moindre effort », etc.). Ils se plaignent aussi de « fatigue mentale », d'incapacité de maintenir leur attention sur une conversation ou une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oubli à mesure (« je viens dans une pièce avec un crayon à la main, et je ne me rappelle plus ce que je suis venu y faire... »), de ralentissement idéique et de difficulté de concentration. Enfin, ils se plaignent de fatigue sexuelle et de baisse de la libido – des jeunes filles devenues frigides et des jeunes gens devenus impuissants, ou ayant perdu le désir et le plaisir sexuels.

- Les traumatisés sont devenus des *anxieux*, avec des crises d'angoisse et un état de tension anxieuse intercritique. Ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte, et ils appréhendent toujours le pire (« si les enfants tardent à rentrer de l'école, c'est qu'ils ont été accidentés ou kidnappés » ; « si le téléphone sonne, c'est qu'il va apporter une mauvaise nouvelle »). De temps à autre, sans raison ni motif déclenchant (en cela, ces crises anxieuses se distinguent des reviviscences), ces sujets sont en proie à des accès d'angoisse, à la fois psychiques (impression de danger imprécis mais imminent) et somatiques (sensation de striction laryngée et thoracique, tachycardie, pâleur, sueur, spasmes viscéraux, etc.).

- Beaucoup de traumatisés enrichissent leur tableau clinique de *manifestations psychonévrotiques* empruntées aux névroses de transfert : crises ou conversions hystériques, phobies, rituels obsessionnels. Il y aurait beaucoup à dire sur ces « complications » (Fenichel, 1945) ou plutôt « superstructures » (Crocq, 1974) psychonévrotiques : sont-elles facilitées par les propensions et habitudes d'une personnalité prédisposée, qui colorerait sa névrose traumatique de sa psychonévrose antérieure ? Ou sont-elles suggérées par l'expérience traumatique elle-même qui serait légitimement hystérogène (un sujet contusionné au bras lors de l'événement fera plus facilement une conversion motrice sur ce bras « en souvenir » de l'événement), phobogène (telle victime d'un attentat terroriste dans le métro aura ensuite la phobie de ce mode de transport), ou enfin génératrice de rituels vérificateurs de protection, obsessionnels (telle victime d'agression à son domicile se relèvera de son lit plusieurs fois de suite chaque soir pour vérifier la fermeture de sa porte) ?

- Beaucoup de traumatisés émettent par la suite des *plaintes somatiques* (céphalées, dorsalgies, gastralgies, etc.), et une proportion non négligeable d'entre eux présentent dans les jours ou les semaines qui suivent leur trauma des *troubles psychosomatiques* caractérisés, avec lésion d'organe : asthme, hypertension

artérielle, angor, ulcère d'estomac, colite spasmodique, eczéma, urticaire, psoriasis, canitie, alopecie, et même goitre et diabète. La plainte somatique serait un langage chez des sujets dont la culture réprime l'extériorisation de la souffrance psychique, ou chez des personnalités « alexithymiques », sans propension ni à la verbalisation, ni à la pantomime, ni à la représentation mentale : il ne leur reste, pour se plaindre, que le langage de l'organe. Quoi qu'il en soit, ces troubles psychosomatiques suscités par un trauma sont connus depuis longtemps (les psychiatres militaires américains avaient signalé leur fréquence pendant la Seconde Guerre mondiale [Alexander, 1946]) et sont plus nombreux qu'on ne le croit (beaucoup de médecins somaticiens, en présence d'un tel trouble, s'orientent vers des explorations somatiques et ne pensent pas à en rechercher une cause psychique).

- La quasi-totalité des traumatisés présentent après le trauma des *troubles des conduites* et des *troubles caractériels*. Il s'agit d'abord de conduites alimentaires : anorexie ou boulimie, avec modification pondérale importante en quelques mois. Il s'agit ensuite d'autres conduites orales de consommation excessive de tabac, d'alcool ou de drogues diverses (toxicomanie post-trauma). Il s'agit enfin de conduites d'auto-agressivité (tentatives de suicide) ou d'hétéro-agressivité (altercations, rixes) et même de conduites d'agression délictueuse ou criminelle. Chez les anciens combattants du Vietnam, Boman (1990) a dénommé « syndrome de Rambo » cette agressivité sauvage qui conduisait certains vétérans à commettre des agressions armées dans des banques, ou même à vivre à la sauvage dans la forêt californienne, armés d'une carabine, et tirant sur les promeneurs.

Observation 1

M. F., maçon, figure parmi les 3 000 spectateurs qui ont chuté de plus de dix mètres dans l'effondrement d'une tribune du stade de Furiani lors d'un match de football, le 5 mai 1992. Il était alors âgé de 28 ans. Il a vécu sa chute dans la surprise et l'incompréhension totales. Il a entendu comme un immense souffle et il s'est senti attiré en arrière, le dos appuyé « dans le vide » au dossier élastique de son siège en matière plastique. Il nous dit que sa chute lui a paru durer « une éternité ». Ensuite, il s'est retrouvé prisonnier au sol dans un enchevêtrement de poutrelles métalliques, miraculeusement indemne de fractures, quoique contusionné, et il a craint que personne ne vienne le désincarcérer. Une fois dégagé, il a longtemps erré « comme un zombie » sur la pelouse du stade, en contemplant les blessés et l'effervescence des secours.

Nous le revoyons un an plus tard, dans le cadre d'un examen expertal de ses séquelles. Il nous dit qu'au bout de quelques jours il se pensait remis de ses émotions et heureux de s'en être sorti indemne, alors que la catastrophe avait fait des morts et plusieurs centaines de blessés. Mais dès la première semaine, il fut importuné – surtout le soir au moment de l'endormissement – par des reviviscences de l'accident (il se sentait chuter en arrière), ainsi que par des rêves où sa chute se déroulait à nouveau « comme dans un



- ▷ film au ralenti ». En outre, il est resté plusieurs semaines perplexe, ne pouvant détacher son esprit des sensations et des images de l'accident, et cherchant vainement à comprendre ce qui s'était passé. Puis, il a été sujet à des accès d'angoisse psychique et somatique (sensation d'étouffement, tachycardie, sueurs) ; et ensuite la phobie des échafaudages et des lieux élevés s'est emparée de lui, au point qu'il est pris de vertige s'il monte sur une échelle, ce qui a occasionné des difficultés dans l'exercice de son métier de maçon, puis un arrêt de travail prolongé, lorsqu'il a été pris de malaise à la seule vue d'échafaudages métalliques. Sa phobie s'est étendue aussi aux balcons, aux escaliers et aux ascenseurs, ce qui lui complice l'existence. En outre, il se plaint de dorsalgies, « souvenir » de ses contusions, et il ne cesse de consulter les médecins et de faire procéder à des examens complémentaires (qui n'ont décelé aucune lésion) pour ces douleurs imaginaires. Il dort mal et il est devenu geignard et irritable.
-

3. Variantes et équivalences nosographiques.

« Panorama » des syndromes psychotraumatiques différés et chroniques

Depuis 1980, le DSM américain propose le diagnostic de *post-traumatic stress disorder* (PTSD), traduit en français sous le vocable d'état de stress post-traumatique (ESPT), pour désigner le syndrome psychotraumatique chronique. Lors de révisions successives du DSM (DSM-IV en 1994, DSM-V en 2013), les critères du PTSD ont évolué ([encadré 4.1](#)).

On notera que le critère A3 est abusif (il n'y a pas confrontation directe avec le réel de la mort), et on regrettera la disparition de l'ancien critère A2 du PTSD DSM-IV (il faut non seulement avoir été exposé à un événement potentiellement traumatisant [critère A1], mais il faut en outre l'avoir vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'absence de secours [critère A2]). On notera que les critères B4 et B5 font double emploi avec B1, B2 et B3, symptômes qui peuvent venir soit spontanément, soit en réponse à un stimulus évocateur, et qui sont tous vécus dans la détresse et l'orage neurovégétatif. Enfin, on remarquera que les critères D et E évoquent l'altération de la personnalité observée dans l'ancienne névrose traumatique.

En fin de compte, le diagnostic d'ESPT, s'il a le mérite de répondre à des critères diagnostiques strictement définis et se prêtant à de multiples combinaisons qui répondent aux variantes offertes par la clinique, n'apporte rien de nouveau par rapport à la névrose traumatique. En outre, ces restrictions laissent de côté les cas authentiquement traumatiques mais « infracritères », et rejettent dans la « pathologie associée » la plus grande partie des symptômes non spécifiques.

Encadré 4.1**Critères diagnostiques du PTSD d'après le DSM-V
(résumés par L. Crocq)****A – Avoir été exposé à un événement traumatogène :**

1. exposition directe
2. comme témoin
3. si on apprend qu'un proche parent ou ami vient de décéder de mort violente
4. comme intervenant (sauveteur, policiers, personnel ramassant des restes humains)

B – Présenter un ou plusieurs des symptômes de reviviscence suivants :

1. souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement
2. rêves de répétition de l'événement
3. vécus ou agir dissociatifs (ou jeu répétitif chez l'enfant) comme si l'événement allait revenir
4. détresse lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement
5. symptômes physiologiques lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement

C – Évitement persistant des stimuli évocateurs de l'événement (un ou les deux symptômes) :

1. évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement
2. évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement

D – Altération négative des cognitions et de l'humeur, associée à l'événement (deux symptômes au moins) :

1. incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement
2. croyances ou appréhensions pessimistes exagérées sur soi-même, autrui ou le monde
3. cognitions erronées sur les causes et les conséquences de l'événement
4. émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité)
5. diminution de l'intérêt porté aux activités jadis motivantes
6. sentiment de détachement (ou d'être étranger) vis-à-vis des autres
7. incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)

E – Altération de la vigilance et de la réactivité, en relation avec l'événement (deux symptômes au moins) :

1. irritabilité, accès de colère
2. comportement imprudent ou auto-destructeur
3. hypervigilance
4. réaction de sursaut exagérée
5. difficultés de concentration
6. troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)

Préciser si, éventuellement : accès de dépersonnalisation ou de déréalisation**Préciser si l'apparition de l'ensemble du tableau clinique est différée (plus de 6 mois)**

La CIM-10 a identifié un état de stress post-traumatique en gros calqué sur le PTSD américain, mais y a adjoint, pour les cas sévères, un diagnostic de « *modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe* », chronique et irréversible, qui, avec ses critères d'attitude méfiante envers le monde, de retrait social, de sentiment de perte d'espoir, d'état d'alerte permanent et de détachement affectif, correspond en fait à la névrose traumatique.

Le [tableau 4.1](#) récapitule les ressemblances et différences entre critères diagnostiques de la névrose traumatique, du PTSD (selon le DSM-V) et des diagnostics ESPT et modification durable de la personnalité retenus par la CIM-10.

La réalité clinique nous offre en fait toute une gamme de cas – un « panorama » (Crocq, 1992a) – peu ou beaucoup différés dans leur éclosion, transitoires ou durables, bénins ou sévères, socialement peu gênants ou très invalidants, dont certains répondent aux critères cliniques de la névrose traumatique, du PTSD américain ou des entités définies par la CIM-10, d'autres n'en comportent que quelques éléments sémiologiques (cas dits incomplets), d'autres encore occultent la sémiologie spécifique sous une façade de pathologies associées, par exemple psychosomatiques, caractérielles ou dépressives.

4. Évolution

Non traité, ou mal traité parce que le médecin, répondant à une demande limitée, se sera contenté de prescrire des somnifères, des anxiolytiques et des antidépresseurs pour réduire les symptômes apparents d'insomnie, d'anxiété et d'inhibition, ou parce que le patient – fixé jalousement à son trauma – ne se sera pas ouvert au thérapeute des perplexités et interrogations qui eussent pu être résolues dans le dialogue et le transfert, le syndrome psychotraumatique évolue sur un mode chronique, jusqu'à la fin de la vie, avec des relances et des péripéties survenues au gré des événements réévocateurs ou du départ à la retraite qui prive le patient de ses activités de dérivation. Il est très rare que le patient se dégage rapidement (en l'espace de quelques mois ou d'une année) de l'emprise de son trauma dans un effort de verbalisation de ses affects, au cours duquel il aura réussi à découvrir, seul ou en présence d'un thérapeute, le sens secret de son expérience vécue. Le DSM-IV avait identifié (un peu arbitrairement) deux variétés évolutives du PTSD : variété aiguë, si les symptômes durent plus d'un mois et moins de 3 mois, et variété chronique s'ils durent 3 mois ou plus.

On a décrit des variétés particulières, selon l'âge (trauma de l'enfant et de l'adolescent) et selon le type d'agression (agressions physiques, viol, accidents, catastrophes, guerre, déportation, prise d'otage, torture). Les principales de ces variantes seront présentées plus loin.

Tableau 4.1. Comparaison des critères diagnostiques : névrose traumatique, trouble de stress post-traumatique (DSM-V), état de stress post-traumatique (CIM-10).

Névrose traumatique	Trouble de stress post-traumatique (DSM-V) – (309-81)	État de stress post-traumatique (CIM-10) – (F43.1)
A – L'événement traumatique A1 – violence et exception A2 – relatif à personnalité ou conjoncture A3 – vécu : effroi, non-sens (trou noir), absence de secours	A – L'événement traumatique A1 – exposition directe A2 – comme témoin A3 – apprend décès brutal d'un proche A4 – comme intervenant	A – L'événement traumatique A1 – menace de mort ou de blessure A2 – vécu de peur, impuissance, horreur
B - Syndrome de répétition <u>Ses modalités de manifestation</u> B1 – reviviscences hallucinatoires B2 – illusions de répétition B3 – souvenir forcé B4 – ruminations mentales B5 – vécu comme si... B6 – agir comme si (tics, sursauts, conduites) B7 – cauchemar de répétition <u>Ses circonstances de survenue</u> – spontanée – provoquée par stimulus – facilitée par baisse de conscience <u>Ses registres d'expression</u> – détresse – orage neurovégétatif – raidissement de l'attitude	B – Symptômes de reviviscence B1 – souvenirs envahissants B3 – vécus ou agir dissociatifs, jeu répétitif B2 – rêves, cauchemars B4 – détresse si exposé à stimulus évocateur B5 – réactivité physiologique à stimulus évocateur	B – Symptômes de reviviscence B1 – flash-back B1bis – souvenir répétitif B3 – reviviscences B2 – rêves répétitifs B4 – angoisse si exposé à stimulus évocateur B5 – réaction agressive si exposé à stimulus évocateur





Névrose traumatique	Trouble de stress post-traumatique (DSM-V) – (309-81)	État de stress post-traumatique (CIM-10) – (F43.1)
D – Symptômes non spécifiques D1 – anxiété D2 – asthénie physique, psychique, sexuelle D3 – symptômes psychonévrotiques D4 – troubles psychosomatiques D5 – troubles des conduites	C – Évitement E – Altération de la vigilance et de l'activité E5 – difficulté de concentration D1 – amnésie psychogène D3 – cognitions erronées C1 – évitement des stimuli évocateurs C2 – éviter activités et situations évocatrices E2 – comportement imprudent	D – Activation neurovégétative D3 – peur, crises d'angoisse D3bis – dépression D1 – évitement des stimuli évocateurs D2 – évitement des situations évocatrices D4 – perturbations neurovégétatives D5 – troubles du comportement, abus d'alcool, etc.
C - Altération de la personnalité <u>Ca – Blocage de fonction de filtration</u> C1 – état d'alerte C2 – sursaut à tout stimulus C3 – résistance à l'endormissement, réveils fréquents <u>Cb – Blocage de fonction de présence</u> C4 – réduction d'intérêt pour loisir et travail C5 – impression d'avenir bouché C6 – impression de détachement du monde C7 – retrait de l'environnement <u>Cc – Blocage de fonction d'affection</u> C8 – sentiment de détachement d'autrui C9 – régression narcissique C10 – irritabilité C11 – retrait social	D – Altération des cognitions et de l'humeur E – Altération de la vigilance et de la réactivité E3 – hypervigilance E4 – sursaut exagéré E6 – troubles du sommeil D5 – diminution de l'intérêt pour les activités auparavant motivantes D2 – croyances pessimistes D6 – sentiment de détachement des autres D7 – incapacité de ressentir des émotions positives E1 – irritabilité	C – Contexte d'anesthésie psychique, et d'émoussement émotionnel D1 – hypervigilance, état de qui-vive D2 – insomnie C8 – insensibilité à l'environnement C5 – détachement par rapport aux autres C6 – restriction des affects C7 – anhédonie



Névrose traumatique	Trouble de stress post-traumatique (DSM-V) – (309-81)	État de stress post-traumatique (CIM-10) – (F43.1)
		MODIFICATION DE LA PERSONNALITÉ APRÈS EXPÉRIENCE DE CATASTROPHE (F62.0) e – détachement des autres a – attitude hostile, méfiance envers le monde b – retrait social c – sentiment de vide ou perte d'espoir d – impression d'être sur la brèche, menacé
F – Latence, durée – temps de latence variable – affection durable, voire chronique G – Souffrance psychique et invalidation sociale variables (gamme de cas) H – Étiologie n'est dû ni à la commotion, ni à une intoxication	F – Durée – parfois différé (> 6 mois) – dure plus de 1 mois pour les critères B, C, D, E G – Détresse ou altération du fonctionnement social H- Étiologie n'est dû ni à une intoxication, ni à une affection médicale	F – Latence, durée – latence < 6 mois – peut être transitoire ou chronique – dure plus de 2 ans si modification durable de la personnalité H – Étiologie les symptômes ne peuvent pas être attribués à un autre trouble

Pour en savoir plus

- Abraham, K. (1918). « Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre », trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 172-180). Paris: Payot, t. 2.
- Alexander, F., & French, H. (1946). *Psychothérapie analytique. Principes et applications, trad. française*. Paris: PUF, 1959.
- Boman, B. (1990). « Are all Vietnam veterans like John Rambo ». In M. E. Wolf, & A. D. Mosnaim (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. Etiology, phenomenology and treatment* (pp. 80-93). Washington: American Psychiatric Press.
- Charpentier, R. (1917). « Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles ». *Revue Neurologique*, XXIV, 6 (juin), 296-306.
- Crocq, L. (1974). « Stress et névrose traumatique ». *Psychologie Médicale* (6), 1493-1531.
- Crocq, L. (1992a). « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névrozes traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles ». *Psychologie Médicale*, 5(24), 427-432.
- Crocq, L. (1992b). « Le Syndrome de répétition dans les névrozes traumatiques. Ses variations cliniques, sa signification ». *Perspectives Psychiatriques*, II (32), 59-65.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Fenichel, O. (1945). *La Théorie psychanalytique des névrozes, trad. fr.* Paris: PUF, 1953.
- Ferenczi, F. (1916). « Deux types de névrozes de guerre », trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 238-252). Paris: Payot, 1970, (t. 2).
- Ferenczi, S. (1918). « Psychanalyse des névrozes de guerre », trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 26-43). Paris: Payot, 1974, (t. 3).
- Janet, P. (1919). *Les Médications psychologiques*. Paris: Alcan.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic neuroses of war*. Washington: Psychosomatic Medicine Monograph II-III, National research Council.
- Lipkin, O. J., Blank, A. S., & Scurfield, R. M. (1985). « Forensic assessment of post-traumatic stress disorders in Vietnam veterans ». In S. Sonnenberg et al., (Ed.), *The Trauma of war* (pp. 439-445). Washington: American Psychiatric Press.
- Shatan, C. F. (1974). « Through the membrane of reality : impacted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans ». *Psychiatric Opinion*, 11 (6 oct), 7-14.
- Simmel, E. (1918). *Kriegs-neurosen und psychisches trauma. Ihre gegenseitigen beziehungen dargestellt auf grund psycho-analytischer, hypnotischer studien*. München-Leipzig: Otto Nemnich.

5 Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent

B. Vilamot

Les enfants sont vulnérables au trauma au même titre que les adultes. On peut même dire que, dans bien des cas, l'enfant subit deux traumas : le sien propre, plus, en miroir, celui de ses parents dont il constate l'épouvante et l'impuissance, notamment l'impuissance à le protéger. En outre, contrairement aux idées reçues rassurantes sur la résilience de l'enfant, que son immaturité empêcherait de concevoir objectivement la mort, et que sa personnalité en devenir armerait de conduites adaptatives novatrices, on doit malheureusement objecter que l'imaginaire de la mort chez l'enfant est différent mais peut-être pire que l'imaginaire de la mort chez l'adulte, et que c'est justement parce que sa personnalité est en devenir qu'elle n'en est que plus fragile, vulnérable aux chocs émotionnels et facilement engagée dans des frayages de conduite morbides. Sur le plan clinique, on va retrouver chez l'enfant traumatisé le même « noyau sémiologique » que chez l'adulte (reviviscences, altération de la personnalité, symptômes non spécifiques), mais avec des différences et des variantes dans le tableau clinique. Le clinicien doit se poser les questions suivantes.

- Existe-t-il des symptômes plus spécifiques au trauma de l'enfant ?
- Existe-t-il des spécificités cliniques en fonction du niveau de développement de l'enfant ?
- Existe-t-il des spécificités relatives à l'expérience traumatique elle-même (type d'agression, intensité, fréquence) ?

1. Réaction immédiate chez l'enfant

La réaction immédiate chez l'enfant est rarement celle du stress adapté, qui serait toutefois observée chez des enfants accompagnés d'adultes (parents ou enseignants) lors d'accidents ou de catastrophes : obéir aux consignes, se sentir protégés par l'adulte, poser des questions sur ce qui arrive, aider leurs camarades. Le plus souvent, l'enfant qui se sent vulnérable et impuissant face à la situation, ou qui assiste à la peur et à l'impuissance de ses parents, va être profondément bouleversé et décontenancé. L'on va observer une des quatre réactions de stress dépassé.

- Ce peut être l'inhibition avec sidération, stupeur, immobilité et mutisme.
- Ce peut être une réaction d'agitation combinant turbulence motrice, logorrhée intarissable, ou même comportement agressif.
- Ce peut être encore une réaction de fuite éperdue, avec une angoisse panique qui ne sera même pas réduite lorsque l'enfant sera parvenu à l'abri.

- Chez certains enfin, le comportement devient désorganisé voire automatique, l'enfant poursuivant pendant de longues minutes une activité inadaptée au contexte, ou proférant des propos incohérents dans un état d'indifférence à ce qui se passe autour de lui et d'imperméabilité aux exhortations données par les adultes.

On a observé aussi des réactions immédiates franchement pathologiques, telles qu'états confusionnels ou confuso-oniriques (tableaux faits de confusion ou d'obnubilation de la conscience avec délire onirique) suivis d'amnésie, de crises d'angoisse massive et d'attitudes phobiques avec recherche désespérée de réassurance.

2. Période post-immédiate chez l'enfant

Concernant la période post-immédiate (du 2^e au 30^e jour), il en est de même que chez l'adulte : soit la sédation assez rapide des symptômes de stress, le retour de la sérénité et la reprise des activités ; soit la persistance des symptômes de stress (surtout des symptômes de déréalisation et de dissociation), et l'apparition de reviviscences et d'autres symptômes témoignant de l'installation d'un syndrome psychotraumatique caractérisé. Parmi les symptômes à détecter dans cette phase post-immédiate, on notera :

- les manifestations d'angoisse de séparation, avec comportement d'agrippement à l'adulte, peur de rester seul, peur du noir, refus anxieux de dormir seul, crainte d'être abandonné ;
- un état psychique diurne et nocturne de peur, voire de terreur, avec surveillance vigilante de l'environnement, sursaut au bruit, résistance à l'endormissement et réveils nocturnes angoissés (plus souvent après un rêve terrifiant sans contenu précis qu'après un cauchemar de reviviscence à proprement parler) ;
- des phobies précoces se rapportant à ce qui évoque l'événement traumatique ;
- des épisodes de déréalisation ou de dépersonnalisation, l'enfant ne reconnaissant plus les lieux familiers, ni les adultes familiers, et répondant « à côté » ;
- des plaintes somatiques diverses (vertiges, mal à la tête, mal au dos, mal au ventre).

3. Les syndromes différés et chroniques de l'enfant

Chez l'enfant, le syndrome psychotraumatique durable apparaît souvent tout de suite après la réaction immédiate ; le cas de figure d'apparition après un intervalle libre (temps de latence) se présente plus rarement. Le tableau clinique comprend les éléments suivants.

- *Syndrome de répétition* (plus exactement de reviviscence involontaire et itérative) : remise en acte de l'événement à l'identique ou selon des scénarios où l'enfant se donne un rôle actif, jeux et dessins répétitifs voire compulsifs sans dimension de plaisir, reprenant la thématique du traumatisme. Les hallucinations, les illusions et les flash-back (dont des accès de déréalisation ou de dépersonnalisation plus ou moins brefs) sont une variante sémiologique du même registre faisant revivre à l'enfant l'expérience traumatique. Les cauchemars sont moins fréquents que chez l'adulte, leurs thèmes sont souvent non spécifiques et, chez le jeune enfant, leur contenu est habituellement non reconnaissable.

- *Syndrome d'évitement* des indices internes (pensées, sentiments) ou externes (activités, situations) en rapport avec l'événement. Les phobies, dont l'objet a un rapport direct ou indirect avec l'événement, sont fréquentes et tenaces : phobie de rester seul, phobie du noir, etc. L'amnésie psychogène, forme particulière d'évitement ou de déni, est rare chez l'enfant. On observe plutôt une distorsion mnésique des faits et des perceptions relatifs au traumatisme.

- *Réactivité générale éteinte*, avec comportement de retrait, propension au silence, réduction des intérêts (perte de l'envie de jouer), perte de la confiance dans les adultes, qui ont failli dans leur rôle de protection. À noter que l'évitement de ce qui rappelle le trauma et l'éteinte de la réactivité générale traduisent la perturbation « traumatique » de la personnalité de l'enfant, perturbation d'autant plus grave qu'elle frappe une personnalité en devenir.

- *Hyperactivité neurovégétative*. Il s'agit essentiellement des points suivants :
 - troubles des fonctions instinctuelles touchant le sommeil, l'alimentation et le contrôle sphinctérien. Concernant le sommeil, les difficultés d'endormissement sont fréquentes, ainsi que les réveils multiples, les terreurs nocturnes et les cauchemars. L'appétence alimentaire est modifiée par l'installation d'une polyphagie, d'un grignotage anxieux ou au contraire d'une anorexie parfois rebelle. La réapparition d'une énurésie, voire d'une encoprésie, nocturnes ou diurnes, est parfois observée, traduisant une régression affective et instinctuelle profonde ;

- irritabilité, colères, agressivité ;

- hypervigilance, attitude d'alerte, réactions exagérées de sursaut au moindre bruit.

- *Symptômes non spécifiques* (dénommés aussi « *symptômes associés* ») :

- difficultés de l'attention, de l'acquisition mnésique et de la concentration, distraction en milieu familial comme en milieu scolaire, avec répercussions sur la scolarité ;

- troubles anxieux en particulier le trouble anxieux de séparation qui occupe souvent le devant de la scène clinique. L'enfant ne supporte pas de ne plus avoir ses parents dans son champ visuel, et il exige le soir de

coucher dans leur chambre voire dans leur lit. D'autres troubles anxieux peuvent survenir : phobies simples, attaques et troubles panique, trouble d'anxiété généralisée ;

- troubles de l'humeur avec état dépressif ou trouble dysthymique traînant (épisode dépressif évoluant de manière chronique dépassant une année) au cours desquels l'enfant ou l'adolescent exprime un vécu de culpabilité du survivant. Un deuil pathologique peut être observé, notamment dans les situations de perte d'un ou de plusieurs membres de la famille ;

- troubles du comportement. Ils sont fréquents. Chez l'enfant jeune ou d'âge scolaire, on observe des manifestations régressives à type de succion du pouce, de parler « bébé », de troubles sphinctériens secondaires (par exemple réapparition d'une énurésie nocturne), et des attitudes d'opposition systématique et de refus d'obéissance, voire des accès de colère violente, pathologique. Chez l'adolescent, ce sera l'agressivité dans les propos et les attitudes, le comportement provocateur, la fugue, la propension à la rixe et même le comportement autoagressif (tentative de suicide, actes d'automutilation) ;

- plaintes pour douleurs (céphalées, dorsalgies, douleurs abdominales, etc.) essentiellement psychogènes ; et conversions somatiques (aphonie, bégaiement, paresthésies, paralysies, troubles de l'équilibre) ;

- manifestations psychosomatiques, surtout dermatologiques (eczéma, psoriasis, urticaire, pelade), mais également digestives (coliques, ulcère de stress), observées en particulier chez les plus jeunes. Par ailleurs, il est fréquent que l'on assiste dans les suites de l'événement à la décompensation de pathologie psychosomatique préexistante (diabète, asthme, etc.).

4. Particularités selon les tranches d'âge

4.1. Le nourrisson

Les tableaux cliniques dans cette tranche d'âge sont peu connus car ils ont longtemps été banalisés. Toutefois, les symptômes observés se rapprochent plus de la clinique des carences affectives que de celle de l'état de stress post-traumatique. À cet âge, l'enfant n'est pas encore capable d'identifier et d'évaluer le danger. En revanche, il est sensible aux états affectifs et émotionnels de son entourage familial. La sémiologie est la plupart du temps manifeste avec tantôt une apathie et un retrait, tantôt une hyperexcitabilité avec pleurs et cris incessants. Les troubles du sommeil et de l'appétit ainsi que les manifestations psychosomatiques sont un mode privilégié d'expression de la souffrance chez le nourrisson (n'ayant pas accès à l'introspection ni à la verbalisation des émotions). Les retards du développement psychomoteur, les retards de croissance et, surtout, la régression des acquis sont très fréquents.

4.2. L'enfant de moins de 1 an (avant le langage)

Des comportements répétitifs reprenant certains aspects du traumatisme vécu ont été décrits sous le terme de « *mémoire comportementale* » ; comme si l'enfant gardait en mémoire la scène traumatique, qui viendrait s'imposer à lui par le biais de la remémoration sous une forme comportementale sans participation affective observable. Deux facteurs font de cet âge une période critique vis-à-vis des traumatismes : primo, la sémiologie passe souvent inaperçue, elle est négligée ou banalisée par l'entourage familial ; secundo, le pronostic à long terme des traumatismes précoces est souvent réservé.

4.3. L'enfant de 2 à 6 ans

Dans cette tranche d'âge, les *signes spécifiques* sont :

- les comportements d'évitement avec manifestations anxieuses : crainte et anticipation de la séparation (réactions d'agrippement à l'adulte), peurs spécifiques (peur du noir, peur de rester seul, peur de certains bruits, etc.) ;
- les comportements répétitifs ou compulsifs reprenant certains aspects du traumatisme (jeux et dessins répétitifs) ;
- les phénomènes d'allure dissociative : flash-back, illusions, hallucinations.

Les *signes non spécifiques* sont plus fréquents, à type essentiellement :

- de somatisations douloureuses : douleurs abdominales, céphalées, douleurs erratiques ;
- de comportements régressifs qui occupent souvent le devant du tableau clinique : succion du pouce, régression du langage, de la propreté, de l'autonomie, régression des acquis, etc. ;
- de cassures dans le développement psychomoteur et de la courbe de poids qui concernent les plus jeunes ;
- de troubles caractériels, tels qu'irritabilité, opposition, refus, agressivité et accès de colère, ou retrait et mutisme.

4.4. L'enfant de 6 à 12 ans

On constate chez l'enfant de cette tranche d'âge la fréquence des *symptômes anxieux* dont la thématique tourne autour de la séparation (trouble d'anxiété de séparation), avec crainte d'être séparé des parents ou des figures d'attachement, peur d'être abandonné, peur qu'arrive un drame similaire aux parents, etc. Des *manifestations dépressives* sont également observées, à type de deuil pathologique, de culpabilité (notamment en situation de survivant) ou s'exprimant sous forme d'une inhibition importante.

Par ailleurs, et comme chez le petit enfant, les manifestations somatiques douloureuses sont très fréquentes ainsi que les troubles du sommeil et les troubles sphinctériens secondaires. Les modifications du caractère et du comportement sont également observées, à type d'agressivité, d'irritabilité, de colères violentes, d'opposition systématique, etc. La modification ou

la perte des intérêts habituels, avec une tendance au retrait ou aux jeux répétitifs reprenant la thématique du traumatisme, est souvent retrouvée à cette période.

Les répercussions du traumatisme sur la scolarité occupent souvent le devant de la scène clinique, avec baisse brutale des performances ou difficultés scolaires insidieuses. L'enfant est alors décrit comme distrait, rêveur, incapable de se concentrer sur ses devoirs, ayant souvent des difficultés à la rétention mnésique. Les troubles mnésiques peuvent avoir fonction d'évitement de la confrontation cognitive que lui impose la remémoration de l'événement. Dans certains cas, les difficultés scolaires s'expriment sous forme de troubles de l'adaptation scolaire par crainte de quitter le domicile familial ou les parents (réalisant parfois une véritable phobie scolaire). À l'école, on constate aussi parfois la perte de l'envie de jouer : enfants restant immobiles et silencieux dans un coin de la cour de récréation, et ne participant pas aux jeux avec leurs camarades.

4.5. L'adolescent

Le tableau clinique du trauma chez l'adolescent comporte, comme chez l'adulte, les manifestations de reviviscence, les évitements et l'irritabilité neurovégétative. Parmi les reviviscences, les *phénomènes dissociatifs*, tels que flash-back, hallucinations ou illusions, sont fréquemment décrits et peuvent être considérés comme symptômes spécifiques de cette tranche d'âge. Il en est de même pour la *mise en acte*, moyen de défense psychologique prévalent dans cette tranche d'âge. Elle peut s'exprimer sous forme de comportements autoagressifs (automutilations) ou de conduites suicidaires s'inscrivant souvent dans un vécu de culpabilité (comportement autopunitif). Les comportements agressifs et prédélinquants peuvent également être observés ; ils ont une signification de perte des repères ou de perte de la confiance accordée aux adultes. La prise de toxiques et d'alcool peut s'offrir comme une alternative permettant à l'adolescent de fuir un vécu douloureux et insupportable.

On observe parfois des somatisations douloureuses et des conversions hystériques (fausses anesthésies ou fausses paralysies, aphonies, etc.).

On a signalé aussi des perturbations des fonctions instinctuelles, donnant lieu à des troubles du sommeil, des troubles des conduites alimentaires et des troubles du comportement sexuel (précocité des passages à l'acte, hypersexualisation, avec tendance à la prise de risque et à la multiplication des partenaires, particulièrement après les traumas par abus sexuel).

Enfin, chez les adolescents les plus fragiles, le trauma, venant décompenser un équilibre précaire, peut provoquer des troubles de l'identité et de la personnalité, donnant lieu à la survenue d'états de dépersonnalisation (dits « dissociatifs ») éphémères, et aussi à l'éclosion brutale ou insidieuse d'une psychose.

5. Spécificités selon la nature du traumatisme

L'enfant victime de violences physiques, morales ou sexuelles est un enfant traumatisé qui gardera à plus ou moins long terme des séquelles psychologiques. Longtemps sous-estimées voire occultées du fait du silence des victimes et parfois de la réticence des adultes à les reconnaître, elles sont aujourd'hui dégagées des tabous qui les enveloppaient.

5.1. Sévices physiques et psychologiques

Ce n'est que vers le milieu du siècle dernier que les professionnels de la santé de l'enfant ont décrit des tableaux cliniques en rapport avec des sévices physiques infligés à l'enfant par ses propres parents ou par des adultes de son entourage (Ingraham, Caffey et Silverman, Tardieu, Straus, Manciaux). La fréquence de tels sévices est difficile à déterminer, car nombre d'entre eux passent inaperçus ou sont négligés. On parle de maltraitance lorsque la violence infligée à l'enfant est démesurée ou compromet le pronostic vital.

Les sévices psychologiques (injures, frustration des besoins élémentaires, humiliation, exigences extrêmes, etc.) sont aussi traumatisants pour l'enfant même si, malheureusement, ils sont plus insidieux et plus difficiles à repérer.

La suspicion diagnostique sera faite devant la nature et la localisation de certaines lésions, l'état général de l'enfant (dénutrition, présentation négligée, hygiène défectueuse, etc.), l'attitude des parents, le retard aux soins, etc. Les troubles développés par l'enfant victime de sévices sont assez typiques : vigilance anxieuse, méfiance, attitude craintive et apeurée. Des troubles graves du comportement peuvent s'observer avec violence et agressivité majeure. Des états d'inhibition ou de sidération ont été rapportés ainsi que des manifestations psychosomatiques notamment dans les formes de sévices et de négligence précoces.

5.2. Abus sexuels

Il s'agit de l'exploitation d'un enfant par un adulte à des fins de satisfaction sexuelle exercée sous la contrainte (avec ou sans violence physique) ou la ruse (chez les tout petits). L'adulte abuseur est souvent une personne familière à l'enfant, voire un parent (inceste). Les conséquences de l'abus sexuel dépendent de plusieurs facteurs : la gravité et la répétition de l'acte, l'âge au moment de l'abus, le degré de vulnérabilité individuelle, la qualité de la structure familiale et de sa réaction après découverte de l'abus, et la qualité de la prise en charge thérapeutique.

La découverte de l'abus est souvent fortuite, car il est rare que l'enfant en parle spontanément à l'un de ses parents. Toutefois, certains indices restent évocateurs de l'existence d'un éventuel abus.

Le cas de la petite A illustre bien la situation.

Observation 1

A. est âgée de 3 ans au moment des faits, et les sévices sexuels répétés infligés par un cousin paternel de 55 ans ne sont découverts qu'une année après leur début. Un soir, alors que A. souhaitait la bonne nuit à sa mère, cette dernière est surprise et choquée par le baiser érotique que sa petite fille de 4 ans lui donne. C'est le lendemain que l'enfant, mise en confiance par la mère, va donner des bribes d'information sur ce qu'elle a vécu. La mère nous parlera plus tard de sa culpabilité, de n'avoir pas « compris » plus tôt.

En fait certains signes auraient dû alerter la famille : infections urinaires à répétition, pertes vaginales, vomissements répétés à l'introduction de la tétine du biberon dans la bouche (réaction réflexe ; l'enfant subissait alors des fellations). À côté de ces signes somatiques, A. était souvent et de manière quasi compulsive intéressée par les régions génitales de ses parents, cherchant à les dévoiler ou à les caresser.

Chez les enfants d'âge scolaire, les symptômes les plus fréquents sont les troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, alimentation, contrôle sphinctérien) ainsi que les somatisations, la peur de se déshabiller devant un tiers, la réticence méfiante face aux personnes non familières et aux lieux non connus, les préoccupations sexuelles obsédantes, le comportement séducteur, la masturbation compulsive, l'intérêt inadapté pour les parties génitales des personnes et des animaux, et les troubles du comportement avec fugues, mensonges, vols, etc.

À l'adolescence, les symptômes dépendent de plusieurs facteurs : abus récent et ponctuel ou abus répétés dans le temps, abus avec ou sans violence physique, abus ou inceste. La situation la plus grave et la plus dramatique est celle de la relation incestueuse demeurée longtemps secrète, parfois avec la complicité plus ou moins consciente de la mère et dévoilée à l'adolescence.

Le cas de l'adolescente F. illustre bien cette situation.

Observation 2

Nous rencontrons F. sur sa demande. Elle nous livre son vécu d'une voix monocorde, de laquelle s'est détaché tout affect. Elle est victime depuis son très jeune âge d'abus sexuels de la part de son père ; elle a toujours pensé que sa mère était au courant et « laissait faire ». Comme « la chose » se pratiquait sans agressivité, F. a toujours cru que « cela se faisait » dans les familles.

Vers l'âge de 11 ans, elle est « réveillée de sa léthargie » par un documentaire sur les enfants victimes d'inceste. Depuis, colère et culpabilité colorent ses passages à l'acte parfois très violents : fugues, tentatives de suicide répétées, actes clastiques violents, etc.

La sémiologie vient souvent exprimer un vécu d'effraction corporelle, de culpabilité, de honte et de dévalorisation. Les troubles sont variés : nosophobies, en particulier la peur de contracter le virus VIH, fugues au cours desquelles l'adolescent(e) s'expose à la prostitution ou à la multiplication des partenaires, passages à l'acte suicidaires, abus de toxiques, tendance à se lier d'amitié avec des jeunes à problèmes, tendance impulsive à s'exposer aux mauvais traitements et aux abus sexuels.

6. Spécificités selon la fréquence d'exposition au traumatisme

La typologie de Terr propose de classer les différents traumatismes en fonction de leur intensité et de la fréquence d'exposition. Ainsi, l'auteur individualise : les troubles psychotraumatiques de type I, quand l'événement traumatique est unique ; et les troubles psychotraumatiques de type II, quand l'événement est répété ou durable. C'est le cas des enfants de la guerre, des enfants victimes de maltraitance grave, de sévices physiques ou sexuels répétés.

Les traumatismes de type I donnent lieu à des tableaux cliniques tels que décrits ci-dessus.

Les traumatismes de type II donnent lieu à des tableaux cliniques caractéristiques. Ces enfants ont tendance à la résignation ou au déni, voire au détachement massif par rapport au traumatisme, avec émoussement affectif majeur. Ils ont du mal à parler de l'agression, se rétractent ou gardent le silence lorsqu'on les interroge sur les faits. Par ailleurs, les phénomènes dissociatifs, l'amnésie et la dépersonnalisation représenteraient de véritables mécanismes de défense pour échapper aux stress répétés (Terr) et supporter l'insoutenable. Des attitudes de passivité voire de dépendance pathologique à l'agresseur (« syndrome de Stockholm » de l'adulte) ont également été décrites chez certains, ainsi que des complications dépressives venant aggraver un vécu de dépréciation et de culpabilité déjà existants.

À long terme, l'impact des traumatismes répétés se fait souvent vers le développement à l'adolescence de personnalités pathologiques : antisociale, limite ou narcissique. L'évolution est alors émaillée de passages à l'acte auto- et/ou hétéro-agressifs, parfois violents. La prise de toxiques et d'alcool offre souvent à ces patients une alternative sédative face à l'angoisse.

Pour en savoir plus

Bailly, L. (1996). *Les Catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris: ESF.

Bailly L. (2001), « Syndromes psychotraumatiques chez l'enfant », in M. De Clercq et F. Lebigot (dir.), *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson.

- Eth, S., & Pynoos, R. (1985). *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington: American Psychiatric Press.
- Freud, A., & Burlingham, D. (1942). « Report 12 ». *Writings of Anna Freud*. New York: International City Press, 1973, t. 3.
- Gannagé, M. (1999). *L'Enfant, les parents et la guerre. Une étude clinique au Liban*. Paris: ESF.
- March, J., Feeny, N., Amaya-Jackson, & Foa, E. (2000). « Traumatic stress disorders in children ». In D. Nutt, J. Davidson, & J. Zohar (Eds.), *Post-traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (pp. 146-161). London: Martin Dunitz.
- Mouren-Simeoni M.-C. (1994), « Syndrome de stress post-traumatique », in M.-C. Mouren-Simeoni, G. Vila et L. Vera (dir.), *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Maloine, p. 42-47.
- Pynoos, R., Steinberg, A., & Goenjian, A. (1996). « Traumatic stress in childhood and adolescence. Recent developments and current controversies ». In B. Van der Kolk, A. MacFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 331-358). New York: Guilford Press.
- Terr, L. (1991). « Childhood traumas. An outline and overview ». *Am J of Psychiatry*(148), 10-20.
- Vila G, Mouren-Simeoni M.-C. (2003), « État de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent », *Neuro-Psy*, n° spécial « Les syndromes psychotraumatiques », mars, p. 44-49.

G. Vila

Rarement l'école est le théâtre d'événements dramatiques, voire sanglants, comme la prise d'otages de Beslan, lorsque des terroristes séparatistes tchétchènes armés prennent des centaines d'enfants et d'adultes en otage dans une école en Ossétie du Nord en 2004. On se rappelle aussi la tuerie dans le lycée de Columbine à Littleton, Colorado, en 1999, et de la prise d'otages de « Human Bomb » en 1993 dans une école maternelle de Neuilly. De tels faits divers marquent les consciences durablement, participent au climat d'insécurité et font un contraste saisissant par rapport à l'imaginaire du monde scolaire. De façon plus habituelle, les médias, en fonction de l'actualité, tendent à présenter l'école comme un lieu d'agressions fréquentes, qu'il s'agisse de dégradations des locaux, d'un enseignant malmené, de pédophilie, de viols ou de règlements de comptes entre élèves. Au-delà de l'anecdote et du sensationnalisme, la réalité des faits est difficile à préciser, notamment son importance et son évolution. La violence n'est pas un privilège de notre époque, pas même celle des jeunes, mais la démocratisation de l'enseignement, les attentes de réussite sociale par les diplômés ont fait que le regard et les tensions se focalisent sur l'école.

1. L'enfant victime de violence à l'école

Des adultes peuvent être frappés, harcelés et intimidés par des élèves, mais les victimes, de même que les auteurs, sont surtout les élèves, bien plus que le personnel. Les violences graves sont rares. Le plus souvent, il s'agit de violences mineures répétées, concentrées sur certains élèves (insultes, vol, attribution d'un surnom méchant, bousculade intentionnelle, mise à l'écart, moquerie de la bonne conduite en classe...). Elles peuvent s'associer au cyber-harcèlement, prolongeant au domicile ce qui se passe au collège : intimidations, insultes, moqueries ou menaces en ligne, propagation de rumeurs, piratage de comptes et usurpation d'identité digitale, création d'un sujet de discussion, d'un groupe ou d'une page sur un réseau social à l'encontre d'un camarade de classe, publication d'une photo ou d'une vidéo de la victime en mauvaise posture (9 % des élèves). Il constitue un mode nouveau et redoutable de victimation, augmentant le cercle de diffusion d'un événement dans l'espace et dans le temps et permettant des manipulations pouvant aboutir à une quasi-soumission d'un individu cible aux volontés d'un autre, isolé ou en groupe. Des images compromettantes

de quelqu'un peuvent être prises, à son insu ou non, avec des menaces de diffusion auprès de proches ou des autres élèves, des manipulations, un chantage, ou une diffusion directe par téléphone ou sur Internet afin de nuire. Le *happy slapping* (ou « joyeuse baffe » !) serait en revanche rare ; une agression peut être filmée et diffusée de façon large ou dans un réseau ciblé, augmentant le sentiment d'humiliation du jeune agressé.

Selon l'Éducation nationale, 240 000 incidents sont déclarés par les écoles en moyenne chaque trimestre. Une majorité serait d'importance bénigne, contribuant pour autant à un climat d'insécurité. Cependant certaines agressions sont préoccupantes, par leur nature (« jeux » violents, bizutage, agressions avec arme, racket) ou leur fréquence sous-estimée (*abus sexuels*, harcèlement, intimidation ou *school bullying*). Selon une étude de l'Inserm randomisée sur un large effectif (de la 6^e à la terminale, en CAP et BEP), un élève sur cinq présente des conduites violentes habituelles (Choquet et Ledoux, 1994). Il s'agirait surtout de garçons (28 % des garçons et 14 % des filles), mais on relève la montée de la violence et de la délinquance féminine, contre-pied dans les représentations sociales, qui laisse sans voix les adultes qui la subissent et la supportent... Les « incivilités », les comportements d'intimidation commencent à un jeune âge et les violences scolaires prédominent au collège ; elles sont moindres en primaire et au lycée. D'après une enquête de victimation conduite en France (Debarbieux, 2011), on estime qu'un élève sur dix en collège rencontre des problèmes avec le harcèlement, sévères ou très sévères dans plus de la moitié des cas. Le harcèlement et l'intimidation ne sont pas des comportements prédéterminés chez certains individus ; il s'agit de comportements appris. N'importe qui peut devenir un agresseur si un déclencheur se présente : un sentiment de frustration, une perception erronée, l'influence des pairs, le pouvoir sur autrui ou une occasion de regagner un pouvoir considéré comme perdu. Certains opposent la loi des adultes et « la loi du plus fort » sévissant entre jeunes : ne jamais se laisser faire ! Être dur, être fort pour ne pas subir les dominations ou oppressions des autres. Cette logique vise l'obtention d'une reconnaissance, d'un respect, d'une considération : une identité respectable, crainte et valorisante, obtenue en tissant un « pouvoir urbain de proximité » (Debarbieux, 2002), système de socialisation juvénile régissant les codes comportementaux et l'univers normatif des pairs. Pour conserver sa position réputée et respectée au sein des pairs et jouer dans les rapports de dominance, il faut poser des actes violents, déviant ou délictueux, toutefois cohérents au vu de la « loi du plus fort », dont l'exploit devant témoins semble la règle première.

2. Les facteurs en cause

Les mêmes observations sont retrouvées en France et dans l'ensemble des pays industrialisés. La violence scolaire est accrue dans les zones de conflits armés ou de grande instabilité politique. Les facteurs socio-économiques et

l'échec scolaire joueraient un rôle déterminant. Souvent issus de milieux défavorisés, les agresseurs sont souvent dans la même classe ou année que leurs victimes (30 % sont plus âgés et 10 % plus jeunes). Ils sont scolarisés dans le même établissement en grande majorité (96 % des cas de violences verbales et 98 % des cas de violences physiques). Tous les milieux sont concernés. On trouve autant de garçons que de filles ; le sexe féminin reste la cible principale des abus sexuels de tous types, les agresseurs étant pour près de 90 % de sexe masculin. Le type de victimisation change selon le genre : les agressions verbales, les rumeurs, l'ostracisme, les intimidations sont plus le fait de filles, tandis que les garçons ont plus souvent recours à des violences physiques et à du racket. Trente-huit pour cent ont des idées suicidaires et 9 % ont fait une tentative de suicide ; ils ont un environnement familial violent ou perturbé (familles instables, autoritarisme, violences familiales...). *Bullies* et *bullied* rencontrent souvent les mêmes types de problèmes (dépression, idées suicidaires, parents violents...).

Le milieu scolaire illustre, parfois dans une actualité dramatique, l'intrication des statuts de victime et d'agresseur. Le taux d'agresseurs s'accroît nettement chez ceux qui ont subi des agressions, victimes de violence physique ou surtout de violence sexuelle, en particulier les garçons et les 11-13 ans. La répétition des victimations faciliterait le passage à un statut d'agresseur. Selon certaines enquêtes, 20 à 46 % des victimes de *bullying* ont été ou sont des *bullies*. La victime est aussi susceptible de devenir agresseur et de rencontrer de sérieuses difficultés à s'intégrer une fois adulte (délinquance, troubles psychologiques, comportement agressif, difficultés à aller vers les autres, repli sur soi).

Garçons et filles sont également victimes. Un élève victime ne présente pas une personnalité type. N'importe qui peut devenir victime de harcèlement. Une victime dans une situation peut devenir un témoin lors d'un autre incident et un agresseur en d'autres circonstances. Les enfants qui subissent de l'intimidation sont habituellement plus sensibles, plus réservés et plus nerveux que les autres. Ils se retirent lorsqu'il y a confrontation. Leur isolement social les rend vulnérables et c'est aussi la conséquence la plus néfaste de l'intimidation. Cet isolement les prive d'occasions d'acquérir et de mettre en pratique des habiletés sociales saines. Ils sont souvent discriminés par le groupe à partir de caractéristiques particulières (stigmates victimaires) les différenciant des autres (lunettes, obésité, handicaps, niveau scolaire, origine...). Le racisme revient souvent de façon banalisée dans les échanges des élèves, posant le problème du respect mutuel et du « vivre ensemble ».

3. L'interaction victime-agresseur

Les interactions *entre victime et agresseur* se situent dans l'espace social qui constitue le troisième agent de l'interaction. Au niveau local, la culture d'établissement face au non-respect des règles, aux différences et aux élèves

en difficulté joue un rôle important. Le sentiment d'injustice face aux sanctions est à prendre en compte. L'attitude des témoins de l'agression joue un rôle important. Ils peuvent le vivre comme une agression personnelle et en avoir des troubles. Surtout, ils peuvent renforcer ou légitimer l'auteur ou les auteurs par leur passivité ou leur approbation, voire leurs incitations à continuer ou à aller plus loin dans la violence, alors qu'une attitude manifestant une désapprobation ou cherchant l'apaisement agit en sens inverse. Il peut s'installer dans l'établissement un climat de démobilisation et de peur, en parallèle avec l'isolement et l'impuissance des victimes, et le développement d'un sentiment d'impunité et de toute-puissance des auteurs.

Le *school bullying* passe souvent inaperçu pour les adultes et fait partie de la face cachée de la violence à l'école. Les intimidations peuvent susciter des sentiments de honte, de dévalorisation et de désespoir et les enfants sont souvent réticents à en parler, pensant qu'ils devraient pouvoir s'en sortir. Parmi les signes qui pourraient être révélateurs d'un problème, figurent les changements brusques de comportement, un calme inhabituel, un repli sur soi... Toute la gamme des conséquences est possible pour les victimes de violences scolaires et de *bullying*, des plus faibles aux plus graves : des symptômes de stress et d'anxiété (troubles du sommeil, troubles anxieux, phobie scolaire, état de stress post-traumatique...), une diminution de l'estime de soi, un fléchissement ou le décrochage scolaire, un sentiment d'isolement, le rejet par ses anciens amis, l'inaptitude à se faire de nouveaux amis, le désespoir et l'impression de ne pas pouvoir s'en sortir, la dépression, les addictions et le suicide. Ce sont des cas d'enfants qui se sont suicidés en témoignant de leur désespoir qui ont attiré l'attention sur ce phénomène méconnu à l'origine. Au Japon, on a montré que bon nombre d'*Ijime* (victimes de brimades scolaires) deviendront ensuite *Hikikomori*, ces adolescents reclus dans leur chambre, coupés de leur famille et du monde extérieur, avec leurs écrans comme seule fenêtre.

4. L'état de stress post-traumatique résultant de la violence à l'école

L'état de stress post-traumatique (ESPT) représente l'entité clinique la plus caractéristique signant l'effraction traumatique (APA, 1994). Il apparaît pour les formes d'agression les plus graves, telles que les agressions sexuelles ou le racket (Schwarz et Kowalski, 1991 ; Yule, 1992 ; Vila et al., 1999). C'est un syndrome constitué de la notion d'exposition antérieure à un événement potentiellement traumatique (*facteur traumatique*) avec réaction de détresse immédiate, d'un *syndrome de remémoration ou de reviviscence*, d'un *syndrome phobique* (détresse à l'exposition, évitements et anticipation anxieuse), d'un émoussement de la réactivité générale et d'un état d'alerte avec hyperactivation neurovégétative. Un certain nombre de spécificités sémiologiques

et développementales colorent la présentation de l'ESPT du jeune patient. Les enfants présentent des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit, évoquant certains aspects de l'événement traumatique qu'ils n'ont pas conscience de rejouer ainsi. La mémoire du traumatisme, répétitive et intrusive, peut être visualisée sous la forme d'hallucinations, d'illusions et de flash-back, bien que moins souvent que chez l'adulte. Des reviviscences auditives, tactiles ou olfactives sont parfois rapportées. De telles images, fortement sensorialisées, sont provoquées par des stimuli actuels rappelant le traumatisme ou surviennent spontanément, notamment dans les moments où l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient, en classe ou devant la télévision, au repos ou au moment de l'endormissement. Les rêves récurrents de reviviscence traumatique, considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte, sont moins fréquents chez l'enfant qui présenterait, notamment avant l'âge de 5 ans, plutôt des cauchemars à thème non spécifique, sans contenu reconnaissable, ou des terreurs nocturnes. L'émoussement de la réactivité générale avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est rare chez l'enfant à la suite d'un traumatisme unique et ce d'autant qu'il est plus jeune. Fatalisme, pessimisme et sentiment d'avenir « bouché » témoignent fréquemment d'un changement d'attitude face à la vie et à l'égard des autres : ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un sentiment profond de vulnérabilité et une perte de la confiance habituelle accordée aux adultes protecteurs. Les peurs spécifiques liées au traumatisme constituent, pour Terr, la quatrième caractéristique principale des psychotraumatismes de l'enfant (Terr, 1991). Ce sont des manifestations phobiques inhabituellement tenaces. On rapproche de ces peurs, l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme. Il s'agit d'efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec l'événement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés. L'amnésie psychogène post-traumatique est assez rare chez l'enfant qui présente, en revanche, vis-à-vis des événements traumatiques, des distorsions des cognitions et des souvenirs souvent marquées. En effet, tandis que les faits peuvent être très clairement relatés et avec un luxe surprenant de détails, leur chronologie est évoquée dans le désordre et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes. Enfin, la « réévaluation cognitive » *a posteriori* des événements génère la croyance en des présages, des mauvais augures que l'enfant pense « prédictifs » de ce qui allait se passer, reconstructions et réinterprétations du passé ou des souvenirs de l'enfant. L'hyperactivité neurovégétative recouvre un ensemble de symptômes apparus au décours du traumatisme : difficultés d'endormissement et réveils multiples, irritabilité et accès de colère, état d'alerte, hypervigilance et réactions exagérées

de sursaut, troubles de l'attention et de la concentration se répercutant sur la scolarité. Les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales), très fréquentes chez l'enfant, peuvent en être rapprochées. Chez l'enfant, les phénomènes régressifs (une énurésie, un parler « bébé » ou une succion du pouce, par exemple) sont fréquents après un psychotraumatisme (Vila *et al.*, 1998).

5. Bases des interventions

Si l'école peut être un milieu où s'exprime la violence, elle représente aussi un lieu privilégié et même un modèle pour des interventions de crise sur le terrain, ainsi que pour des opérations de prévention. En France, les premières opérations des Cellules d'urgence médico-psychologique concernant des enfants ont eu lieu en milieu scolaire notamment. Les écoles constituent encore un de leur motif fréquent d'intervention quand il s'agit d'événements collectifs.

Le cas ponctuel de violences affectant un élève ou un groupe d'élèves devrait être l'occasion d'une réflexion étendue aux divers types d'incidents survenus dans l'établissement, aux mesures mises en œuvre, aux relations entre élèves et élèves-adultes, permettant, au décours de stratégies d'analyse de l'incident, des aménagements utiles en vue d'une prévention et d'une meilleure qualité de vie dans nos écoles.

Idéalement, on devrait tenir compte du fait que les violences en milieu scolaire sont rarement des faits isolés. Elles sont fréquentes notamment au collège et peuvent être particulièrement fréquentes dans certains établissements. La loi du silence est la règle. Dès lors, traiter en l'isolant du contexte un fait comme s'il était unique ne résout pas le problème de fond. Il est probable que la protection de la victime ne pourra être assurée, sauf par son éviction, et que les faits vont se reproduire, à partir des acteurs en cause et d'autres encore. Il apparaît nécessaire d'étendre les remèdes jusqu'à développer une véritable politique d'établissement, voire une culture d'établissement. La base en est la lutte contre l'échec scolaire, contre toutes les discriminations et pour une meilleure communication.

L'école est un milieu structuré. Les rôles sont bien définis et les principaux acteurs clairement identifiés. Elle offre des espaces et peut dégager des temps permettant de développer les interventions. En situation de crise, des intervenants extérieurs pourront y trouver place. Pour la prévention, l'action pédagogique est à la base du fonctionnement ; elle offre un support en syntonie pour des interventions de fond face à la violence. Faire réfléchir, permettre de prendre du recul, travailler sur des valeurs, faire naître des liens de collaboration, d'échanges, d'entraide, développer une empathie sont les voies pour contribuer à réduire les passages à l'acte. Les outils en sont des études de textes, des débats, des créations et des projets en équipes.

La question du changement d'établissement revient souvent dans les conduites à tenir. Elle est soumise à des contraintes matérielles et administratives qui font que cela n'est pas toujours possible. *Pour les auteurs*, les changer de collège revient souvent à déplacer le problème, voire à concentrer en certains lieux les éléments difficiles. Il s'agit souvent d'une sanction ou d'une décision de la famille, mobilisée pour une reprise en main du jeune. Des aides pédagogiques (repenser le projet de formation) peuvent être déterminantes pour un élève en échec qui cherche une réparation dans la violence. Dans certains cas, le jeune pourra ou devra abandonner le masque et le rôle qu'il s'efforçait d'assumer dans le contexte précédent ; l'évolution de sa situation personnelle, notamment de difficultés familiales, des aides apportées, un environnement scolaire radicalement nouveau permettront cette évolution. Parfois, l'élève transplanté deviendra, hors de ses repères habituels et en difficultés d'intégration, à son tour victime. *Pour la victime*, le changement d'établissement est souvent vécu comme un soulagement, permettant d'obtenir une sécurité rapide et d'externaliser la cause des difficultés. Le risque est que les mêmes causes produisent les mêmes effets ailleurs, par exemple dans le cas d'un enfant manquant de compétences sociales, déprimé ou provocateur. À l'inverse, d'autres le vivront comme une sanction ou une défaite face à l'adversité, les privant de leurs amis, de leurs repères et risquant de les déstabiliser dans leur travail. Il est donc particulièrement important que les options soient discutées avec l'intéressé et qu'il soit impliqué dans la décision qui est à prendre cas par cas.

6. Interventions individuelles

Les interventions collectives ne dispensent pas d'interventions individuelles. *Elles peuvent viser l'auteur ou les principaux auteurs des faits en cause.* Les actes posés peuvent révéler une souffrance personnelle ou une situation difficile. La prise en compte des violences agies est alors une occasion dont peut se saisir le jeune impliqué. Ce mouvement peut être facilité par une écoute attentive ou de nouveaux liens dans une relation structurante. Il peut s'agir d'une intervention judiciaire ou socio-éducative ; les enfants violents sont souvent eux-mêmes confrontés à de la violence, des abus sexuels ou des carences éducatives et affectives ; la violence joue alors un rôle révélateur ou vient exprimer la détresse du jeune. Le rencontre avec le juge peut permettre une prise de conscience d'un engrenage préjudiciable et avoir un rôle contenant.

Les interventions doivent concerner avant tout la ou les victimes, au risque sinon que le message dispensé est que l'on n'est pas entendu si l'on vient demander de l'aide. Le recours est ici l'écoute par un professionnel, pour clarifier les rôles et prendre de la distance par rapport aux événements, et un suivi psychothérapique face à des troubles constitués tels qu'un état dépressif ou un

syndrome psychotraumatique. Il conviendra de limiter autant que possible le temps d'exclusion scolaire, sa durée étant proportionnelle à la difficulté à être rescolarisé. L'anxiété face à l'école peut devenir majeure et se généraliser à d'autres établissements sur un mode phobique, demandant de mettre en place un programme structuré, progressif, contractuel, en lien avec une école accueillante, outre le travail sur cette anxiété spécifique. Il convient avant tout d'expliquer à l'enfant et à ses parents, d'obtenir compréhension et participation active dans le cadre d'une véritable alliance thérapeutique.

Quand des troubles psychopathologiques sont constitués, il est indispensable de consulter. L'école est un lieu privilégié pour dépister les enfants en difficulté et les orienter. L'essentiel du traitement est psychothérapeutique, avec souvent un temps de thérapie focale, ciblée sur les symptômes de psychotraumatisme, puis une thérapie plus globale visant les failles antérieures et tentant de réinscrire le sujet dans son histoire. Les méthodes les plus employées sont d'inspiration psychanalytique, EMDR (*eye movement desensitization reprocessing*) ou cognitivo-comportementales, en particulier techniques d'exposition, gestion du stress et restructuration cognitive (Vila, 2002 ; Vila et Bertrand, 2003). Une partie du traitement peut être faite en groupe, en particulier pour des événements scolaires présentant une homogénéité du groupe par l'âge ou le type d'incident. Dans tous les cas, il faut s'assurer que l'enfant a retrouvé, dans son école, une certaine sécurité ; dans ce sens, il est important d'assurer un suivi des cas à distance de l'événement et d'instaurer un dialogue et une collaboration entre la famille et les professionnels de l'école ; dans les cas sévères, un signalement ou un dépôt de plainte doivent être envisagés. Il ne se discute pas en cas d'abus sexuel.

Pour en savoir plus

- American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Washington DC, APA. Critères diagnostiques. Traduction française par Guelfi J.D. et al., Paris, Masson, 1996, 384 p.
- Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). *Adolescents. Enquête nationale*. Paris: INSERM.
- Debarbieux, E. (2002). *L'oppression quotidienne : enquête sur une délinquance des mineurs*. Paris: La Documentation Française.
- Debarbieux, E. (2011). « Pour une meilleure connaissance de la violence en milieu scolaire : l'enquête de victimation en milieu scolaire ». *Cahiers de la sécurité*, 16.
- Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. (1991). « Malignant memories : PTSD in children and adults after a school shooting ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30, 936-944.
- Terr, L. C. (1991). « Childhood traumas : an outline and overview ». *Am J Psychiatry*, 148, 10-20.
- Vila, G. (2002). « Les stratégies thérapeutiques des syndromes psychotraumatiques de l'enfant et de l'adolescent », In : L'intervention médico-psychologique auprès des victimes de psychotraumatisme, ce qu'il faut savoir (n° spécial). *Annales Médico-psychologiques*, 160, 538-540.

- Vila, G., & Bertrand, C. (2003). « Accueil et suivi en victimologie pédiatrique à partir d'une observation ». *Journal International de Victimologie*, 1(3), 1-13.
- Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-Simeoni, M. C. (1998). *L'enfant victime d'agression*. Paris: Masson.
- Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-Simeoni, M. C. (1999). « An 18-month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school ». *Psychosomatic Medicine*, 61, 746-754.
- Yule, W. (1992). « Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters : the sinking of the "Jupiter" ». *Psychother Psychosom*, 57, 200-205.

Clinique et implications symboliques de la femme victime de viol

L. Daligand

L'agression de toute femme est l'agression d'un objet sexuellement marqué. Cette violence ne vise rien moins que la destruction du sexe, l'annulation de ce qui marque l'être dans sa différence. L'homme, comme la femme, habite un corps sexué. C'est le lieu d'où il(elle) parle. Le corps de parole se soutient de l'incarnation du langage dans la chair de sensation. Cette inscription langagière a pour clé de voûte l'identification sexuelle. C'est elle qui tient l'ensemble des engrammages, la complexe architecture des mots et du corps sous les lois de l'organisation du langage, selon les deux axes syntagmatique et paradigmatique.

1. Les effets du viol

1.1. Implosion

Ébranler la clé de voûte, la pierre angulaire sexuelle, c'est entraîner la dislocation et la brisure des lignes de forces syntagmatiques. La femme victime atteinte en ce point le ressent comme un effondrement. Elle est hors de son temps propre, celui du déroulement de sa parole. Son corps s'affaisse en se morcelant en une multitude de points, en une infinité de lieux du marquage archaïque, fondement paradigmatique du langage, premières assises pour l'inscription des termes dans la chair de pulsion. Le corps, comme atomisé, désorganisé en tant que sanctuaire du langage, brisure du temple, est désertifié par la parole.

La victime morcelée et effondrée est réduite au silence. Dans les cours d'assises, une question est régulièrement posée à l'expert : pourquoi la victime n'a-t-elle pas crié, appelé au secours, tout au moins protesté ? Qui ne dit rien ne consent-il pas ? Pourquoi, alors qu'aucune menace n'était proférée ou manifestée par l'agresseur, se sentait-elle envahie par sa mort inéluctable ? La réponse est : la privation d'existence – de *ex-istere*, sortir de soi par la parole, ne plus être de parole, « parlêtre » –, le renvoi à l'inexistence. C'est le constat que font tous les experts, tous les thérapeutes. L'agresseur réduit sa victime au rien, l'exclut de la parole, à tel point qu'il est pensable que le but de la violence est cette réduction de l'autre au silence désertique par ce processus de déshumanisation.

L'affaissement de l'architecture corporelle qui étouffe le langage réduit la personne au « désêtre ». Il n'y a plus de « je suis ». Il n'y a plus de sujet ni de la loi qui différencie, ni de la parole et du langage qui donnent sens. C'est le règne absolutiste de l'imaginaire du sensationnel. La boucle de la parole, du symbolique, ne se noue plus avec celle de l'imaginaire et celle du réel.

Les éléments du réel sont annulés. Non seulement le sexe est réduit au rien de la chair, mais le mensonge qui règne en maître chez les accusateurs de tout poil risque d'être pris pour la vérité. Ainsi, le mensonge si souvent attribué à la victime doit être débusqué pour que, croit-on, se dévoile la vérité. La victime court le risque de n'être plus crédible. Le rapport vie/mort est évanescent. Quand le langage est perdu, la vie qu'il véhicule entre les êtres n'est plus, laissant tout le champ à la mort mensongère et destructrice.

Dans la confusion par annulation de la différence, dans le mensonge, dans la mort, la victime ne sait plus où elle est. Elle n'a pas le temps du langage, celui dans lequel se serait déployée une parole maintenant perdue, elle n'a plus l'espace de l'entre-deux nécessaire au déroulement du langage. Elle n'est plus dans ce rapport impalpable et fondateur de la vie et de la mort dans leur lien constant. Elle est réduite à un objet dont on peut parler mais qui ne parle pas. Parfois l'entourage est tenté de parler d'elle, même après l'agression, comme d'une chose, ce qui prolonge les effets dévastateurs.

1.2. Essai de réorganisation

La victime se réfugie dans la réorganisation de ce qui lui reste : son imaginaire. Elle ne parle toujours pas, mais elle pense. Dans sa tête, ses pensées tournent sur elles-mêmes. Elle se perd dans ce qu'il est convenu d'appeler la remémoration. C'est un remâchage plus ou moins informe des sensations, des impressions qui parfois paraissent n'avoir aucun sens mais auxquelles elle s'accroche comme pour empêcher que le tissu de son histoire ne se déchire sous l'impact de la violence. Cet imaginaire laissé à sa propre anarchie épuise la victime par l'énergie dépensée dans d'indéfinis contresens. La fatigue s'impose irréductible comme un symptôme majeur. Elle est inaccessible à celle-là même qui la porte, irréductible au repos car nulle reposition du sujet n'est possible.

La victime n'est qu'une plainte de fatigue. Sa tête, trop pleine ou trop vide, marque seule son activité, alors que le reste du corps, réduit à une chair déstructurée, littéralement se traîne. Seule la douleur permet à sa conscience de percevoir sa chair en souffrance.

La douleur est telle qu'elle annule le corpus des pulsions, le « ça » freudien. La victime n'a plus d'envies. Elle n'a plus faim. Elle ne peut pas dormir car, pour ce faire, elle devrait se confier aux pulsions de mort qui, en l'état antérieur, lui permettaient d'abandonner ses contrôles sur elle-même et de

se confier au symbolique du rêve. Comme elle n'a plus de langage, que rien ne fait sens en elle, ses rêves deviennent cauchemars effrayants pour elle.

De tout ce tableau symptomatique brouillé émergent la peur et l'angoisse. Une peur dont elle ne sait pas la cause au cœur de son angoisse. L'angoisse est ce qui prend place quand la parole ne peut plus advenir. C'est la trace de l'épreuve de l'accouchement – mise au monde –, des oreilles bouchées dans le conduit maternel, du passage où la perte s'affiche. La victime a peur du fait de la perte de ses repères, du non-sens de son histoire comme annulée, d'une vie qui ne se sait plus, en n'ayant que la mort pour horizon.

On parle alors pour la victime de violence, de repli sur elle-même. En fait, elle ne peut faire pli. Elle est de nulle part, dans nul face à face de repli. Elle a même perdu jusqu'à cette position sur le seuil qu'est la solitude. Elle est dans l'isolement jusqu'à la désolation. Elle se sent humiliée ; étymologiquement, elle a été mise à terre et ne s'en relève pas. Plus bas que tout autre, seule dans l'espèce, elle est condamnée à l'exil.

1.3. Culpabilisation et honte

La victime est alors dans les balbutiements que, petit à petit, elle peut émettre sur ce qui est repérable à travers ses sensations, ses perlaborations d'exactitude sur les faits dont elle a été victime. En ce point, sous l'exigence d'une vérité qui doit se manifester dans une cohérence parfaite selon l'obsession de l'exactitude de ses contradicteurs, elle n'est pas crue. Les rejets pour non-crédibilité l'assignent en son lieu d'indifférenciation et sont un deuxième traumatisme largement à l'égal du premier.

Cet effort pour sortir d'elle-même est d'autant plus difficile que la culpabilité l'accable. La culpabilité pathologique est traumatisante, prenant la place de la culpabilité originaire qui signe le lien de tout être au principe créateur. La culpabilisation est d'autant plus forte que la victime a pu être précipitée par son agresseur pervers dans cet état qui se veut au-delà de tout plaisir, de toute parole, de toute existence et que la psychanalyse nomme « jouissance ». La mise en jouissance est sans doute l'élaboration traumatique la plus totale. C'est comme une mise à part du monde, une prétention à prendre la place de l'origine. Revenir de cette usurpation exige la culpabilité, passage temporaire. Ainsi, la culpabilité est ce qui marque toute victime. C'est avec elle et par elle que le rapport à l'autre peut à nouveau s'établir. Encore faut-il que la culpabilité soit acceptée par les interlocuteurs : entourage, associations d'aide aux victimes, thérapeutes, etc.

La honte qui accompagne la culpabilité ne favorise pas non plus les échanges ; pourtant, c'est cette honte-là, toujours éprouvée face à un autre, qui est la marque de l'ébauche d'une tentative relationnelle. L'empreinte de la honte qui fait dire « je ne suis plus comme les autres » est la marque de l'exclusion, et elle offre douloureusement la perspective du retour à « un parmi d'autres ».

1.4. Exclusion

Être exclu suppose que tout être a une place dont il est chassé et qu'il ne peut retrouver. En effet, tout processus d'humanisation d'un enfant vise à lui donner une place qui lui est propre.

Quand l'être est agressé, c'est-à-dire touché dans l'un quelconque de ses rapports avec l'imaginaire, le réel ou le symbolique, sa structure se dissout, et il perd sa place et ses repères. « *Quand je m'exclus, je suis ailleurs, je ne suis pas sur terre, il n'y a rien, je suis nulle part* » dit Violette, 62 ans, victime d'une agression sauvage en 1998 par quatre pirates de la route après arraisonnement de son véhicule. Voulant s'en « *sortir toute seule* », elle n'est venue en consultation d'aide aux victimes qu'un an après les faits, ne pouvant plus faire face à sa propre exclusion. Une victime est exclue de la parole parce qu'un élément du réel, par exemple le sexe, s'évanouit ou bien parce que le mensonge s'impose ou que la mort l'obnubile.

Ainsi, toute victime est victime de ce processus d'exclusion au sein même de sa personne – « *J'ai la sensation d'être exclue, mais pas par les autres : ça vient de moi.* » Avant toute exclusion sociale, la victime est comme énucléée d'elle-même. La femme violée est annulée dans son sexe, elle est infiltrée par la mort – « *j'ai la sensation d'une vie morte* ». Elle est sous le poids du mensonge partagé avec son agresseur.

Son exclusion va se dire, sous ces termes peut-être, mais sous la forme de la culpabilité et de la honte sûrement. « *Je ne peux pas me défaire de la culpabilité, j'ai honte de m'être laissée faire, d'être restée passive.* » La culpabilité a à voir avec la parole bafouée, et la honte avec la comparaison dévalorisante avec tout autre resté à sa place d'être humain.

L'exclusion sociale de la victime – « *Quand je suis avec les autres, je ne participe pas* » –, dont un des premiers signes est la mise en doute de sa parole, est la conséquence de cette exclusion intrapersonnelle. Objet de honte, tout particulièrement si son agression porte la marque de l'inceste, la victime est déplacée loin du regard d'autrui et de la faute qu'elle représente. Dans la société archaïque japonaise, toute femme violée était exclue et réduite à la prostitution.

La victime exclue de sa parole n'a comme refuge pour continuer à vivre que l'imaginaire – « *Mon esprit ne s'accroche pas aux choses de la vie* ». L'évanescence de la place exige un remplacement dans des images désormais sans lien avec l'extérieur et sans fin dans des répétitions d'un monde circulaire fermé à celui des autres – « *Je veux sortir du vase clos familial où je suis enfermée depuis des mois* ». Cet imaginaire, replié sur lui-même dans son totalitarisme obligé, maintient l'exclusion.

La personne se réduit à une tête où tournent sans fin les leurres successifs des images – « *Je n'arrête pas de penser : mon cerveau a peut-être besoin de repos* ». L'être est reclus dans sa tête (peine capitale). L'exclusion s'accompagne

toujours d'une réclusion dans la prison mouvante des images cérébrales. L'exclu est reclus dans la prison de ses pensées.

Recevoir en urgence une victime quelle qu'elle soit est commencer à renouer le lien de cette victime à un autre être. La soigner est la reconnaître dans la place qui est sienne, et dont elle signifie la perte par la culpabilité et la honte. À ces deux ouvertures possibles s'ajoute la peur toujours présente – « *J'ai peur de tout* » – signe de la mise en doute de ce qui devrait parler en elle. Sortir de l'exclusion, c'est renouer avec le langage, se soumettre aux dures exigences du réel et replacer l'imaginaire dans ses rapports avec les deux autres ordres. Il n'y a pas de thérapie sans cet effort de sortie de l'exclusion personnelle.

2. Extermination culturelle par le viol

2.1. Viol contre l'humanité

Que ce soit en temps de guerre ou en temps de paix, la destruction de l'être se fait au pire au corps de la femme. L'intrusion dévastatrice taraudant la chair de la femme avance inexorablement dans l'aridité du désert langagier, dans l'évanescence de la parole. Le viol, toujours muet, cloue la langue, même et surtout s'il se commet sous la profération sonore de l'injure ou de la menace. C'est l'expulsion de l'être dans le non-sens de l'histoire personnelle. Ce geste sans parole est négateur de la vie. C'est l'affirmation totalitaire du retour à la jouissance perdue, au paradis sans parole et sans autre, dont la désespérance se donne illusion. En ce lieu de néantisation, hors similitude et différence des êtres, ne se creuse que le gouffre du néant où le violeur précipite sa victime. Le viol est toujours annulation de l'autre, du désir de l'autre.

Le viol sans parole féconde un ventre sans désir d'où sourd un enfant sans origine. Ainsi, le produit du viol, d'apparence humaine, est vu comme un monstre, fermé qu'il est à son origine, à cette voie par où « ça parle » en chacun. Non reconnu par la double lignée de l'ascendance, la voie des générations lui reste verrouillée. Ruser pour obliger l'enfant du viol à naître est se précipiter diaboliquement dans la dégénération. Et l'agresseur pervers qui se croit à l'abri s'annule, comme sa victime, dans la déshumanisation.

L'enfant à naître ne reçoit pas de prénom de celle qui le porte malgré elle. Elle ne l'appelle pas à la vie. Cet enfant ne peut être appelé : il n'a pas les deux témoins de sa naissance. Il est chassé du symbolique par le refus de la nomination. La forclusion du nom du père est dans tout acte de viol. Cet enfant est étrange car, s'il entend la voix et le langage, il n'y trouve pas place. Enfant de la haine, maintenu en vie par artifice, il devient un individu non dans la différence mais dans la mise à part. Il est hors génération

et hors culture. Les yeux de ces *infans* au regard perdu ouvrent sur l'abîme de la folie de ces hommes, sur ceux qui refusent d'articuler une parole à un regard. L'avortement évacue la chair de la femme mais ne l'en purifie pas pour autant. Son ventre, centre de son corps, n'est plus qu'une enceinte vide de tout sens et de toute parole, un creuset froid et stérile.

La femme violée est, selon les cultures et l'histoire, ou méprisée et rejetée dans la prostitution, ou idolâtrée et hissée sur le piédestal du héros. Ce ne sont là que deux représentations de la même enveloppe creuse, et d'ailleurs refusées par ces femmes violées qui veulent rester dans l'espoir de recouvrer la parole, d'être un parmi d'autres dans la communauté humaine.

2.2. Viols de guerre

La guerre est la mise en commun des forces annulatrices du désir. Il n'y a plus d'autres dans le semblable et le différent : chez l'ennemi, il n'y a que des étrangers. L'adversaire n'est plus un semblable. La fraternité a sombré, et l'égalité sombre quand est annulé le rapport similitude/différence. L'adversaire n'est plus dans la différence, et l'ethnie et la culture qui le marquent sont devenues tares à exterminer. Les armées de la confusion totalitaire, précipitées dans la géhenne du non-désir, vont au chaos et, pire, au néant.

Chaque viol par un agresseur sur une femme agressée est la mise en scène de cette annulation commune. L'affirmation que le rapport à la seule chair de l'autre, dans la dissociation de la chair et de l'esprit, pourrait être hors désir et ne détruire que la victime est mensongère. L'agresseur chute avec sa proie, et devant l'horreur du néant ainsi ouvert sous leurs pas, nombreux sont les soldats qui reculent d'épouvante.

Le viol public d'une mère devant sa fille ou d'une fille devant sa mère, ainsi que devant les pères, les fils, les frères et les sœurs, est un geste qui diffuse les effets de la néantisation à chacune des personnes liées dans un rapport symbolique de parenté. Ainsi, le geste du violeur s'affirme dans sa fonction incestueuse, dans son agression contre la loi de la parenté, dans l'annulation de ce qui fait génération : voie ouverte à l'origine, et à la parole qui y vient. Le viol martèle, réitère sa volonté d'annulation féroce de ce qui parle en l'homme.

La multiplicité des actions de viol sur les mêmes, dans l'enclos d'un lieu devenu bordel, tend à réduire le corps de la femme à une chair meurtrie et flétrie ayant perdu tout sens. Le coup répété au ventre de la femme, au lieu du don de vie, manifeste l'exaspération contre l'obstacle du sexe, marque de l'indélébile différence. L'opiniâtreté des violences manifeste la butée au réel où chaque violeur se heurte. La désespérance s'affiche dans les coups agresseurs comme la souffrance dans la chair agressée. L'acte bordélique est un acte profanateur du corps de la femme, réceptacle du sacré de la vie humaine.

2.3. Extermination culturelle

La différence des peuples n'est pas seulement une différence raciale, ethnique ; c'est une différence culturelle. La culture fait partie des biens de l'adversaire. Les montages culturels ouvrent les différentes voies qui assurent chacun des membres d'un peuple de son lien à l'origine et des rapports de fraternité entre tous. Ainsi, les mythes fondateurs, les rites sociaux, les expressions artistiques, la religion font partie de ces voies culturelles.

La concentration des moyens culturels de ligature à l'origine se fait sur la femme. C'est elle qui porte la vie dont le courant traverse sans cesse le groupe ethnique. Sa maternité n'est pas simplement biologique mais porteuse de l'identité ethnoculturelle. Elle est la mise en vie, la réalisatrice des désirs du groupe tout entier pour le maintien des particularités identitaires. Étant bien entendu qu'elle n'accepte dans sa chair et dans son corps parlant que le dépôt de la semence marquée des valeurs du groupe. Elle sait qui est digne de la paternité, le père étant toujours pour ce groupe-là la métaphore du père originaire. Elle est le temple sacré dépositaire de ces valeurs et c'est elle qui véritablement maintient au-delà de l'enfantement, dans la foi qu'elle a dans le géniteur, ce qui lie son petit aux autres membres du groupe dans la parenté et ouvre son enfant à l'origine par la génération.

L'ennemi ne détruit pas l'autre en réduisant seulement le volume du groupe adverse par la mort de ses guerriers. Il annule le peuple ennemi en asséchant ses sources de vie culturellement marquées ou en les polluant par un sperme étranger. La femme violée par l'ennemi ne peut être que morte ou exclue. Elle serait celle, sinon, par qui le mensonge sur la descendance adviendrait. Ces enfants de l'ennemi ne seraient plus que des êtres étrangers liés ni aux autres ni à l'origine puisque privés des sources biologiques authentifiées par la culture. L'acte de foi du thérapeute est que l'horreur, l'effort de néantisation lui-même peut être repris dans les mots, dans la langue de la victime. C'est ce qui ouvre à la lente portée des inscriptions de vie dans une chair meurtrie par le mensonge. Tout désordre, toute opération de guerre est la manifestation du mal, c'est-à-dire du mensonge annulateur de la vie humaine qui ne tient sa légitimité que d'être inscription de la parole dans la chair.

Pour en savoir plus

- Daligand, L. (2001). « Culpabilité et traumatisme ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(2), 99-101.
- Daligand, L. (2001). « Des effets de la violence sur les femmes ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(3), 175-177.
- Daligand, L. (2002). « L'Extermination culturelle par le viol ». *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 53, 24-26, t. 6.
- Daligand, L. (2003). « Victimes de l'exclusion ». *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 62, 11-13, t. 7.

- Daligand, L. (2006). « La Honte et le trauma ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(3), 151-153.
- Daligand, L. (2006). « *Violences conjugales en guise d'amour* ». Paris: Albin Michel.
- Daligand, L., & Gonin, D. (1993). *Violences et victimes*. Lyon: Méditations, 2000.
- Daligand, L., & Gonin, D. (1999). « Le Sexe et la mort ». *Journal de Médecine Légale, Droit Médical*, 42(1), 39-41.
- Gonin, D., & Daligand, L. (1983). « Viol comme violence ». *Journal de Médecine Légale, Droit Médical*, 3, 251-259, t. 26.

8 Prises d'otages

Psychologie de l'otage et syndrome de Stockholm

L. Crocq, D. Cremniter

1. Prise d'otages, dans l'histoire et aujourd'hui

Les prises d'otages, crapuleuses ou terroristes, sont de plus en plus perpétrées dans notre monde contemporain : lors de hold-up bancaires, de détournements d'avions ou d'autobus, d'actes de piraterie maritime, et dans le cadre d'activités terroristes sur le sol français ou à l'étranger. Ce qui différencie les prises d'otages d'aujourd'hui par rapport à la tradition des « *hostages* » de l'Antiquité et du Moyen Âge, c'est l'utilisation d'emblée de la violence ou de sa menace. Dans l'Empire romain, les fils des rois vassaux étaient retenus à Rome en gage, bien traités, pour y recevoir une éducation conforme à leur futur rôle de souverains satellites. Au Moyen Âge et jusqu'à la Renaissance, les rois vaincus étaient retenus en hospitalité chez leurs vainqueurs, luxueusement traités, jusqu'à paiement d'une forte rançon. À l'opposé, dans les prises d'otages d'aujourd'hui, l'otage est d'emblée maltraité et menacé de mort, et les preneurs d'otages le font savoir aux familles et au gouvernement protagoniste pour les émouvoir et les amener à céder à des exigences. Au besoin, pour accréditer leur menace, les preneurs d'otages couperont un doigt ou une oreille de leur victime, ou assassineront un des otages. À ce sujet, il convient d'utiliser le mot exact « assassiner », et non pas le mot inadéquat « exécuter » que l'on entend trop souvent dans les reportages radio ou télévisés : on assassine un innocent, on exécute un traître ou un espion.

Le phénomène de prise d'otages est un phénomène essentiellement psychologique, puisqu'il consiste à capturer et séquestrer une ou plusieurs personnes pour exercer un chantage auprès d'une ou plusieurs autres personnes, et amener ces dernières ou leurs répondants à céder à des exigences (rançon, déclaration publique, libération de détenus, reculade lors d'une négociation). Ce qui fait que la prise d'otages met en jeu les psychologies de plusieurs partenaires et protagonistes.

2. Partenaires et protagonistes

On peut distinguer neuf catégories de partenaires et protagonistes :

1. *le ou les preneurs d'otages*, avec chacun leur rôle (chef de commando, exécutant, geôlier) ;

2. *les commanditaires éventuels* (ils ont conçu et commandé la prise d'otages, ont fourni les moyens nécessaires, mais ne l'ont pas exécutée personnellement). Il peut s'agir d'organisations terroristes, type Al-Qaïda, mais également de gouvernements et de chefs d'État, dans le cadre d'un terrorisme d'État ;

3. *les complices et les sympathisants*, qui propagent l'idéologie des terroristes, justifient leurs actions, et apportent éventuellement leur concours (dons d'argent, caches d'armes, etc.) ;

4. *le ou les otages* : il peut s'agir de personnalités choisies pour leur situation politique ou financière, de fonctionnaires ou d'employés expatriés dans un pays où le terrorisme est endémique, ou plus fortuitement de personnes que le hasard frappe à l'occasion du méfait d'un malfaiteur : enfants et enseignants d'une classe ou transportés dans un bus scolaire ; passagers d'un autobus, d'un avion ou d'un bateau ; clients fortuitement présents dans une banque au moment d'un hold-up, etc. ;

5. *les familles et les proches de l'otage ou des otages*. Leur inquiétude est grande et ils vont faire pression auprès des gouvernants pour que les otages soient libérés par la négociation et non par la force ; au besoin, ils appuieront cette pression par la voie des médias et de l'opinion publique ;

6. *les gouvernants, les décideurs et les institutions* sommées par les ravisseurs de céder au chantage. Ils peuvent décider de libérer les otages par l'assaut. Ils peuvent négocier et marchander. Ils peuvent aussi temporiser, pour laisser pourrir la situation ;

7. *les personnels des forces de l'ordre chargés de la libération*. Ils ont reçu une formation spéciale pour ce genre de missions, et ils ont pour instruction de préserver la vie des otages. Mais on a constaté des cas (libération d'otages lors d'un détournement d'avion en Inde, libération de personnes retenues en otage par des terroristes tchéchènes dans un théâtre à Moscou, assaut par l'armée algérienne lors d'une prise d'otages sur un site pétrolier au Sahara en janvier 2013) où cette libération s'est effectuée de façon sanglante et s'est soldée par la mort de la majorité des otages ;

8. *la population générale*. Elle est informée par les médias. Elle ressent de l'empathie pour les familles, auxquelles elle s'identifie. Par son opinion exprimée, elle peut, elle aussi, faire pression sur les gouvernants en vue du dénouement par la négociation ;

9. *les médias* : presse, radio, télévision et aussi réseaux Internet. Les médias vont accorder une grande place aux nouvelles de prises d'otages, car leur stratégie commerciale est de primer le « sensationnel » et l'« émotionnant ».

En atteignant la grande masse de la population et en jouant sur l'émotion, les médias vont influencer sur l'opinion du public et peser sur la décision des gouvernants. On remarquera que la prise d'otages terroriste n'atteint son plein effet que si elle est « répercutée » (le mot convient mieux que « diffusée », car la répercussion implique un choc) au niveau de la conscience et de l'opinion du public. Les organisations terroristes le savent et se servent des médias pour frapper l'opinion, piéger les gouvernants et diffuser leur idéologie. En ce sens, les médias se trouvent parfois être en situation d'« alliés objectifs » des terroristes.

3. Violences exercées sur l'otage

Prendre et maintenir quelqu'un en otage, c'est lui faire violence. De quelle violence s'agit-il ?

3.1. Privation de liberté

C'est la violence essentielle du phénomène de prise d'otages. L'otage, qui était jusqu'alors libre de se déplacer, se trouve brusquement privé de cette liberté. C'est une violence soudaine et inattendue pour l'otage qui se livrait innocemment à ses occupations paisibles. Ensuite, le plus souvent, l'otage est maintenu prisonnier (séquestré) dans un local ou dans un campement, sous la surveillance de gardiens. Dans certains cas, pieds et mains liés, il est en outre privé de la capacité de faire le moindre mouvement ; et il est tenu de demeurer assis au sol ou sur un matelas, enchaîné à un arbre ou à un tuyau de chauffage central. Parfois, il reçoit l'ordre de demeurer à plat ventre par terre, sans bouger (hold-up bancaires en particulier). Dans des cas extrêmes, comme cela est arrivé au journaliste Jean-Paul Kauffmann détenu en otage au Liban en 1986, il est étroitement enserré dans des bandes, comme une momie, et bâillonné pendant tout son transport dans un coffre-cercueil d'acier fixé sous une voiture : à l'impossibilité totale de faire le moindre mouvement s'ajoute alors la difficulté de respirer. Dans d'autres cas, l'otage, qui a les mains et les pieds entravés, a en outre la tête recouverte d'une cagoule qui l'empêche de voir (et donc d'identifier son gardien) et reçoit l'ordre de se taire, sous peine de mauvais traitements et de menaces de mort.

3.2. Privation des besoins physiologiques élémentaires

L'obligation pour l'otage de demeurer longtemps immobile en position assise, par exemple, le prive de satisfaire le besoin physiologique de s'étirer et de détendre ses muscles. D'une manière générale, le maintien prolongé d'un inconfort physique est une épreuve pénible. Parfois s'y ajoutent une

privation de la durée du sommeil et des réveils brutaux imposés pendant le sommeil. Dans beaucoup de cas de prises d'otages, il y a eu privation d'eau de boisson et de nourriture ; et parfois aussi restriction concernant les besoins physiologiques élémentaires d'uriner et d'aller à la selle : on imposait aux otages des horaires précis pour ce faire, une seule fois par jour, et des créneaux de temps très limités.

3.3. Privation de la liberté de communiquer

Le plus souvent, le ravisseur a pris soin de dépouiller l'otage de son téléphone portable, et lui interdit de communiquer oralement ou par écrit à sa famille et à des amis dans son pays d'origine ou dans le pays de la détention. Cette privation de communication peut se doubler d'une privation de l'information. Le plus souvent, le ravisseur maintient l'otage dans l'ignorance des nouvelles du monde : ni journaux, ni informations à la radio ou à la télévision. Une des fonctions assurées par les équipes américaines pour la restauration psychologique des otages après une détention prolongée est précisément la fonction d'information : apprendre aux otages où ils étaient, par qui ils avaient été capturés, ce qu'ont fait les pouvoirs publics en matière de négociation et de libération, et ce qui s'est passé dans le monde pendant leur longue absence.

À l'inverse, dans le cadre d'une manipulation et pour relancer le chantage, le ravisseur peut procéder à un court enregistrement filmé où l'otage est tenu de dire qu'il n'est pas maltraité mais qu'il est malheureux et menacé de mort si les dirigeants de son pays ne cèdent pas aux exigences des ravisseurs ; parfois même, il doit dire qu'il est épuisé par les privations et qu'il sent sa mort prochaine. Bien entendu, cet enregistrement est diffusé par les médias des pays complices des ravisseurs, ou sur Internet, pour être connu des gouvernants et du public du pays de l'otage et d'autres pays. La privation de communication peut porter aussi sur les communications entre otages, s'ils sont détenus dans des locaux séparés ou si, dans un même local, ils sont immobilisés, la tête recouverte d'une cagoule qui les empêche de voir, et tenus de garder un silence absolu sous peine de mauvais traitements.

3.4. Privation d'affection parentale (pour les enfants otages)

Dans certains cas, des enfants sont pris en otage hors de la présence de leurs parents (prise d'otages dans une école, détournement de bus scolaire). Dans d'autre cas, toute une famille est prise en otage, mais les enfants sont séparés de leurs parents et détenus dans un local séparé. Pour l'enfant otage ainsi séparé de ses parents, une nouvelle privation s'ajoute à la privation de liberté et à la restriction des besoins physiologiques élémentaires : la privation de l'affection parentale. Pour les enfants en bas âge ou des classes

maternelles, cette privation est d'autant plus cruelle qu'ils ne comprennent pas pourquoi on les prive brutalement de l'affection de leurs parents, de même qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils ne peuvent pas être reconduits chez eux après l'école. À la frustration d'affection s'ajoute la frustration du sentiment de sécurité, puisque la présence protectrice des parents, qui garantit ce sentiment de sécurité, est interrompue. Dans certains cas, l'enfant terrorisé a assisté à l'impuissance et à l'humiliation de ses parents face aux ravisseurs et l'image protectrice des parents s'est effondrée dans son esprit.

3.5. Violence par application de mauvais traitements physiques

L'otage, lors de sa capture, puis lors de sa détention, fait dans beaucoup de cas l'objet de maltraitements physiques : gifles, coups de poing, coups de crosse ou de bâton, blessures et mutilations. Patty Hearst, fille d'un milliardaire américain séquestrée en Californie en 1974 par un groupe révolutionnaire marginal (l'Armée de libération symbionaise) fut battue, violée et enfermée par ses ravisseurs dans un placard exigu, ces sévices inaugurant un lavage de cerveau qui a abouti à l'abrutir et la faire participer à un hold-up bancaire aux côtés de ses tortionnaires ([Hearst, 1982](#)). Gerald Vaders, éditeur hollandais pris en otage avec cent autres passagers dans le train dit « des Moluquois » près d'Amsterdam en décembre 1975, fut attaché pendant vingt-quatre heures par les poignets et les chevilles dans le couloir d'un wagon, bras et jambes écartés, parce qu'il avait été surpris par ses ravisseurs en train de prendre des notes. Lors du détournement d'avion du Boeing de la TWA à Beyrouth en août 1985, les terroristes musulmans qui avaient perpétré ce détournement rouèrent de coups de poing et de coups de pied un passager américain qu'ils avaient identifié comme militaire en permission, avant de l'assassiner. Pour donner de la crédibilité à leurs menaces de mort, les petits malfaiteurs ravisseurs du baron Empain n'hésitèrent pas à lui sectionner un auriculaire.

3.6. Violence exprimée dans les attitudes, les gestes et les paroles

Dans de nombreux cas, les ravisseurs n'exercent pas de brutalité sous forme de coups et de blessures, mais ils manifestent leur violence par des attitudes, toute une gesticulation, des mimiques et des paroles. Lors de la capture des otages, les ravisseurs, éventuellement cagoulés ou masqués (ce qui ajoute à leur aspect mystérieux), montrent qu'ils sont dangereux en adoptant une attitude menaçante, en pointant leurs armes sur leurs victimes, en manifestant leurs ordres par des indications silencieuses appuyées du canon de leur arme, parfois en faisant avancer les otages par de brusques bourrades et en

proférant leurs ordres d'une voix dure et impersonnelle ou, pire encore, en les vociférant, ce qui donne l'impression d'une violence incontrôlée. Ces attitudes, ces gestes et ces propos vont perdurer ensuite pendant toute la durée de la séquestration : attitudes effrayantes, gestes menaçants et paroles froides ou haineuses, véhiculant des menaces, dont la menace de mort.

3.7. Mort et menace de mort comme formes de violence

Quand ils détiennent plusieurs otages, des ravisseurs déterminés assassinent froidement l'un ou quelques-uns d'entre eux, à la fois pour terroriser les autres otages témoins de ce crime et pour accréditer leur menace de procéder à de nouvelles « exécutions » (selon leur terminologie) dans le cadre de leur chantage auprès des autorités répondant des otages. Ainsi, dans l'affaire du train des Moluquois (décembre 1975), les terroristes indépendantistes moluquois assassinèrent successivement le chef de train, le conducteur, un militaire puis un passager désigné au hasard.

En juillet 1988, lors du détournement d'un avion d'Air Afrique sur Genève, le ravisseur fit venir deux passagers debout près de lui, recouvrit leur tête chacun d'une couverture afin qu'ils ne pussent rien voir, leur annonça qu'il allait les tuer, puis tua froidement le premier des deux d'une balle de pistolet dans la tête. Le second, qui entendit la détonation toute proche et reçut le choc de la douille éjectée, ressentit une frayeur intense et crut que sa mort était imminente. Mais le ravisseur l'épargna. En mai 1992, un forcené ayant fui en voiture sur une route d'Allemagne avec une jeune femme prise en otage, et poursuivi par la police, n'hésita pas à abattre son otage d'une balle dans la tête et à jeter son cadavre hors de la voiture. En décembre 1994, des terroristes islamiques s'étant emparés au départ d'Alger d'un Airbus de la compagnie Air France, tuèrent successivement trois passagers – avec menace de continuer leurs meurtres – pour obliger l'équipage à décoller. Ces terroristes seront tués d'ailleurs 24 heures plus tard lors de l'assaut donné par le GIGN au cours de l'escalade à Marseille, ce qui libérera les quelque 200 passagers présents dans l'avion. Dans tous ces cas, il y a effectivement meurtre (ou assassinat) d'otages, forme ultime de violence ; et, dans la plupart de ces cas, la menace de mort pour d'autres otages est ainsi accréditée comme sérieuse et probable.

3.8. La violence des preneurs d'otages est intentionnelle

Ce qui caractérise la violence dans les prises d'otages, c'est qu'elle est exercée délibérément par l'homme. En ce sens elle se distingue de la violence manifestée dans les catastrophes naturelles (expression de la colère des dieux), dans les catastrophes technologiques ou accidentelles (dus à

l'imprévoyance ou à la maladresse humaine, mais non intentionnelles) et dans les guerres (violence exercée consciemment mais le plus souvent pour une cause nationale et de manière anonyme). Dans tous ces cas de figure, sauf pour quelques situations de combat au corps à corps, la victime ne voit pas le visage de son agresseur. Dans la prise d'otages, comme dans le cas de l'agression crapuleuse, du viol et de la torture, la victime voit son agresseur et discerne sur son visage son intention délibérée de nuire.

4. Psychologie de l'otage

Dans ce qui suit, nous ne traiterons que de la psychologie des otages ; nous n'aborderons pas la psychologie des autres partenaires ou protagonistes, tels que ravisseurs, commanditaires, complices, familles et proches, gouvernants, population générale et médias.

La diversité des cas de prises d'otages est grande, en fonction du motif, du ou des ravisseurs, du ou des otages, des circonstances de la capture et des conditions de détention, ce qui fait qu'on ne peut prétendre tracer un schéma psychologique valable pour tous les cas. Il va de soi qu'une prise d'otages de quelques heures liée à un hold-up bancaire ou un détournement d'autocar ne peut être assimilée à une détention de plusieurs années assortie de privations multiples et de mauvais traitements. Ce dernier cas s'apparente plutôt aux longues captivités des déportés en camp de déportation ou d'extermination ([Targowla, 1954](#)), ou aux captivités des prisonniers américains dans les camps japonais pendant la Seconde Guerre mondiale ([Morgan, 1946](#)), ou encore à la très longue captivité (jusqu'à douze années) des *Malgré-nous* alsaciens et lorrains incorporés de force dans la *Wehrmacht* et détenus ensuite dans les pires conditions physiques au camp soviétique de Tambow ([M.A. Crocq, 1990](#)). Cela étant, les observations et les études effectuées sur la question ont permis de définir des schémas de réaction psychologique de l'otage lors des différentes phases de capture, séquestration, libération et réadaptation dans son milieu d'origine. Parmi ces études, il convient de mentionner celles d'[Ochberg \(1978\)](#), de [Soskis \(1982\)](#), de [Strentz \(1982\)](#), d'[Eichelman, Soskis et Reid \(1983\)](#) aux États-Unis, et celles de [Bigot et Bornstein \(1988\)](#), de [Crocq \(1989, 1991, 1994\)](#) et de [Briole et Vallet \(1994\)](#) en France.

Concernant le ou les otages, il convient d'examiner successivement : la phase de capture, la phase de séquestration, la phase de libération, puis la phase de réadaptation avec les séquelles éventuelles.

4.1. Phase de capture

Lorsqu'elle se trouve brusquement et inopinément capturée, menacée de mort et privée de liberté, la personne objet d'une prise d'otages réagit immédiatement par un état de stress intense, stress dépassé plus souvent

que stress adapté. En principe, le stress, réaction biophysiological réflexe délivrant de l'adrénaline et du cortisol dans le sang, fournit de l'énergie à l'organisme et inspire à la personne une réponse adaptée de focalisation de l'attention, de mobilisation des capacités physiques et mentales et d'incitation à l'action adaptée de défense ou de fuite ; ou, à tout le moins, si défense et fuite ne sont pas possibles, capacité d'analyser lucidement la situation, de conserver son sang-froid et de maîtriser les débordements de son émotion. Mais, si l'agression est très violente et, surtout, si le sujet a dû réprimer dans l'urgence (pour sa sauvegarde immédiate) toutes ses velléités de réaction adaptée de défense ou de fuite, il se trouve dépourvu de tout schéma de réaction adaptée. En effet, la défense n'est pas possible, puisqu'il est sans arme face à un agresseur armé ; la fuite lui est interdite, car elle serait vite stoppée par les tirs de l'agresseur ; le cri même doit être retenu, car on a vu des cas où le cri d'un otage effrayé a provoqué un tir de riposte d'un agresseur nerveux. Enfin, même si l'otage tente de mitiger son angoisse par des paroles échangées avec un autre otage, cela lui est parfois brutalement interdit par le ravisseur, qui intime le silence sous peine de mort. Ce qui fait que l'otage, tenu de réprimer toutes ses réactions spontanées, se trouve totalement décontenancé.

Il réagit alors sur le mode du stress dépassé, ou traumatique, car il vit la situation comme traumatique, c'est-à-dire débordant ses capacités de défense, voire même de compréhension de la situation. Le traumatisme psychique ou trauma est une expérience aiguë d'effraction et de débordement des défenses du psychisme agressé par des excitations extérieures violentes, massives et urgentes : défense qui consiste à voir venir et à se préparer à la résistance, défense qui consiste à repousser les excitations agressives, défense qui consiste à atténuer et filtrer ces excitations, et défense qui consiste à les assimiler en leur donnant du sens. Les vécus immédiats de ces personnes brutalement capturées et menacées sont des vécus essentiellement psycho-traumatiques : surprise, effroi, incompréhension de la situation, impression de mort imminente, sentiment d'impuissance et constat d'absence de secours. Dominés par l'effondrement brutal du sentiment d'invulnérabilité, ils donnent lieu à la perte des repères spatio-temporels, la suspension de la pensée (« trou noir »), l'impression d'irréalité, la coupure des relations à autrui sauf la fixation fascinée à l'agresseur, l'arrêt de la volonté et de la prise de décision, la sidération motrice et même l'état de dépersonnalisation. Dans la plupart des cas, l'otage reste figé sur place, hagard, incapable de penser et comme isolé dans un halo qui le coupe du monde normal. C'est la forme « sidération » du stress dépassé. Il est très rare d'observer la forme « agitation », qui serait suicidaire ou vaudrait au sujet de recevoir des coups, et la forme « fuite éperdue », terrorisée, qui lui vaudrait de se faire abattre. La forme « action automatique » peut se manifester, intégrée à la forme « sidération » : le sujet est stupéfait, hagard, il saisit comme dans un

rêve ce que le ravisseur lui dit, et mêle à son immobilité sidérée quelques petits mouvements automatiques, tels que le tripotage incessant d'un bout de son vêtement. Cette réaction de sidération, avec ou sans gestes automatiques, en fait un individu docile obéissant machinalement aux ordres du ravisseur : « Tenez-vous immobiles, les mains sur la tête, et silencieux, avancez vers tel endroit, ou dans tel véhicule, etc. »

Cette réaction immédiate est de durée variable, selon les situations. On admet, selon la nosologie internationale de la CIM-10 (Classification internationale des maladies mentales, 10^e révision, 1992), que cette durée ne saurait dépasser 24 heures, sauf si la violence de l'agression se perpétue ou se renouvelle. Cela peut être le cas, comme lors de la prise d'otages de Jolo (Philippines) en avril 2000, où les otages, capturés sur une île de Malaisie, ont été embarqués par les pirates philippins sur une barque à moteur pour un trajet qui a duré plus de 24 heures.

4.2. Phase de séquestration

La phase de séquestration peut être brève, quelques heures ou moins (pour la plupart des prises d'otages lors de hold-up bancaires), ou un peu plus longue (détournements d'avion avec retenue des passagers pendant plusieurs jours), ou très longue (otages séquestrés par des terroristes au Liban, en Irak ou en Afrique), s'étalant alors sur plusieurs mois ou plusieurs années.

4.2.1. Trois attitudes possibles

Il existe trois attitudes possibles pour l'otage, lors de la séquestration.

- La première est l'attitude lucide. L'otage conserve sa lucidité, il sait que le ravisseur est un voyou ou un ennemi et que le monde normal, avec ses libertés et ses valeurs, existe en dehors du lieu de la captivité. L'otage lucide demeure très présent à la situation, à chaque moment, comptant les jours et observant le ravisseur sans montrer qu'il l'observe, pour évaluer sa dangerosité et ses failles ; observant aussi les autres otages, pour évaluer leur risque de réaction intempestive et leur besoin de soutien. Cette attitude est la meilleure, car l'otage, demeuré vigilant et attentif, est prêt à adopter la meilleure réaction possible quand viendra la recrudescence du danger lors de la libération.
- La deuxième attitude est celle de retrait mental. L'otage prend son malheur en patience, se retranche hors de la réalité et se réfugie dans la contemplation inutile (compter les rayures du plafond ou observer les mouches) ou dans les souvenirs de ses jours heureux. Cette attitude n'est pas adéquate : elle assure une protection imaginaire et précaire contre la réalité dangereuse du présent, mais elle ne prépare pas l'otage à faire face aux dangers de la libération.
- La troisième attitude est celle de la soumission totale. L'otage, démuné de toutes ses défenses, renonce à ses défenses mentales et à sa lucidité. Il

cherche un modèle de conduite et, alors que tous les autres otages demeurent immobiles et apparemment soumis, il n'a devant les yeux comme personnage actif que le ravisseur. Il se fixe alors fasciné sur lui, comme un papillon sur la lumière, et il obéit servilement à ses ordres, qui procurent une soupape à sa tension anxieuse accumulée : faire une déclaration à la radio ou dans un reportage cinématographique qui sera retransmis par les chaînes de télévision, déclaration suppliant les gouvernants de négocier pour mettre fin à ses souffrances. Ce faisant, l'otage n'est plus lui-même, il n'est plus lucide et il a renoncé à sa volonté et à son libre arbitre pour les remettre au ravisseur. Lors de la libération, privé de lucidité et de sang-froid, il risquera d'avoir un comportement dangereux pour lui et pour les autres otages.

La phase de séquestration comporte elle-même trois sous-phases : déni, espoir et perte d'espoir. Voyons comment elles se succèdent, dans le cas d'une prise d'otages prolongée, sur des mois et même sur plusieurs années.

4.2.2. Sous-phase de déni

La sous-phase de déni est issue directement de la réaction de stress. Elle correspond à une manière de s'adapter à une situation intolérable en refusant mentalement son existence. Beaucoup d'otages, interrogés sur leur état psychologique qui a suivi immédiatement leur capture, rapportent qu'ils se sont dits : « *Ce n'est pas vrai..., ce n'est pas possible..., je rêve* », ce qui est une façon de ne pas avoir à affronter la réalité, en la niant. Ce phénomène est facilité par l'atmosphère d'irréalité dans laquelle s'est déroulée la capture : impréparation, imprévisibilité, rupture totale avec la réalité sécurisante vécue l'instant d'avant. Cette sous-phase de déni dure peu, quelques dizaines de minutes ou quelques heures, et laisse la place à un état de lucidité qui doit reconnaître la situation et ses dangers.

4.2.3. Sous-phase d'espoir

La considération lucide de la situation comporte d'une part l'identification de la condition d'otage, avec ses caractéristiques physiques, ses privations, sa dépendance vis-à-vis du ravisseur, et sa dangerosité ; et d'autre part la référence au monde extérieur normal, avec son atmosphère de liberté, ses attaches familiales et sociales, son univers professionnel et toute l'organisation de la société assise sur ses valeurs morales. Tant que l'otage considère à la fois ces deux univers, l'univers anormal et provisoire de sa situation d'otage, et l'univers d'une société extérieure normale où il figure comme un manqué ou un absent, il espère que sa famille, ses amis, ses collègues et les autorités de son pays vont tout faire pour obtenir sa libération. Cette espérance et cette confiance soutiennent son moral et l'aident à supporter les dures privations imposées par sa détention. S'il fait partie d'un groupe d'otages capturés en même temps, et si tous ces otages sont détenus ensemble dans le même local avec la possibilité de converser, les plus solides

confortant les plus faibles, et tous s'entretenant de la même espérance de libération, surtout s'ils peuvent avoir accès aux nouvelles radio ou télédiffusées les informant des négociations entreprises par les gouvernants en vue de les faire libérer, cette sous-phase d'espoir, supportable sur le plan psychologique, peut perdurer assez longtemps, plusieurs mois.

4.2.4. Sous-phase de perte d'espoir

Mais si l'otage voit les journées, les semaines et les mois s'écouler sans qu'aucune issue positive ne se dessine à l'horizon, le découragement peut le gagner. Ce découragement dépend de plusieurs facteurs, dont le fait d'être détenu isolément et sans nouvelles, et dans des conditions physiques pénibles (toilette, couchage, boisson, nourriture). De plus en plus, l'otage constate la réalité crue de sa détention : le local inconfortable, les privations, les menaces proférées par des geôliers hostiles, etc. Et il imagine de moins en moins le monde extérieur normal qui était le sien, dont la présence se fait lointaine, discontinue et floue. Ne recevant aucune nouvelle de négociations, il taxe volontiers d'impuissance, d'indifférence ou d'ingratitude sa famille « oublieuse », ses amis égoïstes et les gouvernants cyniques. Il se rend compte que, ni pour eux ni pour ses ravisseurs, il n'est plus une personne mais seulement une monnaie d'échange, chosifiée. Cette perte d'identité engendre désarroi, décontenancement et découragement. Cantonné dans les limites de l'univers clos de sa séquestration, ayant perdu sa référence à la réalité extérieure, dépouillé de sa personnalité, l'otage ne peut même plus imaginer une vie libre et, résigné ou déprimé, il se traîne au jour le jour dans un temps monotone pérennisé. Parfois, les ravisseurs le filment après lui avoir intimé l'ordre de dire qu'il n'a plus d'espoir, qu'il se sent faible et qu'il se voit approcher de la mort. Ce film, diffusé par les médias de pays complices, sera répercuté par les médias de son pays, vu par les membres de sa famille et par les gouvernants, et servira au chantage exercé par les ravisseurs dans la négociation.

4.2.5. Le syndrome de Stockholm

C'est dans cette sous-phase de perte d'espoir que peut s'initier un syndrome de Stockholm. Identifié et étudié par [Ochberg \(1978\)](#), [Soskis \(1982\)](#) et [Strentz \(1982\)](#), il doit son nom au comportement paradoxal de quatre otages employés de la banque du Crédit suédois lors d'un hold-up qui a eu lieu à Stockholm le 23 août 1973. L'auteur du hold-up était le malfaiteur Erik Olsson, évadé de prison. Cerné par la police, il s'était retranché dans la banque avec les quatre employés pris en otage. Pendant les cinq jours et les cinq nuits que dura cette prise d'otages, il restera en contact téléphonique avec les autorités, dont le premier ministre, exigeant et obtenant la libération de son compagnon de cellule Clark Olofsson, et réclamant argent, armes et véhicule. Dangereux, il tirera des coups de feu contre son propre père venu parlementer. Cette prise d'otages a bénéficié dès le début

d'une importante couverture médiatique. Une fois passée la phase initiale de capture, le comportement du ravisseur vis-à-vis des otages ne fut pas agressif. Tout au contraire, un dialogue s'établit, qu'Olsson mit à profit pour exposer et justifier ses revendications. Le comportement des otages fut surprenant : heureux d'être bien traités et considérés comme des interlocuteurs à part entière, ils exprimèrent leur sympathie pour leur ravisseur et clamèrent leur confiance en lui, allant même jusqu'à affirmer que ce dernier les « protégeait contre la police ». Lorsque l'assaut final fut donné, ils protégèrent le malfaiteur de leurs corps et invectivèrent les policiers. Une fois libérés, ils persistèrent dans leur attitude et leurs déclarations, lancèrent une campagne de presse pour justifier les agissements du malfaiteur et organisèrent une collecte pour financer sa défense. Qui plus est, deux des femmes otages abandonnèrent leur métier (pour ne pas avoir à manipuler de l'argent capitaliste), l'une se faisant infirmière et l'autre assistante sociale ; et l'une d'elles, tombée amoureuse d'Olsson, l'épousera.

Ochberg (1978, 1982) définit le syndrome par la coexistence de trois critères : développement de sentiments positifs des otages pour les ravisseurs ; développement (réciproque) de sentiments positifs des ravisseurs envers les otages ; développement de sentiments négatifs des otages envers les autorités et les forces de l'ordre. Crocq (1989, 1992, 1994) considère que cette définition, qui ne prend en compte que le domaine affectif, est insuffisante, car le syndrome de Stockholm affecte aussi les sphères cognitive, volitionnelle et comportementale de la personnalité : remise en cause des croyances, limitation de la perception, altération du jugement et du raisonnement, abandon du libre arbitre et mise en œuvre de tout un comportement paradoxal (Bigot et Bornstein, 1988) qui tranche avec le comportement antérieur et ne s'adapte plus à la réalité sociale environnante.

Sur le plan pathogénique, on a parlé d'une sorte d'état hypnotique, qui protège contre la perception d'une réalité intolérable. On a dit aussi que ce syndrome relevait d'un transfert affectif massif (Symonds, 1983), ou d'un « précurseur d'amour » pour caractériser la relation affective qui s'installe entre l'otage et le ravisseur. Strentz (1982) et Ochberg (1982) expliquent le phénomène par le mécanisme freudien de la régression infantile, à la faveur de l'état de dépendance et du besoin pressant de sécurité. Beaucoup de personnes présentant un syndrome de Stockholm récusent le caractère affectif, voire « amoureux » de leur attachement au ravisseur, se retranchant derrière la version d'une « amitié fraternelle », ou prétendant considérer les jeunes ravisseurs comme leurs « neveux », voire leurs « enfants ». Concernant l'abandon du libre arbitre, délégué au ravisseur, on remarquera l'ambiguïté des deux mots « ravisseur » et « subjuguer », qui signifient à la fois asservir et séduire. Quoi qu'il en soit, le syndrome naît à la faveur d'un décontenancement massif et d'une terreur intense lors de la capture, et se

développe plus facilement chez des personnes sans éducation civique solide et privées momentanément de soutien social.

On observa encore des syndromes de Stockholm lors de la prise d'otages du train des Moluquois (décembre 1975) et la prise d'otages du tribunal de Nantes (décembre 1985). Il peut exister des formes totales, convaincues et durables du syndrome de Stockholm, comme des formes insincères, utilitaires et transitoires, des formes individuelles comme des formes collectives, affectant tout un groupe d'otages.

Le syndrome de Stockholm s'estompe avec le temps. Cela étant, il existe des syndromes de Stockholm durables, tenaces, obstinés, voire prosélytes. Patty Hearst (*Mon voyage en enfer*, 1982), fille du célèbre milliardaire américain, enlevée à Berkeley (Californie) par un groupe de marginaux (L'Armée de libération symbionaise), séquestrée quinze jours dans un placard, insultée, battue, violée, croyait résister au lavage de cerveau inculqué par ses geôliers ; mais, menacée de mort parce que son père ne payait pas la rançon, elle accepta de participer avec ses bourreaux à un hold-up bancaire, et, une fois en place à la banque et son arme en mains, elle exécuta automatiquement les gestes qu'ils lui avaient prescrits. Il faut reconnaître toutefois qu'elle épousa ensuite non pas son ravisseur, mais son garde du corps.

4.3. Phase de libération

Dans de nombreux cas, l'otage peut percevoir l'approche de sa libération, on observant des changements dans le comportement des ravisseurs : soit expression de satisfaction sur leur visage, adoucissement dans leur façon de traiter leurs prisonniers, dans les cas où la négociation a abouti, le plus souvent par un accord sur le versement d'une rançon ; soit au contraire signes de nervosité, ordres impératifs assortis de menaces et accroissement des brutalités lorsque des indices d'un assaut des forces de l'ordre se manifestent. Dans certains cas, cette nervosité se manifeste par des décisions hâtives de changement de lieu de détention, avec transfert nocturne des otages et dissimulation ou camouflage de leur prison. Lorsque la prise d'otages se termine par une libération négociée, les otages vivent ce changement subit de leurs conditions de vie sur le mode de l'irréalité : il faut se hâter de ramasser ses affaires et gagner le lieu de la remise en liberté, parfois en véhicule sur des pistes cahoteuses, parfois à pied, bousculés et harcelés par leurs gardiens convoyeurs, et la fatigue physique va ajouter ses effets à l'impression de déréalisation de ces événements précipités. Lorsque la libération est effectuée au prix d'un assaut, l'otage vit un stress intense, qui vient exercer ses effets sur un organisme affaibli par la détention. Lors de l'affaire du détournement de l'Airbus d'Alger sur Marseille, les 25 et 26 décembre 1994, les passagers terrorisés pour avoir assisté à l'assassinat préalable de trois des leurs par les terroristes, ont vu ces terroristes se préparer à mourir en récitant la

prière des morts et en annonçant à leurs otages qu'ils allaient tous mourir. Néanmoins, ils ont vécu l'assaut donné par le GIGN comme une délivrance et ils ont spontanément trouvé les gestes salvateurs, alors que les conditions de cet assaut étaient dramatiques : les gendarmes du GIGN ayant fait irruption à l'arrière de la cabine et donnant l'ordre « *Couchez-vous* » juste avant d'ouvrir un feu nourri. Cela étant, lorsque, quelques minutes plus tard, les passagers furent évacués par les toboggans, ils arrivèrent au sol en état second, et de dépersonnalisation pour certains d'entre eux, d'autant plus qu'ils étaient suspectés d'être des terroristes dissimulés. Plusieurs heures après, alors qu'ils avaient été accueillis et réconfortés à Marseille, puis embarqués dans plusieurs avions à destination d'Orly, certains d'entre eux demeuraient totalement sidérés à leur arrivée à Orly, et leurs voisins co-otages ou leurs familles venues les accueillir les poussaient comme des poteaux de bois vers les psychiatres et les psychologues de la cellule d'urgence. Lors de la libération des otages de Jolo, en septembre 2000, deux otages que leurs gardiens faisaient changer de lieu de détention en pleine nuit par une marche forcée sur des sentiers dans la forêt profitèrent du désordre provoqué par une fusillade entre terroristes et soldats philippins pour fausser compagnie à leurs gardiens, dans l'obscurité, cette décision impromptue étant prise plus dans l'improvisation offerte par l'occasion que dans la préparation réfléchie.

Ensuite, il y a le transport des otages libérés en voiture, puis éventuellement en avion, et l'accueil par les autorités du pays qui les reçoit, les personnels français des Affaires étrangères, et parfois aussi les autorités du pays où se sont déroulées la prise d'otages et la détention. Puis, il y a un deuxième vol, plus long (une dizaine d'heures ou plus) jusqu'à un aéroport français, qui peut être Roissy, Orly, et le plus souvent l'aéroport militaire de Villacoublay. Pendant tous ces transferts, les otages vivent une atmosphère de déréalisation, en état second ; ils éprouvent des difficultés à accepter la réalité et à se réadapter à un monde de liberté. Cela se voit sur leur attitude figée, leur faible mobilité et leur visage effaré, voire hagard. Le 30 octobre 2013, les quatre otages de l'organisation terroriste Aqmi, libérés après trois ans de détention au Sahel, quoiqu'accueillis chaleureusement par le président de la République en personne, sont restés muets alors que ce dernier les invitait à s'exprimer. Voilà pourquoi nous préconisons que, dans l'avion du retour, les otages fraîchement libérés puissent bénéficier du soutien d'un psychiatre ou d'un psychologue de la Cellule d'urgence médico-psychologique qui pourra procéder à un défusing (ou déchocage psychologique).

4.4. Phase des séquelles

Les otages libérés et retrouvant leur univers paisible d'avant ne présentent pas inéluctablement des séquelles psychiques de leur détention. Dans la pratique, mis à part quelques cas sans séquelles, on a affaire à toute une gamme d'états de stress post-traumatique (un « panorama », [Crocq, 1992](#)),

depuis les cas modérés et peu gênants jusqu'aux cas pénibles et invalidants, et depuis les cas transitoires jusqu'aux cas chronicisés. Cela étant, les tableaux cliniques observés sont ceux de l'état de stress post-traumatique, complets ou incomplets, avec des particularités attenantes à la captivité et à la condition d'otage.

4.4.1. Les cas sans séquelles, ou même se prétendant devenus plus forts qu'avant

Tout d'abord, on doit se poser la question suivante : existe-t-il des cas sans séquelles ? Il semble que oui. Il s'agit le plus souvent de prises d'otages brèves, de type hold-up bancaire, où les malfaiteurs ne se sont pas montrés très agressifs. L'absence de séquelles semble liée aussi à la personnalité de l'otage, sa maturité, sa capacité d'analyser lucidement la situation, et sa maîtrise de l'émotion. Si, en outre il a pu bénéficier d'un défusing immédiat ou d'un débriefing différé de quelques jours, sous la conduite d'un psychologue, il sera armé pour éviter l'installation de symptômes psycho-traumatiques et pour assimiler l'événement comme un simple souvenir désagréable, à insérer dans l'histoire de sa vie, parmi d'autres souvenirs bons ou mauvais. On a dit aussi que les enfants d'âge scolaire, pris en otage dans leur classe, en compagnie de leur enseignant, seraient à l'abri des séquelles, car ils n'ont pas été réellement traumatisés (à leur âge ils n'ont pas encore acquis une image objective de la mort), leur personnalité en devenir possédant d'immenses ressources d'adaptation. On doit toutefois douter de ces assertions, car leur imaginaire de la mort est pire que l'imaginaire « objectif » que peut en avoir l'adulte, et justement parce qu'elle est en devenir, leur personnalité, malléable et vulnérable, peut être profondément et durablement marquée par l'impact du trauma.

Reste la question de la résilience, ou faculté de rebondir, qui permettrait à une victime – seule, ou avec le soutien de son entourage, ou avec l'aide d'un thérapeute – de se dégager totalement et définitivement des effets de son trauma. Certains ex-otages, après une captivité éprouvante de plusieurs années, ont affirmé qu'ils avaient su s'en sortir sans dommage, et même que leur expérience les avait rendus plus forts et plus sereins qu'avant. Dans ces cas, il ne faut pas confondre résistance avec résilience. Exposés à une même situation potentiellement traumatisante, deux sujets peuvent réagir différemment : l'un par un stress adaptatif, et c'est la résistance ; l'autre par un stress dépassé et un vécu de déréalisation, et c'est le trauma. Le processus de résilience ne peut s'appliquer qu'au second cas : comment un sujet traumatisé parvient-il à se dégager des effets nocifs de son trauma ? Or, quand on écoute les propos de ces sujets qui proclament leur résilience, ou qu'on examine leurs écrits, on se rend compte qu'ils expriment cette revendication sur un mode passionné, comme un exorcisme contre la peur et le mal-être qui sont restés tapis en eux. En outre, quand on prend connaissance

de leur vie après la détention, on constate des changements profonds, et pas toujours significatifs d'adaptation harmonieuse : beaucoup ont changé plusieurs fois d'emploi et de profession ; certains ont abandonné épouse et enfants ; d'autres, devenus instables et migrants, changent sans cesse d'environnement géographique ; quelques-uns ont opté pour une vie d'ermite dans une forêt reculée...

4.4.2. Les premiers temps des retrouvailles et de la réadaptation

L'état de déréalisation vécu lors de la libération se prolonge en général pendant les premières semaines voire les premiers mois qui suivent. Les otages libérés, quoique plongés dans leur environnement physique et social d'avant la détention, ne parviennent pas à croire complètement qu'ils sont revenus dans ce milieu, qui leur paraît irréel. Ils traînent encore avec eux, par instants fugaces ou par moments plus prolongés, les souvenirs sensoriels brutes de leur expérience de la captivité. Dès le matin au réveil, ils croient être encore couchés par terre dans leur geôle et, effarés, mettent quelques instants à se rendre compte qu'ils sont dans leur lit. Dans la journée, surtout s'ils sont seuls, rêvassant, ils se revoient dans leur lieu de captivité, croient entendre les cris des gardiens, sentir l'odeur de la poussière et de la sueur, et, comme nous l'ont confié certains ex-otages du Sahel, goûter sur leurs lèvres la saveur du thé fort à la saharienne. Quoi qu'il en soit, dans de nombreux cas, cet état de déréalisation étoffé d'impressions sensorielles va en s'estompant pour laisser place à un retour lucide à la réalité du milieu sécurisant retrouvé. Mais, dans d'autres cas, il persiste obstinément et s'enrichit de nouveaux symptômes annonçant l'installation d'un état de stress post-traumatique : reviviscences intrusives, phobies spécifiques, hyperréactivité neurovégétative et stigmates d'altération de la personnalité.

4.4.3. La gamme des états de stress post-traumatiques séquellaires, modérés ou sévères

Le psychotraumatisme constitué par la prise d'otages peut donner lieu à l'installation d'un état de stress post-traumatique, comportant les trois volets du tableau clinique de ce syndrome, à savoir le syndrome de répétition, l'altération de la personnalité et le cortège de symptômes non spécifiques (d'hyperéveil anxieux, de somatisation et de troubles des conduites). Le syndrome de répétition se manifeste sous forme de reviviscences intrusives hallucinatoires, de cauchemars reproduisant les scènes tragiques de la captivité et de moments fugaces où le sujet a brusquement l'impression que sa captivité va recommencer.

Observation 1

Ainsi, un pilote d'avion-cargo forcé d'atterrir dans le désert au Sud-Soudan et retenu un an en otage par une bande armée, est sujet, pendant plusieurs années après sa libération, à des reviviscences



▷ sensorielles soudaines de son éprouvante captivité : il croit sentir l'odeur de la terre brûlée par les braises du foyer où ses gardiens préparaient leurs repas dans la cour de sa prison, il croit entendre leurs pas dans le couloir dallé menant à sa cellule, il croit les entendre vociférant des menaces de mort, et il croit entendre les supplications d'autres prisonniers, suivies des rafales des mitraillettes qui les abattaient le long du mur de sa cellule, et ce pour l'impressionner.

Ce syndrome de répétition peut se manifester chaque jour et chaque nuit (cauchemars), ou plus rarement ; il peut se produire spontanément, ou ne survenir qu'en réponse à un stimulus évocateur (par exemple, le fait d'apprendre à la radio qu'une prise d'otages vient de se produire dans quelque endroit du monde). Il s'agit de reviviscences réalistes (le sujet croit y être) et donnant lieu à un sentiment de détresse accompagné d'orage neurovégétatif (sueur, tachycardie, striction thoracique, spasmes viscéraux, tremblements).

Le deuxième volet de l'état de stress post-traumatique est l'altération de la personnalité, manifestée essentiellement par de l'évitement phobique, de l'incapacité à percevoir l'environnement comme familier et par l'impossibilité d'établir des relations affectives équilibrées avec autrui.

Observation 2

Ainsi, quatre jeunes filles prises en otage lors d'un détournement d'avion qui s'est soldé par l'assassinat de trois passagers et la mort des quatre terroristes (détournement de l'Airbus Alger-Marseille les 25 et 26 décembre 1994), ne veulent plus voyager en avion et ont même la phobie des autres moyens de transport en commun (autobus, train, métro). Ainsi, un otage séquestré trois ans au Liban déclare qu'il ne parvient pas à considérer comme réel son environnement familial et professionnel retrouvé (*« Ils ne me paraissent pas vrais, par contre, ce qui est vrai et m'obsède, c'est le cadre du cachot où j'ai été retenu prisonnier pendant trois longues années... »*). Ainsi, un otage détenu dans la jungle philippine pendant huit mois et dans des conditions matérielles précaires déclare que sa famille et ses amis, malgré leurs efforts, ne peuvent pas le comprendre et que lui-même ne parvient pas à se faire comprendre d'eux.

Le troisième volet regroupe les symptômes d'hyperréactivité neurovégétative, auxquels on joint les symptômes non spécifiques (ainsi dénommés car on les constate aussi dans d'autres pathologies que la pathologie psychotraumatique). Les symptômes d'hyperréactivité neurovégétative, dans le cas des ex-otages, sont l'hypervigilance, des sursauts exagérés et une résistance passionnée à l'endormissement ; les symptômes non spécifiques sont l'asthénie, l'anxiété, la dépression, les somatisations et des troubles des conduites (oralité, conduites addictives, agressivité).

Observation 3

Ainsi, une femme retenue pendant huit mois en otage par des terroristes philippins, et qui avait été terrorisée par les coups de feu qu'ils tiraient non loin d'elle, ne peut plus entendre un bruit soudain, tel que le claquement de porte ou la pétarade d'une motocyclette, sans sursauter violemment puis se recroqueviller en tremblant. Ainsi, un jeune volontaire d'une organisation humanitaire retenu en otage pendant six mois en Colombie par des révolutionnaires, bien que non menacé de mort ni maltraité, a présenté à son retour et pendant plus d'un an une asthénie physique, psychique et sexuelle accompagnée de dépression pour laquelle les bilans médicaux pratiqués n'ont découvert aucune cause biologique. Une petite fille de huit ans, qui avait eu très peur lors d'un détournement de bus scolaire à Djibouti en 1978, a développé quelques jours après son retour un diabète psychosomatique. Chez une femme, c'est l'apparition soudaine d'un goitre qui s'est manifesté deux jours après avoir été retenue en otage lors d'un hold-up bancaire sanglant. Une jeune femme, après dix mois de captivité très dure et assortie de mauvais traitements physiques, n'a pu se réadapter après sa libération, a rompu avec sa famille et a changé plusieurs fois de métier. «

Certaines de ces séquelles psychotraumatiques sont modérées, et parfois limitées à quelques symptômes, au-dessous des combinaisons de critères requises pour établir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (cas infracritères). D'autres réalisent des tableaux cliniques complexes, à des degrés d'intensité éprouvants et invalidants. D'autres sont marquées par des altérations importantes de la personnalité : atteinte dans ses capacités de filtrer les agressions extérieures, de reconnaître l'environnement comme familier et d'établir avec l'entourage des relations limpides et équilibrées. De tels cas sont de véritables névroses traumatiques, où l'impact de la captivité sur la personne l'a complètement bouleversée, lui inculquant une nouvelle manière de percevoir le monde, de le penser, d'y aimer, d'y vouloir et d'y agir. On observe ainsi des ex-otages régressifs, devenus dépendant de leur entourage, et, dans certains cas, des syndromes de Stockholm perdurant, dans lesquels le sujet a subi un bouleversement de sa perception de la réalité, une remise en cause de ses valeurs, et une altération profonde de sa relation aux autres, les proches étant rejetés comme incapables de comprendre, et les ravisseurs ayant réussi leurs manœuvres perverses de séduction.

Comme toutes les autres séquelles de psychotrauma, les séquelles de prises d'otages peuvent être transitoires, ou passer à la chronicité. Dans les cas chronicisés, on observe une diminution de certains symptômes, en intensité et en fréquence, encore que tout stimulus rappelant la prise d'otages (informations à la radio ou au journal télévisé, reportage télévisé, lecture d'articles de presse ou d'ouvrages) provoque une réactivation

éphémère – quelques jours – des symptômes. Les symptômes de reviviscence (images et pensées intrusives, flash-back, cauchemars) s'estompent et s'espacent plus facilement que l'altération de la personnalité : irritabilité caractérielle, dépendance et agressivité, puis tendance au repli social. Le passage à la retraite, qui prive le sujet du dérivatif assuré par son activité professionnelle, risque de provoquer une réactivation des symptômes.

5. Conclusion

La prise d'otages se démarque des autres tableaux cliniques présentés par les victimes d'agression. Cela est dû à la particularité de l'agression, qui implique la violence et la menace de mort, mais aussi la privation de liberté et de confort, parfois la privation de communiquer, et parfois les mauvais traitements ; et qui implique, en outre, la rupture brutale avec l'environnement habituel, la plongée dans un univers carcéral et la promiscuité de l'otage avec son ou ses ravisseurs. D'où les spécificités des réactions :

- immédiate, avec surprise, frayeur, déréalisation dissociative et sentiment d'absence de secours, et en outre nécessité de réprimer toutes les défenses (paroles, cris, gestes) qui seraient spontanément inspirées par l'agression ;
- post-immédiate, avec l'attitude de déni et la lente reprise de conscience de la réalité, puis la succession des sous-phases d'espoir, de perte d'espoir et de renoncement ;
- différée chronique, avec un PTSD ou un psycho-syndrome séquellaire marqué par une altération profonde de la personnalité : une personne qui a subi l'expérience de la déshumanisation, chosifiée et considérée comme une monnaie d'échange tant par ses ravisseurs que par les autorités qui « négocient » sa libération, reste marquée par cette épreuve et ne parvient pas ensuite à reconquérir son libre arbitre et sa sérénité.

Dans la séquence chronologique de ces états psychiques, des avatars pathologiques peuvent se constituer, comme le syndrome de Stockholm ou l'attachement paradoxal de l'otage pour son ravisseur ; il est inspiré par la terreur et dicté par un souci de sauvegarde, mais il peut perturber profondément et durablement la personne de l'otage.

En tout état de cause, il est recommandé d'assurer le plus tôt possible un soutien psychologique aux otages libérés : défusing ou déchocage dans les premières heures, et débriefing dans les semaines qui suivent.

Pour en savoir plus

- Bigot, T., & Bornstein, S. (1988). « Schème paradoxal de comportement lors de prises d'otages (syndrome de Stockholm) ». *Annales de Psychiatrie*, 3, 196-205.
- Briole, G., & Vallet, D. (1994). « Prises d'otages et initiative ! ». *Médecine et Armées*, 22(6), 459-462.

- Crocq, L. (1989). « Pour une nouvelle définition du syndrome de Stockholm ». *Études Polémologiques*, 1, 165-179.
- Crocq, L. (1991). « Les otages et la guerre ». *Études du Cercle de Latour Maubourg*, 1, 55-73.
- Crocq, L. (1992). « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles ». *Psychologie Médicale*, 24(5), 427-432.
- Crocq, L. (1994). « Les otages et la violence ». *Études Psychothérapiques*, 9, « Violences ».
- Crocq, L. (1996). « Impact psychologique du terrorisme ». *Défense*, 71, 81-87, mars.
- Crocq, L. (1997). « Incidences psychologiques de la prise d'otages ». *Psychologie Française*, 42-3, 243-254.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre* (1 vol). Paris: Odile Jacob.
- Ochberg, M. A., Hein, K. D., Barros-Beck, J., et al. (1992). « Stress post-traumatique chez les prisonniers de la Seconde Guerre mondiale ». *Psychologie Médicale*, 24(5), 480-483.
- Eichelman, B., Soskis, D., & Reid, W. (1983). *Terrorism. Interdisciplinary perspectives*. Washington: American Psychiatric Association.
- Hearst, P. (1982). *Mon voyage en enfer, trad. fr. 1983* (1 vol). Paris: Julliard, Presse Pocket.
- Morgan, H. G., Wright, I. S., & Van Ravenswaay, A. (1946). « Health of rapatried prisoners of war from the Far East ». *Journal of American Medical Association*, 130, 995-999.
- Ochberg, F. (1978). « The victim of terrorism. Psychiatric considerations. ». *Terrorism, an International Journal*, I(2), 151-157.
- Ochberg, F., & Soskis, D. (1982). *Victims of terrorism* (1 vol). Boulder, Colorado: Westview Press.
- Strentz, T. (1982). « The Stockholm syndrome : law enforcement policy and hostage behavior ». In F. Ochberg, & F. Soskis (Eds.), *Victims of terrorism* (pp. 149-163). Boulder, Colorado: Westview Press, chap. 8.
- Symonds, M. (1982). « Victim responses to terror : understanding and treatment ». In F. Ochberg, & F. Soskis (Eds.), *Victims of terrorism* (pp. 95-103). Boulder, Colorado: Westview Press, chap. 5.
- Targowla R. (1954), « La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire », in Rapport de psychiatrie, Congrès International La pathologie des déportés, Paris, 4-5 octobre 1954, compte rendu, Paris, RMF, p. 177-189.

M. Vitry

« Contre toutes les autres choses, il est possible de se procurer la sécurité ; mais à cause de la mort, nous, les hommes, habitons une cité sans murailles. »
Épicure

Le deuil est un processus universel qui touche l'être humain sur tous les axes qui le constituent : d'une part la mort a longtemps été vécue comme une fatalité d'ordre biologique ; d'autre part, sur le plan social, le soutien du groupe permet les aménagements psychologiques nécessaires lors de la perte d'un être cher. Sur un plan existentiel, le deuil, par son aspect initiatique afférent à la conscience du temps et de la mort, permet l'accès à l'humanité véritable dans le sens de l'échec du fantasme de toute-puissance, et en quelque sorte l'entrée dans la vie humaine. La compréhension des mécanismes psychiques individuels du deuil va nous permettre leur articulation nécessaire avec l'aspect social, c'est-à-dire la rencontre avec la mort rendue possible parce que médiatisée et ritualisée par des paroles et des gestes collectifs.

1. Deuil et société

Le développement du monde moderne, qui s'est traduit par celui de l'individualité, a fait que la mort est devenue une affaire psychologique « privée ». Les rites sociaux nécessaires pour accompagner les endeuillés et leur permettant l'acceptation de la mort, mort de soi et mort de l'autre, se sont perdus, laissant les individus à leur solitude et leur colère. C. [Mormont \(2004\)](#) reprend les précisions apportées par le dictionnaire Larousse 1922 sur les coutumes sociales et les usages du deuil, la durée, les vêtements, les cérémonies :

Ces conduites ne résultent ni d'un désir, ni d'un choix personnel mais d'une injonction sociale : elles sont obéissance à une autorité impersonnelle, gage de l'appartenance au groupe et fidélité à la tradition.

Sans ces rituels sociaux, la confrontation à la mort est devenue non seulement une souffrance dans les deux sens du terme, douleur et attente, mais une « maladie psychologique » majeure, de type dépressif, vécue parfois comme incurable, confiée à des professionnels de la santé mentale.

2. Les aspects psychologiques du deuil

2.1. Processus psychique du deuil

Chaque deuil est une épreuve à traverser. Un travail psychologique est nécessaire pour pouvoir se séparer de l'être disparu : c'est un processus psychique de réaménagement qui se poursuit dans la durée. Il se fonde sur la mise en exercice de certains processus psychiques dont les principaux sont le sens de la réalité, la mobilisation des identifications et l'élaboration des sentiments de culpabilité : il s'agit de passer de l'objet réel présent à sa représentation. Nous pouvons différencier quatre phases, que J.-Y. Gautier, à propos de l'approche du deuil chez Bowlby (1984), a retrouvées sous des termes différents (article à paraître).

- La *période initiale d'ébranlement émotionnel*, ou phase d'engourdissement d'après Bowlby, provoquée par le saisissement de la réalité. Il ou elle n'est plus là. Le choc est plus ou moins prononcé selon les circonstances de la mort et selon le lien entre le défunt et l'endeuillé. Cette période s'accompagne parfois d'un obscurcissement de la conscience avec un vécu d'incrédibilité, voire d'irréalité pouvant aller jusqu'aux réactions de déni. L'endeuillé perçoit le monde extérieur comme instable et non protecteur. L'épreuve de réalité est au cœur de cette étape qui se franchit lorsque les émotions de détresse se manifestent et peuvent commencer à s'élaborer. Cette phase dure normalement de quelques jours à quelques semaines et débouche sur l'acceptation de la réalité.
- Une *période d'intériorisation* du défunt, et du lien vécu avec cette personne, ou *phase de languissement*. C'est l'entrée dans l'élaboration du deuil qui se traduit par une remémoration de l'histoire partagée avec le défunt. L'endeuillé dresse ses souvenirs relatifs au défunt, donnant lieu à des sentiments de tristesse, de ressentiment et de culpabilité, suivis de l'évocation de souvenirs plus paisibles. L'impossibilité de retrouver l'objet en réalité entraîne un surinvestissement des représentations et des figurations de celui-ci. L'endeuillé a besoin d'en parler et d'en entendre parler, il va chercher des traces. La réalité de la perte se travaille dans cette étape dans l'intériorité psychique. C'est un travail sur les souvenirs et sur la mémoire. Bowlby qualifie cette phase de conscience intermittente de la réalité de la perte avec ses accès de nostalgie et de colère.
- La *phase de séparation*, ou *phase de désorganisation et de désespoir*, est la période de deuil proprement dite. Le travail psychique se fait par un détachement progressif dans un état de dépressivité, pour reprendre le terme de P. Fédida (2001). C'est une période de souffrance, avec des sentiments de peine profonde, des réminiscences douloureuses sous forme de rêves marqués par la réapparition du défunt suivie de sa disparition. La vie paraît souvent vide à l'endeuillé qui suspend tout projet d'activité.

Cette phase peut être marquée par une inhibition psychique, en particulier un renfermement sur soi, la perte d'appétit, la perte du désir. Le sens de la réalité est préservé. Cet état fonctionne comme une protection du vivant qui lui permet de ne pas se sentir menacé dans son intégrité et d'intérioriser le temps de la mémoire. Cette phase aboutit à la séparation d'avec le défunt qui conduit à un redémarrage de nouveaux projets de vie et d'investissements psychiques.

- La *phase de réparation ou de récupération*, dite *phase de réorganisation* par Bowlby, se caractérise par une réflexion vers l'avenir, l'intérêt vers de nouveaux objets et de nouveaux désirs. La conscience du sujet se libère du deuil et permet un redémarrage des projets de vie tenant compte de la perte et de l'absence. Le travail de deuil au sens de l'élaboration des processus psychiques permet que la réalité l'emporte, en nous apprenant à vivre malgré la perte, à aimer de nouveau ailleurs. Comme l'écrit A. Comte-Sponville (1995) :

Autant le deuil est du côté de la mort, comme événement, autant il est du côté de la vie comme processus. Il s'agit que la joie redevenue au moins possible, et le travail de deuil est ce qui le permet.

2.2. Les deuils traumatiques

La perte brutale d'un être aimé dans des circonstances tragiques ou catastrophiques s'accompagne bien entendu d'un état de deuil, mais provoque parfois des réactions post-traumatiques qui sont à différencier des réactions de deuil.

Le deuil peut être considéré comme traumatique lorsqu'il intervient dans des circonstances potentiellement traumatiques, par exemple lorsque l'annonce du décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation – crash d'avion, tsunami, attentat –, lorsque les corps des défunts ont disparu ou sont détruits. Cette forme de deuil se caractérise par un impact émotionnel initial qui engendre une intensité et une pénibilité des symptômes ressentis. À la perte vient se mêler l'effroi de ce qui a fait effraction principalement au moment de l'annonce du décès, avec l'effet de confrontation brutale au réel de la mort. Le deuil lié à une mort par homicide est particulièrement douloureux et s'accompagne de peurs diffuses, de colère et de recherches fantasmatiques de vengeance. L'attente du procès met en suspension le déroulement du deuil et le verdict apporte souvent un apaisement.

Dans une perspective diagnostique, il nous faut différencier d'une part la *reviviscence* traumatique de l'événement marquée par la terreur de ces images intrusives, et d'autre part les hallucinations de type *réminiscence* centrées autour du lien avec le défunt, qui surviennent dans des deuils compliqués marqués par des réactions de tristesse profonde et douloureuse.

Observation 1

Simone vient d'apprendre qu'il n'y a aucun survivant dans le crash du Boeing 737 venant de Sharm el Sheikh où son fils a passé les fêtes du nouvel an 2004. Lorsque les premières images télévisuelles montrent une chaussure basket jaune flottant sur l'océan, qu'elle identifie comme appartenant à son fils, elle s'effondre en état de choc, les yeux figés sur les images dans une fascination d'horreur et de désespoir.

Les familles des victimes décédées lors de catastrophes de ce type peuvent-elles avoir vécu une effraction traumatique dans la mesure où elles n'ont pas été confrontées directement à la scène traumatique ? Les constatations cliniques effectuées quelques mois après le vécu de l'événement montrent que, pour un certain nombre de personnes, une effraction traumatique initiale, en particulier la rupture brutale du lien, est venue rendre le processus de deuil très difficile par la présence de symptômes psychotraumatiques. Les résultats des expertises médico-psychologiques des familles des victimes décédées dans l'incendie du tunnel du Mont-Blanc, effectuées entre 1 et 2 ans après la tragédie, tendent à montrer que l'annonce de la catastrophe et du décès de leur proche, par le relais d'images télévisuelles ou bien par des mots « qui tuent », peut faire effraction au sens clinique du terme.

Les quatre phases du deuil vont alors prendre une connotation caractéristique.

- La *réaction immédiate traumatique* s'accompagne d'états de déréalisation et parfois de dépersonnalisation, avec une attitude psychique du déni de la réalité. Nous avons pu observer après la catastrophe du tsunami que de nombreuses personnes espéraient toujours que leur proche avait pu s'enfuir, s'imaginant qu'il ou elle était survivant quelque part, même lorsque le corps avait été identifié et rendu à la famille dans un cercueil scellé : « ils se sont trompés, ce n'est pas elle ! » ; « je voudrais vérifier », etc.
- La *période d'intériorisation* donne lieu souvent à une fixation à l'objet perdu qui suspend le travail de deuil. Le sujet reste attaché à tout ce qui lui rappelle le défunt et ne peut se détacher des objets souvenirs. V.D. Volkan (1981) parle d'« objet de liaison », objet habituellement inanimé, actuellement présent dans l'environnement et psychologiquement imprégné de différentes traces du défunt et du self de l'endeuillé. Le maintien de l'attachement à cet objet évite la confrontation à l'ambivalence des sentiments et à l'épreuve de séparation. Au cours de cette phase, il est important de distinguer la capacité de l'endeuillé de développer des mécanismes d'introjection qui vont enrichir son moi psychique, et qui vont s'opposer au mécanisme fantasmatique pathologique d'incorporation qui installe l'objet disparu non séparé à l'intérieur de soi dans le secret.

Observation 2

Mme D. a perdu sa fille lors d'un crash aérien. Parmi les objets retrouvés dans l'eau et restitués aux familles, elle reconnaît le porte-monnaie de sa fille. Elle le nettoie, le cire précautionneusement, le place dans une boîte garnie de papier de soie, et dispose l'ensemble dans la bibliothèque de son séjour.

Une année après, elle exprime : « c'est le cercueil de ma fille ». Mme D. reste sur une position agressive et amère qui cache une profonde mélancolie sans aucune possibilité d'élaboration à ce moment-là.

La personnalité de l'endeuillé est inhibée, parfois régressive, avec des sentiments de culpabilité, un ralentissement du fonctionnement cognitif, une suspension de tout projet et un repli sur soi dans la dépression et l'amertume : c'est le tableau clinique du deuil interminable dans la mélancolie de celui qui refuse la séparation d'avec le défunt.

Observation 3

Mme L. a perdu son conjoint dans la catastrophe du Mont-Blanc. La réaction traumatique qui s'est manifestée par une impression de déréalité, d'être entermée et d'être atrophiée s'apparente à une dissociation péritraumatique accompagnée de cauchemars d'effroi et de douleurs somatiques intenses.

Le processus de deuil est en cours : après une phase de déni de décès de son conjoint, elle accède à la phase d'intériorisation, elle rêve qu'il est toujours vivant comme s'il était là. L'absence de corps et la difficulté à élaborer l'impact traumatique bloquent le processus sans qu'elle puisse accéder à la séparation.

-
- La *période de séparation* se traduit par une sensation confuse d'être psychiquement inanimé, accompagnée par le surgissement fréquent d'images ou de scènes concernant le défunt dont la présence reste invisible. L'angoisse d'abandon est importante et invalidante, et se manifeste par une série de symptômes comme des difficultés d'endormissement, des perturbations du sommeil, et l'irruption de crises d'angoisse avec sentiment de danger imminent. Cette phase nécessite souvent des réaménagements importants, parfois une organisation de vie différente liée à un sens transformé de la vie, ce qui demande du temps et des possibilités d'élaboration.
 - Le passage à la *phase de séparation* s'effectue souvent de façon rapide à l'occasion d'un entretien thérapeutique qui peut être unique, ou bien d'une expertise psychologique à un moment où la maturation du processus de deuil demande un lieu spécifique où déposer la souffrance d'une séparation avec le regard d'autrui. Il est à préciser que ce lieu doit rester une passerelle avec la vie familiale et sociale, avec la dimension généalogique afin de médiatiser et civiliser le néant qu'est la mort pour l'homme.

Observation 4

M. A. est en proie à des questions sans réponses depuis la disparition de son fils dans la catastrophe du Mont-Blanc. Il vit cette mort comme irréprésentable et insoutenable. Il parle de « torture morale ». Il voudrait pouvoir rêver de son fils, ce qui serait pour lui un signe envoyé par ce dernier, notifiant qu'il peut le laisser partir.

À la fin de l'expertise, il exprime son soulagement d'avoir pu exprimer sa souffrance et son errance psychique (« ça m'a débloqué »). À sa demande, je lui communique le lendemain au téléphone l'adresse d'un confrère exerçant dans sa ville. « Ce n'est plus nécessaire, j'ai rêvé de mon fils, il m'a fait signe » dit-il.

3. Le deuil chez l'enfant

M. Hanus (1997) écrit : « l'idée que l'enfant se fait de la mort influe sur l'élaboration de son deuil ». Le sens de la mort évolue avec l'âge et va donc influencer sur sa capacité de faire un deuil. Avant 3 ans, la mort ressemble pour l'enfant à un long sommeil, elle est réversible. Elle est alors ressentie comme une perte brutale, un abandon, souvent traumatique dans le non-sens.

Vers 3 et 4 ans, la mort acquiert une dimension temporelle : ce sont les vieux qui vont mourir. L'enfant la perçoit néanmoins toujours comme temporaire.

Entre 6 et 8 ans, l'enfant personnalise la mort qui devient « le mort ». Cette conception reconnaît la réalité de la mort mais reste primitive. Son inexorabilité, son universalité, la décomposition des corps sont des notions difficiles à accepter et à intégrer, donc tardives.

À partir de 8 ans, l'universalité de la mort est en voie d'acquisition, l'enfant comprend que le processus de mort s'inscrit dans le processus de vie.

Chez les enfants plus âgés, le déroulement du processus de deuil, avec franchissement d'étapes successives, est sensiblement et progressivement identique à celui des adultes.

La perte et le sentiment d'abandon, en particulier lorsqu'il s'agit du décès d'un des deux parents, peuvent se manifester par des symptômes somatiques et des troubles du comportement ; ils doivent toujours être reliés à l'histoire familiale de l'enfant ou de l'adolescent et à sa construction dans cette histoire.

Les troubles marquant l'évolution de deuil sont principalement : l'anxiété pouvant aller jusqu'à des désordres phobiques ; le sentiment de culpabilité persistant renforcé par une ambivalence des sentiments envers le défunt – amour et haine –, avec des manifestations d'agressivité et d'autodestruction, principalement à l'adolescence ; des troubles de l'humeur comportant des aspects dépressifs marqués par des souhaits de disparition ; et enfin des perturbations des fonctions élémentaires, en fait des manifestations dissociatives.

Observation 5

Julien avait 6 ans au moment de la catastrophe qui a coûté la vie à son papa. Il a 8 ans au moment de l'expertise. C'est un petit garçon vif qui s'exprime facilement. En début d'entretien, il évoque son chagrin : « Je repense à papa quand il était là, je pleure parfois parce que je suis triste ». Il fait encore des cauchemars de camions en feu qui explosent, dans lesquels son père ou lui-même se trouvent. Il explique que, depuis quelques mois, il se sent mieux dans la mesure où il parle à son papa qui lui répond : « J'ai sa voix dans ma mémoire, je lui parle tous les jours, souvent à l'école pour lui donner des réponses ; depuis il me manque moins. » Nous lui demandons comment ça fait quand son papa lui parle : « Ça fait comme un tuyau qui descend du ciel et les mots viennent dans ma tête. »

Julien ne semble pas avoir conscience de la disparition définitive de son père : son papa est au ciel, vivant pour lui. Les symptômes post-traumatiques encore présents entretiennent un état d'angoisse. Julien développe néanmoins un travail d'intériorisation qui peut se révéler positif dans le travail de deuil s'il ne s'isole pas du groupe social dans ce mécanisme.

Il est néanmoins utile de rappeler que l'acceptation de la perte chez l'enfant peut être facilitée par la compréhension et le respect par l'entourage de certains besoins de l'enfant. En effet, si l'annonce du décès est différée, l'enfant ressent la gravité de la situation et peut s'imaginer que les adultes le trompent et qu'il est coupable de l'état de malaise et de douleur de son environnement. Il est insoutenable pour lui de se sentir exclu de la peine familiale. L'enfant a des questions directes ou indirectes qui demandent des réponses, même si ces questions font resurgir l'angoisse de mort des parents. L'enfant a besoin d'un lieu pour pleurer et pour parler avec les personnes de son entourage survivantes et significatives pour lui, dans la durée si c'est nécessaire dans la mesure où la temporalité est différente de celle de l'adulte : un enfant jeune peut mettre plusieurs années pour traverser en grandissant l'épreuve de la perte d'un être cher. Comme membre à part entière de la famille et de la communauté, l'enfant doit pouvoir participer aux rites funéraires. C'est l'occasion pour lui de partager en famille la peine, la souffrance et le désarroi face à la mort.

4. Les répercussions familiales

Un deuil traumatique peut avoir des répercussions importantes sur la famille, surtout en cas de perte de plusieurs membres. Le trou béant laissé par la disparition de ces membres peut provoquer une désorganisation des liens et des rites familiaux qui, si elle n'est pas parlée, peut devenir pathologique. M. [Delage \(2001\)](#) souligne que la prise en charge après un deuil traumatique doit être élargie à la notion de soutien du groupe famille,

nos pratiques actuelles étant trop centrées sur les souffrances individuelles : « la famille entière est victime directe lors d'une catastrophe collective ou d'un deuil traumatique. » La famille doit alors être considérée comme un système soumis à une agression extérieure qui présente des réactions immédiates et post-immédiates.

Les conséquences se manifestent par un ébranlement de la base familiale de sécurité, ce qui bloque la communication. La désorganisation des liens familiaux vient troubler le déroulement du cycle de la vie ; la famille apparaît comme vidée de son énergie, qui était une réserve de souplesse nécessaire pour que les enfants grandissent en sécurité. La prise en charge de la famille s'inscrit dans une théorie de « la panne familiale » qui vient paralyser une famille et lui enlever sa capacité naturelle d'évoluer en trouvant des solutions aux changements et aux problèmes rencontrés. Elle doit permettre de réorganiser les systèmes d'échange et de communication par la mise en circulation des affects de chacun.

Observation 6

M. et Mme T. ont trois jeunes enfants de 3, 5 et 7 ans. Les parents de Mme T. sont décédés sous le tunnel du Mont-Blanc lors d'un voyage offert par leurs enfants pour Noël. Après les obsèques, Mme T. a sombré dans une dépression profonde avec tentative de suicide et symptômes spécifiques d'un choc traumatique dont elle souffre encore 18 mois après, au moment de l'expertise. Elle évoque « une fracture d'un seul coup dans son corps et dans sa vie ». Depuis, elle se sent en état de survie avec le soutien d'une médication. Elle exprime : « Je n'arrive pas à accepter, je ne peux pas aller de l'avant ; si je suis bien, je vais les trahir. » Son sentiment de culpabilité s'entretient autour du « cadeau mortel ». Lors de la catastrophe, son mari s'est investi dans les renseignements et les démarches administratives. Actuellement, il soutient son épouse.

L'équilibre de la famille apparaît bien fragile dans la mesure où les échanges affectifs sont pauvres depuis 2 ans. Les enfants présentent des symptômes dépressifs avec cauchemars et difficultés relationnelles pour l'aîné, crises phobiques pour le deuxième et poussées d'eczéma pour le troisième.

5. Pathologies du deuil et suivi psychothérapeutique

Le deuil pathologique est un arrêt du processus à une des étapes, sorte de fixation au défunt et d'arrêt du temps. L'acceptation de la perte de « l'autre semblable » paraît insurmontable à l'endeuillé et se traduit par une durée interminable avec des symptômes invalidants. Le deuil d'un être cher dans des circonstances traumatiques engendre parfois un deuil pathologique,

dont la spécificité est de présenter en superposition à la souffrance du deuil un tableau clinique de symptômes péritraumatiques. On retrouve alors un tableau clinique, comme le précise M.-L. Bourgeois (2004), où se superposent la détresse de séparation, avec les préoccupations nostalgiques concernant le défunt, et la détresse traumatique, caractérisée par un état de choc, de stupéfaction et un sentiment de vide.

La demande est fréquemment suscitée par une souffrance intense de la personne endeuillée dont le processus de vie semble s'être arrêtée. L'accompagnement psychologique nécessitera alors une prise en compte du vécu des aspects événementiels, deuils récents et passés, articulés avec l'organisation psychique de la personne.

6. Aspects collectifs et rituels sociaux du deuil

Aspects psychologiques et rituels sociaux du deuil sont intimement liés : les rites humanisent la douleur, le néant et l'inconnu que l'homme ressent face à la mort, particulièrement quand elle intervient d'une manière inattendue et brutale ou bien lorsque le corps a disparu. Ils ont pour objectif de replacer cette souffrance particulière dans le contexte de la trajectoire commune de tous les humains. Ils instaurent des représentations qui construisent un univers sur lequel on peut avoir prise. Ils permettent d'extérioriser la douleur d'abandon et de partager l'angoisse par le sentiment d'appartenance à une communauté. La mort n'est pas qu'une affaire psychologique, intime. Elle comporte une incontournable violence. P. Baudry (1987) écrit :

La modernité dominante est prête à accepter la mort, mais à condition qu'elle ne perturbe pas, qu'elle s'intègre dans la logique d'une gestion pacifiée du social.

Seuls les rites collectifs, en atténuant l'angoisse ressentie par l'homme face à la mort, vont permettre la séparation et l'acceptation de la perte par l'expression publique au cours des obsèques. Cette rencontre ritualisée avec le corps du mort ou sa représentation va rappeler à chacun sa finitude, ce que notre inconscient individuel ne reconnaît pas.

Dans les situations familiales de deuil traumatique, l'entourage a un rôle important pour soutenir collectivement la famille choquée et endeuillée. C'est la communauté qui doit aussi accompagner la préparation des obsèques, aider à la réflexion collective sur des rituels qui aient du sens, et permettre à la famille d'exprimer son désarroi face à la violence du décès. Après des deuils traumatiques collectifs, de tels rituels correspondent à des temps du deuil qu'il est important de différencier : les cérémonies de funérailles, quelques jours après l'événement ; et les cérémonies de commémoration, souvent un an après.

7. Pour conclure

La mort se trouve ainsi en quelque sorte incarnée par une théâtralisation collective permettant sa nécessaire symbolisation. Ces ensembles de rites représentent une mise en forme pour le passage d'un monde à un autre. Ils assurent la mémoire du défunt par la transmission, condition essentielle à la reprise du cours de la vie. Ils concernent la communauté des morts et celle des vivants, à qui ils assurent une fonction protectrice par le sentiment d'appartenance à une communauté à un moment où la mort et donc la vie ont perdu de leur sens. Ils permettent de créer du sens par la remise en route de la pensée individuelle et la facilitation du processus de deuil.

Il nous faut donc sortir la mort du caché où nous avons tenté de la mettre pour l'ignorer, en facilitant dans notre activité médico-psychologique une ritualisation retrouvée ou inventée par une réflexion sur son sens, et en aidant à sa mise en place lors de catastrophes collectives par des interventions qui soient pensées et professionnelles.

Pour en savoir plus

Bacqué, M.-F. (2002). *Apprivoiser la mort*. Paris: Odile Jacob.

Baudry P. (1987), « Une incontournable violence », revue Autrement, « La mort à vivre ».

Bourgeois, M. (2004). « Les Deuils traumatiques ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4(4), 241-248.

Bowlby, J. (1984). *La Perte, tristesse et dépression*. Paris: PUF.

Comte-Sponville A. (1995), « Vivre, c'est perdre », revue Autrement « Deuils ».

Crocq, L. (2003). « L'Approche cathartique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 15-24.

Delage, M. (2001). « Répercussions familiales du traumatisme psychique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(4), 203-212.

Fédida, P. (2001). *Les Bienfaits de la dépression*. Paris: Odile Jacob.

Hanus, M. (1997). *Les Enfants en deuil*. Paris: Frison-Roche.

Mormont, C. (2004). « À propos du deuil ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 239-240, t. 4.

Volkan, V. D. (1981). *Linking objects and linking phenomena*. New York: University Press.

10 Trauma et médias

L. Crocq

Les médias ont le devoir d'informer le public sur tous les aspects des événements qui se manifestent dans le monde. Mais, par un étrange phénomène de réciprocité, les médias, répondant à un obscur désir du public d'être confronté à l'inhabituel plutôt qu'au routinier et au tragique plutôt qu'au paisible, privilégient les événements violents, qui suscitent l'émotion et l'empathie. Alors, les images et récits de catastrophes, de guerres, d'agressions, de morts, de mutilations et de blessures sont jetés en pâture à l'avidité du public, fasciné par cette vision de ce qui pourrait être un jour son propre destin (Jeudy, 1979). Par ailleurs, avec l'évolution de nos mœurs, la souffrance psychique des victimes nous touche autant que leur souffrance physique. On sait aujourd'hui que la violence fait effraction, ou trauma, au sein des psychismes, qu'elle y détermine des perturbations bouleversantes et qu'elle y laisse des séquelles pénibles et invalidantes. D'où l'intérêt qu'il y a à s'interroger sur la manière dont les médias recueillent et font connaître ce phénomène de trauma, ses effets et ses possibilités de prise en charge.

1. Caractéristiques et fonctions des médias d'aujourd'hui

1.1. Caractéristiques essentielles des médias

De nos jours, les médias sont omniprésents sur le globe, et surtout dans les démocraties occidentales ; et leur influence sur les mentalités et l'opinion publique est si importante que l'on a évoqué à leur sujet la notion de « quatrième pouvoir » ou de « médiacratie » (de Virieu, 1990). Le mot même de média implique qu'ils assurent la communication entre les citoyens, et entre les gouvernements et les citoyens. Toutefois, il y a souvent abus ou méprise sur le mot « communication », qui devrait impliquer un échange d'information à double sens, ce qui est vrai pour une partie de l'activité des médias, à savoir le courrier des lecteurs, les « libres opinions » et les enquêtes auprès du public ; le plus souvent, par contre, la communication médiatique se fait en sens unique, d'un média émetteur vers un public récepteur (Escarpit, 1976). Toutefois, de nos jours, le développement des réseaux Internet est tel que les médias à sens unique sont débordés ou court-circuités par ce nouveau mode de communication et d'échange entre citoyens, qui fait circuler de façon massive et anarchique les nouvelles, les rumeurs et les opinions.

Qu'est-ce qu'informer ? En se référant au dictionnaire *Littré*, c'est « *porter l'existence d'un fait à la connaissance d'autrui* ». Reprenons cette définition élément par élément. « *Porter à* » désigne tout de suite les médias, et implique leur travail de transport de l'information (par la presse écrite, les brochures, les affiches et les prospectus, la radio, la télévision, les porte-voix et aussi les réseaux Internet), mais également, ce faisant, de transformation ou mise en forme de la chose à transmettre (on aborde un phénomène ou un fait sous un angle d'images, on réduit un événement en mots). Cette inévitable opération de transformation a pour conséquence que le fait que l'on veut faire connaître au public lui arrive toujours relativement déformé ou tronqué. « *L'existence d'un fait* » recouvre une grande diversité de faits, d'événements et de phénomènes, qui vont de la découverte d'une chose et de la survenue d'un événement à la manifestation d'une pensée ou d'un sentiment. « *À la connaissance* » devrait impliquer que la saisie d'informations soit un processus purement cognitif : percevoir l'information, l'identifier, l'apprécier selon un système d'évaluation (c'est insignifiant ou important, anodin ou grave, bénéfique ou néfaste), la référer aux connaissances déjà acquises sur ce sujet (pour confirmer ou modifier en conséquence notre opinion) et la classer dans notre stock de connaissances. Mais, toute perception implique – dès le stade liminaire voire infraliminaire de l'identification naissante – un volet émotionnel, qui obère l'orthodoxie de la chaîne des processus cognitifs. En particulier, les images de violence, de destruction et de mort font lever en nous une marée émotionnelle perturbatrice qui continue de peser sur la suite de la chaîne cognitive. C'est ce que l'on a appelé le phénomène de « la mort en direct » : voir sur nos écrans de télévision quelqu'un agoniser dans une catastrophe ou mourir sous l'impact des balles nous perturbe profondément et nous inspire des sentiments d'horreur, d'empathie ou d'indignation qui vont ensuite modifier notre estimation, notre jugement et notre opinion. Les exemples les plus connus de ces effets de la « mort en direct » sont l'agonie d'une enfant bloquée sous les décombres dans une mare d'eau et suppliant les sauveteurs impuissants, lors de l'éruption du volcan Nevada del Ruiz près d'Armero (Colombie) en novembre 1985, et la mort par balles d'un enfant palestinien cherchant désespérément à s'abriter derrière un muret lors d'une fusillade entre tireurs palestiniens et israéliens en septembre 2000. « *D'autrui* » désigne la ou les personnes qui reçoivent l'information. Il peut s'agir d'un particulier, informé directement de bouche à oreille ; il peut s'agir d'un public plus vaste, constitué des lecteurs de la presse quotidienne, des auditeurs d'une chaîne radio ou des téléspectateurs d'un journal télévisé. Cet autrui est en besoin d'être informé, besoin presque aussi essentiel que le besoin de respirer, de boire, de manger et de dormir, et consistant à vouloir se repérer, savoir quel jour on est, dans quel espace nous vivons et quels sont les événements qui se produisent plus ou moins près de nous. Cet autrui se trouve en situation passive de quelqu'un à qui

on distribue une pâture préparée à son intention sans qu'on lui ait demandé son avis, et on voit tout de suite les possibilités de mésinformation, de désinformation, voire de manipulation de l'opinion (Nazare-Aga, 1997). Toutefois, autrui conserve une marge d'initiative et d'activité : il peut décider d'acheter ou non un journal, et d'actionner ou non son poste de radio ou de télévision. Il peut décider de ne pas lire tel ou tel article de presse dont le titre n'éveille pas sa curiosité. Il peut « décrocher », relâcher son attention, lorsque le journaliste de la radio ou du journal télévisé aborde un thème qui ne l'intéresse pas. S'il est connecté à un réseau Internet, il peut chercher de l'information sur tel ou tel événement, et l'obtenir très rapidement. Il peut, surtout, faire jouer son esprit critique (Olivier *et al.*, 1988).

De nos jours, grâce au progrès réalisés dans les techniques de recueil et de transmission de l'information, les médias ne sont plus ce qu'ils étaient il y a seulement vingt ou trente ans. Les médias d'aujourd'hui sont surtout audiovisuels, et ils sont rapides, pénétrants, réalistes et émotionnants. Les médias sont *rapides*, car, grâce à la transmission par satellites, ils peuvent présenter au téléspectateur en quelques minutes ce qui se passe à l'autre bout de la planète, renforçant ainsi son impression que le monde n'est plus qu'un grand village. Cette rapidité est encore plus grande sur les réseaux Internet, qui sont de plus en plus utilisés par le public aujourd'hui. Les médias sont *pénétrants* en ce sens que, par les effets de ce même progrès technique, dans le monde occidental surtout, les postes récepteurs radio ou télévision, de même que les téléphones portables permettant de consulter Internet sont à la portée de toutes les bourses. Les médias sont *réalistes* car, misant surtout sur l'image et le son en direct, ils nous donnent à percevoir le réel directement, crûment, sans la médiation des mots et des phrases que la presse écrite interposait et interpose encore pour notre compréhension. Nous voyons sur nos écrans de télévision les paysages et les personnes comme s'ils étaient à quelques mètres de nous, et nous entendons les bruits, les cris et les paroles comme si nous y étions. Or, par la surenchère du sensationnel entraînée par la concurrence entre chaînes de télévision (Frèches, 1986), il nous est présenté de préférence des scènes de violence – agressions, accidents, catastrophes et guerres – avec leur cortège de destructions, de morts, de blessés, de cris de douleur et d'agonie. Ce faisant, les médias sont *émotionnants*, car, comme nous l'avons dit plus haut, toute perception d'image, et surtout d'image sanglante, fait lever en nous une marée émotionnelle qui nous perturbe profondément et qui va peser sur la suite du processus de prise d'information.

1.2. Fonctions explicites et fonctions implicites des médias

La fonction essentielle des médias est de présenter et transmettre l'information, de renseigner avec exactitude sur l'événement, son déroulement

et ses causes. Cette fonction est importante, car elle freine les débordements de l'imagination galopante et elle coupe court aux suppositions et aux rumeurs. Il va de soi que cette information doit être objective, la plus exhaustive possible, et adéquate, compréhensible pour le lecteur, l'auditeur ou le téléspectateur auxquels elle est destinée. Mais il s'agit là d'une tâche très difficile, délicate, et qui requiert des compétences et de l'expérience chez les professionnels qui en sont chargés. Et on touche ici du doigt le problème de l'inévitable « mésinformation », ou information non objective et inadéquate. Toute transformation d'un fait ou d'un phénomène en mots et images le modifie et le réduit, immanquablement. Ces altérations peuvent porter sur la forme ou sur le contenu du message, le temps et la place qui sont consacrés à l'événement dans les quelque trente pages d'un quotidien, les trente minutes d'un journal télévisé et les quinze minutes d'un bulletin radiophonique. Ces réductions de place et de temps peuvent être opérées encore les jours suivants, dans les journaux et bulletins qui auront à rendre compte d'autres événements (un événement chasse l'autre). Des omissions et occultations vont être effectuées, sur certains aspects de l'événement ou sur la source de l'information. Par exemple, l'aspect « blessure psychique » dans le compte rendu d'une catastrophe ou d'un attentat peut très bien n'être abordé que le deuxième ou troisième jour, ou pas abordé du tout. C'est au public de se forger sa propre opinion, à partir des connaissances qui lui sont ainsi offertes chaque jour. Mais il va de soi que si une information est délibérément mensongère ou falsifiée, ce n'est plus de « mésinformation » qu'il s'agit, mais de « désinformation » (Freund, 1991).

Du fait de leurs caractéristiques, les médias d'aujourd'hui remplissent d'autres fonctions que la seule fonction d'informer (Balle, 1984). Et, parmi leurs nouvelles fonctions, la fonction de gestion de l'émotion collective n'est pas la moindre. Alors que le téléspectateur se trouve choqué, décontenancé par les images de violence et les cris de douleur jetés à ses yeux et à ses oreilles en direct, alors qu'il est inopinément confronté au réel de la mort et du néant sans avoir eu le temps d'interposer l'écran protecteur de son appareil signifiant de mots et de symboles, alors que cette proximité de la mort fait se réveiller en lui les pires fantasmes de destruction et de néantisation qui sommeillaient au fond de son inconscient (le reportage, image et son, leur a donné présence et réalité), voilà que le commentateur énonce pour lui ces mots qu'il cherchait et qui donnent du sens à l'absurde et à l'incompréhensible. Et ce commentaire procure un certain soulagement, comparable à la « *catharsis* » (apaisement ou libération) qu'Aristote avait identifiée comme principal effet de la tragédie grecque. Dans la tragédie grecque, le spectateur assiste angoissé et impuissant à une cascade de malheurs qui s'abat sur un héros méritant, et il ne comprend pas cet acharnement du destin ; or, voilà qu'au cinquième et dernier acte, le chœur passe de gauche à droite de la scène dans un mouvement tournant

(la *strophé*) annonciateur d'un changement, et que le coryphée – chef du chœur – s'avance et profère des paroles qui révèlent la vérité profonde et la morale de la pièce : à défaut d'un dénouement heureux, ces paroles ont apporté une explication logique là où il n'y avait que de l'absurde, procurant par là même au spectateur le soulagement de sa tension anxieuse. Dans nos tragédies modernes, porteuses de mort, de néant, d'incompréhension et d'absurde que sont les reportages télévisés de la violence du monde, le commentateur, à l'instar du coryphée de la tragédie antique, énonce des mots là où il n'y a que des images et des cris, apporte du sens là où il n'y avait que de l'absurde, et procure au téléspectateur le moyen de replacer ce réel brut dans un contexte signifiant, une référence de valeurs et un univers de culture. Il a procuré, par délégation, la *catharsis* ou soulagement éclairé.

Ensuite, tout l'appareil médiatique va prendre le relais de cette opération initiale, pour gérer l'émotion collective, jour après jour. Après ce commentaire à la fois écho et réduction de l'émotion du spectateur par son apport en verbalisation, chaque jour va apporter un choix d'images et de mots correspondant à l'évolution de l'état d'âme du public : après les images et les mots d'effroi et d'horreur, d'autres images vont nous montrer les manifestations de compassion envers les victimes et leurs familles, les attitudes d'encouragement pour les sauveteurs, les mesures de surveillance et de protection rassurant la population, l'exigence de justice et de vengeance (projection hors de soi du trop plein d'angoisse induit par l'image brute), les manifestations de deuil collectif (chapelle ardente et cérémonies religieuses), puis les manifestations de réparation (propositions d'aide, de dons et d'argent, moyen de se déculpabiliser pour ceux que le hasard a épargnés) et enfin de recul nécessaire à l'apaisement, en attendant le moment de conclure, au moins provisoirement, car la conclusion finale ne pourra se faire qu'à l'issue du procès, dans plusieurs années. Mais, en attendant, l'émotion collective a été gérée, de façon programmée et simplifiée, au jour le jour en écho avec les sentiments du téléspectateur, qui les a éprouvés « en miroir » sur son écran TV, et qui a appris et compris qu'il les partageait avec les autres, ce qui a renforcé son sentiment d'appartenance à la communauté. Dans cette gestion programmée de l'émotion collective, les médias indiquent presque au public ce qu'il doit ressentir au jour donné : premier jour, le choc émotionnel ; deuxième jour, la compassion ; troisième jour, le soutien ; quatrième jour, la vengeance, etc. Doit-on en déduire que les médias guident le public ? Non, car ils sont plutôt l'écho de ses sentiments, et c'est aux journalistes d'avoir l'intuition de cet écho. Les médias ne sont que le miroir de l'âme du public.

Les médias vont remplir d'autres fonctions : l'une, accessoire, est d'ordre éducatif, c'est de faire connaître les mesures de prudence et de sauvegarde à adopter ; et elle a pour répercussion de calmer l'inquiétude du public ; l'autre est de diffuser l'opinion des dirigeants, des hommes politiques et aussi de

citoyens quelconques, interviewés dans la rue, et en qui le téléspectateur va se reconnaître ; elle renforce le sentiment d'appartenance communautaire.

2. Émergence des notions de trauma et de blessure psychique dans le discours des médias

2.1. Silence médiatique jusqu'à la guerre du Vietnam

La violence n'est pas nouvelle dans notre univers, qui, après avoir connu deux guerres mondiales dans la première moitié du ^{XX}^e siècle, n'a cessé ensuite d'être agité par des conflits armés, des actes de terrorisme et une suite quasi ininterrompue de catastrophes naturelles ou industrielles, tous ces événements étant de grands pourvoyeurs de souffrance psychique. Pourquoi alors, jusqu'à la décennie 1980, les médias n'ont-ils pas parlé de ces traumatismes psychiques ? Le phénomène de traumatisme psychique ou trauma, révélé à la communauté scientifique dans la décennie 1880 à l'occasion des accidents de chemin de fer, avait fait alors l'objet d'études et de publications scientifiques, notamment par Oppenheim, Charcot, Janet et Freud. Mais cette découverte n'avait pas été transmise à la connaissance du grand public. De même, lors des deux guerres mondiales, le trauma de guerre est resté cantonné au cénacle restreint des psychiatres militaires. En 1918 et 1945, une fois la paix revenue, on a honoré les combattants morts ou blessés physiques, mais on a étouffé sous le silence la souffrance des blessés psychiques, leur infligeant ce deuxième trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens.

2.2. Guerre du Vietnam et trauma psychique des combattants

Il a fallu attendre l'engagement américain au Vietnam, de 1964 à 1973, pour que le gouvernement et l'opinion publique américains découvrent horrifiés les ravages durables et invalidants des traumatismes de guerre chez les combattants. Le 26 mai 1971, le grand quotidien *New York Times* attire l'attention du public sur un fait divers incompréhensible : un vétéran, héros du Vietnam et décoré de la prestigieuse *Purple Hart*, a été abattu par la police alors qu'il commettait un hold-up à Chicago. Un an plus tard, le 6 mai 1972, ce même *New York Times* publie un article de Chaïm Shatan intitulé *Post-Vietnam Syndrome*, citant les cas de plusieurs vétérans qui, plus d'un an après leur démobilisation, sont toujours sujets à des reviviscences anxieuses et des cauchemars de leurs combats, présentent la phobie de sortir dans les bois, ont l'impression d'être enfermés dans une membrane invisible qui les empêche de se faire comprendre de leur entourage, ne parviennent pas à reprendre leur profession d'avant la guerre ni à s'attacher à une autre profession et, se sentant

incompris et rejetés, se replient dans l'amertume, la froideur, le cynisme et même l'agressivité (Shatan, 1972 ; 1974). Ces cas sont nombreux, et les statistiques (Gabriel, 1987) les chiffreront à 700 000 hommes sur les 3 millions qui ont été envoyés combattre au Vietnam entre 1964 et 1973, soit près du quart. Leur nombre, leur incapacité à se réinsérer et leur refus de consulter dans les services de psychiatrie de l'administration des vétérans et des hôpitaux militaires et civils constituent un véritable enjeu de société. Ainsi, sur incitation du sénateur Cranston et du psychiatre A. Blank, le gouvernement américain institue en 1979 le réseau des *Vet Centers*, centres de consultation psychosociale dispersés sur tout le territoire des États-Unis et implantés près des centres commerciaux et des universités. Ces centres sont pourvus de psychologues, de sociologues, d'assistantes sociales et de psychiatres, et aussi de rééducateurs, de moniteurs de formation professionnelle et de conseillers juridiques. En dix ans, de 1979 à 1989, 800 000 vétérans du Vietnam et leur famille auront recours aux services du réseau des *Vet Centers* (Blank, 1985). Qui plus est, dérivé du *post-Vietnam syndrome*, le diagnostic de *post-traumatic stress disorder* ou PTSD (ou état de stress post-traumatique) est introduit en 1980 dans le système nosographique américain DSM (3^e révision, DSM-III), consacrant la reconnaissance officielle de cette pathologie du trauma psychique, et l'étendant aux traumatismes du temps de paix : catastrophes, accidents, agressions, viols... L'hégémonisme de la langue anglaise y aidant, ce nouveau diagnostic de PTSD traverse l'Atlantique, séduit les psychiatres en Europe qui avaient oublié la névrose traumatique d'Oppenheim et de Freud et gagne la communauté scientifique du monde entier. Puis, dans un monde où la compassion se penche sur la misère et la souffrance psychique, les médias commencent à faire connaître les notions de « blessure psychique » et de « trauma ».

2.3. Attentats terroristes et catastrophes en France : la création des cellules d'urgence médico-psychologique

En France, après la série d'attentats terroristes qui ont éprouvé la capitale au cours de l'année 1986, plusieurs émissions de télévision, dans les années qui suivent, sont consacrées à des interviews de victimes faisant part de la persistance de leur souffrance psychique et de leur difficulté à retrouver une existence débarrassée de la peur : reviviscences de la scène de l'attentat au cours de la journée ou en cauchemars nocturnes, sursauts au bruit, accès d'angoisse, phobie de sortir dans la rue, vigilance épuisante vis-à-vis des individus patibulaires et des colis suspects, besoin permanent de protection, perte de l'élan vital et de l'initiative... Mais les « experts » psychiatres invités à commenter ces images parlent d'anxiété et non de traumatisme psychique : le diagnostic de névrose traumatique ne figure pas encore au sein des traités et des manuels de psychiatrie en usage en France.

Le 27 juin 1988, un téléscopage entre deux trains survenu à la gare de Lyon à Paris fait 59 morts et une centaine de blessés. La radio, la télévision et toute la presse quotidienne répercutent l'événement en y apportant tout le commentaire émotionnel afférent. Puis, dans sa parution du 30 juin – troisième jour – le grand quotidien du soir *France Soir*, qui tire à 400 000 exemplaires, consacre la moitié de sa première page et la totalité de sa deuxième page à l'accident, en mettant particulièrement l'accent sur les notions de « blessés psychologiques » et de « traumatisés ». Ainsi, les deux tiers de la manchette sont couverts par la phrase : « *La catastrophe de la gare de Lyon a fait aussi **des centaines de blessés psychologiques**. Épargnés dans leur chair, la peur et les visions d'horreur en font des traumatisés profonds.* » Les thèmes sont repris en deuxième page : « *Insomnies, cauchemars, troubles cutanés, réapparition de vieilles douleurs. **Les témoins de l'apocalypse sont des blessés psychologiques**. Ils ne souffrent pas dans leur chair, mais l'intérieur est atteint et des conséquences apparaîtront plus tard...* » Sur trois colonnes, les journalistes détaillent les symptômes présentés par ces blessés psychiques, qui s'en étaient crus « quittes pour la peur », les difficultés de leur prise en charge et les incertitudes de leur évolution. Ils évaluent le nombre potentiel de ces victimes psychiques à 800 personnes, soit l'effectif des passagers des deux trains.

Le 25 juillet 1995, un attentat à l'explosif commis dans le RER sud à la station Saint-Michel à Paris fait dix morts et une centaine de blessés. Médecins des pompiers et SAMU s'affairent auprès des blessés, que le président de la République Jacques Chirac vient reconforter le lendemain à l'hôpital de la Salpêtrière. Leurs blessures et leurs brûlures ont été parfaitement soignées, mais rien n'a été fait pour soulager leur état psychique ; certains sont en état d'hébétéude, d'autres, revivant l'événement, manifestent de la terreur, d'autres sanglotent, beaucoup n'ont pu trouver le sommeil. Ému, le président de la République prescrit à son ministre Xavier Emmanuelli (ministre de l'action humanitaire d'urgence) de créer un dispositif adéquat pour que, dans de telles urgences collectives, la blessure psychique soit prise en charge au même titre que la blessure physique. Dès le lendemain, Xavier Emmanuelli charge le médecin général Louis Crocq, connu pour ses travaux sur les traumatismes psychiques, d'élaborer un tel dispositif capable d'assurer le triage et les soins de ces victimes, et ce dans les trois phases de l'immédiat (premières heures), du post-immédiat (du 2^e au 30^e jour) et du différé chronique (consultations spécialisées, au-delà du 30^e jour). Et c'est la création et la mise en place du *Réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique*, équipé de personnels psychiatres, psychologues et infirmiers spécialement formés et rattachés aux SAMU dans les cent départements du territoire (L. Crocq, 1998). Les médias diffusent l'information de cette création auprès du public, ce qui est une bonne chose. Puis, ils en font trop, et aucune catastrophe ne peut désormais survenir depuis sans

que la radio, la télévision ou la presse ne rassure l'opinion par anticipation : « une cellule psychologique a été mise en place... »

2.4. L'attentat du *World Trade Center* et l'extension abusive de la notion de trauma

Le 11 septembre 2001, à 9 h pour les États-Unis et 15 h pour l'Europe, les télévisions du monde entier présentent en direct les images du double attentat terroriste contre les tours jumelles du *World Trade Center* (deux avions de ligne détournés par des terroristes et transformés en bombes volantes), suivis d'un autre attentat contre le Pentagone (un avion s'écrase dessus) et d'un attentat manqué contre la Maison Blanche (les passagers se sont défendus contre les terroristes et l'avion, manquant sa cible, est allé s'écraser près de Pittsburg). Les commentaires des *speakers* n'ont été formulés qu'après un décalage de dix minutes (ils étaient restés muets de stupeur) et les premières informations sur le bilan de ces attentats font état de plus de 1000 morts et de destructions importantes (les deux tours effondrées et des bâtiments du Pentagone endommagés). On exalte le dévouement des pompiers et des sauveteurs et on diffuse les premières données de l'enquête : l'attentat serait le fait de l'organisation extrémiste musulmane Al-Qaïda, dirigée par un certain Oussama Ben Laden, qui aurait dépêché aux États-Unis des agents « dormants », sous l'identité d'étudiants ou d'élèves pilotes, avec pour mission de perpétrer ces attentats au jour fixé (Crocq, 2002a, 2002b). Les commentaires font état du chagrin des familles endeuillées et du traumatisme psychique éprouvé par des pompiers et des témoins. Puis, dans les jours qui suivent, plusieurs chaînes TV américaines, s'autorisant de l'avis de psychiatres locaux, avancent l'estimation probabiliste d'un million de téléspectateurs susceptibles de développer un état de stress post-traumatique parce qu'ils ont visionné en direct les images de l'attentat. Ici, les médias en font trop et recourent à une extension abusive de la notion de trauma ; ils oublient que, pour être traumatisé, il faut avoir été exposé directement à la mort ou au néant, et non pas par image ou par ouï-dire. Cette extension abusive sera d'ailleurs avalisée par la V^e révision du DSM (2013) qui, supprimant le critère A2 du DSM-IV de 1994 (qui stipulait que pour être traumatisé, il faut non seulement avoir été exposé à une situation potentiellement traumatisante, mais qu'il faut en outre l'avoir vécue dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance), propose comme critère A3 le cas de personnes qui apprennent subitement le décès accidentel d'un proche.

On peut donc constater que les médias, après avoir longtemps passé le trauma psychique sous silence, le présentent actuellement au grand jour, mais en en faisant trop : en en parlant à tout bout de champ et en l'appliquant abusivement à des situations où il ne peut se produire.

3. Victimes et médias : deuxième abandon, intimité violée et corps en miettes

3.1. Le deuxième abandon

Dans la plupart des cas, le vécu immédiat de la victime, lors d'une catastrophe, d'un accident, d'un attentat ou d'une agression, est marqué non seulement par l'effroi et l'horreur, mais aussi par le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de secours. La victime se sent abandonnée par son entourage et privée du secours de la société. Aussi, lorsque les médias s'emparent de son cas pour faire connaître son malheur au public et inciter ce public à la compassion, la victime peut s'extraire de ce sentiment d'abandon et y trouver le réconfort dont elle a besoin. Qui plus est, les médias l'interviewent et présentent cette interview dans leur journal télévisé. La victime, qui s'était trouvée privée de parole face à l'indicible du trauma, est alors incitée à parler : or, dans cette parole inaugurale, elle n'est pas en mesure de dresser un récit de ce qui lui est arrivé, et tout ce qu'elle peut faire est d'exprimer spontanément ce qu'elle ressent (une énonciation de ce qui lui monte aux lèvres), donc à mettre des mots – du signifiant – sur le chaos insensé de son expérience sensorielle. En outre, par cette invite, elle récupère une activité dans le langage (elle qui était passive et inhibée), et elle s'adresse à autrui (elle qui était isolée dans sa souffrance) ; elle revient dans la communauté des vivants (elle qui était chez les morts) et des vivants parlant (le monde du dialogue et de la communication). On peut donc dire que l'action des médias a un effet bénéfique sur la victime, même si on pense qu'un entretien clinique avec un « psy » ou un soignant eût été plus bénéfique que l'interview avec un journaliste. Souvent, en outre, à l'intention du public et en demandant des explications à un psychiatre « expert », le journaliste assortit son interview d'un commentaire sur les notions de trauma et de blessure psychique et sur l'opportunité pour ces victimes de se faire traiter. Ici encore, l'action médiatique s'avère utile.

Mais ces interviews demeurent sans lendemain et la victime est aussitôt renvoyée des lumières du journal télévisé à la solitude obscure de sa souffrance et de son marasme. En outre, comme dans le quotidien des nouvelles médiatiques, une actualité en chasse une autre, ce sont d'autres événements qui vont faire l'objet des nouvelles diffusées par les médias – radio, télévision et presse – et l'événement qui a fait le malheur de la victime est lui aussi rejeté dans l'ombre et dans l'oubli. Le monde s'est refermé sur la victime, l'enfermant pour la seconde fois. La sollicitude de la société s'est avérée superficielle et éphémère, débouchant sur un deuxième sentiment d'abandon.

3.2. L'intimité violée

Un autre inconvénient de l'action des médias est leur effraction dans l'intimité des victimes, alors que ces dernières, sous le coup du bouleversement

psychique de ce qu'elles viennent de vivre, et tout à leur défense initiale de déni, n'y voient pas encore clair dans leurs sentiments et leurs relations affectives. Ainsi, telle mère peut raconter avec une apparente indifférence qu'elle a laissé entraîner son enfant dans les flots d'un tsunami, et telle victime rescapée d'une tuerie peut proférer avec le sourire le récit du massacre de toute sa famille auquel elle a assisté. Dans l'euphorie de s'en être sorties « quittes pour la peur », beaucoup de victimes ne perçoivent pas encore leur profonde souffrance psychique sous-jacente et donnent au public l'apparence d'une bonne résistance. Dans le cas des prises d'otages en particulier, l'otage rescapé – vaguement reconnaissant à son ravisseur de lui avoir épargné la vie – va dresser de ce ravisseur un portrait idyllique aux antipodes de la réalité. Plus tard, il regrettera ces paroles. Mais il eût été préférable que les autorités et le corps médical l'eussent tenu à l'abri de l'intrusion indiscreète des médias.

Lorsque les médias, à l'occasion de l'anniversaire ou du procès des auteurs ou des responsables d'un accident, d'une catastrophe ou d'un attentat, ou encore à l'occasion des reviviscences éveillées par la survenue d'un nouvel événement rappelant l'événement traumatogène, interviewent des victimes sur le devenir de leur état psychique des mois et des années plus tard (certains procès après accident aérien, comme ce fut le cas pour le crash de l'Airbus d'Air Inter au Mont Sainte-Odile en Alsace en 1992, n'ont lieu que quinze ans plus tard !), la victime est extraite de l'oubli où l'opinion publique l'avait reléguée, et elle peut trouver un apaisement à faire le point sur l'atténuation de ses symptômes et la reprise harmonieuse de sa vie familiale. Et c'est une action bénéfique de ces bilans médiatiques. Mais elle peut aussi relater les difficultés relationnelles, familiales et sociales que son bouleversement traumatique a entraînées, et elle regrettera ensuite ces confidences livrées en pâture au public.

3.3. Le corps en miettes

Un autre méfait de l'action des médias est ce que nous appelons le « corps en miettes ». Dans beaucoup de cas, les médias arrivent sur le terrain d'une catastrophe, d'un accident ou d'un attentat en même temps que les premiers secours, et parfois même avant eux, comme ce fut le cas pour une chaîne de télévision coréenne lors de l'attentat de la rue de Rennes à Paris le 17 septembre 1986. On peut se demander d'ailleurs si ces journalistes et cameramen n'auraient pas mieux fait d'abandonner leurs appareils photo et caméras pour porter secours aux victimes qui gisaient sur le trottoir. Ils ne sont pas les seuls à bafouer leur devoir d'assistance : de nos jours, avec la grande diffusion des téléphones portables pouvant photographier et filmer, beaucoup de passants témoins d'événements sanglants et tragiques pensent tout de suite à filmer la scène, pour revendre leurs images à une chaîne TV, plutôt que de porter assistance aux victimes en attendant que

les professionnels des secours d'urgence parviennent sur les lieux. Quoi qu'il en soit, photographes et cameramen se hâtent de saisir des images de cadavres gisant au sol, de blessés ensanglantés et hébétés, et de rescapés et de témoins se lamentant. Ce faisant, ils violent l'intimité des victimes dont ils n'ont pas préalablement demandé l'autorisation ; et ils perpétuent ce viol en diffusant les images dans les journaux TV et en faisant paraître les photos dans les magazines. Dans l'exposition de cette souffrance-spectacle, les médias portent atteinte à la dignité humaine. Or, par la suite, ces photographies sont collectées par les victimes, qui les versent à leur dossier de demande d'indemnisation, et qui les conservent pour une contemplation fascinée, soit en secret chez eux, soit chaque fois qu'ils viennent consulter leur thérapeute. Au début de chaque consultation, la victime exhibe à son thérapeute l'image de son « corps en miettes ». Alors, comment peut-il parvenir à reconstruire sa personnalité s'il reste attaché à une image de son corps dissociée ?

4. Relations médias-psychiatres : vers un code de bonne conduite

4.1. Obligations éthiques du psychiatre interviewé

On comprendra, d'après ce qui vient d'être exposé, que tout sauveteur et tout soignant œuvrant dans l'urgence sur le terrain (le « chantier ») d'une catastrophe, d'un accident ou d'un attentat, doit protéger les blessés contre les intrusions voyeuristes et indiscretes des photographes, des cameramen et des interviewers.

Par ailleurs, pour fournir des explications au public sur la blessure psychique et le trauma, les médias font appel – soit sur le terrain soit en studio dans les heures ou les jours qui suivent l'événement – aux psychiatres qui ont pour mission de soulager la souffrance des blessés psychiques. Il s'agit en général des personnels des cellules d'urgence médico-psychologique. Et, pour commenter les propos des victimes interviewées au cours de l'évolution de leur état de stress post-traumatique, les médias font appel aussi aux psychiatres et aux psychologues qui assurent le suivi psychothérapique de ces victimes. Tous ces praticiens répondent favorablement, en général, à cette demande des médias. Il leur semble utile de faire connaître au public, en termes simples, l'existence de la souffrance psychique, de ses suites et des possibilités de traiter cette pathologie. Ces praticiens doivent, par obligation éthique, s'abstenir de commenter directement les propos, les attitudes et les gestes des victimes ; leur commentaire doit être général. Et, bien entendu, ils doivent tenir bon sur ce point face aux sollicitations des journalistes. Quand ils sont interviewés pour les premières fois, ces praticiens sont fiers d'avoir été choisis, le plus souvent sur le critère de leurs publications scientifiques et

parfois du fait de leur affectation à la consultation de psychotraumatologie d'un hôpital ; et ils font parfois l'objet de commentaires envieux de certains de leurs confrères. Là où leur déception survient inmanquablement, c'est quand ils découvrent, en lisant l'article de presse, en écoutant le reportage radiophonique ou en visionnant l'interview télévisée, que leur prestation a été tronquée ou réduite (deux minutes diffusées sur vingt minutes d'interview), et que ce n'est pas l'essentiel de leur message qui a été retenu. Les professionnels des médias travaillent dans l'éphémère et le superficiel, et n'ont pas besoin de longues explications scientifiques. C'est au psychiatre interviewé d'en être conscient et de préparer son message explicatif concis et clair, qui défendra la cause des victimes en attirant sur elles la compassion et la solidarité du public.

4.2. Obligations éthiques des professionnels des médias

De leur côté, les professionnels des médias doivent respecter des normes éthiques impératives, dans leur rapport avec les victimes, avec les familles, avec les soignants et avec les sauveteurs. Ils ne doivent pas tenter de pénétrer par effraction ou en déjouant les barrages de police sur un chantier qui leur est interdit. Ils ne doivent pas, ayant revêtu une blouse blanche, se faire passer pour un médecin dans le but d'approcher une victime. Ils ne doivent pas – par le procédé de la caméra cachée – filmer et interviewer à leur insu une victime, un soignant, un sauveteur ou un cadre responsable des secours. En principe, s'ils photographient, filment ou interviewent une victime, ils doivent l'informer de l'usage qui sera fait de ces données et lui en demander l'autorisation. Mais, dans l'urgence et la précipitation, combien le font et combien se dispensent, sciemment ou non, de ces préalables éthiques (qui sont aussi des précautions juridiques) ?

4.3. Cinq attitudes possibles des autorités vis-à-vis des médias

L'examen rétrospectif des politiques médiatiques pratiquées par les autorités en matière de catastrophes et d'événements sanglants, de guerre ou de paix, permet de distinguer cinq attitudes possibles.

- La première attitude est *celle du silence et de la censure*. Les autorités, prétextant de préserver le moral de la nation, empêchent les professionnels des médias d'accéder au site et, de toute façon, leur interdisent de diffuser toute information sur l'événement. Un exemple de cette politique est l'éruption du volcan Chichonal, au Mexique en 1983, qui a dévasté toute une zone du Yutacan, a enseveli des villages et a provoqué des milliers de morts. Pendant plus d'un an, les autorités ont imposé le silence médiatique total sur l'événement. Pendant la Première Guerre mondiale, l'état-major français et le

gouvernement ont imposé le silence sur certaines défaites initiales, puis sur les mutineries qui se multipliaient dans certaines unités en 1917. La presse de l'époque comporte d'ailleurs des espaces blancs, correspondant à des articles supprimés par les services de la censure.

- La deuxième attitude est *celle du monopole de l'information*. L'État s'arroge le choix des informations qui seront diffusées au public par le biais des médias. Ces médias sont soumis à l'État, et aucun média indépendant n'est toléré. Le public n'a accès à aucune autre information que celle qui a été conçue et diffusée par les services de l'État. Cette politique est celle des régimes totalitaires, tels que l'histoire nous livre : le régime nazi en Allemagne, de 1930 à 1945, et le régime soviétique stalinien de 1923 à 1953.

- La troisième attitude est *celle de l'information chaperronnée*. Dans des États dictatoriaux, militaires ou policiers, la presse et les autres médias du pays sont sous la coupe du dictateur et de son gouvernement. Mais ce dictateur tient à montrer une image « libérale » de l'information recueillie sur son territoire, et il se doit de laisser des professionnels des médias d'autres pays venir sur son territoire et y recueillir de l'information. Toutefois, en organisant et en encadrant ce recueil, il le limite, voire le falsifie. Ainsi, pendant la guerre du Golfe, en 1991, le dictateur irakien Saddam Hussein a laissé venir des journalistes occidentaux en Irak, mais il les a fait conduire, en autocars encadrés par l'armée, sur un site industriel qui avait été bombardé par les avions américains, et où il avait fait remplacer des munitions fabriquées sur place par des boîtes de lait condensé, pour faire croire que l'usine bombardée était un établissement pacifique et humanitaire. Quelques années plus tard, le dictateur libyen Mouamar Khadafi se livra à la même mascarade avec des journalistes occidentaux venus enquêter sur sa production d'armes chimiques : conduite de ces journalistes en convoi encadré, et visite d'un site préparé et travesti.

- La quatrième attitude est *celle de l'information assistée*. Les professionnels des médias bénéficient d'un accès libre au site. Mais, en plus, les services de secours (préfet, pompiers) mettent à leur disposition un point de presse, qui fait plusieurs fois par jour l'état de la situation (destructions, victimes décédées ou blessées, bilan de l'activité des sauveteurs) et fournit le canevas indispensable à la préparation d'une information objective et sûre. Les journalistes n'ont pas intérêt à s'éloigner de ce point de presse, ni à négliger les informations qu'il fournit. Ils n'ont plus qu'à compléter ces informations par des photos, des reportages filmés et des interviews glanés librement sur le site. Cette quatrième modalité est celle que nous préconisons : elle garantit au public que l'information donnée par le média sera objective et à jour, tout en ne se limitant pas, grâce aux données recueillies librement à côté, au reflet fidèle de l'information officielle.

- La cinquième et dernière attitude est *celle de l'information anarchique*. Elle est caractérisée par l'absence des services de communication officiels,

gouvernementaux ou préfectoraux. Alors les journalistes de tout bord envahissent le terrain, glanent les images que le hasard leur offre et présentent au public une information anarchique et incohérente et échappant à tout contrôle ou vérification, et donc propice au développement de rumeurs. Dans ce dernier cas, c'est l'État qui s'est montré défaillant, en négligeant sa fonction de communication avec le public.

5. Conclusion

Les médias font partie de notre vie courante. Ils satisfont notre besoin d'être informés, de savoir où nous sommes et ce qui se passe autour de nous et dans le monde. Dans la masse d'informations qui leur arrive chaque jour et à chaque instant (informations diffusées par des banques d'images et informations prospectées et collectées spécialement pour tel événement par telle ou telle chaîne), leur travail d'évaluation, de sélection et de classement par priorité (quelle est l'information qui doit être présentée en priorité et éventuellement renforcée par des moyens techniques ?) n'est pas facile, et on ne peut leur jeter la pierre parce qu'ils nous montrent la violence du monde. Tout au plus peut-on leur reprocher de pratiquer la surenchère du sensationnel, pour des motifs commerciaux de rivalité d'audimat, et de choisir et même recueillir en priorité les images les plus choquantes, qui flattent l'attrait secret et morbide de certains inconscients pour le sang et la violence (ainsi qu'à l'époque des jeux du cirque à Rome), mais ont une répercussion néfaste sur la personnalité en devenir des enfants et des adolescents et révoltent les citoyens attachés à leurs valeurs morales. Plus que jamais, les médias d'aujourd'hui sont le miroir de l'âme de leur public, répondant à son besoin de savoir, mais flattant aussi ses pulsions morbides les moins contrôlées. Au prix d'un code de bonne conduite qu'il leur appartient de respecter, on les absoudra, parce qu'ils remplissent leur mission d'informer, qu'ils procurent la catharsis par délégation et qu'ils aident à la gestion de l'émotion provoquée par les images et les nouvelles de la violence du monde.

Pour en savoir plus

Aristote (vers 330 av. JC). Poétique. Trad. fr. par M. Magnien, paris, Les Belles Lettres, 1990.

Balle, F. (1984). *Médias et société* (1 vol). Paris: Montchrestien.

Blank, A. (1985). « The Veterans Administration's Viet Nam Veterans outreach and counseling centers ». In S. Sonnenberg et al.,(Ed.), *The trauma of war. Stress and recovery in Viet Nam Veterans* (pp. 227-238). Washington: Am. Psychiatric Press.

Crocq, L. (1987). « L'émotion à la une ». *Noria*, 1, 36-42.

Crocq, L. (1998). « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156, 48-54.

- Crocq, L. (2002a). « World Trade Center : image sans parole, le trauma d'une communauté ». *Revue du Stress et du Trauma*, 2, 3-6, 1 : éditorial.
- Crocq, L. (2002b). « Terrorisme et médias : impact émotionnel des images de violence ». *Perspectives Psy*, vol 41(4), 262-270.
- De Virieu, F. H. (1990). *La médiocratie* (1 vol). Paris: Flammarion.
- Escarpit, R. (1976). *Théorie générale de l'information et de la communication* (1 vol). Paris: Hachette.
- Frèches, J. (1986). *La guerre des images* (1 vol). Paris: Denoël.
- Freund, A. (1991). *Journalisme et mésinformation* (1 vol). Paris: La Pensée sauvage.
- Gabriel, R. A. (1987). *Il n'y a plus de héros, Trad. fr* (1 vol). Paris: Albin Michel, 1990.
- Jeudy, H. P. (1979). *La peur et les médias* (1 vol). Paris: PUF.
- Nazare-Aga, I. (1997). *Les manipulateurs sont parmi nous* (1 vol). Paris: Éditions de l'Homme.
- Olivier, P., Chauval, F., & Mougin, B. (1988). *Le zappeur se rebiffe* (1 vol). Paris: Belfond.
- Shatan C.F. (1972). Post-Vietnam syndrome, The New York Times, 6 mai.
- Shatan, C. F. (1974). Through the membrane of reality : impacted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans. *Psychiatric Opinion*, 11(6 oct), 7-14.

Principes de la prise en charge psychologique des sujets traumatisés

L. Crocq, D. Cremniter, D. Demesse, M. Vitry

La prise en charge psychologique des sujets traumatisés se démarque des autres prises en charge et psychothérapies traditionnelles. La victime traumatisée ne se considère pas comme un malade mental et répugne à consulter le psychiatre ou le psychologue. D'ailleurs, dans la phase immédiate qui suit l'événement ou l'agression, cette victime choquée n'est pas en état de formuler une demande, et l'intervenant – psychiatre ou psychologue clinicien – doit aller au-devant de la demande. Il en est souvent de même lors de la période post-immédiate, pendant laquelle la victime espère que ses symptômes et malaises vont s'estomper avec le temps. D'où l'intérêt qu'il y a à offrir une aide ou des soins psychologiques : débriefing ou intervention psychothérapique post-immédiate. Ensuite, pour les tableaux cliniques de la période différée et chronique, il faut savoir que les méthodes et techniques thérapeutiques appropriées à la prise en charge de telles pathologies se démarquent de la psychiatrie traditionnelle, et qu'une nécessaire écoute empathique et contenantante doit prendre le pas sur la traditionnelle attitude de neutralité bienveillante, qui, ne répondant pas aux besoins du patient, serait vécue par le patient comme une indifférence ou un rejet. La verbalisation de l'expérience vécue du trauma est la clé de la thérapie, apportant l'attribution du sens de cette expérience « insensée » et procurant la catharsis ou soulagement éclairé.

1. La victime traumatisée n'est pas un « malade mental », mais elle présente un état clinique qui relève de la psychopathologie

Un sujet traumatisé n'est pas un malade mental, et il ne se considère pas comme tel. Néanmoins, il éprouve une souffrance psychique pénible sur le plan psychologique et parfois invalidante sur le plan professionnel et social, et ses rapports avec le monde et autrui sont profondément perturbés, tout cela se traduisant par des symptômes organisés en un syndrome psycho-traumatique, pathologique mais guérissable.

2. La question de la demande

Ayant souffert d'un intense sentiment d'absence de secours à l'instant du trauma, le patient traumatisé est en soif d'affection et de soutien, bien qu'il n'en soit pas toujours conscient. En effet, beaucoup de rescapés d'un accident, d'une catastrophe ou d'un attentat, étonnés de se retrouver physiquement indemnes ou légèrement blessés, passent d'abord par une phase d'euphorie (« quitte pour la peur ») qui leur fait méconnaître leurs perturbations psychiques. Ils peuvent aussi être conscients de ces perturbations, mais ils les considèrent comme « normales » et ils pensent qu'elles vont s'estomper « avec le temps » ; ce qui fait que peu de victimes de traumatismes psychiques formulent une demande de soins (ni même d'aide) psychologique. Certains ne formulent qu'une demande de prescription pharmacologique, pour réduire les symptômes de surface qui les gênent – l'anxiété, l'inhibition baptisée « dépression » et les troubles du sommeil – sans aborder la question du trauma. Ils s'adressent alors à leur médecin généraliste, qui n'est pas formé à la prise en charge du trauma. En tout état de cause, la victime traumatisée répugne à recourir au psychiatre (« je ne suis pas fou »). Certaines victimes vont s'adresser à un psychologue, car cette pathologie commence à être connue et de telles démarches commencent à entrer dans les mœurs ; mais peu d'entre elles pensent à rechercher un psychologue compétent en trauma.

3. Intervention médico-psychologique et proposition de soins

Dans les grandes catastrophes, les accidents collectifs et les attentats, les *équipes des Cellules d'urgence médico-psychologique* sont immédiatement sur place, avec les Samu, et elles « proposent » des soins médico-psychologiques à des victimes choquées qui ne sont pas en état de formuler une demande. Ces équipes vont donc au-devant de la demande. C'est le principe de l'« *intervention médico-psychologique* ». Cette proposition de soins psychiques peut être faite aussi par l'intermédiaire des secouristes (Croix-Rouge et autres) qui sont sur le terrain pour des missions de secours et d'aide ; ayant été sensibilisés au cours de leur formation au problème du stress et du trauma, ils savent détecter les rescapés et les impliqués présentant des signes de souffrance psychique et ont mission d'aiguiller ces « blessés psychiques » vers le poste d'urgence médico-psychologique.

Sur le terrain, les équipes médico-psychologiques ne se contentent pas de trier, soigner et éventuellement évacuer les blessés psychiques ; elles leur remettent (ou remettent à leur famille accompagnante) une notice attirant l'attention sur l'éventualité d'apparition de troubles psychotraumatiques en post-immédiat, avec indication des lieux de soins spécialisés et offre de

séances de débriefing ou d'intervention psychologique en post-immédiat (IPPI). Cette démarche constitue elle aussi une offre de soins, qui va au-devant des besoins du patient.

4. Se démarquer de la classique « neutralité bienveillante »

Une telle attitude thérapeutique se démarque de l'attitude traditionnelle de la psychiatrie, qui passe par le préalable de la demande venant du patient et se retranche derrière le principe de la « neutralité bienveillante ». Or, ce principe, qui est légitime et adéquat en ce qui concerne des patients de la pratique courante à la recherche des origines de leur malaise, ne convient pas à des victimes en soif de protection et d'empathie. Opposer à la quête d'affection d'une victime en désarroi un visage impassible, et la renvoyer tant à ses questions d'aujourd'hui qu'à ses problèmes d'enfance ne fait pas son affaire ; et elle va vivre cette attitude comme une rebuffade.

Sur le terrain, l'intervenant médico-psychologique et le sauveteur assurant le soutien psychosocial se doivent de répondre à ce besoin de reconnaissance et d'affection qui perturbe le rescapé. Le rescapé revient des enfers, il a vu sa mort toute proche, et tout l'événement a fait effraction dans son psychisme, y laissant le tourbillon de la désorganisation et du néant. Son besoin primordial est de revenir dans la communauté des vivants, des vivants parlants, et d'énoncer devant eux, devant ces témoins d'écoute compatissante, sa souffrance sensorielle, d'improviser des mots pour mettre du sens sur l'insensé du vécu traumatique. Aussi l'attitude de l'intervenant doit-elle être celle de l'écoute compréhensive et empathique, pour recevoir cette verbalisation du trauma. Elle doit aussi être une attitude de contenant : contenant pour couvrir les déchirures que l'effraction traumatique a provoquées dans l'enveloppe des défenses (par sa seule présence, par une main posée sur l'épaule de la victime, l'intervenant l'assure que plus rien du dehors ne peut faire à nouveau effraction dans son psychisme) ; et contenant pour atténuer les débordements émotionnels des premières abréactions, débordements dont l'intensité viendrait rajouter à la violence de la situation et accroître l'effroi du sujet.

5. Approche cathartique

Lorsque [Freud \(1893\)](#) a préconisé la *méthode cathartique* dans le traitement des hystéries traumatiques, il précisait qu'il convenait d'amener le sujet à revivre son trauma (par hypnose ou tout autre procédé), assorti de toute la charge des affects restés coincés ; mais que cette « abréaction » ne suffisait pas, et qu'il fallait aussi demander au patient d'établir des associations au sujet de son expérience vécue de l'événement. Il dénommait sa méthode

« cathartique » par référence à Aristote, qui désignait par *catharsis* le soulagement que ressentait le spectateur des tragédies antiques en écoutant les mots du poète – proférés par le chœur ou le coryphée à la fin de la pièce –, apporter du sens à la situation maudite, imméritée et absurde que le destin avait imposée au héros vertueux. *L'approche cathartique* (Crocq, 2003) sous-tend en fait toute thérapie du trauma, puisque justement le patient ne pourra se dégager du non-sens et de l'absurde de son trauma qu'en découvrant, au fur et à mesure qu'il les énonce dans sa verbalisation des émotions, les signifiants qui vont habiller l'expérience de l'événement, et faire en sorte que cet événement qui a impliqué une rencontre inopinée avec la mort et le néant ne soit plus marqué par le sceau de l'indicible et de l'irreprésentable. À y regarder de près, toutes les techniques psychothérapeutiques du trauma, qu'elles relèvent de la psychologie cognitivo-comportementale, de l'hypnose, de la psychothérapie de soutien ou de la psychanalyse, procèdent de la catharsis et visent à ce que le patient, après sa révélation du sens de son expérience traumatique, puisse l'intégrer entre un avant et un après dans la continuité fluide de son histoire de vie.

6. Par la suite : évolution de l'attitude thérapeutique

Dans la période post-immédiate, la victime a commencé à prendre du recul par rapport à l'événement ; mais c'est aussi la période de « méditation », qui succède à l'euphorie initiale du rescapé et voit sourdre l'installation d'une organisation psychotraumatique différée et durable, donnant lieu à des inquiétudes légitimes et à des interrogations perplexes. C'est à ce moment différé que la victime a besoin d'une aide d'un autre genre, d'une invite à faire le point sur son expérience traumatique récente, pour tenter de s'en dégager. Ces opérations n'ont qu'une chance très aléatoire de réussite si le sujet reste livré à sa solitude. L'aide de l'entourage familial risque d'être elle aussi « aléatoire », passant d'un excès de commisération (souffrance en écho) à des incitations bourruées à « oublier cela » et « se ressaisir ». La période post-immédiate, lourde de risques d'évolutions post-traumatiques, sera mieux prise en charge par des cliniciens compétents en psychotrauma et bien au fait des techniques thérapeutiques de débriefing et d'IPPI. En entretien individuel ou en groupe (pour des rescapés impliqués dans le même événement), appliqué à des équipes de pompiers ou de sauveteurs venant de vivre un « incident critique », ou à des rescapés venant d'être exposés à un événement « potentiellement traumatisant », le débriefing simple, codifié, peut détenir une valeur préventive des évolutions pathologiques. Mais, élevé à la technique du « débriefing psychodynamique », il peut aussi exercer un effet réducteur des pathologies émergentes. Enfin, élevé au niveau de l'intervention psychothérapeutique

en post-immédiat, il se présente pour ce qu'il est alors : un acte psychothérapique qui s'adresse à des sujets souffrant de symptômes psychotraumatiques, qui pourra peut-être réduire totalement des symptômes en une seule séance, ou qui pourra au moins initier une thérapie plus soutenue, à moyen ou long terme.

Dans cette période post-immédiate, c'est au psychiatre ou au psychologue clinicien d'opérer, et de préférence s'ils sont formés à ces techniques particulières ; encore que le débriefing simple ait pu être confié – dans la culture anglo-saxonne en particulier – à des psychologues non cliniciens, à d'autres « acteurs de santé mentale » (travailleurs sociaux), et même à des personnels non psychologues (des *peers* ou pairs hâtivement formés), avec tous les risques que de telles innovations présentent. Quoi qu'il en soit, l'attitude du clinicien est alors moins directive et moins contenante que lors de la phase immédiate. Tout en « encadrant » ces rescapés qui en ressentent encore le besoin, il doit surtout les inviter à s'exprimer spontanément, à dépasser le simple niveau du récit narratif pour adopter celui de la verbalisation spontanée des vécus (sensations, émotions et cognitions confondues) et accéder au bénéfice « cathartique » de ces opérations. Il devra aussi les laisser reconquérir leur autonomie, et faire en sorte que son encadrement et son soutien s'estompent au fil de la séance, au sortir de laquelle les participants ne se considèrent plus comme des « victimes assistées », mais comme des sujets ayant recouvré leur libre arbitre.

À plus long terme, le processus thérapeutique pourra se rapprocher des thérapies traditionnelles, en évitant les pièges, tels le piège de la « déculpabilisation » (alors que la culpabilité est un levier thérapeutique utile pour le sujet), le piège de la « dédramatisation » (on ne peut spolier la victime de son « drame », qu'elle doit guider elle-même jusqu'à son cinquième acte), et celui de la fascination pour le trauma, fascination du patient qui veut garder jalousement pour lui la jouissance de l'instant traumatique, et fascination du thérapeute avec le risque de figer son action.

En fin de compte, comme le fait pertinemment remarquer Michèle Vitry (2002), dans la filière de la pensée de Pierre Janet, tout au long de la thérapie, le clinicien – psychiatre ou psychologue – aura d'abord guidé le patient, le protégeant et l'attirant vers le travail thérapeutique ; puis il l'aura simplement accompagné, cheminant à son côté comme un témoin compréhensif de sa recherche de sens ; puis il le suivra à distance, se tenant derrière lui, observant sa reconquête d'autonomie et se tenant prêt à l'aider à surmonter ses dernières défaillances.

Pour en savoir plus

Aristote (1990). *Poétique*, trad. fr. M. Magnien. Paris: Le Livre de Poche.

Crocq, L. (2000). « Le Retour des enfers et son message ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(1), 1-64.

- Crocq, L. (2003). « L'Approche cathartique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 15-24.
- Freud, S. (1893). *Communication préliminaire*, trad. fr. Paris: PUF, 1956.
- Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., & Goudemand, M. (2005). *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Paris: Masson.
- Vitry, M. (2002). *L'Écoute des blessures invisibles*. Paris: L'Harmattan.

12 Intervention psychologique immédiate

J.-M. Coq

L'intervention psychologique immédiate auprès des victimes de catastrophes est aujourd'hui une pratique devenue courante depuis la mise en place des Cellules d'urgence médico-psychologique. Celles-ci ont vu le jour en France, à la suite d'une vague d'attentats à la bombe qui a frappé la capitale au cours de l'été 1995. La détresse psychologique des blessés et rescapés de l'attentat à la station de RER Saint-Michel a conduit le Président de la République à demander la mise en place d'un dispositif de soins psychologiques pour les victimes d'attentats et de catastrophes. Ainsi s'est mis en place en France, dans le cadre du service public, un réseau de Cellules d'urgence médico-psychologique dans tous les départements du territoire français.

En cas de catastrophe, d'accident collectif, d'attentat ou d'incident grave à forte répercussion psychosociale, une équipe composée de psychiatres, de psychologues cliniciens et d'infirmiers spécialisés se rend immédiatement sur les lieux de l'événement pour dispenser des soins médico-psychologiques et assurer le triage et l'évacuation.

Ce dispositif a depuis fait école tant à l'Éducation nationale qu'à la Croix-Rouge et à la Protection civile, qui ont recruté et formé des psychologues pour effectuer des interventions de ce type. Une forte demande a vu le jour compte tenu de l'accroissement des agressions et des hold-up bancaires. Des sociétés spécialisées de psychologues se sont constituées pour assurer la prise en charge psychologique des victimes de tels actes.

1. L'intervention psychologique immédiate dans le dispositif de prise en charge

La pratique de l'intervention psychologique immédiate auprès de victimes qui viennent de vivre un événement à forte potentialité traumatique implique une offre de soins sans qu'il y ait eu une demande explicitement formulée. Dans ce cas, le psychologue adopte une attitude d'écoute empathique qui se démarque de la classique neutralité bienveillante, qui est l'objet de réflexion et de débats tant théoriques que pratiques.

L'intervention psychologique immédiate se fait dans les premières heures qui suivent l'événement ; elle se déroule en général sur les lieux mêmes de celui-ci. Elle s'adresse à des personnes présentant dans les premières 24 heures des manifestations pathologiques immédiates comprenant les

symptômes gênants qui accompagnent les réactions de stress adapté, ainsi que les réactions de stress dépassé (sidération, agitation, fuite panique et comportement d'automate), de même que les réactions névrotiques (anxieuses, hystériques) ou psychotiques (confusionnelles ou délirantes), plus rarement observées.

L'intervention immédiate se distingue de celle appelée post-immédiate, qui elle s'effectue dans les jours, voire les semaines qui suivent l'événement et qui ne se déroule pas sur les lieux de l'événement, mais dans un endroit différent, plutôt calme et propice à la confidentialité. Cette phase post-immédiate s'adresse à des victimes présentant soit une sédation progressive des manifestations de stress dépassé, soit l'installation d'un syndrome psychotraumatique, caractérisé par l'apparition des premiers symptômes de reviviscence traumatique. Des manifestations de perplexité dépressive ou, au contraire, une euphorie excessive accompagnent ce syndrome.

Les interventions post-immédiates consistent généralement en un débriefing individuel ou collectif. Le terme d'intervention psychothérapeutique post-immédiate est parfois utilisé par certains auteurs francophones (Nehme, Ducrocq et Vaiva, 2004). Soit ce débriefing s'effectue à partir de procédures narratives et cognitives codifiées, soit il consiste à reprendre minutieusement les faits pour permettre l'expression des émotions et des pensées qui y sont attachées.

L'intervention immédiate consiste d'une part en un entretien psychologique de « déchocage » effectué par un psychiatre ou un psychologue, d'autre part en l'administration par un psychiatre ou un infirmier de médicaments psychotropes.

L'entretien psychologique peut prendre la forme d'un groupe de parole en incitant plusieurs victimes d'un même événement à s'exprimer.

Cette intervention brève vise à réduire les symptômes et à inciter le sujet à verbaliser son expérience vécue de l'événement, ce qui amorce pour lui un début de maîtrise sur celui-ci.

2. Tableaux cliniques de l'immédiat

Ces tableaux cliniques comprennent tout d'abord les symptômes gênants du stress adaptatif, de même que ceux du stress dépassé, qui eux se manifestent sous l'une des quatre formes suivantes : inhibition stuporeuse, excitation incontrôlée, fuite panique et comportement d'automate.

Des réactions névropathiques ou psychotiques caractérisées (anxiété aiguë, crises ou conversions hystériques, états confusionnels, réactions maniaques ou état délirant) peuvent aussi s'observer. Ainsi, arrivent au poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) des rescapés d'un accident ou d'une catastrophe qui contrôlent leurs émotions mais sont encore soumis à leur stress. Ils sont pâles et tremblants, mutiques, parfois bégayants, et ils ont des

difficultés à revenir dans la réalité. Certains, plus gravement atteints, errent dans les décombres, désorientés, stuporeux, se laissent conduire vers les postes de secours ; d'autres sont excités, volubiles et agités. Certains errent loin du point d'impact après une fuite éperdue, semblent ahuris ; d'autres, qui n'attirent pas l'attention de prime abord (ils ont parfois aidé les secours), répètent les mêmes gestes mécaniques et inutiles, et ne se souviennent pas de ce qu'ils viennent de vivre et de faire. Certains rescapés sont totalement confus et désorientés, délirants ou en proie à des crises d'excitation hystériques. Ils sont amenés au poste de secours par leurs proches pour être pris en charge de toute urgence.

Tous ces symptômes et ces comportements peuvent se manifester chez des rescapés physiquement indemnes, mais aussi chez des blessés physiques plus ou moins graves. Transportés au poste médical avancé (PMA), ils sont aussi des blessés psychiques dont le stress peut contribuer à effondrer leur résistance biologique et dont le comportement peut se révéler perturbateur pour les autres victimes et les intervenants. Les médecins du PMA appellent alors un psychiatre ou un psychologue de la cellule d'urgence à leur chevet et, s'ils ne sont que légèrement blessés, ils sont dirigés vers le PUMP. Il est important de considérer tout blessé physique comme un blessé psychique ; il a en effet vécu une menace pour sa vie et son intégrité physique et psychique, qui peut être potentiellement traumatogène.

Dans des situations moins destructrices, telles qu'un braquage de banque ou lors d'un incident à fort retentissement psychosocial (décès d'un enfant à l'école, par exemple), les tableaux cliniques peuvent être les mêmes : certains réagiront à un hold-up par le stress, d'autres par un état d'inhibition ou d'excitation, quelques-uns peuvent même présenter un délire. Tel jeune, témoin du suicide de son camarade, va réagir par un stress contrôlé ; tel autre, par une inhibition stuporeuse, ou un comportement d'automate ; un autre encore, par un état confusionnel.

3. Les besoins immédiats des victimes

Après une catastrophe ou un accident, les besoins physiologiques, de même que les secours matériels (abri, vêtements, objets de première nécessité) sont des besoins prioritaires qui occultent ou diffèrent souvent l'expression du besoin de réconfort et de soutien psychologique. Dans l'immédiat, beaucoup de victimes doivent se préoccuper de leur avenir matériel ; ils n'expriment pas ou même ne ressentent pas encore le besoin d'une aide psychologique.

Les rescapés sont aussi confrontés dans l'immédiat à des besoins cognitifs et affectifs. Sur le plan cognitif, le rescapé a besoin de savoir ce qui vient de se passer, de comprendre l'événement, de pouvoir se situer par rapport à lui, et aussi de disposer d'informations pratiques sur les secours et les lieux

où ils sont dispensés. Il a également besoin de disposer d'informations juridiques sur les droits des victimes, en particulier concernant les démarches à effectuer pour obtenir réparation.

Sur le plan affectif, la victime vient de vivre une agression contre son sentiment d'existence et contre son narcissisme. Elle est confrontée à un triple effondrement narcissique, celui de :

- son sentiment d'invulnérabilité ;
 - sa certitude que l'environnement est protecteur et que le progrès ne peut apporter que du bien-être ;
 - sa confiance en autrui (l'assurance implicite qu'autrui est là pour le protéger).
- Le rescapé vient de se découvrir mortel, menacé par l'environnement et abandonné par autrui, voire agressé par lui. Il peut s'y ajouter un vécu de honte et de culpabilité, celle d'avoir entrevu la mort et le néant, d'avoir appréhendé ce qu'il est interdit aux humains de connaître.

Le besoin de soutien psychologique dans une situation de catastrophe apparaît comme extrêmement important. Il s'agit de rétablir un contact humain contenant, pour réparer l'effraction du trauma et favoriser une mise en mots permettant de verbaliser l'expérience indicible. Ce besoin de faire ressortir cette dernière en mots constitue le moyen de l'éjecter mais aussi de la réduire à travers les mots. La personne qui a vécu cette expérience confuse qui est entrée en elle par effraction (par les yeux, les oreilles, les narines, la bouche et tous les pores de la peau) a besoin qu'un autre soit là pour l'écouter et la ramener dans le monde des vivants. Il s'agit pour celui qui a été privé de signification et de parole de récupérer sa faculté de parler, de transcrire l'indicible en mots et de revenir dans la communauté des êtres parlants.

4. Les techniques d'intervention immédiate

Dans le cas des accidents majeurs et des attentats terroristes, les soins psychiques sont intégrés dans l'ensemble des soins médicaux. Ils sont assurés par des psychiatres, des psychologues cliniciens et des infirmiers spécialisés, qui prennent en charge les rescapés présentant des symptômes générés par le stress et des manifestations psychotraumatiques précoces. Ces soins consistent pour les victimes à réduire leurs symptômes et à soulager leur souffrance psychique, ce qui a pour effet de limiter des risques de désorganisation psychique entraînés par l'événement, tant sur le plan économique que sur le plan défensif.

Ces interventions sont représentées par les interventions des Cellules d'urgence médico-psychologique, intégrées au Samu. Leur activité est essentiellement une activité de soins, consistant en l'administration de médicaments et l'instauration d'une action psychothérapeutique d'urgence. Lorsque des personnes ont été confrontées à un incident grave (un décès brutal, une agression,

une scène choquante), l'intervention consiste en un soutien psychologique ou psychosocial qui peut être effectué par des psychologues cliniciens en dehors du cadre médical.

Dans les deux cas, l'intervention psychologique vise à restaurer l'état psychique du sujet et à empêcher dès les premiers instants que les effets du trauma psychique n'évoluent vers des organisations pathologiques psycho-traumatiques. Les Anglo-Saxons dénomment cette intervention *défusing*, mot pouvant être traduit en français par « déchocage » ou « désamorçage » ; il s'agit en effet, par cette action de soin, de désamorcer une évolution pathologique potentielle.

Les psychologues se rendent auprès des victimes, se présentent et offrent leur service. Ils aménagent un lieu calme pour procéder à des entretiens individuels si nécessaires, à l'abri de l'environnement agressif que peut constituer un paysage de ruines ou le lieu de l'agression. Le plus souvent, les victimes sont en souffrance psychique et acceptent cette aide. Celle-ci consiste dans un premier temps en une invitation et une incitation à parler ; il s'agit d'exprimer sa souffrance et de verbaliser son expérience vécue. Le simple fait de dire son nom est pour la victime un geste actif et une affirmation de vie, qui contribue à la faire revenir parmi les vivants. Dire sa souffrance, c'est déjà l'extirper hors de soi et la réduire dans des mots. Raconter ce qui lui est arrivé, et surtout comment elle l'a vécu, c'est, pour la victime, commencer à répertorier l'indicible du trauma dans son réservoir de signifiants, et donc se promettre de l'inscrire dans le continuum signifiant de sa vie (Crocq, 2004).

Face à l'expression de la souffrance et de l'expérience vécue du sujet, le psychologue doit offrir une écoute empathique se traduisant dans son attitude gestuelle et sa mimique. Le contact de sa main sur le bras ou l'épaule de la victime représente l'effet contenant de sa présence ; il contribue à restaurer l'enveloppe psychique trouée par l'effraction traumatique et demeurée perméable aux agressions de l'environnement (spectacle de désolation, bruits). Cet effet contenant est important face aux débordements émotionnels de certaines abréactions (utiles parce qu'elles font revivre le trauma avec toute sa charge d'affect), mais sans le complément d'une association significative, il n'apporte qu'un soulagement précaire et il épuise le patient.

Ces actions contribuent à redonner au sujet un sentiment d'unité, sentiment mis à mal par l'effraction que crée la survenue d'un événement violent et inattendu. Ainsi, la victime est soumise à une détresse intense, la plongeant dans une angoisse d'abandon qui ne peut s'apaiser que dans la rencontre avec un autre qui est disponible pour écouter l'horreur et la peur. Dans l'immédiateté de l'événement traumatique, marqué par la contraction du temps et une impression d'irréalité, le psychologue ou le psychiatre tente de recréer un lien intersubjectif avec la victime, dans une coconstruction de cette rencontre qui doit s'adapter à l'environnement.

Dans les entretiens de la phase immédiate, les victimes ressentent en général un impérieux besoin de parler, mais elles ne tiennent pas à le faire dans un monologue ; elles attendent au contraire une situation de dialogue, faite de suggestions et de propositions de significations. Dans ce dialogue, le psychologue devra apporter des mots de réconfort, d'encouragement et de soutien (il confirme que le danger est écarté), des informations sur l'événement et sur les symptômes relatifs au stress et au trauma. Lorsque le sujet émet des propos de honte et de culpabilité, le psychologue se garde d'y apporter un démenti, mais il encourage la victime à approfondir elle-même ces éprouvés de culpabilité qui renvoient au fait d'avoir transgressé la barrière du langage et accédé à l'originaire d'avant le langage. De même, il ne cherche pas à dédramatiser, tentation facile mais inefficace ; le drame du trauma se déroule à sa vitesse. Lorsqu'un rescapé ou un témoin choqué n'est pas prêt à exprimer son désarroi ou sa souffrance, il ne faut pas l'y obliger ; en écoutant les autres s'exprimer, il pourra ressentir, le moment venu, le besoin de s'exprimer à son tour ; ou même s'il ne s'exprime pas, il aura entendu les paroles des autres qui peuvent l'arracher à sa méditation solitaire.

5. Orientations et suites

Pendant l'intervention précoce, le psychiatre ou le psychologue sont amenés dès ce stade à penser la suite, en se préoccupant d'une éventuelle évolution vers une névrose traumatique. Pour ce faire, il sera attentif aux symptômes qui peuvent rendre compte d'un tableau traumatique émergent :

- impossibilité pour la victime de transformer ses images et éprouvés sensoriels en mots ;
- persistance d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation ;
- persistance des sursauts au bruit ;
- apparition précoce des premières reviviscences ;
- impossibilité d'envisager l'avenir et de penser à autre chose que l'événement.

Le psychiatre et le psychologue seront attentifs à décrypter dans la verbalisation de la victime des indices laissant apparaître que l'événement a été vécu comme un trauma : surprise totale, effroi, horreur, impuissance et sidération de la volonté, impression d'être abandonné, perte du sens du réel et du présent, vécu d'automate et dépersonnalisation.

L'intervention psychologique immédiate ne se terminera que lorsque le psychiatre ou le psychologue aura assuré un relais thérapeutique, en fonction des éléments d'évaluation du pronostic, qu'il a pu recueillir. Il remet aux victimes une note écrite contenant, des informations sur les symptômes de stress et les manifestations psychotraumatiques, ainsi que des adresses de consultations spécialisées dans ce domaine. Au PUMP, le psychiatre et/ou

le psychologue, avec l'infirmier, établissent des fiches cliniques sur chaque sujet rencontré. Ils assurent le triage et l'évacuation éventuelle des blessés psychiques (certains sont évacués vers des services de psychiatrie, au besoin accompagnés). Ces derniers sont porteurs d'une fiche d'évacuation mentionnant leur tableau clinique et le traitement entrepris.

D'autres personnes rentreront chez elles (lorsque c'est possible, accompagnées par des proches) ; d'autres enfin seront orientées vers le Centre d'accueil des impliqués, où elles pourront recevoir une aide matérielle et un soutien psychosocial. Dans la plupart des cas, un débriefing à effectuer dans la semaine suivante est proposé à toutes les personnes qui ont été prises en charge au PUMP. En effet, certaines victimes ne sont conscientes de leur pathologie qu'après quelques jours d'euphorie. Des organisations pathologiques n'apparaissent qu'à la période post-immédiate, une fois que le fonctionnement mental a repris son cours après un temps de sidération initiale.

6. Conclusion

Une intervention immédiate, quel qu'en soit le cadre, n'est pas une simple prise de contact avec les victimes ; il s'agit d'une action thérapeutique visant à contenir rassurer, apaiser, informer et accompagner un sujet. Cette action consiste à sortir la personne des enfers et à la raccompagner dans le monde des vivants en l'aidant à réordonner et réorganiser sa parole.

Il s'agit d'une intervention qui requiert une bonne formation clinique (de psychiatre ou de psychologue clinicien), des connaissances sur les phénomènes de stress et de trauma, ainsi que sur les plans de secours.

Pour en savoir plus

- Crocq, L. (1998). « La Cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156, 48-54.
- Crocq, L. (1998). « Intervention de l'équipe psychiatrique lors de catastrophes ». *Psychiatrie Française*, 1, 31-39.
- Crocq, L. (1999). *Les Syndromes psychotraumatiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L. (2004). « L'Intervention psychologique immédiate ». *Le Journal des Psychologues*, 214, 50-55.
- Lebigot F, Prieto N. (2001), « Importance des interventions psychiatriques précoces pour les victimes », in M. De Clercq et F. Lebigot (dir.), *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
- Nehme, A., Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2004). « Les Débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. Revue de la littérature ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4(4), 249-263.
- Prieto, N., & Lebigot, F. (2003). « Les Soins psychiques précoces en cas de catastrophe ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 29-33.

Soins médico-psychologiques ou simple soutien psychosocial

Distinction entre ces deux types d'intervention

L. Crocq

Dans les catastrophes, les accidents collectifs et les attentats, on assiste aujourd'hui à une confusion des types d'intervention dans le secours psychologique. Ce secours peut être assuré par des psychiatres et des psychologues cliniciens, et il s'agit alors d'un acte thérapeutique dispensé auprès de victimes souffrantes et présentant des symptômes. C'est l'intervention médico-psychologique. Mais ce secours peut aussi être une simple action de réconfort moral ou de soutien psychosocial accompagnant l'aide matérielle, au bénéfice de rescapés qui ne sont pas des blessés psychiques, qui ne présentent pas de symptômes, mais qui sont dans le besoin, besoin d'aide, et aussi besoin de compassion et de réconfort moral. Il s'agit alors du simple soutien psychosocial, qui peut être assuré par des personnels non médicaux et non psychologues, c'est-à-dire par les secouristes de la Protection civile, de la Croix-Rouge ou d'associations de secours. Il est recommandé que ces personnels aient reçu une formation élémentaire, une sensibilisation, sur les questions du stress et du trauma, afin que, dans leur activité, ils soient capables de détecter les blessés psychiques et de les aiguiller vers les psychiatres et les psychologues cliniciens.

Dans les catastrophes, les attentats, les accidents, et les incidents à forte répercussion psychosociale, le psychiatre, le psychologue, l'infirmier psychiatrique, mais aussi le médecin urgentiste, le soignant, ainsi que le sauveteur et le personnel de secours peuvent se trouver en face de « blessés psychiques » à soigner en urgence ; ou plus simplement en face de rescapés, sinistrés ou impliqués à secourir. Le blessé psychique présente des symptômes et il souffre. L'impliqué ne présente ni symptômes ni souffrance, mais il est dans le besoin, le désarroi et parfois la détresse ; il a besoin d'aide, de secours, de conseils et de réconfort.

Le blessé psychique relève de l'intervention médico-psychologique et de soins, à assurer par du personnel soignant spécialisé. L'impliqué relève de l'intervention psychosociale, assurée par du personnel non soignant, mais

qui – vu la situation – devra avoir reçu une sensibilisation à la question du stress et du trauma. Dans tous les cas, il doit y avoir coordination entre ces deux catégories de personnel et entre leurs postes de secours.

1. Intervention médico-psychologique

1.1. Qui sont les blessés psychiques ?

L'intervention médico-psychologique s'adresse aux blessés psychiques.

Les blessés psychiques sont :

- les victimes, blessées physiques (tout blessé physique conscient est aussi un blessé physique) ;
- des rescapés indemnes physiques, mais choqués, traumatisés ;
- des témoins, traumatisés par ce qu'ils ont vu ;
- des sinistrés, évacués, rassemblés (marqués par la peur, la déréalisation) ;
- des familles accourues, et choquées à la vue (ou à l'annonce) de leurs parents morts ou blessés ;
- certains sauveteurs, émotionnés par ce qu'ils ont vu et épuisés par leur action ;
- certains décideurs, certains professionnels des médias, émotionnés par ce qu'ils ont vu.

1.2. Principes et objectifs

Les principes et objectifs de l'intervention médico-psychologique sont les suivants :

- soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique ;
- intervenir de manière précoce pour prévenir ou atténuer les évolutions pathologiques ;
- intervenir immédiatement, sur le terrain ;
- offrir des soins adéquats aux victimes de trauma (spécificité de la pathologie psychotraumatique) ;
- proposer un suivi pour la période post-immédiate qui va succéder (premières semaines), par exemple le débriefing ;
- travailler en intégration dans le dispositif général des secours (faciliter le travail des médecins urgentistes en les débarrassant des patients encombrants et perturbateurs) ;
- assurer à la demande le soutien psychologique des sauveteurs.

1.3. Remarques sur l'intervention médico-psychologique

- On intervient auprès de sujets non demandeurs, car ils ne sont pas en état de formuler une demande. Le devoir est de soulager leur souffrance.

- En intervenant, on se démarque de l'attitude de neutralité bienveillante. Ces victimes ont soif de compassion, et il faut répondre à leur attente. La « neutralité bienveillante », qui voudrait les renvoyer à leurs problèmes d'enfance au lieu de se centrer en écho avec eux sur l'événement, serait perçue par eux comme un rejet.
- Ces sujets sont passifs et inhibés, et une incitation à l'activité les débloque.
- L'expérience a prouvé que l'intervention évite ou atténue les évolutions pathologiques.
- L'intervention médico-psychologique est un acte médical, de tri, de soin et de thérapie. Cet acte doit être assuré par des personnels compétents et spécialement formés (psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers spécialisés). Être psychiatre ou psychologue clinicien ne suffit pas ; il faut en outre avoir été formé à la psychiatrie de catastrophe. *A fortiori*, des personnels non médicaux qui prétendraient assurer des soins médico-psychologiques feraient plus de mal que de bien.

1.4. Les différents syndromes immédiats à traiter

Il convient de traiter les symptômes transitoires accompagnant toute réaction de stress, même adaptative. Certaines victimes présentent seulement des symptômes transitoires accompagnant le stress adapté (pâleur, tremblement, tachycardie, dyspnée, spasmes viscéraux, voix tremblante, etc.). Ces symptômes vont s'atténuer et disparaître spontanément, mais ils sont gênants et éprouvants ; et il vaut mieux les réduire pour abréger la souffrance du patient.

Certaines victimes présentent des symptômes de stress dépassé (sidération, excitation, fuite panique, comportement automatique).

D'autres présentent des réactions psychiatriques franches (confusion, délire, anxiété aiguë, état second hystérique).

Chez toutes, il faut rechercher des signes d'effraction traumatique (déréalisation, désorientation, dissociation, détresse intense, vécu d'abandon, etc.).

1.5. Quels sont les besoins du blessé psychique ?

- *Besoins physiques* :
 - de survivre ; d'être soigné (soins somatiques et soins médico-psychologiques) ;
 - d'avoir un abri, un couchage, des vêtements, des subsides ;
 - de manger et de boire ;
 - d'hygiène (se laver, aller aux toilettes).
- *Besoins psychiques cognitifs* :
 - d'informations sur la catastrophe ;
 - d'informations sur ses propres réactions (qui l'inquiètent), présentes et à venir ;
 - d'information sur les secours, les aides et les subsides ;
 - de renseignements et de conseils juridiques.

- *Besoins psychiques affectifs* :
 - d'être protégé (contre toute nouvelle menace d'effraction) ;
 - de verbaliser son expérience vécue, et d'être écouté et compris (empathie) ;
 - d'être réintégré dans la communauté des vivants (il revient de l'enfer) ;
 - de récupérer son autonomie (il ne devra pas rester un assisté).

1.6. Défusing

L'intervention médico-psychologique immédiate est souvent dénommée défusing. Ce mot anglais peut être traduit en français par déchocage (il efface les symptômes de la réaction immédiate, il arrache le sujet à son état de choc émotionnel), ou désamorçage (il enraye le processus de développement psychotraumatique).

1.6.1. Effets bénéfiques du « défusing »

- Assurer une présence calme, sécurisante, auprès de quelqu'un qui se voyait abandonné et qui a besoin de cette présence protectrice.
- Assurer par cette présence la fonction de contenant (contenant contre toute nouvelle menace d'effraction venant du dehors, et contre le risque de débordement émotionnel venant du dedans).
- Inviter le sujet à s'exprimer (fonction cathartique).
- Apaiser (au besoin par des médicaments), rassurer.
- Informer sur l'événement, et sur les symptômes, oralement et par notice : remettre la fiche d'information, la lire et la commenter au besoin, expliquer les éventuels relais pour la suite de la prise en charge (débriefing, aide sociale, etc.).
- Dépister les traumatismes : identifier les symptômes qui accompagnent le simple stress adapté, les symptômes de stress dépassé, et les symptômes évocateurs de trauma.
- Trier : les sujets à renvoyer vers les aides sociales ; les sujets à surveiller pendant un temps court ; les sujets à évacuer, éventuellement médicalisés et accompagnés.

1.6.2. Pièges du défusing : défaillances et excès

Il convient de ne pas négliger, ni sous-estimer (un rescapé silencieux et immobile, apparemment calme, peut être traumatisé) ; de proposer, mais de ne pas harceler ; de ne pas surmédiquer solution de facilité qui étouffe chez le rescapé son légitime besoin de parler ; de ne pas vouloir « dédramatiser » (le rescapé vit un drame authentique, et cela ne sert à rien de prétendre le nier) ; de ne pas vouloir « déculpabiliser » (la culpabilité est un levier thérapeutique) ; de ne pas critiquer, ni stigmatiser ; de ne pas vouloir trop faire parler (on doit percevoir le moment où le sujet n'a plus envie de parler) ; de ne pas trop parler (trop parler abrutit l'interlocuteur), et de respecter ses silences.

2. Soutien psychosocial

2.1. À qui s'adresse le soutien psychosocial, et par qui doit-il être assuré ?

Le soutien psychosocial s'adresse à des sujets impliqués non blessés psychiques (ni symptômes ni souffrance), qui sont dans le désarroi et le besoin.

Il doit être assuré par des intervenants professionnels non soignants, mais qui ont toutefois reçu une sensibilisation à la question du stress et du trauma : sauveteurs de la Croix-Rouge et de la Protection civile, certains cadres des pompiers et personnels des associations spécialisées (Secours catholique) ; psychologues non cliniciens, assistants sociaux et autres « acteurs de santé mentale ».

2.2. Besoins du rescapé non blessé psychique et de l'impliqué

- *Besoins physiques* :
 - d'avoir un abri, un couchage, des vêtements, des subsides ;
 - de manger et de boire ;
 - d'hygiène (se laver, aller aux toilettes).
- *Besoins psychologiques cognitifs* :
 - d'informations sur la catastrophe ;
 - d'informations sur les membres de sa famille (rescapés de la catastrophe ou extérieurs) ;
 - d'information sur les secours, les aides et les subsides ;
 - de renseignements et de conseils juridiques
- *Besoins psychosociaux* :
 - de parler à quelqu'un, d'être écouté et compris ;
 - d'empathie, de réconfort ;
 - d'être réintégré dans la communauté ;
 - de récupérer son autonomie (ne pas demeurer un assisté).

2.3. Principes de l'intervention de soutien psychosocial

- Être présent auprès de l'impliqué (la seule présence efface le sentiment d'abandon et apporte du réconfort).
- Lui procurer de l'aide matérielle ; mais avec sympathie (on ne donne pas une couverture comme on jette un os à un chien).
- Lui fournir de l'information (sur l'événement, sur les secours et aides) : cela va réduire l'impression d'absurde et le sentiment d'abandon.
- Lui manifester de la compassion (il est en attente de compassion de la part de la société).
- Savoir détecter les « blessés psychiques » à orienter, éventuellement accompagnés, vers les soignants psychiatriques.

2.4. Pièges, insuffisances et excès du soutien psychosocial

- Insuffisance ou retard de la présence.
- Dispersion et inconstance du contact (s'il doit y avoir plusieurs contacts, il vaut mieux le même opérateur avec le même impliqué).
- Tentation d'assurer une psychothérapie (l'intervenant en ressent la vocation, mais il n'en a pas la compétence ; on répugne à abandonner à un autre la personne dont on vient de s'occuper).
- Manque de coordination avec les soignants.

Pour en savoir plus

Crocq, L. (1998). « Intervention de l'équipe psychiatrique lors de catastrophes ». *Psychiatrie Française*, 1, 31-39.

Fidelle, G., Payen, A., & Rondier, J. -P. (2005). « Les Blessures psychiques. Soins immédiats et post-immédiats ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(1), 9-14.

14 Surveillance et débriefing en post-immédiat

L. Crocq, N. Chidiac, D. Cremniter, D. Demesse, J.M. Coq

L'intervention psychologique en post-immédiat est très importante, car la période post-immédiate est une période cruciale, qui requiert une surveillance attentive. En effet, soit la victime n'a pas été réellement traumatisée, quel que soit le caractère spectaculaire de sa réaction immédiate, et tous les symptômes immédiats vont s'estomper en quelques jours ; soit la victime a été réellement traumatisée, ayant vécu l'événement dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'abandon. Dans ce cas, en plus des symptômes immédiats qui vont persister anormalement (en particulier les symptômes de déréalisation et de dépersonnalisation), des nouveaux symptômes vont apparaître, en particulier les reviviscences itératives, les troubles du sommeil, les phobies liées à l'événement et les altérations de la personnalité. C'est la période de latence d'une névrose traumatique, ou d'un syndrome psycho-traumatique différé et durable (état de stress post-traumatique ou autre). L'action essentielle de l'intervention psychologique en post-immédiat est le débriefing, ou bilan psychologique d'événement, qui serait mieux dénommé – concernant son application à des victimes, à titre thérapeutique – « intervention psychothérapique en post-immédiat ». Depuis quelques années, le mot « débriefing » est devenu à la mode. Les victimes, les témoins choqués, les sauveteurs, les impliqués, les familles endeuillées et l'opinion publique réclament des débriefings. On présente cette opération comme une panacée, sans en définir les indications ni en assigner les limites, ni sans préciser de quelle technique il s'agit.

Tant chez les intervenants qu'auprès du grand public, l'intervention en période post-immédiate est beaucoup plus connue que l'intervention immédiate, parce que, dans beaucoup de pays (anglo-saxons et scandinaves en particulier) où l'intervention immédiate n'est pas encore passée dans les pratiques, c'est seulement au stade post-immédiat que les psychologues interviennent. Le mot « débriefing » (ou bilan psychologique d'événement) est attaché à cette intervention en post-immédiat, soit dans son acception anglo-saxonne de procédure de reparcours cognitif, soit dans son acception francophone de verbalisation de l'expérience vécue, tant cognitive qu'émotionnelle. Mais d'autres modes d'intervention en phase post-immédiate (consultations cliniques, groupes de parole, conseils divers) sont couramment pratiqués par les psychologues et même par des cadres ayant reçu une formation pratique élémentaire (les *peers*), ce qui soulève le problème de l'exercice d'une activité psychologique par des non-psychologues.

1. Pourquoi l'intervention en post-immédiat ?

Comme pour l'intervention immédiate, l'intervention psychologique post-immédiate se démarque des principes et des manières d'agir traditionnels de la psychologie clinique : le psychologue intervient (le plus souvent) sans que le patient ait formulé une demande ; il offre son intervention au patient, il va au-devant de lui. À la phase post-immédiate, certaines victimes sont conscientes d'une certaine souffrance ou d'un vague malaise, mais pensent généralement que tout cela est « normal » et va s'estomper avec le temps. En tout état de cause, elles jugent que cela ne justifie pas une consultation auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. À la rigueur, elles iront consulter leur médecin généraliste, pour un traitement seulement symptomatique, somnifère ou un tranquillisant ; ce sera bien sûr l'occasion de parler à cet autre, de lui faire le récit de l'événement et de lui faire part de la façon dont il a été vécu, mais ce praticien, pressé et sans compétence psychotraumatologique, risque de ne pas savoir comment assurer cette thérapie du post-immédiat.

En outre, le psychologue « intervient », c'est-à-dire qu'il fait intrusion dans la sphère personnelle du patient, il lui propose quelque chose, il l'invite à faire quelque chose, tous comportements aux antipodes de la classique neutralité bienveillante. Cette intervention se justifie toutefois, sur le plan éthique, par le devoir de ne pas laisser la souffrance psychique sans secours, et par le constat empirique que les sujets qui ont bénéficié de telles interventions sont relativement à l'abri de graves séquelles ultérieures. Il apparaît (Bouthillon, 1992) que les sujets débriefés soit sont préservés de séquelles psychotraumatiques, soit, au moins, ne présentent que des séquelles modérées. Toutefois, certaines statistiques anglo-saxonnes prétendent que les victimes débriefées en ressortent soit inchangées, soit aggravées. Dans l'inventaire de ces études, [De Clercq et Vermeiren \(1999\)](#) comptabilisent autant d'études favorables que d'études défavorables ; et ils attirent l'attention sur les facteurs d'erreur qui faussent cette comparaison ; en particulier, appliquer à des victimes une technique de débriefing « à la Mitchell » (conçue pour des sauveteurs), et faire effectuer ce débriefing par des personnels non psychologues hâtivement formés (les *peers*). C'est néanmoins dans ce climat de controverse qu'il convient de présenter et d'explicitier l'intervention psychologique en post-immédiat.

2. Histoire succincte du débriefing

2.1. *Historical Group Debriefing* de S. Marshall

Le mot « *debriefing* » a été proposé pour la première fois à la fin de la Seconde Guerre mondiale (1945) par S. [Marshall \(1947\)](#), un officier de l'armée américaine, non psychologue, sous le titre *Historical Group Debriefing*,

pour désigner une méthode qui consistait à réunir en groupe, pendant une heure ou deux, les soldats survivants d'une opération militaire meurtrière, et demander à chacun de raconter objectivement, minutieusement, et surtout dans l'ordre chronologique (« *historical* »), ce qu'il avait vu, fait et éprouvé pendant l'opération. En retissant lui-même la chronologie d'éléments jusqu'alors placés dans le désordre, en écoutant ses camarades, en étant informé de leur point de vue, en se sentant identique à eux, en mettant des mots sur ses images et sur son désarroi, et en bénéficiant des explications sur le déroulement de la bataille données par l'officier *debriefeur*, chacun se dégageait de l'emprise du chaos et de l'absurdité de l'événement, et ressortait de la séance plus lucide, apaisé et ayant retrouvé sa motivation pour le combat. Marshall notait que les unités qui avaient bénéficié de cette procédure étaient grevées de moins de pertes psychiques et de moins d'incidents caractériels ou d'indiscipline.

Une telle initiative s'inscrivait dans le contexte général de la doctrine de la « psychiatrie de l'avant », qui avait été instaurée par la force des choses pendant la guerre russo-japonaise de 1904-1905 (le chemin de fer transsibérien n'étant pas terminé, et les psychiatres russes ne pouvant pas évacuer leurs blessés psychiques, il leur fallut les traiter sur la ligne de front). Elle avait été réinventée en 1917, pendant la Première Guerre mondiale, pour mettre fin à l'hémorragie d'effectifs représentée par les évacuations sans retour d'une quantité croissante d'hystéries de combat. Elle avait été une fois de plus réinventée en 1943 pour les mêmes raisons. L'Américain Thomas Salmon avait édicté en 1917 les cinq principes de cette psychiatrie de l'avant :

- immédiateté (pour ne pas laisser le sujet à sa méditation solitaire inspiratrice de névrose) ;
- proximité (le traiter près du front pour bien lui faire comprendre qu'il devra vite retourner à son poste) ;
- espérance de guérison (le convaincre que son état pathologique n'est que transitoire et aisément réductible) ;
- simplicité (repos, soins physiques et courte psychothérapie fondée sur la situation actuelle et non sur les conflits de l'enfance) ;
- centralité (même doctrine enseignée à tous les psychiatres, et possibilité de réguler les flux de blessés psychiques).

2.2. *Critical Incident Stress Debriefing* de J. Mitchell

En 1983, le psychologue américain Jeffrey Mitchell, lui-même ancien pompier, eut l'idée de reprendre la technique de Marshall pour définir et codifier des procédures de débriefing applicables aux équipes de pompiers, de sauveteurs et de policiers. Son but était de réduire les perturbations émotionnelles immédiates ou en incubation au lendemain des « incidents critiques » survenus pendant les opérations de secours, et de faciliter la reprise des pleines

capacités au travail et la bonne réinsertion au sein des familles. En 1995, Mitchell fait état de douze années d'expérience, avec des résultats positifs.

Mitchell fait pratiquer le débriefing non seulement par des personnels de santé mentale (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux), mais aussi par des sauveteurs, des pompiers ou des policiers motivés pour apporter un soutien de pair (*peer support*) à leurs camarades traumatisés. Tous ces personnels doivent être spécialement formés aux questions du stress, du trauma, de l'intervention de crise et du débriefing. On choisira les *debriefers* (personnels de santé ou pairs) en fonction de l'incident critique et des sujets impliqués. Le débriefing doit être conduit par un leader si possible issu d'un organisme extérieur à l'institution, assisté d'un ou de plusieurs personnels adjoints chargés d'observer et de lui signaler discrètement, pendant le déroulement de la séance, les sujets qui présentent des signes de décompensation émotive, de retrait ou d'irritation.

Le débriefing s'applique à tous les personnels de secours impliqués dans un « incident critique » : sauveteurs, pompiers, policiers, infirmiers, cadres, assistants sociaux, psychologues et médecins, individuellement ou en groupe. Pour Mitchell, le débriefing se distingue de l'intervention thérapeutique par quatre points :

- déroulement strict (du débriefing) *versus* déroulement souple (de la thérapie) ;
- raconter l'événement *versus* le revivre ;
- ne pas interpréter *versus* interpréter ;
- expliquer, dédramatiser et conseiller *versus* écoute neutre.

L'optimum de fonctionnement du débriefing se réfère à un effectif de 5 à 12 personnes, ce qui permet à chacun de s'exprimer plusieurs fois suffisamment longuement pendant une séance de 2 à 4 heures. Si l'effectif est plus important, il est recommandé de le diviser en sous-groupes.

La procédure du débriefing doit se dérouler rigoureusement en sept étapes.

- La première étape, dite d'« *introduction* », consiste à présenter aux sujets le cadre, l'esprit et les règles de la méthode, à les assurer de la confidentialité, et à les informer que les démarches narratives vont leur permettre de se dégager de l'aspect « absurde » de l'incident.
- La deuxième étape, dite des « *faits* », consiste à faire décrire minutieusement par chacun des sujets ce qui s'est passé autour de lui avant, pendant et après l'événement.
- La troisième étape, dite des « *cognitions* », consiste à demander au sujet de dire ce qu'il a pensé avant, pendant et après l'événement.
- La quatrième étape est celle des « *réactions* » ; il s'agit pour les sujets d'identifier et d'exprimer leur vécu et leur relation aux autres au moment de l'incident.
- La cinquième étape, dite des « *symptômes* », fait énoncer les divers symptômes, somatiques et psychiques, ressentis au cours ou au décours de l'événement, et encore maintenant.

- La sixième étape est celle de « *l'enseignement* » : en termes simples, le leader intervient pour expliquer ce qu'est le stress et son évolution, ainsi que son impact sur le travail et la vie du sujet. Il insiste sur le caractère « normal » des symptômes ressentis, « dédramatise » leur vécu, et signale le rôle bénéfique de l'hygiène de vie et du « soutien social » apporté par l'entourage.
- La septième et dernière étape est celle du « *retour d'expérience* », et de la synthèse. Le leader explique alors aux participants qu'en parlant et en écoutant les autres raconter ce qu'ils avaient vu, et formulé ce qu'ils avaient ressenti, ils ont acquis une meilleure connaissance de l'événement, qu'ils ont compris la « normalité » de leur réaction, qu'ils se sont débarrassés de leurs cognitions erronées et de leurs émotions perturbantes, et que, maintenant, ils ressortent plus « forts », plus soudés entre eux et armés pour le futur. Le leader distribue un document explicatif, auquel les sujets pourront se référer, et profère des propos encourageants qui orientent vers l'avenir.

Pour cette conduite du débriefing, Mitchell insiste sur le fait que l'on ne doit pas confronter d'emblée les sujets à leur vécu émotionnel ; que l'on doit partir du niveau sécurisant et impersonnel des faits, puis passer au niveau personnel des pensées, et seulement ensuite « descendre » au niveau sensible des émotions et des symptômes, avant de « remonter » à celui de l'explication de ces émotions, puis à celui de l'explicitation des pensées, pour revenir enfin au niveau des faits, éclairés cette fois par toutes les explications nécessaires. On remarquera que le principe qui inspire la méthode de Mitchell est de donner priorité au cognitif sur l'affectif, et au récit narratif sur l'expression spontanée des émotions. Mitchell ne se prétend pas thérapeute, et il a toujours dit que sa méthode s'appliquait à des équipiers transitoirement décontenancés par un incident critique dans l'exercice de leur fonction, mais non pas aux victimes rescapées des catastrophes. Par ailleurs, si parmi les équipiers il en est qui ont réellement été traumatisés, Mitchell dit que ce débriefing ne suffira pas à les guérir et il faudra les adresser à un thérapeute.

2.3. Les variantes de la technique Mitchell

2.3.1. Débriefing centré sur les facteurs de stress

À l'occasion de l'intervention des personnels de la Croix-Rouge lors du tremblement de terre du 17 octobre 1989 à Loma Prieta (près de San Francisco), K. Armstrong (1991) a conçu et développé une méthode de débriefing des intervenants qui se démarque du modèle de Mitchell en ce sens qu'il identifie les différents facteurs de stress inhérents à l'événement, à la population des victimes et à la mission des sauveteurs, pour centrer son intervention sur ces aspects. Armstrong a identifié les facteurs de stress inhérents à ces missions : la multiplicité des contacts avec les victimes, le long temps passé à dialoguer avec elles, l'environnement de travail dégradé, le changement

radical par rapport aux missions de routine, l'insécurité du poste d'intervention (crainte des ondes de réplique), le manque d'expérience vis-à-vis de cette situation, le fait de devoir fournir un effort prolongé, l'éloignement du domicile pendant une longue durée, et le contact avec une population politiquement hostile.

Le modèle d'Armstrong comprend quatre phases : la découverte de l'événement, les sentiments et les réactions, les stratégies de faire face (*coping*), et la clôture.

- Lors de la phase de découverte, où chacun décrivait ce qu'il avait vu, le leader et son co-leader pouvaient discerner quels étaient les incidents et facteurs qui avaient été stressants.
- Dans la phase des sentiments et réactions, les participants parvenaient à ventiler leurs sentiments et réactions en fonction des facteurs en cause. On explorait aussi la façon dont leur longue absence avait affecté la vie familiale des personnels.
- Pendant la phase des stratégies de faire face, on discutait des réponses normales ou pathologiques, et on développait avec les participants les nouvelles stratégies à adopter pour affronter des situations similaires et reprendre harmonieusement la vie familiale.
- La phase de clôture permettait de faire ressortir l'aspect positif de l'intimité des relations qui venaient de s'établir au cours du débriefing et de se préparer à retourner chez soi et à reprendre son travail habituel.

2.3.2. Débriefing centré sur la dynamique de groupe

En 1997, le psychologue norvégien Atle Dyregrov, du Center for Crisis Psychology de Bergen, faisant état d'une dizaine d'années d'application du débriefing chez des sauveteurs ou des victimes, a prôné une technique dérivée de celle de Mitchell mais plus centrée sur l'utilisation de la psychologie des groupes, tant pour l'exploration que pour le soutien social. Il a dénommé son *modèle process debriefing* (processus de débriefing).

Dyregrov conserve la progression de la séance selon les phases définies par Mitchell, mais en fusionnant la phase des symptômes et celle des réactions, ce qui réduit le nombre des phases à six. Surtout, il met en jeu une forte mobilisation du soutien groupal, qui va exercer son action bénéfique sur chaque membre. Toutefois, Dyregrov distingue sa technique de la psychothérapie de groupe, et des groupes d'auto-entraide (*self-help group*), car le *process debriefing* appartient au domaine de l'intervention de crise, et il ne dure qu'une séance. Bien que d'autres variables entrent en jeu, il identifie trois axes dominants qui sont le *leadership*, les caractéristiques du groupe et les facteurs d'environnement (ou plutôt de disposition matérielle) de la séance de débriefing. L'avis de Dyregrov est que des pairs motivés et dotés d'une grande capacité d'empathie sont plus efficaces que des professionnels de santé mentale. Le débriefing doit

identifier et surmonter les obstacles groupaux : problèmes de domination, agressivité, désignation de boucs émissaires, formation de sous-groupes, opposition au leader, etc. Le recours à la règle démocratique doit permettre de résoudre ces difficultés.

2.3.3. Débriefing à la fois cognitif et émotionnel

En Australie, la psychiatre Beverley [Raphael \(1986\)](#) a recommandé des lignes de conduite pour le débriefing des sauveteurs après intervention dans une catastrophe. Le principe est d'explorer en même temps les aspects cognitifs et les aspects affectifs des expériences vécues, et de procurer aux participants aussi bien une vision structurée et compréhensible de l'événement que la sédation de leurs désordres émotionnels. Les consignes sont moins précises que chez Mitchell : on fait asseoir les participants en cercle et on les invite à discuter librement avec le *consultant debriefer* d'une large gamme de sujets, tels que l'effroi et l'horreur à la vision des cadavres, la frustration ressentie dans leur rôle, le sentiment d'absence de soutien, les images intrusives et les cauchemars qui ont suivi, les accès d'angoisse, les difficultés à parler de leur expérience avec leur famille, l'impossibilité de décharger leur émotion après la mission, ainsi que l'appréhension de devoir intervenir à nouveau dans d'autres catastrophes sans avoir pu faire le bilan personnel de leur récente expérience.

Raphael conçoit le but du débriefing comme prioritairement préventif : « aider les sauveteurs à gérer leur inévitable stress afin d'éviter que d'autres problèmes apparaissent ». Elle met aussi en avant la « théorie de la cicatrisation » :

Il s'agit, dans cette révision de l'événement, de donner aux participants une structure cognitive et un soulagement émotionnel qui les aideront à mettre un point final à cet événement et à prendre de la distance par rapport à lui.

2.3.4. Débriefing cognitif avec perspective psychodynamique

En 1994, A. Shalev, au terme d'une revue critique des travaux de Mitchell et de Raphael, et en se référant aux travaux de Van der Kolk (la mémoire traumatique est une mémoire d'image, et le processus de guérison va consister à y substituer une mémoire verbalisée) et à ceux de Lazarus (la mauvaise saisie cognitive de l'événement doit être réorganisée), retient comme cibles prioritaires du débriefing : le mauvais contrôle émotionnel, l'information erronée et le dysfonctionnement cognitif, la perte de la capacité de jouir des contacts interpersonnels, l'effet « membrane traumatique » de Shatan (incapacité du sujet de reprendre contact avec le monde et les autres), la persistance de réponses émotionnelles conditionnées à des stimuli qui rappellent le trauma, et les effets de groupe traumatiques, tels que projection, désignation de bouc émissaire et attitudes nihilistes.

3. L'expérience francophone : verbalisation des émotions plutôt que récit factuel

3.1. Les dix principes de Crocq

L. Crocq (1999) a édicté les dix principes du débriefing « à la française » entrepris à la fois dans un but préventif et thérapeutique (encadré 14.1).

Parmi ces dix objectifs, le troisième, à savoir la verbalisation de l'expérience vécue, nous paraît primordial, et c'est par lui que nous nous démarquons le plus des stratégies américaines de débriefing, centrées sur le récit factuel. En effet, cette énonciation spontanée, dans un langage « authentique » et maïeutique, est la seule attitude qui puisse permettre au sujet de se dégager d'un trauma en gestation ou en affirmation, et procurer le soulagement cathartique. La nature du trauma est d'être une expérience vécue de chaos, de mort, de néant et de non-sens, débouchant sur un constat d'impensable, d'irreprésentable et d'indicible. C'est la parole, avec son réseau de signifiants, qui peut introduire encore à temps ce fantasme protecteur et assimilateur. L'essentiel de notre démarche, par rapport à celle de Mitchell, est de ne pas intimer au sujet l'ordre de différer l'expression de

Encadré 14.1

Les dix principes de Crocq

1. Ménager un sas intermédiaire où sont restitués l'espace, le temps et les valeurs normales.
2. Conforter les rescapés « dépersonnalisés » dans leur personne, personne qui n'a pas été abandonnée, qui est entendue et soutenue, mais qui doit récupérer son autonomie.
3. Les inciter à verbaliser leur expérience vécue de l'événement.
4. Les informer sur le stress et le trauma, et sur les symptômes transitoires présents et à venir, ainsi que sur les lieux de consultation en cas de besoin (avec remise d'une note d'information).
5. Aider les participants à s'arracher à leur sentiment d'isolement et d'incommunicabilité.
6. Harmoniser les relations du groupe, en évitant de perpétuer le « huis clos » et en désamorçant ses dérives xénopathiques.
7. Aider à réduire les sentiments d'impuissance, d'échec et, pour partie, de culpabilité.
8. Préparer les sujets à la réinsertion dans le monde, et les mettre en garde vis-à-vis des attitudes néfastes à éviter, dans les retrouvailles avec leur famille, dans les contacts avec les médias et dans leur considération des agresseurs (éventualité du syndrome de Stockholm).
9. Repérer les sujets fragiles qui auront besoin d'un soutien ultérieur.
10. Aider les sujets à mettre un point final à leur aventure.

ses émotions. La meilleure consigne est, à notre avis : « Dites en vrac, spontanément, comment vous avez vécu cet événement ; essayez de formuler ce que vous avez ressenti, tout ce que vous avez ressenti, et aussi ce que vous avez vu et ce que vous avez pensé, même si cela vous paraît sans intérêt, ou difficile à dire. »

3.2. Pièges et limites du débriefing, selon F. Lebigot

F. Lebigot (1997 ; 1998) insiste sur la distinction à établir entre le *stress*, concept biophysique se rapportant à la réaction immédiate à l'événement, et le *trauma*, concept psychologique se rapportant à l'instant fugace où le sujet a été confronté au réel de la mort et du néant, et qui a provoqué l'effraction de ses défenses et de son système signifiant protecteur, renvoyant au mystère de ce lieu inaccessible de l'originaire. C'est éminemment sur le trauma que le débriefing doit porter.

Pour Lebigot, le récit factuel préconisé par certains auteurs américains, si poussé et minutieux soit-il, ne peut accéder au « réel » (en tant que réel vécu par un sujet singulier) de l'expérience traumatique. La verbalisation de cette expérience, en revanche, doit permettre au sujet de s'affranchir de cette expérience primaire d'anéantissement en lui donnant un sens. Dans le débriefing collectif, cette démarche peut se révéler plus facile – dans la mesure où chacun peut se reconnaître en partie dans le discours de l'autre –, mais elle doit surtout donner lieu à un travail intime, qui ne peut être qu'individuel, car chacun a affronté l'événement d'une manière qui n'appartient qu'à lui. La circulation groupale de la parole est certes source d'enrichissement mutuel, mais elle est surtout l'occasion pour chacun d'énoncer (et donc d'apercevoir) son vécu intime de l'événement, et de se démarquer de l'expérience des autres. Face à la construction d'une « fable collective » de consensus, inopérante ou nuisible, il doit se dégager pour chacun une « fable individuelle » pourvoyeuse de sens.

Lebigot préconise un peu d'interventionnisme, pour inciter les participants à se départir du récit factuel et à parler de leurs émotions, de leurs pensées et associations d'idées. Mais, s'il est vrai que le débriefing doit amener les participants à articuler l'événement sur « des morceaux de leur propre histoire », l'animateur doit aussi mettre fin à des évocations de la vie intime sans rapport avec l'événement, et redistribuer la parole à ceux qui n'ont pas encore pu s'exprimer. D'autres pièges peuvent compromettre l'efficacité du débriefing, et même son bon déroulement : le piège de la compassion affichée chez l'animateur, qui réduit le participant au rôle de pure victime et le dépouille de ses velléités d'autonomie ; le piège de la « déculpabilisation », alors que la culpabilité est un levier thérapeutique qui, en attendant son travail dans la durée, sera déjà « traitée plus efficacement par les autres participants que par un discours lénifiant de l'animateur » ; le piège de la dérive vers la projection avec mise en accusation de la hiérarchie, solution facile à

laquelle l'animateur doit se garder de faire chorus ; et le piège de la « dédramatisation », qui prétendrait retirer artificiellement ce caractère essentiel de l'événement, qui est justement d'avoir été vécu comme un drame.

Lebigot admet qu'une seule séance de débriefing, si elle apporte du soulagement chez tous les sujets, si elle leur permet de se dégager de leur expérience de non-sens pour apporter un sens personnel à ce qui a été une expérience traumatique d'incompréhension, si elle amorce la réinscription de l'événement dans l'histoire de vie, ne règle pas toute la question du trauma. Dans beaucoup de cas, cette séance inaugurale est l'occasion pour le sujet d'initier un travail personnel d'assimilation de son expérience traumatique, voire une psychothérapie plus profonde et plus longue.

4. Conclusion

Le débriefing psychologique et l'intervention psychothérapique précoce sont deux interventions différentes.

Pour faire le bilan critique du débriefing, en toute objectivité, il faut d'abord distinguer les différentes méthodes décrites sous ce seul vocable, et les différentes options qu'elles recouvrent. La procédure définie par Mitchell (priorité du cognitif sur l'affectif, et du récit narratif sur l'expression des émotions, visée éducative et préventive, plutôt que thérapeutique) est appropriée surtout aux « incidents critiques » chez des sauveteurs professionnels. L'incident critique n'implique pas nécessairement traumatisme et, dans la plupart des cas, on a affaire à un groupe de sauveteurs habitués à faire face à des catastrophes pourvoyeuses de tels incidents « banals ». En outre, les sauveteurs tiennent à garder la face, ils ne veulent pas être considérés comme des malades ; ils acceptent d'être confortés, mais non pas d'être soignés. Ils le manifestent en adoptant, dès le début du débriefing, une certaine réserve vis-à-vis de toute tentative d'intrusion dans l'intimité de leur expérience émotionnelle. Aussi, l'accord tacite pour démarrer la séance par des narrations, puis, éventuellement, faire part de cognitions qui n'engagent à rien leur convient parfaitement. L'incursion tardive, brève et contrôlée dans l'univers de leurs émotions, qui succède à ces préalables, ne transperce pas leur cuirasse défensive, et ils ne concèdent que des vécus émotionnels conventionnels et anodins.

En revanche, le débriefing « à la française », tel que pratiqué par Crocq, Lebigot, De Clercq, Vermeiren, Vitry et d'autres, où la consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent l'envie de le faire, où le préalable narratif n'est pas imposé, et où l'objectif est à la fois préventif et thérapeutique, s'adresse à des victimes qui sont en état de souffrance psychique et qui présentent des symptômes psycho-traumatiques avérés ou émergents. Ce débriefing doit être impérativement assuré par des psychiatres ou des psychologues cliniciens bien au fait de

la psychotraumatologie et spécialement formés à la méthode cathartique. Cette seconde acception du mot « débriefing » est en réalité un acte thérapeutique, qui peut se suffire à lui-même ; il doit parfois être renouvelé à de courts intervalles pour apporter la guérison ; parfois enfin, il ne constitue qu'une initiation thérapeutique incitant le patient à entreprendre une thérapie plus conséquente. Quoi qu'il en soit, pour lever toute équivoque, il vaut mieux renoncer à employer à son sujet le terme même de débriefing, et dénommer cette procédure par ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire « intervention psychothérapique précoce ».

Pour en savoir plus

- Armstrong, K., O'Callahan, W., & Marmar, C. (1991). « Debriefing Red Cross disaster personnel : the multiple stressor debriefing model ». *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 581-593.
- Bouthillon, P., Crocq, L., & Julien, H. (1992). « Stress immédiat et séquelles psychologiques chez les victimes d'attentats terroristes ». *Psychologie Médicale*, 24(5), 465-470.
- Cremniter, D., & Gravier, Y. (1997). « Actualité sur le débriefing ». *Soins Psychiatrie*, 188, 27-30.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq L. (2002), « Expression des émotions et aspect cathartique du débriefing », in E. DE SOIR et E. VERMEIREN (dir.), *Les Debriefings psychologique en question...*, Anvers, Garant, p. 163-174.
- Crocq, L. (2003). « L'Approche cathartique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 15-24.
- Crocq, L. (2004). « Histoire du débriefing ». *Pratiques Psychologiques*, 10, 291-318.
- De Clercq, M., & Vermeiren, E. (1999). « Le Debriefing psychologique : controverses, débat et réflexions ». *Nervure*, 6, 55-61, t. XII.
- Dyregrov, A. (1997). « The Process in psychological debriefing ». *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 589-606.
- Lebigot, F. (1998). « Le Débriefing individuel du traumatisé psychique ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156(6), 417-420.
- Lebigot, F., Gauthier, E., Morgand, D., Reges, J. -L., & Lassagne, M. (1997). « Le Débriefing psychologique collectif ». *Annales Médico-Psychologiques*, 155(6), 370-378.
- Marshall, S. L. A. (1947). *Men under fire : the problem of battle command in future war*. New York: William Morrow and Co.
- Mitchell, J. T. (1983). « When disaster strikes : the critical incident stress debriefing process ». *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1995). « Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups ». In J. S. Everly, & M. J. Lating (Eds.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267-280). New York: Plenum Press.
- Passamar, M., Borgne, N., & Vilamot, B. (2003). « Le Debriefing psychologique est-il déjà une thérapie ? Obstacles et indications ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(2), 125-128.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. New York: Basic Books.

- Shalev, A. (1994). « Debriefing following traumatic exposure ». In R. J. Ursano, B. MacCaughy, & C. S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster* (pp. 201-219). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vermeiren E, De Clercq M., (2001), « Debriefing psychologique des intervenants », in M. De Clercq et F. Lebigot (dir.), *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 189-200.

15 Du débriefing à l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI)

C. Duchet

Historiquement, nous faisons remonter l'apparition des premières interventions précoces auprès des victimes à la Seconde Guerre mondiale, bien que les prémices de ces soins fussent déjà décelables lors de la guerre russo-japonaise de 1904–1905 (Crocq, 1999). Le général Autocratov inaugurerait la psychiatrie de l'avant en envoyant un psychiatre et un infirmier psychiatrique parcourir les champs de bataille pour le repérage et la mise à l'abri des blessés psychiques. L'objectif de ces soins visait le retour des soldats au combat et se résumait aux cinq principes édités un peu plus tard par Salmon (1917, in Crocq, 1999) :

- *immédiateté (urgence des soins) ;*
- *proximité (du champ de bataille) ;*
- *simplicité (du dispositif de soins) ;*
- *espérance de guérison (convaincre le sujet qu'il allait guérir) ;*
- *centralité (importance d'un réseau de soins avec un dispositif central).*

Cependant, c'est durant la Seconde Guerre mondiale que le terme de débriefing de groupe est apparu, avec Marshall qui proposait une méthode de narration historique (c'est-à-dire chronologique) des faits à l'intérieur d'un groupe. La psychiatrie militaire a donc inauguré cette pratique et a poursuivi son action durant les conflits suivants (Crocq, 1999).

En milieu civil, il faut attendre les années 1980 pour voir apparaître ce type de soins d'urgence désigné par le même mot : débriefing. Mitchell, ancien pompier et psychologue américain d'obédience cognitivo-comportementaliste, développe alors une méthodologie stricte du débriefing (Mitchell et Everly, 1995), inspirée de la technique de Marshall et destinée à des équipes de sauveteurs. Mitchell vise également le retour des équipes sur le terrain par l'atténuation des réactions de stress dépassées ou inadaptées.

Le modèle de Mitchell a connu un engouement sans précédent, notamment dans les pays anglo-saxons, probablement en raison de sa rigueur, de sa technique claire et aisément reproductible. Ce modèle a alors été étendu à :

- *d'autres courants théoriques : avec notamment la pratique du débriefing adoptée par des psychiatres, des psychologues et des psychanalystes, spécialistes du psychotraumatisme (De Soir et Vermeiren, 2002) ;*

- d'autres populations : des non-professionnels, des personnes présentant des pathologies diverses et ayant subi différents types d'événements.

L'objectif et la méthode ont alors naturellement connu des changements et des adaptations.

En France, la création des Cellules d'urgence médico-psychologique (Crocq, 1998) nous a notamment permis de réfléchir et de mettre à l'épreuve différents modèles d'interventions : immédiates (le jour même) et post-immédiates (dans les jours qui suivent ; Louville, 1999). La première version du « débriefing à la française » proposée par Crocq (in Crenniter et Gravier, 1997) a permis de réorienter les objectifs de ce type de soins en suivant dix principes adaptés à une prise en charge psychodynamique des victimes (et non plus des sauveteurs). Dans le même temps, les psychiatres militaires précisaient également de nouveaux contenus sous le même vocable « débriefing » (Lebigot, 1998 ; Lebigot et al., 1997) en différenciant les dispositifs individuels et collectifs. Tous insistaient sur la nécessité d'inviter les patients à tenir un « langage authentique », en leur intimant : « dites ce que vous ressentez, ne racontez pas ce que vous avez vu » (Crocq et al., 1998). Dès lors, le terme même de débriefing ne correspondait plus réellement à notre pratique. Crocq a ensuite proposé diverses dénominations : « bilan psychologique d'événement » puis « intervention psychothérapique précoce » (Crocq, in De Soir et Vermeiren, 2002). Après plus de dix années de pratique et de travaux à ce sujet, nous sommes en mesure de proposer un nouveau modèle d'intervention (Duchet et al., 2004 ; Duchet, 2009), en tenant compte des différentes critiques énoncées par la communauté scientifique (Jehel et al., 2005). L'appellation IPPI (intervention psychothérapeutique post-immédiate) présente l'avantage de bien différencier les temps d'interventions : à distance de l'événement (dans les jours qui suivent la phase dite « immédiate »), le travail clinique n'est pas le même que lors des soins précoces (ou immédiats) délivrés le jour même de la catastrophe (Louville et Duchet, 2006). De plus, le vocable « psychothérapeutique » recentre les objectifs de ce type de soins. Bien que ce modèle soit tout à fait adaptable à la prise en charge individuelle d'une victime (voir plus loin vignette clinique), nous en présenterons ici les modalités de fonctionnement en groupe parce qu'elles sont plus complexes à mettre en place (Duchet, 2002 ; 2006 ; 2009).

1. Spécificités de l'intervention psychothérapeutique post-immédiate

Les modalités de l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) sont présentées ici, *versus* les modalités du *critical incident stress debriefing* (CISD) de Mitchell (Mitchell et Everly, 1995).

1.1. Les modalités de fonctionnement

La première différence fondamentale entre le CISD et l'IPPI est le *type d'événement* qui motive l'intervention : Mitchell parle « d'incident critique » gênant le

retour de ses équipes de professionnels sur le terrain. Tandis que l'IPPI s'adresse aux personnes qui viennent de vivre un « événement potentiellement traumatique » : un événement qui peut confronter le sujet à l'effroi dans sa rencontre avec le « réel de la mort » (Lebigot, 1997). En revanche, les modalités de *temps*, de *durée* et de *lieu* sont sensiblement identiques dans les deux modèles. Le CISD est proposé aux équipes dans les 24 à 72 heures après l'incident. Pour l'IPPI, le délai d'intervention (2 à 10 jours) peut être augmenté, notamment dans le cas des événements entraînant des décès : notre action se déroule alors après les obsèques. La durée des séances est comparable : 1 à 3 heures chez Mitchell, 2 à 3 heures chez nous. Et enfin, le lieu de l'intervention se doit d'être neutre par rapport à l'événement dans les deux cas. Il est important de préciser que la réussite d'une telle intervention réside aussi dans la préparation de cette dernière : avant la rencontre des victimes, les intervenants doivent être au clair avec l'institution demandeuse quant aux circonstances exactes de l'événement (une visite des lieux s'avère généralement d'un grand secours), à l'énonciation de la demande, au partenariat et aux objectifs visés.

1.2. Les intervenants

Le débriefing de Mitchell comme l'IPPI nécessitent la présence d'au moins deux animateurs (un leader et un co-animateur). Cependant, la catégorie professionnelle de ces animateurs diffère nettement selon les modèles d'intervention : dans le débriefing de Mitchell, des psychologues, des assistants sociaux, des médecins, des infirmiers et des cadres peuvent mener l'intervention à partir du moment où ces derniers sont formés à sa technique et « motivés pour apporter un soutien de pair » (Mitchell et Everly, 1995) ; en bref, ces professionnels doivent appartenir au même corps de métier que les équipes débriefées. Nous nous distinguons alors nettement de ces préconisations puisque les animateurs de l'IPPI sont des psychologues, psychiatres et infirmiers : des soignants formés non seulement à la méthode de l'IPPI mais également à la clinique du psychotraumatisme. Enfin, nous préconisons que ces soignants soient extérieurs et neutres par rapport à l'institution et bien entendu non impliqués dans l'événement.

1.3. Les participants

L'effectif des groupes est semblable : 5 à 12 sujets chez Mitchell, 3 à 15 chez nous. Mais la population visée n'est pas la même puisque, rappelons-le, le CISD s'adresse à des équipes de sauveteurs professionnels, préalablement constituées et directement concernées par l'événement, dans lesquelles la hiérarchie est associée. Quant à l'IPPI, elle s'adresse tout autant à des équipes de professionnels qu'à des groupes informels, à partir du moment où ces groupes préexistent à l'événement et sont exposés de manière homogène à celui-ci. Chez nous, la hiérarchie est généralement traitée à part, bien qu'il existe des exceptions en fonction de spécificités locales ou situationnelles.

1.4. Les règles de fonctionnement du groupe

Les principes de base sont strictement les mêmes dans les deux modèles : ils insistent sur la confidentialité des propos échangés, sur l'engagement du groupe dans son entier et jusqu'à la fin de la séance, et reposent sur une participation volontaire. Ces règles doivent être clairement énoncées aux participants dans l'introduction de la séance, nous y reviendrons.

1.5. Les objectifs

Le cadre de chaque type d'intervention est fondamentalement différent puisque le CISD ne s'inscrit pas dans une visée thérapeutique ; son déroulement est très strict, centré sur la narration des faits et animé par des modalités pédagogiques basées sur le conseil et la dédramatisation. À l'inverse, l'IPPI (comme son nom l'indique) se pose comme l'amorce d'un processus thérapeutique : si le cadre est strict, le déroulement se veut souple et centré sur l'énoncé du vécu subjectif de chacun des participants. Une écoute neutre et bienveillante est proposée par les soignants. De ce fait, les objectifs ne peuvent être les mêmes : en premier lieu, le CISD vise à réduire les perturbations émotionnelles et les symptômes de stress, tandis que l'IPPI favorise l'expression individuelle puis la mise en commun des vécus subjectifs. En second lieu, le CISD opère pour le retour des équipes sur le terrain, tandis que l'IPPI cherche avant tout à prévenir et à atténuer les effets potentiellement traumatiques de l'événement : les symptômes de stress, mais également les risques à plus long terme de voir se cristalliser une pathologie post-traumatique. Il ne s'agit pas d'empêcher l'apparition des symptômes ou de la souffrance mais de pouvoir leur donner rapidement un sens après l'événement : permettre à une parole d'émerger là où elle faisait cruellement défaut (en référence à l'absence de représentations et de mots pour décrire l'inouï de cette rencontre d'avec la mort).

1.6. Le déroulement du contenu de la séance

Mitchell applique ses sept phases dans un ordre strictement défini : une introduction, suivie de la narration extrêmement précise des faits, d'une exploration des cognitions, puis des réactions et des comportements, puis des symptômes, pour finir par un enseignement sur le stress avec dédramatisation et conseils et une conclusion-synthèse du groupe. L'IPPI se propose de suivre une évolution temporelle (Lebigot, 1997 ; Vitry, 1999) en lien avec la clinique du trauma (rappelons que le traumatisme vient notamment rompre la continuité du temps).

1.6.1. L'introduction

Elle sert à présenter les modalités de fonctionnement de la séance aux participants : les rôles et fonctions des intervenants sont précisés ainsi que le cadre

de l'intervention (précisions apportées sur l'événement et la demande institutionnelle). Les règles de participation au groupe sont énoncées clairement avant que la séance puisse réellement commencer : confidentialité des propos (tant du côté des professionnels que des participants), participation volontaire et non obligatoire, implication égale de tous (les sujets présents doivent tous avoir été concernés directement par l'événement), chacun parle de soi et pour soi et s'engage à rester jusqu'à la fin de la séance. Enfin, les participants sont invités à se présenter et à respecter les principes de fonctionnement du groupe.

1.6.2. La première phase

Elle concerne le vécu de l'événement : les victimes sont sollicitées pour exposer leur ressenti personnel. Il s'agit donc de retracer après-coup ce qu'elles ont éprouvé au moment de l'événement : émotions, sentiments, pensées, comportements, etc. « Pendant cette première phase, le langage authentique et libérateur de chaque participant (...) est sollicité par les intervenants. » (Vitry, 1999.) L'objectif principal est que chacun des participants retrouve une place de sujet, acteur de sa propre parole. L'aspect collectif favorise l'enrichissement mutuel des participants mais doit également mettre en valeur la cohérence du récit intérieur de chacun. Cette phase, en groupe, donne du sens à l'expérience vécue individuellement.

1.6.3. La deuxième phase

Elle concerne les traces, les « séquelles » laissées par la traversée de l'événement potentiellement traumatique. Les intervenants aident alors les participants à repérer leurs troubles, leurs gênes et difficultés affectives, relationnelles, cognitives, etc., apparus dans les jours suivant l'événement. Cette phase est fondamentale car elle permet aux professionnels de repérer les personnes dites « à risque » : certains symptômes tels que la dissociation et la détresse péritraumatique représentent des facteurs prédictifs d'une pathologie post-traumatique. C'est l'occasion aussi de pointer les résonances particulières et subjectives de l'événement dans l'histoire de chacun (d'autres événements plus ou moins enfouis peuvent refaire surface). Enfin, les soignants peuvent aider les participants à mieux comprendre l'origine et le sens des symptômes psychotraumatiques en réaffirmant la « normalité » de toutes ces réactions en lien avec l'expérience vécue (Lebigot, 2005) et en se servant des propos énoncés par chacun.

Lors de cette étape, apparaît souvent l'énonciation des sentiments de honte, de culpabilité, d'abandon : ils sont alors objet d'un travail clinique important (Daligand, 2006). En effet, il n'est pas question ici de procéder à une réassurance artificielle des participants. Si la faute réelle peut faire l'objet d'un travail de différenciation de la faute fantasmée, les sentiments subjectifs gagnent à être entendus : « Se sentir coupable, c'est rester dans le monde des hommes, c'est-à-dire se donner une chance de refouler à nouveau ce vers quoi il aurait fallu ne jamais pouvoir/vouloir revenir »

énonce [Lebigot \(1997\)](#) à propos du franchissement de l'interdit inhérent à toute rencontre traumatique avec le réel de la mort.

1.6.4. La troisième phase

Elle sert à envisager le futur immédiat et plus lointain, en termes de changements. À ce stade, nombreuses sont les personnes à ne pas pouvoir concevoir l'avenir, même proche, tant elles se sentent encore sous l'emprise de leur bouleversement. Cependant, il est extrêmement important de les ouvrir à ce questionnement, qu'elles reprendront par la suite, seules ou avec leurs proches. Chez certains, des idéaux ou des croyances se sont écroulés, vient alors la recherche d'un nouveau sens à donner à leur vie. Pour d'autres, c'est déjà le moment d'évoquer des changements en termes de projets et de nouvelles valeurs : faire plus attention aux autres, se faire plaisir, prendre le temps de vivre alors qu'elles ont frôlé la mort. Il s'agit d'une invitation à penser le futur, d'une ouverture vers « l'après-traumatisme ». Entrouvrir l'idée que l'événement devra progressivement s'inscrire dans une continuité et dans l'histoire individuelle permet à chacun d'éloigner peu à peu la part « d'exception » qui est naturellement attribuée aux faits dans l'actuel.

1.6.5. La conclusion

Elle sert à refermer « cet espace-temps » : il s'agit de mettre un terme à la réunion de groupe en reprenant tous les aspects importants qui se sont donnés à voir au cours de la séance. En conclusion, les cliniciens reformulent ces points et mettent en évidence des effets de groupe (cohésion/éclatement, soutien/difficultés, partage d'expérience et d'émotions, etc.) avant d'inviter chacun à retrouver sa place en dehors de ce groupe. Certains participants témoignent déjà d'un mieux-être, d'un soulagement, d'autres demandent un entretien individuel pour approfondir certains points, plus personnels. C'est souvent l'occasion d'une découverte de l'effet bénéfique de la parole.

1.7. Orientation

Le CISD ne s'inscrivant pas dans un processus thérapeutique, il n'est pas *a priori* prévu d'orientation. En revanche, dans notre cadre, il va de soi que certaines personnes doivent être orientées (ces interventions en permettent d'ailleurs le repérage). Même si, le plus souvent, l'IPPI est composée d'une séance unique, cette intervention peut être suivie, soit d'entretiens individuels qui permettent un travail thérapeutique sur le vécu traumatique individuel ([Duchet et Molenda, 2005](#)), soit de groupes de parole pour des équipes de professionnels lorsque la problématique institutionnelle le nécessite ([Duchet, 2006](#)).

1.8. Contre-indications à l'IPPI de groupe

L'IPPI groupale n'est pas préconisée lorsque les participants n'ont pas été exposés de manière homogène à l'événement : il n'est pas recommandé de

réunir des personnes qui n'auraient pas physiquement assisté à la même scène traumatique. Une seconde contre-indication concerne les familles : si une prise en charge groupale peut aussi leur être proposée, la technique stricte de l'IPPI (centrée sur l'expression du vécu émotionnel) doit être appliquée individuellement car les identifications de Moi à Moi (indispensables au bon fonctionnement de la séance) ne peuvent s'effectuer entre les membres d'une même famille, entre un père et son fils par exemple. L'approche groupale n'est pas non plus indiquée lorsqu'une faute réelle a été commise par l'un des membres du groupe et lorsque celle-ci a entraîné des conséquences néfastes pour le groupe. Enfin, l'IPPI n'a pas lieu d'être pour des situations non traumatiques.

2. Aspects cliniques et psychodynamiques

L'IPPI est proposée à des groupes de personnes qui viennent de vivre un événement potentiellement traumatique, avec un degré d'exposition relativement homogène à l'événement. Mais cette technique est tout à fait transposable aux entretiens individuels au niveau du contenu, du déroulement de la séance et de la technique d'écoute (voir plus loin *vignette clinique*).

Classiquement, le traumatisme est défini comme un événement brutal, soudain et violent qui vient bouleverser les capacités adaptatives, d'élaboration et de défense d'un sujet (Laplanche et Pontalis, 1967). Le traumatisme vient alors rompre un équilibre psychique et une continuité, détruisant par là même les constituants fondamentaux de l'être, du sujet et de sa psyché. L'événement traumatique surgit ici de l'extérieur, de la réalité : la menace externe vient alors faire irruption dans le monde interne du sujet et se loge dans sa psyché comme un « corps étranger interne » écrivait Freud (1920a). Cependant, il est important de rappeler que l'événement ne devient traumatique pour une personne qu'en fonction de ce qu'il provoque subjectivement chez elle, qu'en fonction donc de la réalité interne du sujet ! Nous parlons alors de rencontre singulière entre le traumatisme et le sujet. Ainsi, les personnes rencontrées dans le cadre de l'IPPI ne sont pas toutes exposées au risque de développement d'un syndrome psychotraumatique ou d'une névrose traumatique. L'objectif principal de l'IPPI est alors la mise en commun de cette expérience traumatique. Nous insistons sur l'existence préalable d'un lien entre les différents membres du groupe, c'est-à-dire d'une histoire commune, même brève, qui place les uns et les autres en position « d'alter ego » (Freud, 1920b). Les identifications réciproques, de Moi à Moi, permettent la constitution d'un véritable groupe de semblables : c'est ce collectif qui va jouer le rôle de tiers, un « autre » reconnu par tous, comme le lieu où peut se valider la parole de chacun (Lebigot *et al.*, 2001). C'est sur la base de cette histoire groupale, commune et passée, que l'IPPI va construire une dynamique et un échange porteurs de sens pour les membres du groupe (Duchet, 2006).

Autre spécificité de notre pratique : le psychotraumatisme que nous traitons dans le domaine de l'urgence médico-psychologique implique un passage par la mort. La victime a cru qu'elle allait mourir, ou a assisté à la mort violente d'un autre, voire elle s'est vue morte. Que cette mort soit un réel danger physique ou qu'elle constitue une menace de mort psychique : la rencontre avec le réel de la mort revient sans cesse dans le discours des personnes traumatisées que nous rencontrons. Or le groupe en tant qu'enveloppe psychique est mis à mal par l'irruption du réel de la mort avec le risque d'une contemplation en commun de l'horreur. L'IPPI doit permettre au contraire la restauration de chacun des membres du groupe, par la production individuelle et collective d'une parole qui permet peu à peu la maîtrise de l'horreur dans un mouvement de vie. Les cliniciens animant cette séance groupale doivent être particulièrement attentifs au risque de développement d'un scénario identique pour tous (favorisé par le phénomène d'illusion groupale décrit par Anzieu). Cette reconstruction erronée du vécu de l'événement gommerait non seulement toute individualité mais pourrait entraîner une identification malheureuse à un « groupe victime », éloignant chacun des participants de son vécu intime et de son histoire. C'est pourquoi il est important de réaliser sans cesse des « aller-retour » entre la part qui revient à chacun et la part qui revient au groupe. Il s'agit au final d'un équilibre subtil entre la mise en commun de la singularité des vécus et la mise en évidence de liens entre les différents récits. À travers ce procédé propre au groupe, le soulagement va émerger, l'isolement va être rompu et les représentations vont pouvoir commencer à émerger, comblant les vides et les trous laissés par le trauma.

L'émergence d'une parole, dans un cadre de soins solidement édifié, s'avère fondamentale dans les suites d'une expérience traumatique, tandis que cette dernière a confronté certains à la désorganisation de leurs représentations et de leurs valeurs, et d'autres à l'impensable d'une rencontre qui exclut les hommes de l'humanité et du langage. La mise en place de l'IPPI va justement permettre à tous ceux qui ne sont pas en état d'adresser une demande de soins d'accéder à cette possibilité d'énonciation de leur vécu intime, porteuse d'un potentiel de changement dynamique.

3. Illustration clinique de l'intervention psychothérapeutique post-immédiate auprès d'une victime d'attentat terroriste

3.1. Introduction : le cadre de l'IPPI individuelle

Après avoir exposé les spécificités du fonctionnement de l'IPPI groupale, nous avons choisi de vous présenter ici une intervention psychothérapeutique

post-immédiate auprès d'une victime d'attentat terroriste afin de mieux comprendre comment la méthodologie peut aisément être transposée à une prise en charge individuelle. Les modalités de l'intervention sont plus simples que pour un dispositif groupal puisqu'il n'y a pas à proprement parler de préparation particulière à prévoir en amont de la rencontre avec le patient. Ce dernier peut solliciter de lui-même ce type de soins s'il a connaissance des consultations spécialisées en psychotraumatologie, ou bien se présenter suite à une orientation de la part d'un collègue (qui peut aussi être un somaticien) ou d'une structure particulière (centre hospitalier, association d'aide aux victimes, etc.). Cette orientation peut être largement facilitée par la mise en place d'un dispositif de soins immédiats organisé par les équipes des CUMP (Cellules d'urgence médico-psychologique) au décours d'une grande catastrophe, ce dont a pu bénéficier notre patient. Bien que l'événement qui motive cette consultation s'inscrive dans une dimension collective (l'attentat à la bombe a concerné plus d'une centaine de personnes dans une rame de RER parisien), le dispositif groupal n'est pas recommandé dans ce cas puisque les victimes ont été réunies par le fruit du hasard, sans avoir au préalable une histoire commune. Nous soulignons, dans ce cas précis, la différence fondamentale à établir entre les soins immédiats (le jour même) qui sont généralement collectifs (cela est d'ailleurs nettement indiqué au regard de la résonance sociale de ce type d'événement) et les soins post-immédiats à procurer en individuel.

3.2. La rencontre de Vincent

C'est dans le cadre de consultations externes situées dans une structure hospitalière que nous avons rencontré ce jeune homme de 27 ans, au physique élancé, que nous nommerons Vincent. Ce dernier exerce la profession d'informaticien et a été victime d'un attentat terroriste, tandis qu'il regagnait son domicile après une journée de travail. Il vit paisiblement en région parisienne avec sa femme (alors enceinte de deux mois), après deux ans passés en Afrique dans le cadre d'une coopération. Sa famille, avec laquelle il est resté en bons termes, réside en province. La séance a lieu, à sa demande, trois semaines après l'explosion : à l'inverse de l'IPPI groupale, le délai d'intervention peut tout à fait être augmenté, notamment après une hospitalisation pour soins somatiques. En effet, Vincent a souffert d'un blast aux deux tympans, de brûlures et de contusions multiples qui ont nécessité une prise en charge hospitalière spécifique. Au cours de l'entretien, Vincent se montre très attentif aux questions posées, il s'exprime à son tour sans retenue et avec sincérité : il apparaît comme un jeune homme « posé », vif d'esprit et cultivé. Ses propos sont souvent empreints d'émotions mais ces dernières sont toujours maîtrisées et donnent lieu à une élaboration, confortable pour le clinicien.

3.3. Première phase : « l'impossibilité de se dégager »

Après nous être présentée et lui avoir succinctement expliqué les objectifs de l'entretien (faire le point sur son vécu personnel de l'événement, sur ses répercussions éventuelles, et mieux comprendre son impact dans son histoire de vie), nous lui demandons de nous exposer la manière dont il a vécu l'événement sur le moment. Il se souvient qu'il lisait, comme à son habitude, au moment où la bombe a explosé dans le train. Ses propos se centrent ensuite très rapidement sur sa position très inconfortable : Vincent était bloqué sur son siège, en position assise, par des débris du wagon, il ne percevait pas grand-chose autour de lui et a tout de suite cherché à se dégager. Il savait que le train avait eu un « accident » (le caractère terroriste de l'événement n'est pas encore évoqué) et ce qui lui importait, c'était de trouver une solution pour « sortir de là ». Nous explorons alors la dimension de sa possible rencontre avec le réel de la mort en l'invitant à nous décrire précisément ce qu'il a ressenti à ce moment-là. Bien entendu, le jeune homme reconnaît que l'univers était sans doute effrayant : le noir, les cris, l'odeur de fumée... mais Vincent ne se souvient pas d'avoir eu vraiment peur de mourir, ni d'avoir été confronté à la vision des corps déchiquetés (ce qu'évoquent de nombreuses autres victimes du même attentat). « J'ai peut-être été étourdi par le choc, je ne sais pas... mais dès que j'ai réalisé que j'étais bien vivant, mon énergie et mon attention se sont centrées sur moi... Il fallait que je trouve un moyen de me dégager, de me sortir de là, et là j'ai ressenti un vrai malaise parce que je ne pouvais pas bouger ! » explique-t-il. La suite de son récit nous confirme que le patient a certes éprouvé une terrible angoisse mais qu'il n'a pas été confronté à l'effroi traumatique. Si certaines de ses expressions nous invitent à être attentive à une légère déréalisation et une mise à distance défensive du danger de mort, nous nous assurons que Vincent n'a pas présenté de réels symptômes de dissociation péritraumatique. Les secours l'ont extrait assez rapidement de l'amas de ferraille qui le recouvrait et l'ont fait immédiatement évacuer à l'hôpital, épargnant en effet au jeune homme la vision des autres victimes blessées et des corps meurtris. Lorsque Vincent a réalisé qu'il s'agissait d'un attentat, en assistant aux échanges des ambulanciers, il a tout de suite pensé à sa femme et s'est assuré de pouvoir la joindre rapidement au téléphone. Son souvenir le plus désagréable reste d'avoir été contraint à l'immobilité, avec l'angoisse de ne pouvoir se dégager. Au cours de cette séance d'IPPI, il n'est pas question de se livrer à des interprétations intrusives et hâtives, nous nous « contentons » d'accueillir chaque éprouvé et d'être attentive au déroulement du vécu subjectif du patient, de son récit intime. Avec lui, cette première phase de l'IPPI n'a pas été la plus longue en termes de durée, ni la plus douloureuse, contrairement aux entretiens menés avec des patients déjà pris dans une dimension franchement traumatique.

3.4. Deuxième phase : la recherche de sens

Après avoir vérifié que « tout » (ce qui pouvait l'être) a été énoncé sur le vécu immédiat de l'événement, nous invitons le patient à parler des changements qu'il a repérés en lui dans les jours (et ici les semaines) qui ont suivi l'expérience potentiellement traumatique. Vincent nous explique alors les aspects bénéfiques de son hospitalisation, il parle de ses blessures comme « d'une cerise sur le gâteau » qui l'a obligé à se centrer sur lui et sur sa progression dans la réparation de son corps. Il se préoccupe également de sa femme, inquiète mais prévenante. Sur le plan psychique, des questions et ruminations anxieuses l'assaillent régulièrement mais aucun flash visuel ne s'impose vraiment à lui : il repense souvent à l'attentat car il cherche à explorer ce que cet « accident » a provoqué en lui. C'est d'ailleurs ce qui a motivé sa venue. Il rêve beaucoup, de trains, de voyages stoppés mais il pense que ces rêves sont aidants car il cherche à y retrouver la sensation d'immobilité qui l'a tant effrayé après l'explosion pour mieux la dépasser. Il sait qu'il sera père dans sept mois et tient à être guéri pour accueillir l'enfant. Il n'hésite pas à se confier à ses proches, dans les moments difficiles, mais prend garde aussi de ne pas trop leur en dire pour ne pas les effrayer... À sa sortie de l'hôpital, il reprend très vite son travail et les transports en commun : « Il fallait que je m'habitue à les reprendre sans en avoir peur. Évidemment, au début, j'ai eu quelques sueurs froides, mais rapidement j'ai contrôlé tout ça, et puis j'ai fini par prendre le RER quasiment sans y penser. » Vincent fonctionne dans la maîtrise de lui-même et de l'environnement, et c'est sans doute ce qui contribue à lui rendre la scène d'immobilisation difficile à supporter. Pour lui, le combat est intérieur, mais la lutte fonctionne... Lors de la reprise de son travail, il se rend compte qu'il est quelque peu différent : les personnes qui lui tiennent à cœur sont devenues plus chères encore à ses yeux, mais ses collègues l'ennuient, leur quotidien lui paraît sans importance. Craignant de « se démobiliser et de déprimer », il réalise alors à quel point il a besoin de s'investir dans un nouveau projet professionnel dont il souhaite faire profiter une autre entreprise, plus dynamique. Sur les plans somatique et neurovégétatif, des symptômes persistent : Vincent n'a pas récupéré son audition, il entend des sifflements aigus en permanence (phénomène classique d'acouphènes) et il constate qu'il sursaute parfois, de manière incontrôlable, lorsque des stimuli externes le surprennent. Mais Vincent a confiance, ces troubles devraient disparaître. Sur le plan psychique, il pense encore assez souvent à l'attentat, « quelque chose » résiste à sa compréhension. Cependant, sa vie a repris son cours, ponctuée de visites médicales mais aussi de loisirs et de moments agréables passés auprès de son épouse dont le ventre s'arrondit. Il nous confie son inquiétude à propos de cette dernière qu'il trouve quelque peu fragilisée par les événements qu'il a subis (ce qui nous donne l'occasion de lui signifier qu'elle peut, elle aussi,

bénéficier d'un lieu d'écoute avec un confrère si elle le désire). C'est alors au cours de cette phase de l'entretien que Vincent fait tout à coup le lien entre son vécu pénible de l'attentat et un accident de moto qui l'avait contraint à une immobilisation forcée quelques années auparavant. Nous l'aidons ainsi à revisiter le caractère spécifiquement douloureux de sa perte de contrôle sur ses membres, ce qui lui procure un soulagement qui semble libérateur : du sens émerge enfin pour lui.

3.5. Troisième phase : un avenir possible

Facilitée par son dynamisme « naturel » et son désir de « tout comprendre » de ce qui s'est joué pour lui et en lui, l'entrée dans cette dernière phase de l'entretien peut commencer. Lorsque nous l'interrogeons sur la façon dont il envisage l'après et l'avenir, Vincent nous exprime d'emblée son désir d'être prêt à accueillir l'enfant en devenir. Il s'interroge encore sur ce que cette nouvelle expérience de vie pourra lui permettre de transmettre et d'apprendre. Nous mettons fin à l'entretien au bout d'une bonne heure et demie, lui indiquant que s'il le souhaite (ce qui n'est pas le cas pour le moment), il pourra de nouveau faire appel à nous.

3.6. Conclusion : recommandations

Nous avons choisi d'exposer le cas de cet homme parce qu'il illustre précisément la manière dont une séance unique peut suffire à faire jaillir du sens (là où il en manquait) et permettre d'ouvrir le sujet à la poursuite de ce travail d'exploration intrapsychique. Cette vignette clinique montre aussi que l'anxiété peut suffire à faire émerger une demande qui nécessite d'être traitée au même titre qu'un vécu plus traumatique. Bien entendu, les soins psychiques procurés aux personnes « traumatisées » ne sauraient se réduire à cet entretien unique. Cependant, que le patient soit dans l'anxiété ou dans le trauma, le déroulement de l'IPPI reste le même : il s'agit d'être à la fois « directif », attentif au cadre comme au déroulement des phases de la séance, tout en restant extrêmement souple, bienveillant dans l'écoute et dans l'accueil des paroles douloureuses et subjectives du sujet.

Pour en savoir plus

- Cremniter, D., & Gravier, V. (1997). « Actualité sur le débriefing ». *Soins psychiatrie*, 188, 27-30.
- Crocq, L. (1998). « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156(1), 48-54.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L. (2002). « Histoire critique du débriefing ». In E. De Soir, & E. Vermeiren (Eds.), *Les débriefings psychologiques en question...* (pp. 73-130). Anvers: Garant Éditeurs.
- Crocq L., Doutheau C., Louville P., Cremniter D. (1998), « Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquentiels. Paniques et psychopathologie collective », *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris)*, 37, 113, D-10, 1-8.

- Daligand, L. (2006). « La honte et le trauma ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(3), 151-154.
- De Soir, E., & Vermeiren, E. (2002). *Les debriefings psychologiques en question....* Anvers: Garant Éditeurs.
- Duchet, C. (2002). « Le psychotraumatisme collectif ». *Annales Médico-Psychologiques*, 160(5-6), 467-469.
- Duchet, C. (2006). « Thérapies de groupe et interventions psychothérapeutiques post-immédiates (IPPI) ». In J. Jehel, & G. Lopez (Eds.), *Psychothérapie des victimes* (pp. 177-185). Paris: Dunod.
- Duchet, C. (2009). « Éclairages psychanalytiques ». In A. Ponseti-Gaillochon, C. Duchet, & S. Molenda (Eds.), *Le debriefing psychologique : pratique, bilan et évolution des soins précoces* (pp. 27-52). Paris: Dunod.
- Duchet C., Ducrocq F., Jehel L., Louville P., Prieto N. et Vaiva G. (2004), Présentation d'un modèle d'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI). Communication aux Sixièmes Journées scientifiques de l'AFORCUMP (Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médico-psychologique, Société française de psychotraumatologie), Lyon.
- Duchet, C., & Molenda, S. (2005). « Les consultations du psychotraumatisme ». In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, & M. Goudemand (Eds.), *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements* (pp. 113-120). Paris: Masson.
- Freud, S. (1920a). Principe du plaisir et névrose traumatique. Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (pp. 13-20). Paris: Payot, 1975/1986.
- Freud, S. (1920b). « Psychologie collective et analyse du Moi ». In *Essais de psychanalyse* (pp. 83-175). Paris: Payot, 1975/1986.
- Jehel, L., Prieto, N., & Crocq, L. (2005). « Du débriefing des sauveteurs au débriefing psychiatrique ». In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, & M. Goudemand (Eds.), *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements* (pp. 113-120). Paris: Masson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1990.
- Lebigot, F. (1997). « La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle ». *Annales Médico-Psychologiques*, 155(8), 522-526.
- Lebigot, F. (1998). « Le debriefing individuel du traumatisé psychique ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156(6), 417-421.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.
- Lebigot, F., Damiani, C., & Mathieu, B. (2001). « Debriefing psychologique des victimes ». In M. De Clercq, & F. Lebigot (Eds.), *Les traumatismes psychiques* (pp. 163-187). Paris: Masson.
- Lebigot, F., Gautier, E., Morgand, D., Régès, J. L., & Lassagne, M. (1997). « Le debriefing psychologique collectif ». *Annales Médico-Psychologiques*, 155(6), 370-378.
- Louville, P. (1999). « Diversity and limits of medico-psychological emergency interventions in France ». In *Emergency psychiatry in a changing world* (pp. 135-145). (1999). Amsterdam: Elsevier Science.
- Louville P., Duchet C. (2006), « Les interventions immédiates », in L. Jehel et G. Lopez, sous la dir. (2006). *Psychothérapie des victimes*. Paris : Dunod.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1995). *Critical Incident Stress Debriefing : an operations manual*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Vitry, M. (1999). « Le débriefing psychologique : une méthode ». *Nervure*, 6, 48-54, t. XII.

16 Prise en charge des salariés confrontés à un événement potentiellement traumatique dans le cadre de leur travail

F. Pierson

De plus en plus d'employés subissent des violences sur leur lieu de travail. En réponse à ces situations, certaines entreprises font appel à des psychologues extérieurs afin de proposer un soutien psychologique. Ce type de dispositif répond à l'attente des salariés et des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), mais aussi aux prescriptions légales, comme le précise l'article L. 230-2 du Code du travail. En effet, les principes généraux de prévention indiquent : « Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement [...]. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. » L'article L. 230-5 du Code du travail spécifie que lorsque les dispositions de l'article L. 230-2 ne sont pas respectées, et donc que la situation dangereuse perdure, le chef d'établissement peut être puni d'une peine de police.

1. Le dispositif de soutien psychologique

Dans un objectif de prévention, il est nécessaire d'intervenir le plus tôt possible auprès de la victime qui a subi une agression ou un autre événement potentiellement traumatique. De plus, dans une prise en charge précoce, en immédiat et post-immédiat, il est nécessaire d'envisager une approche multidisciplinaire comme le définit U. Schnyder (*in Vermeiren, 2006*) :

L'ESPT ne peut seulement être traité par la psychothérapie, mais il y a lieu d'envisager un plan multimodal de traitement associant les aspects pharmacologiques, physiques, sociaux, légaux et autre.

Nous pensons en effet que la prévention de l'état de stress post-traumatique (ESPT) s'inscrit tout à fait dans cette complémentarité des interventions.

Ainsi, mettre en œuvre un dispositif d'intervention auprès des victimes d'agression sur leur lieu de travail va permettre une reconnaissance de l'événement

et du préjudice à un niveau institutionnel (intervention de la hiérarchie), juridique (dépôt de plainte, suivi du dossier par un avocat dédié), sociomédical (rencontre avec la médecine du travail, l'assistante sociale), en prenant en compte l'aspect psychologique par l'intervention de psychologues externes à l'institution. Ces actions mettent de l'humanité là où l'événement est venu déposer une « autre chose » qui peut être la mort ou de la destructivité.

L'originalité de la prise en charge globale du salarié confronté à un événement potentiellement traumatique réside dans le fait que :

- la hiérarchie est présente au plus près de l'agent, qu'elle s'implique en déclenchant l'action des différents intervenants ;
- l'intervention psychologique s'inscrit dans une offre de soutien sans attendre l'énonciation d'une demande d'aide de la part de la victime ; elle s'établit à partir de la sollicitation de la hiérarchie.

Il ne s'agit pas d'une simple prise en charge psychologique mais bien d'une prise en *charge psychologique et sociale* (« qui concerne les rapports entre un individu et les autres membres de la collectivité », *Le Petit Larousse*, 1997) de la victime.

De nombreuses recherches ont souligné la nécessité de l'intervention au plus près de l'événement du fait de critères cliniques comme « la fréquence élevée des expositions à des événements traumatogènes », et du « sentiment d'utilité des interventions exprimé par les victimes » comme le soulignent [L. Jehel et al. \(2005\)](#).

Les temps d'intervention psychologique se définissent comme suit :

- premier temps : l'intervention immédiate de l'encadrement ;
- deuxième temps : l'intervention immédiate du psychologue auprès de la victime ;
- troisième temps : l'accompagnement psychologique de la victime.

Pour illustrer nos propos, nous présenterons plus loin (chapitre 27) une intervention psychologique réalisée auprès d'un gardien, en lien avec les actions menées par sa hiérarchie. La pluralité des intervenants et leurs rôles nous éclairent sur l'aspect contenant d'un tel dispositif pour une victime. Nous préciserons la spécificité d'une pratique « hors murs » du psychologue, comme la questionnent [C. Graux et E. De Soir \(2005\)](#).

2. Le soutien psychologique s'inscrit dans un dispositif global

De telles interventions permettent :

- d'affirmer le soutien de l'institution par la présence de la hiérarchie et du champ social en remettant du lien ;
- d'atténuer le sentiment d'abandon en sollicitant des intervenants extérieurs : avocat, policier, psychologue ;
- de favoriser la verbalisation immédiatement après l'agression par la présence du psychologue sur le terrain au plus près de la souffrance ;

- de permettre à la victime d'évoquer sa culpabilité, son sentiment d'impuissance ;
- d'offrir à la victime un espace où parler de son ressenti général, procurant un soulagement cathartique (Crocq, 1998). L'espace proposé à la victime facilite la mise en ordre de la perturbation émotionnelle et permet de trouver un sens à l'événement.

L'objet de l'intervention vise à accompagner celui qui souffre en l'aidant à recouvrer un cours de vie « normal ». Le soutien se situe à différents niveaux :

- la déclaration d'accident du travail (article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale) reconnaît la survenue brutale de l'événement sur le lieu de travail ;
- le dépôt de plainte, son suivi par un avocat, symbolise la reconnaissance par le champ social de l'événement ;
- le lien avec la hiérarchie permet une écoute des difficultés et de mettre en place des réponses adaptées ;
- le soutien psychologique reconnaît la souffrance psychique.

L'originalité d'une telle intervention est que la prise en charge est globale. La victime est soutenue, elle trouve des espaces où elle est entendue.

L'intervention du psychologue s'inscrit dans l'idée d'aller vers un sujet en souffrance qui n'exprime pas de demande et qui très souvent pense que l'on ne peut rien pour lui. L'action du psychologue est de proposer un espace sécurisant qui permet la rencontre et qui, face à la rupture qu'entraîne l'événement, va ramener le sujet dans le monde de la parole. Le bouleversement qui suit la surprise doit être contenu. L'espace de la rencontre avec le psychologue doit favoriser la restructuration du langage par un contact de qualité. Il ne s'agit pas de banaliser ni de nier la souffrance ni même de la stigmatiser (Briole, 2004).

La présence, la disponibilité et l'écoute du psychologue soulignent la nécessité de « porter » la victime, au sens du holding de D.W. Winnicott (1975), dans un temps déstructurant. La qualité de l'approche du sujet, les gestes, les informations sur la normalité des réactions et les mots employés traduisent les premiers soins apportés à la victime. Nous entendons cela au sens du *handling* de D.W. Winnicott, c'est-à-dire la façon de soigner par le langage et d'accompagner la victime. Tout cela contribue, pour la victime, à la recherche d'un « retour à un équilibre sociopsychologique » et à « retrouver [une] autonomie » (Serniclaes, 2004).

Les actions de l'espace professionnel visent à restaurer le cadre protecteur qu'était l'institution. Elles sont réalisées sans interprétation ni jugement et de façon systématique. L'intervention a un impact sur le sentiment d'abandon tout en affirmant une reconnaissance du préjudice subi et en favorisant une restauration du sujet. M. Debout (1998) a souligné combien les victimes apparaissent sensibles à la mobilisation de l'entourage après un événement violent. Cette mobilisation rapide permet au sujet de se projeter dans le futur en étant accompagné. L'intervention immédiate est ce temps proposé

à la victime pour revenir dans « le monde des vivants » d'après le mot de L. Daligand.

L'intervention du psychologue se situe dans un souci d'accueillir et d'accompagner la victime dans un processus de verbalisation, de secondarisation de ce qui a été vécu : « une réinvention du langage après un événement déshumanisant – au sens de F. Dolto –, c'est-à-dire destructeur du langage et de la parole » (Daligand, 1997).

Cet espace intermédiaire se situe dans le champ de la parole ; ce qui permet au sujet de recouvrer cette parole qui lui a fait défaut lors de l'agression. Le temps de l'expression corporelle doit laisser place à l'expression du verbe. C'est la rencontre avec un autre, adoptant une attitude d'écoute et d'attention, qui permet au sujet de trouver une voie de « dégagement » de l'état où il se trouve. L. Crocq (2002) souligne que si le fait de parler de l'expérience vécue de l'événement ne protège pas infailliblement de la survenue de séquelles psychiques, il peut les atténuer. Nous observons dans l'intervention immédiate le souhait pour la victime d'évoquer son ressenti. Le langage permet cela, il apporte du sens à l'événement.

Pour en savoir plus

- Briole, G. (2004). « À l'écoute du traumatisme ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4(1), 13-16.
- Crocq, L. (1998). « Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes ». *Psychiatrie Française*, 1, 31-39, janvier.
- Crocq L. (2002), « Expression des émotions et aspect cathartique du débriefing », in E. De Soir et E. Vermeiren (dir.), *Les Débriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant.
- Daligand, L. (1997). « Analyse critique du "débriefing" ». *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 10, 46-47.
- Debout M. (1998), *Violences, travail et environnement*, Rapport au Conseil économique et social, 1998.
- Graux, C., & De Soir, E. (2005). « Visites à domicile au décours d'une inondation, des psychologues "hors murs" à pratique "hors norme" ? ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(2), 109-115.
- Jehel, L., Prieto, N., Ducrocq, F., Vaiva, G., & Crocq, L. (2005). « La Place du débriefing psychologique ». *Synapse*, 219.
- Serniclaes O. (2004), « Approche des processus d'évaluation des actions de support psychosocial des victimes de catastrophe », JIDV.COM, n° 1, 3.
- Vermeiren, E. (2006). « Intérêts et limites des prises en charge précoces, en immédiat et post-immédiat ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(2), 65-69.
- Winnicott, D. W. (1975). « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels ». In *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (pp. 7-39). Paris: Gallimard.

17 Soins psychiques aux otages libérés

D. Cremniter, L. Crocq

La prise d'otages, comme toute agression soudaine et violente, plonge les personnes qui en sont victimes dans un état d'impuissance, d'incompréhension voire de dépersonnalisation. En outre, un tel événement peut déterminer des perturbations psychiques à moyen et long terme. Aussi, même si l'otage libéré ne sollicite pas d'aide, une prise en charge psychologique commencée au plus tôt peut contribuer à prévenir ou atténuer les séquelles psychotraumatiques. L'expérience a montré (Bouthillon-Heitzmann, 1992) que le fait pour la victime de parler précocement de l'événement à un sauveteur ou à un soignant protège contre la survenue des séquelles psychotraumatiques, ou au moins en atténue la gravité.

Les techniques de défusing (déchocage précoce) et de débriefing (bilan d'événement en post-immédiat) sont particulièrement indiquées dans le soutien psychologique aux otages libérés. Nous présenterons dans ce qui suit les modalités d'application des techniques de défusing et de débriefing aux otages rescapés, illustrées d'exemples tirés de nos expériences récentes, et particulièrement celle de D. Cremniter, qui commence souvent son intervention par un défusing très précoce, effectué dans l'avion qui ramène en France les personnes retenues en otage dans des contrées lointaines.

1. L'offre de soins médico-psychologiques face à la réalité du traumatisme psychique dans les prises d'otages

Comment faire en sorte que les traumatisés, éprouvés, comme le sont les ex-otages par une longue période de détention, puissent bénéficier d'une offre de soins psychiques ?

La question ne se limite pas à mettre en place une logistique destinée à les recevoir dès leur libération. L'un des enjeux essentiels consiste à déterminer selon quelles modalités ils vont pouvoir accéder à cette offre qui leur est proposée. En quoi le contexte, leur état psychique, les perspectives qui s'offrent pour eux à court ou à moyen terme vont-ils permettre de formuler une demande ?

Tout d'abord rappelons la nécessité de mettre en place cette possibilité d'écoute sous la forme du défusing et du débriefing psychologiques. Nous pouvons en premier lieu nous référer aux travaux de la littérature (Crocq, 1998 ; 1999), auxquels vient s'ajouter notre expérience sur ces questions.

Le constat que nous pouvons établir à chacune de ces libérations est le fait qu'il s'agit de victimes d'un véritable trafic qui s'est instauré petit à petit ces dernières années dans certains pays, au Maghreb islamique, en Afghanistan et en Somalie où l'homme devient une monnaie d'échange. Il représente une valeur marchande. À ce titre, le citoyen européen et *a fortiori* français s'estime à une valeur plus précieuse que celui appartenant à d'autres pays ne pouvant déployer les mêmes efforts pour préserver la vie et l'intégrité de ses ressortissants. Cette valeur ne se limite d'ailleurs pas à de l'argent en monnaie sonnante et trébuchante mais peut se traduire par des avantages dans le domaine géopolitique.

Nous devons en priorité mettre en perspective certaines caractéristiques de cette expérience de séquestration. Elle se déroule pratiquement toujours au prix de moments émotionnels intenses qui, dans les cas extrêmes, peuvent se traduire par une expérience de déchéance et de remaniement des repères fondamentaux de l'existence caractéristique du trauma. Ceci implique qu'indépendamment des conditions dans lesquelles s'effectuent la libération et les suites à court terme, l'expérience de néantisation à laquelle ces sujets ont été exposés peut donner lieu à une production, un retour de symptômes en rapport avec cette expérience. Ceci n'est pas une certitude et aucun moyen ne permet de prévoir cette issue défavorable ou temporairement problématique, ni à quel moment se déclenchera la pathologie en question.

2. L'instauration d'une écoute précoce

2.1. Défusing et débriefing

Le mot anglais *defusing* peut être traduit en français par le mot « décho-cage », ou mieux « désamorçage », car il s'agit de désamorcer une évolution vers les séquelles traumatiques durables, comme on désamorce un pétard ou une bombe. En principe, c'est une opération du premier jour (créneau de la réaction immédiate) ; mais, dans certains cas de prise d'otages où l'acheminement des otages libérés a duré plusieurs jours, il peut avoir lieu dès que possible, le deuxième, troisième jour ou plus. C'est l'intervention initiale du soignant « psy », qui a lieu quelques jours avant l'intervention différée du débriefing (Crocq, 2004a ; 2004b).

Les principes qui le justifient sont :

- soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique ;
- intervenir précocement pour prévenir ou atténuer les évolutions pathologiques ;
- intervenir le plus tôt possible après la libération de l'otage ;
- offrir des soins adéquats aux victimes de ce type d'agression ;
- proposer dès ce moment un suivi pour la période post-immédiate qui va suivre (premières semaines), en l'occurrence un débriefing.

L'exemple suivant montre que l'otage éprouve le besoin spontané de décharger son émotion.

Observation 1

Mlle X est une institutrice d'une classe de maternelle qui, en 1993, a été retenue en otage dans sa classe, avec ses vingt enfants de trois à quatre ans, par un forcené qui, ceinturé d'explosifs, menaçait de se faire sauter et de faire sauter toute la classe s'il n'obtenait pas une rançon de plusieurs centaines de millions de francs. La prise d'otages a duré près de deux jours et s'est terminée par la mort du ravisseur au cours d'un assaut de la police spécialisée. Mlle X a alors « tout simplement » été renvoyée chez elle ! Interrogée plusieurs mois plus tard par une journaliste, elle dit : « Je suis tout simplement rentrée chez moi, et toute ma famille et mes amis m'ont cajolée, fait la fête... Et cela a duré des jours et des jours, tout le monde venait me voir, voulait me toucher, me parler... On m'a offert plein de cadeaux... Mais ce n'est pas de cela dont j'avais besoin, j'avais envie de m'écrouler, de pleurer, de pleurer et pleurer pendant plusieurs jours... or, à aucun moment je n'ai pu le faire, car les fêtes succédaient aux fêtes, dans l'atmosphère de la joie... et je remettais toujours au lendemain... Cela a duré six mois, jusqu'à ce que je me décide à consulter un psychiatre spécialiste des traumatismes psychiques, avec qui j'ai pu parler vrai... Quand j'y pense, ce que les autorités auraient dû faire à ma libération, c'est me faire passer par une espèce de sas de décompression, organiser un débriefing, ce qu'on appelle un débriefing... »

Le vocable anglais *debriefing*, et plus précisément *psychological debriefing*, peut être traduit en français par « bilan psychologique d'événement ». C'est une des techniques de prise en charge post-immédiate, individuelle ou collective, pour les personnes ayant été exposées à un événement violent et inattendu. Le débriefing peut avoir un objectif purement préventif (éviter l'installation de troubles psychotraumatiques) ; mais il peut avoir aussi un but thérapeutique (réduire précocement les premiers symptômes émergents). Il trouve son origine dans les pratiques de l'aviation américaine pendant la Seconde Guerre mondiale (Crocq, 2002a) : on procédait au briefing des équipages avant la mission, puis au débriefing au retour de la mission. L'historien S.L.A. Marshall a ensuite transposé cette technique aux petites unités de marines engagées dans la guerre du Pacifique, en insistant sur le bilan psychologique des incidents de combat (1947). Puis, les techniques de débriefing ont été codifiées, notamment par J. Mitchell (1983, 1988), puis – en ce qui concerne les otages libérés – par R. Sokol (cité par Crocq, 2002a). En France, le débriefing a été instauré par L. Crocq, R. Vila et D. Cremniter (Crocq, 2002a ; 2004b), dans une perspective plus psychodynamique que narrative. Concernant l'application du débriefing aux otages, dix principes ont été aménagés (encadré 17.1).

Encadré 17.1**Principes de l'application du débriefing aux otages**

1. Ménager un sas entre l'univers anormal et le monde normal :
 - a. passer des conditions anormales aux conditions normales (espace, temps, valeurs) ;
 - b. aider le sujet à ne plus considérer le monde comme déréel ;
 - c. préparer le sujet à retrouver sa famille et son entourage (mur d'incompréhension et d'incommunicabilité).
2. Aider l'otage à récupérer sa personnalité et son autonomie :
 - a. il n'était plus une personne, mais une monnaie d'échange, un objet ;
 - b. il a acquis une nouvelle personnalité, et il doit raccorder ses deux personnalités ;
 - c. trop de compassion et de sollicitude risque de lui confisquer son autonomie.
3. L'inciter à la verbalisation des émotions :
 - a. le récit factuel demandé par l'entourage risque d'induire le syndrome de répétition ;
 - b. imposer le préalable d'un style narratif étouffe et décourage la disponibilité à l'expression spontanée ;
 - c. seule l'énonciation « maïeutique » permet la découverte de soi et l'apaisement (catharsis).
4. L'informer sur ses symptômes passés et futurs :
 - a. la connaissance des symptômes aide à comprendre ce qui s'est passé en soi ;
 - b. un symptôme auquel on s'attend est mieux toléré et maîtrisé ;
 - c. éviter toutefois d'être iatrogène.
5. Mettre le sujet en situation de prendre conscience de ses réactions en entendant celles des autres otages :
 - a. les données vécues par les autres peuvent éclairer sa propre expérience, et aider la prise de recul ;
 - b. mais on ne peut substituer une « vérité collective » au point de vue personnel du sujet à partir duquel il doit construire sa récupération (intégrer son expérience personnelle).
6. Aider à rétablir l'équilibre de ses relations de groupe :
 - a. le débriefing peut confirmer, renforcer ou rétablir la solidarité du groupe fortuit, mais il ne doit pas non plus maintenir le huis clos et l'« exclusivité du groupe » ;
 - b. on doit sortir du non-dit, et mettre à plat les conflits latents ;
 - c. éviter que la peur retournée en agressivité ne se déplace contre l'institution bouc émissaire ;
 - d. préparer à la réintégration dans les autres groupes et les appartenances sociales.
7. Aider à dominer les sentiments d'impuissance, d'échec et de culpabilité :
 - a. mais ne pas l'induire de façon imposée, artificielle ;

b. ne pas chercher à « dédramatiser » hâtivement ce qui a été un drame et doit se résoudre à sa vitesse ;

c. le rescapé doit travailler lui-même sa culpabilité, comme un levier thérapeutique.

8. Mettre en garde contre le syndrome de Stockholm et les propos malencontreux :

a. dans l'euphorie transitoire de la délivrance, le sujet risque d'appliquer cette euphorie à son souvenir récent et de considérer ses ravisseurs comme des amis, ou chercher à les « comprendre » ;

b. il peut aussi proférer des paroles (devant les médias) qu'il regrettera ensuite.

9. Repérer les sujets fragiles :

a. sujets à des abréactions intenses (mais ces abréactions peuvent être cathartiques) ;

b. ou qui ne parviennent pas à s'exprimer ;

c. retranchés dans le silence tragique et la rumination solitaire ;

d. les voir à part pour leur proposer un soutien psychothérapique ultérieur.

10. Aider le sujet à envisager de mettre un point final à son aventure :

a. il est toujours peu ou prou sous le coup et l'atmosphère de sa détention mais le moment viendra où elle sera non pas « oubliée » mais « intégrée » et ce moment ne peut dépendre que de lui ;

b. ne pas chercher à imposer un point final artificiel et prématuré.

2.2. Les cas favorables

Dans un certain nombre de cas, les sujets ont besoin de transmettre dès les premières heures ce qu'il en est de cette expérience. On aurait alors tendance à considérer sous un jour plus favorable cette conjoncture permettant d'instaurer dès cette phase immédiate ou précoce les meilleures pratiques destinées à prévenir l'installation dans une pathologie psychotraumatique. Cette écoute précoce permet dans la plupart des cas de s'assurer d'un lien thérapeutique qui peut s'apparenter à la notion psychanalytique de transfert ; cet élément en soi assure d'une part la possibilité d'un mieux être psychique, car le transfert est un élément essentiel de la thérapeutique apportée par cette pratique psychothérapique. Par ailleurs, en cas d'apparition d'une souffrance ou de symptômes spécifiques durant la phase post-immédiate précoce ou à plus long terme, le sujet pourra alors s'appuyer sur ce lien qui s'est tissé en premier avec ce praticien qui le connaît, qui l'a déjà écouté et qui peut intervenir à nouveau dans l'éventualité du déclenchement d'une pathologie. Ce constat plaiderait d'ailleurs dans le sens de faire en sorte que l'intervenant « psy » engagé dans cette offre de parole puisse être à l'avant-poste parmi les différents partenaires qui vont entourer, servir et protéger l'ex-otage.

2.3. Les évolutions défavorables

À l'inverse et dans certains cas extrêmes consécutifs à une réactivation du trauma, on a pu observer des conduites suicidaires survenant durant cette période qui suit la libération, voire le décès par suicide d'un ex-otage. Dans cette éventualité d'une issue irrémédiable, participe généralement un contexte socio-familial particulièrement néfaste qui va accentuer la gravité de ce vécu traumatique. Il est donc essentiel de repérer de telles conjonctures où se conjugue à la fois une expérience de séquestration particulièrement délétère associée à des conditions conflictuelles dans le contexte environnemental du patient, dans ses liens sociaux et familiaux.

Ce mal-être peut se traduire par la persistance de manifestations psychotraumatiques et ce dans un contexte de pathologie, voire de déchéance psychique qu'il convient de repérer afin d'assurer une prise en charge adaptée sur le plan psychiatrique à la souffrance et à l'intensité des symptômes exprimés.

2.4. L'expression masquée du traumatisme psychique

Dans la plupart des cas, nous assistons en fait à une atténuation des manifestations psychotraumatiques exprimées.

Les expériences actuelles iraient dans le sens de constater que les marques de reconnaissance, de soutien tous azimuts qui sont déployées au moment de la libération d'ex-otages transforment cette actualité en une véritable fête improvisée pour la nation où les acteurs de la vie politique ; les médias rendent compte abondamment de ce fait au même titre que s'il s'agissait d'une victoire, du retour de personnages identifiés à une figure de héros des temps modernes.

Ces conditions particulièrement restauratrices produisent certainement un environnement qui va interagir avec l'état psychique du sujet. Dans cette optique, l'éventuelle souffrance qui pourrait s'exprimer en lien avec les moments difficiles passés au cours de la détention va plutôt être gommée, passée à l'arrière-plan et aboutir à ce que l'apparence montre essentiellement les indices d'euphorie liés à la libération. Il n'est pas inutile de rappeler ce contexte et les répercussions qui en résultent sur les difficultés propres à ces situations.

2.5. Le contexte socio-environnemental et politique interfère avec la mise en place d'une écoute

Il apparaît que la possibilité de favoriser l'expression d'une véritable demande au décours immédiat de la période de séquestration ne va pas de soi. Plusieurs enjeux viennent s'interposer, voire entraver l'offre de soins.

2.5.1. Le souhait des autorités de s'associer au climat d'euphorie de la libération

Il y a tout d'abord la volonté des autorités de s'associer au climat d'euphorie qui entoure la libération et pour lequel ces mêmes autorités ont particulièrement œuvré. Cet état de fait n'est d'ailleurs pas inintéressant pour ces sujets dont la libération et la reconnaissance des conditions dans lesquelles elle s'est déroulée vont interférer avec les éléments qui remodelent leur vécu subjectif du moment.

2.5.2. Le débriefing technique effectué par les agents des ministères

Il y a par ailleurs la question du débriefing technique souhaité et réalisé par les services qui ont en charge le déroulé de ces négociations et qui, au travers de l'expérience des ex-otages libérés, vont pouvoir accroître leur compréhension et éventuellement leur efficacité pour permettre d'autres libérations.

2.5.3. Le climat de contrainte qui en découle

Pour des personnes qui ont vécu la dernière période de leur vie sous la menace et la contrainte, dans un univers où rien de ce qui était leur souhait, leur inclination profonde n'était pris en compte, le retour à la liberté s'effectue dans un contexte d'interactions et de liens qui ne sont pas en priorité orientés par l'écoute de ce qui compte de façon primordiale pour eux. Il ne s'agit évidemment pas ici d'apporter un quelconque avis en particulier critique sur les caractéristiques de ces enjeux complexes auxquels nous faisons allusion. La situation de ces ex-otages interfère parfois avec des intérêts supérieurs qui peuvent toucher à la sécurité des personnes, des biens en général et à ce titre il peut effectivement y avoir conflit entre ces données circonstancielles et la problématique de l'ex-otage en particulier. Rappelons bien que notre objectif est ici de décrire en quoi les ressorts de l'offre de soins que nous pouvons proposer peuvent venir en contradiction avec le contexte géopolitique lié à la situation créée par la prise d'otages et par l'ensemble des conditions qui ont présidé à la libération.

2.5.4. La dilution des « expériences de parole » tendrait à invalider la fonction du « psy »

C'est en cela que cette aide que nous devons leur apporter doit se situer en tenant compte de ces éléments. À titre d'exemple, ces sujets font régulièrement l'objet de rencontres avec les plus hautes autorités de l'État et bénéficient dès leur libération d'une forme de célébrité assurée par les médias qui, à cette phase initiale, peut occulter toute autre possibilité de rencontre, de dialogue qui leur donnerait la capacité de dire leur souffrance, ce qui compte au plus haut point pour eux.

Sur le trajet parfois complexe qui résume les étapes du processus de libération, ils vont inévitablement rencontrer un certain nombre d'interlocuteurs qui, chacun à leur façon aura joué un rôle dans la libération, souhaitera cet échange avec l'ex-otage, ce qui est bien compréhensible. Mais l'ensemble de ces constats montre bien que le « psy », au moment où il pourrait se proposer pour cette écoute, arrive dans ce contexte où le désir de parole s'est peut-être amenuisé, lassé par ces confidences successives effectuées à tel ou tel interlocuteur.

2.5.5. Le rôle des familles

Enfin, comme le montre l'expérience de l'Airbus d'Alger (décembre 1994), les familles sont également très présentes et vont interférer avec la problématique psychique du sujet. Tout d'abord, celles-ci, du fait de leur proximité avec l'ex-otage, ont vécu des moments parfois extrêmement difficiles durant la séquestration. On sait que ce vécu de la personne concernée mais non directement impliquée dans l'expérience traumatique peut, à la faveur de sa production fantasmatique propre, être l'objet d'une véritable pathologie induite qui évolue à son propre rythme, selon sa propre logique. Quoi qu'il en soit, la longue séparation liée à la séquestration va, dans un certain nombre de cas, se traduire par la nécessité d'échanges visant à combler cet espace artificiellement créé par cette expérience de manque. Dans la plupart des cas, respecter la restauration de cette interruption, de cette brisure consécutive à la prise d'otages est en soi l'une des meilleures actions thérapeutiques qu'il y a lieu de considérer avant toute autre ouverture.

Mais dans le déroulement habituel de ces expériences de libération, l'expression de la demande se trouve être reléguée au second plan, compte tenu des circonstances.

2.6. Le contexte socio-politique et le rôle des familles dans la prise d'otages de l'Airbus d'Alger

Pour situer plus précisément ce qu'il nous semble important d'introduire ici, nous nous référerons à l'expérience initiale de prise en charge d'otages venant d'être libérés en grand nombre. Il s'agissait des passagers de l'Airbus d'Alger attaqué par un groupe d'islamistes du GIA à l'aéroport d'Alger en décembre 1994. Les otages ont pu être libérés sains et saufs après 54 heures de tension parfois extrême. Trois otages ont été assassinés durant les premières heures. Puis, dans un contexte d'intervention du groupe d'élite de la gendarmerie, le GIGN, l'ensemble du groupe a été libéré à l'aéroport de Marseille puis acheminé sur Orly où les attendaient leurs familles en grand nombre.

Le choix s'était alors posé de décider quelle attitude proposer sur le plan de la prise en charge de leurs éventuels troubles psychiques. À ce titre, nous avons en tête l'expérience de Robert Sokol qui, à l'occasion d'un événement comparable était intervenu auprès des passagers américains qui avaient été

pris en otage au Liban sur un vol de la TWA, puis libérés en totalité. Lors de cette expérience, l'ensemble des rescapés avait bénéficié d'une étape dans une base américaine à Baden Baden où les ex-otages avaient passé 24 heures pour un bilan médical et psychologique.

Devait-on proposer une conduite semblable à l'arrivée des passagers de l'Airbus d'Alger en décembre 1994 ? Il s'est avéré que la présence des familles en grand nombre, le désir des autorités très présentes d'accompagner l'ambiance de libération spectaculaire et particulièrement valorisante a rapidement orienté notre attitude vers une position beaucoup moins systématique que lors de l'expérience américaine. Nous avons privilégié les retrouvailles avec les familles car nous devons en premier lieu prendre en compte les particularités du groupe ethnique concerné. Il s'agissait en majorité de bi-nationaux franco-algériens d'origine Kabyle ce qui impliquait une tendance à vivre cette expérience selon une expression émotionnelle forte, requérant la mise en place des conditions assurant cette capacité d'expression spontanée. Les isoler à l'arrivée en les privant du contact avec les familles aurait, pensait-on, été très mal vécu. Une information a cependant été effectuée par l'intermédiaire d'un feuillet d'information distribué à l'ensemble des ex-otages libérés. Seuls ont été vus en entretien particulier ceux qui, parmi l'ensemble, présentaient des symptômes aigus de stress lors de cette phase précoce après la libération.

3. Quelques réflexions et recommandations générales sur le recueil de l'expérience traumatique

Nous résumerons quelques caractéristiques des résultats apportés par cette offre de parole à la libération de ces ex-otages dans cette perspective d'aide psychothérapique.

3.1. L'expérience de mort et de néantisation

C'est en cela que nous allons découvrir ces expériences de confrontation à leur propre mort et de néantisation, voire d'exposition à des dangers extrêmes qu'ils ont dû affronter. À plusieurs reprises, certaines productions témoignent de l'intensité du travail psychique alors en jeu. Certains rescapés rapportent des rêves très particuliers qui traduisent des enjeux essentiels sur leur vie, leur existence, en rassemblant dans la production onirique certains points essentiels de leur histoire, recomposés dans un vécu actuel où peut alors être exposée cette notion particulière d'un réel qui se présente de façon inattendue et profondément bouleversante. Approchant le cauchemar, ces rêves se caractérisent par l'irruption d'une figure caractéristique de leur environnement de vie et qui se présente de façon particulièrement inhabituelle.

3.2. Les « signaux psychiques » en faveur de l'imminence d'un danger pour l'intégrité

Cet effet de présence particulièrement appuyée dans des rêves d'une telle figure mortifère qui fait retour, de façon un peu analogue à ce qu'il en serait d'un spectre qui vient obstinément réapparaître, rassemble des caractéristiques cliniques que nous avons pu observer à plusieurs reprises dans le témoignage de ces ex-otages qui viennent d'être libérés. Ces récits sont d'ailleurs associés à l'expression de craintes particulièrement fortes qu'ils ont éprouvées à un moment ou à un autre. Ces moments se concrétisent d'ailleurs autour de la question d'une acceptation progressive de leur propre disparition. Certains dans leurs pensées développent une problématique sur les modalités selon lesquelles surviendrait cette échéance qui commence à prendre forme dans leur espace psychique.

3.3. Expériences de prémonition

Signalons chez l'un de ces sujets l'irruption d'une production psychique que l'on pourrait situer du côté de la prémonition comme si les circonstances qui précèdent la prise d'otages étaient *a posteriori* anticipées. Dans cette perspective, il arrive que l'otage retrouve certains points de son histoire, voire de l'histoire de l'un ou l'autre de ses parents qui tout à coup prend sens et contribue à alimenter le climat psychique dans lequel s'exprime le besoin d'aller à la recherche de repères fondamentaux dans l'histoire propre de chacun.

4. Formes sévères de l'expérience traumatique : l'exemple de Beslan

Mais les troubles psychiques au cours des prises d'otages peuvent prendre des allures beaucoup plus malignes en ce sens que, lorsque la violence atteint un degré extrême, les conséquences se traduisent par l'installation d'une forme de pathologie d'expression beaucoup plus redoutable. À ce titre, nous pouvons reprendre l'excellent compte rendu effectué par la psychologue originaire d'Ossétie qui a effectué un travail psychothérapique de grande qualité auprès des enfants qui ont subi la prise d'otages de Beslan en septembre 2004. Le compte rendu de cette expérience a été présenté lors d'une conférence donnée à la Journée régionale de la CUMP de Poitiers en avril 2013. On connaît les caractéristiques de cet événement qui a marqué les consciences étant donné la cruauté du groupe terroriste vis-à-vis des victimes et en particulier des enfants. Refusant toute concession pour les besoins élémentaires que représentent l'alimentation et surtout la boisson, les preneurs d'otages ont imposé des conditions marquées dès le premier jour par de nombreux massacres délibérés dans des groupes d'adultes et par une situation qui devenait intenable pour les enfants. Dans les suites

de cet événement et parmi les actions psychothérapeutiques effectuées, nous citerons quelques cas exemplaires. Tout d'abord le cas de cet enfant qui a assisté à l'assassinat de son père froidement tué d'une balle de revolver par les preneurs d'otages en sa présence. Invitant l'enfant à s'exprimer préférentiellement par le dessin, la thérapeute a repéré ce moment très particulier où l'enfant traçait des lignes sur le papier en enfonçant ces ongles humectés de peinture sur le support et en désignant ces marques comme « lignes de la vie ». On ne peut que s'interroger sur l'importance de ce signifiant, connaissant la violence de ce que ce jeune enfant avait vécu et qui semblait trouver son expression dans les modalités avec lesquelles il réalisait ces dessins dans un mouvement d'arrachement.

Une autre jeune fille adolescente se présentait entièrement mutique depuis cet événement. Pourtant elle se remit à parler dans des circonstances particulières : cela s'est passé lors d'un séjour de détente à l'étranger, en Suisse, organisé pour les enfants pris en otages. Elle s'est curieusement remise à parler de façon totalement inattendue, répondant à sa grand-mère qui était dans la même chambre en lui signifiant qu'elle ronflait en dormant.

Dans d'autres circonstances où la détention est marquée par la présence de preneurs d'otages particulièrement intransigeants voire hostiles comme certains groupes appartenant à Al-Qaïda, les pressions appuyées, contraintes non seulement psychologiques mais aussi physiques peuvent favoriser la survenue ultérieure de manifestations psychiques exprimant une souffrance émotionnelle encore très actuelle. Il en est de même pour les ex-otages du Liban dont certains ont été considérablement éprouvés par la longueur de la détention et les conditions particulièrement délétères faites de privations et de menaces extrêmes, ce qui a favorisé cette évolution caractérisée par l'expression de symptômes traumatiques permanents.

5. Formes de gravité intermédiaire : l'exemple de la piraterie maritime et de la prise d'otages d'un voilier

5.1. Le sous-groupe isolé à fond de cale

À titre d'illustration de l'expérience du trauma dans les prises d'otages, nous citerons cet exemple qui est apparu dans le cadre de l'attaque par des pirates somaliens d'un voilier. Cette prise d'otages s'est caractérisée par une séquestration d'environ une semaine des membres du personnel qui convoaient le voilier de luxe en vue d'une prochaine croisière, en passant par le détroit d'Ormuz. Au moment de l'attaque, un petit groupe a réussi à se dissimuler dans un espace au fond du bateau dans lequel se trouvaient des provisions. Effectivement les pirates n'ont aucunement soupçonné cette présence dans cet espace qui consistait en une cale au fond du bateau. Il se trouve qu'à

la 29^e heure, les membres de ce petit groupe ont décidé de quitter leur cachette et de se rendre. Ils avaient pris cette décision dans une détermination partagée dans le groupe estimant que la situation était telle qu'ils étaient résolus à mourir. Cette expérience, au cours d'une prise d'otages, d'un auto-enfermement volontaire dans le but de se soustraire aux pirates a, en fin de compte, abouti, sur le plan des réponses psychiques, à une exacerbation du vécu de déchéance et de rapprochement avec la mort. Ce qui est démonstratif dans cette expérience, c'est le fait que l'otage, une fois entièrement coupé de toute référence, celle de ses proches, celle des autres otages, celle de toute autre personne de l'environnement aussi bien de celle des ravisseurs, nous donne une représentation de ce qui oriente le fonctionnement psychique dans l'expérience traumatique. Ce qui apparaissait était bien cette confrontation vers l'installation progressive d'une certitude selon laquelle il n'y avait que mort et dévastation. L'absence de toute nouvelle signifiait inévitablement que tous leurs collègues étaient forcément morts et que donc la seule issue pour eux était de se rendre, comme si, à ce stade d'immersion dans le processus traumatique, ils ne pouvaient que se préparer à une telle issue. Si l'on observe ce qui s'est déroulé sur le plan des représentations psychiques pour les autres otages qui, eux aussi, sachant que leurs camarades étaient cachés au fond du bateau, n'avaient aucune nouvelle d'eux, la séparation produisit un processus psychique un peu du même ordre. N'ayant aucune nouvelle de leurs collègues, ils acquéraient progressivement la certitude que le pire était arrivé, à savoir que les otages dissimulés avaient été tués ou gravement maltraités. Dans la réalité de ce qui allait se passer, les pirates ont été surpris de découvrir ce sous-groupe des otages cachés dont ils ignoraient l'existence, et ils ont immédiatement demandé des explications au capitaine. Mais en fait, le groupe entier s'est ensuite reconstitué, ce qui a permis de calmer les bouleversements auxquels avait donné lieu cette expérience. Il est intéressant de retenir que la tendance sur le plan du fonctionnement psychique s'est, du moins dans ce cas, orientée vers une forme de pessimisme absolu qui, en fin de compte, traduit le fait que la solution mortifère, de rapprochement avec la mort, est privilégiée et oriente les tendances profondes de l'appareil psychique lors de cette confrontation à une prise d'otages.

5.2. Les autres manifestations apparues au cours du débriefing psychologique

Lors de cette prise d'otages, nous avons pu examiner un certain nombre de sujets avec lesquels nous avons pu avoir un entretien au décours de leur libération, et nous avons observé des indices allant dans ce sens. Ainsi, l'un d'eux exposait clairement le fait qu'au fil des jours passés en « détention », son activité psychique s'orientait vers l'assomption, voire l'acceptation d'une mort prochaine. Ainsi, l'un d'eux, de façon un peu obsessionnelle,

essayait de se représenter l'idée selon laquelle il pourrait mourir sans avoir à souffrir, d'un seul coup. Un autre a présenté au cours de ces jours de détention un rêve qui l'a particulièrement troublé. N'ayant pas rencontré son père depuis longtemps car il s'était depuis longtemps éloigné de sa famille, il a revu cette figure paternelle de façon extrêmement impressionnante au point qu'au réveil, il ressentait une perturbation et un trouble assez marqué, tellement cette image était inattendue et forte par l'intensité de cette présence. L'échange qu'il a pu avoir avec nous à propos de ce rêve s'est limité non pas à un véritable dialogue mais davantage à une ébauche de parole de la part de son père qui s'adressait à lui de façon distante et plutôt méprisante. Ce vécu psychique, tel qu'il peut être illustré par ce rêve, traduisait certainement une forme d'appel à des valeurs profondes qui signalent cette mise en tension sur le plan psychique, sans doute générée par l'éprouvé que provoque la situation de risque induit par ce rapprochement avec le danger et la remise en cause du sujet et de son intégrité.

Cette forme de réaction et d'expression du malaise suscité par la prise d'otages devait également s'exprimer dans le vécu d'un autre membre de l'équipage, qui travaillait en cuisine. Celui-ci, du fait de sa fonction, avait une position d'exposition plus importante aux ravisseurs dans la mesure où, étant amené à poursuivre sa fonction de préparation des repas, il devait utiliser des instruments comme des couteaux qui pouvaient inquiéter les ravisseurs. Du coup, ceux-ci le surveillaient tout particulièrement à chaque préparation de repas, l'un des ravisseurs se tenant alors à sa proximité en le braquant en permanence tant qu'il était dans cet exercice de préparation. Il devait d'ailleurs nous confier que jamais, dans l'exercice de son métier, il ne s'était livré à l'exercice de préparation des repas avec autant d'empressement et de rapidité. Il s'agissait en réalité de moments de stress particulièrement intenses. En reprenant avec lui le vécu de cette expérience, nous avons progressivement mis en évidence certaines productions psychiques qui étaient apparues dans les jours qui ont précédé l'attaque par les pirates. En réalité, l'équipage, en franchissant le détroit d'Ormuz avait parfaitement connaissance des risques encourus. Les membres de l'équipage prenaient d'ailleurs un certain nombre de précautions pour réduire le risque d'être repéré, comme le fait d'éteindre toutes les lumières la nuit et de calfeutrer toutes les fenêtres. Dans ce contexte qui se traduisait très probablement par une inquiétude grandissante, ce patient faisait part de l'orientation de ses pensées qui se traduisaient par une remise en question de l'ensemble de ses références, de ses idéaux les plus profonds. Il faisait part, en particulier, des croyances, notamment religieuses qui comptaient particulièrement pour lui et du fait qu'il éprouvait en fait comme une prémonition de ce qui allait se produire, à travers les lectures auxquelles il s'adonnait et en référence à certains fondements de son existence qui lui revenaient. C'est à ce titre qu'il nous a parlé de la disparition de son père qui avait eu lieu en mer, suite à un naufrage, dans un contexte d'accident de navigation. Là aussi, comme dans

l'exemple précédant avait-on l'impression que la perspective d'une remise en cause de son existence aboutissait à puiser dans le réseau des pensées, des repères essentiels, ce qui visait à border l'appareil psychique qui était le lieu d'une ébauche de fissuration du psychisme avant l'effraction proprement dite.

6. Conclusion

6.1. La verbalisation de l'expérience traumatique, clé de la guérison

Le devoir de tout soignant accueillant des otages rescapés est de soulager la souffrance psychique du rescapé et de tout faire pour prévenir l'installation de troubles psychiques durables. D'où l'intérêt qu'il y a à offrir très précocement (parfois même sur le lieu de la libération) à ces patients traumatisés une écoute empathique, et même à les encourager à verbaliser leur récente et effroyable expérience de débordement traumatique. Ces victimes ressentent d'ailleurs le besoin de parler, de mettre des mots sur leurs impressions sensorielles : ce qui leur est entré par les yeux, les oreilles, l'odorat, le goût (goût du sang, ou de la poussière sur la langue), le toucher et la perception cénesthésique (la pression d'une poutre sur la poitrine, le cisaillement des chairs par des liens serrés) constitue un tourbillon sensoriel « insensé » et « indicible » au sein de leur psychisme ; et les mots qui surgissent spontanément au bout des lèvres (« je suis vivant », « j'ai eu peur », « j'ai mal ») dénomment ce tourbillon, et commencent par là même à le réduire. Il s'agit d'une parole « maïeutique » (la maïeutique était la science de l'accouchement et Socrate était le fils d'une sage-femme), qui se distingue du récit : le récit est pensé d'abord et narré ensuite, tandis que la parole maïeutique est une « énonciation » spontanée, qui est autant révélation pour celui qui la prononce qu'information pour celui qui l'écoute. Cette énonciation va objectiver et réduire en mots le flou du tourbillon, et elle procure du sens, des éléments signifiants, à un vécu jusqu'alors « insensé ». C'est pour la victime l'amorce de la démarche thérapeutique (Crocq, 2002b). Dès 1893, Freud avait ainsi défini sa « méthode cathartique » : *primo*, faire revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affects, et *secundo*, faire associer à cette occasion. Il se référait à la catharsis d'Aristote, ou sentiment de soulagement que ressent le spectateur de la tragédie antique lorsque, au dénouement, les paroles du coryphée apportent du sens à la destinée exemplaire du héros, destinée qui paraissait injuste et absurde sous le coup de l'acharnement des dieux, mais qui s'avère porteuse d'une morale. La *catharsis*, c'est le « soulagement éclairé » (Crocq, 2002b).

En résumé, verbaliser son expérience vécue, c'est donc pour l'otage libéré :

1. récupérer une activité (la victime passive devient active) ;
2. satisfaire le besoin spontané d'expression (sortir de soi le tourbillon qui a fait effraction et qui oppresse, le mettre devant au lieu de dedans) ;

3. convertir les images et les éprouvés bruts en mots, donner du sens à l'indicible ;
4. revenir dans la communauté des vivants parlants (on parle à quelqu'un qui écoute) ;
5. se procurer du soulagement (la catharsis ou soulagement éclairé).

6.2. Calfeutrer la personne, en protection de l'incendie qui se prépare

Au total, ce qui nous semble donc particulier dans ces retours d'expérience pratiqués avec ces patients qui viennent d'être éprouvés par une telle remise en cause de leur intégrité, ce sont les réponses, au niveau des productions psychiques, qui se mettent en place, un peu comme si, à la perspective d'un incendie qui se prépare, on avait recours à diverses précautions comme le fait de se calfeutrer, de protéger ses portes en y mettant des objets destinés à refroidir la pièce, en l'occurrence par des draps mouillés.

Pour en savoir plus

- Aristote (1990). (vers 330 av. JC). *Poétique*. Trad. fr. par M. Magnien. paris: Les Belles Lettres.
- Bouthillon-Heitzmann, P., Crocq, L., & Julien, H. (1992). « Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes ». *Psychologie Médicale*, 24(5), 465-470.
- Crocq, L. (1998). « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156, 48-54.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre* (1 vol). Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L. (2002a). « Histoire critique du débriefing ». In E. De Soir, & E. Vermeiren (Eds.), *Les débriefings psychologiques en question...* (pp. 73-130). Anvers: Édition Garant, chap. V.
- Crocq, L. (2002b). « Expression des émotions et aspect cathartique du débriefing ». In E. De Soir, & E. Vermeiren (Eds.), *Les débriefings psychologiques en question...* (pp. 163-174). Anvers: Édition Garant.
- Crocq, L. (2003). « L'approche cathartique ». *Stress et Trauma*, 3(1), 15-24.
- Crocq, L. (2004a). « L'intervention psychologique immédiate ». *Le Journal des Psychologues*, 214, 50-55.
- Crocq, L. (2004b). « L'intervention psychologique auprès des victimes en période post-immédiate. La question du débriefing ». *Le Journal des Psychologues*, 218, 8-14.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire* (1893), trad. fr. (1 vol). Paris: PUF, 1953.
- Mitchell, J. T. (1983). « When disaster strikes. The critical incident debriefing process ». *Journal of the Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J. T. (1988). « Development and functions of a critical incident stress debriefing team ». *Journal of Emergency Medical Services*, 13, 43-46.

18 Suivi psychothérapique en différé-chronique

M. Vitry

Souvent, le suivi psychothérapique en différé-chronique fait suite à un soin psychologique immédiat ou post-immédiat. Nous savons que plus la proposition de support thérapeutique est différée, plus les risques d'enkystement du trauma sont importants. Quoi qu'il en soit, si le patient a vécu une effraction traumatique, un suivi psychothérapique est nécessaire pour une élaboration autour de ce moment qui a fait rupture, rupture du sentiment d'identité, rupture dans la perception de la continuité de la vie. Le nombre et le rythme des entretiens peuvent varier en fonction du vécu du patient, de ses ressources mobilisables, et de ses capacités d'élaboration.

Rappelant l'aspect bipolaire du traumatisme à partir du mot grec traumaticos qui signifie à la fois « concerne les blessures » et « bon pour les blessures », F. Marty (2001) écrit pertinemment : « Ces références étymologiques nous donnent donc bien à penser le traumatisme sous sa double face, côté effraction et côté remède. » Le trauma mobilise chez le patient des forces exceptionnelles de vie qui peuvent se révéler créatrices pour lui. Le suivi psychothérapique se présente alors comme un processus possible de changement, mis en route par l'écoute active et le déploiement de la parole.

Ce suivi s'appuie sur des principes fondamentaux : d'une part la création d'un espace-temps de parole privilégié et confidentiel, et d'autre part l'engagement du thérapeute dans ce travail d'accompagnement particulier qui va donner lieu à un transfert et à un contre-transfert spécifiques.

1. Création d'un espace-temps de parole

Il nous faut distinguer plusieurs types de prise en charge selon le moment de la rencontre :

- dans les jours qui suivent un événement traumatique, dans le contexte de la vie d'une personne dont la construction psychique repose sur des assises relativement solides ; la psychothérapie peut être rapide, quelques entretiens suffisent alors pour une élaboration autour du trauma sans que nous connaissions vraiment le patient dans son histoire ;
- plus tardive à l'occasion de l'apparition de symptômes d'un syndrome post-traumatique, symptôme de répétition, état dépressif, évitement, troubles du caractère ; la mise en place est souvent plus longue, l'accent

doit alors être mis sur l'écoute de la souffrance du patient, condition pour la création d'un lien de confiance ;

- dans un délai variable ; au cours des entretiens, le patient relie le traumatisme récent à des traumatismes anciens ; il s'agit d'accompagner une personne qui souffre souvent d'une névrose traumatique décompensée par un choc traumatique lors d'un événement récent ; c'est un cheminement plus long qui exige du thérapeute une adaptation aux possibilités du patient à élaborer (voir chapitre 30).

- Par l'expérience de l'effroi, nous sommes soudain livrés au mouvement psychique de la régression. Le tissu temporel libidinal qui dynamise notre espace psychique s'est déchiré. La douleur qui s'ensuit est muette ou ressemble à un cri. Cette douleur va pouvoir se déposer, puis se nommer, puis se penser. Le travail psychothérapeutique va consister à favoriser un processus de transformation pour amener des représentations là où la douleur est muette. Il s'agit d'empêcher la pétrification et la fascination autour du trauma.

Le déploiement de la parole nécessite un espace d'échange entre le patient et son thérapeute : les mots du patient ont un effet sur le thérapeute qui, à son tour, va lui restituer sa parole, celle-ci ayant un effet rétroactif sur le patient. Cet échange va s'installer progressivement dans un cadre qui comporte :

- la spécificité du lieu garant de la confidentialité et de l'intime : Masud Khan (1945) insistait beaucoup sur le climat dans lequel se déroulent ces séances, le rôle de la lumière et du silence ;
- la détermination des horaires, du prix éventuel si le psychiatre a un cabinet privé, permettant l'établissement d'un contrat clair et sans ambiguïté ;
- la mise en place de personnes relais pour les temps d'absence ou pour les moments de plus grande fragilité anxieuse de certains patients ;
- la mesure de la nécessité d'un soutien médicamenteux et la prise en charge éventuelle en binôme avec un confrère psychiatre.

Cet espace-temps de parole va rendre possible l'expression des émotions et des sensations primitives ressenties lors du vécu traumatique. Puis, progressivement, l'espace du rêve et de la pensée va pouvoir se déployer. Ce cheminement nécessite pour le thérapeute de tenir compte de la réalité, par le partage des souffrances et des préoccupations des patients, avant d'aborder la question du trauma. Il faut parfois du temps à un patient ayant vécu une expérience traumatique avant qu'il ne puisse en parler. A. Houballah (1996) écrit :

J'ai compris que devant un traumatisé il faut montrer une certaine disponibilité et se livrer à ses oscillations et ses préoccupations comme une planche à laquelle on s'accroche dans une mer agitée.

Chaque thérapeute accepte d'engager sa personne, son inconscient, ses fantasmes, ses affects pour pouvoir héberger dans son psychisme les états mentaux les plus archaïques des patients et leur permettre de les transformer en pensées fécondes.

2. Processus thérapeutique

Il s'agit pour le thérapeute d'accompagner le patient dans un processus de transformation, au cours de trois phases essentielles que l'on va retrouver dans toute psychothérapie post-traumatique.

- *Phase de commémoration.* Pendant cette phase, il s'agit surtout d'axer le travail psychologique sur le vécu de l'événement. Le premier travail consiste à transformer progressivement les traces sensorielles traumatiques : les sensations imprimées dans le corps, sensations visuelles, sensations tactiles et auditives qui s'émoussent, et diminuent leur pouvoir de reviviscence. Ferenczi (1985) précise : « Il ne faut pas s'en laisser imposer par la souffrance, c'est-à-dire ne pas interrompre prématurément la souffrance. » Ces traces isolées par le vécu traumatique se relient au fur et à mesure qu'elles sont nommées par le patient. Les affects archaïques, l'effroi, la terreur, le sentiment de solitude et d'abandon sont symbolisés progressivement dans un processus d'élaboration.

- *Phase de mutation.* Le vécu de l'événement par le récit et l'extériorisation des affects n'est pas suffisant : un travail de reconstruction et de restructuration est nécessaire. Au cours de cette phase, le patient réorganise peu à peu son sentiment d'identité ébranlé par la déstabilisation des fondements de la personnalité et les perturbations de ses assises dans le monde extérieur : il s'agit d'accompagner le patient dans la reconstruction de son image à réinvestir afin de lever les inhibitions, le sentiment de honte. C'est aussi une période de remise en mémoire et de mise en histoire : le patient devient un historien, capable de construire son histoire. « L'accent serait à mettre, en somme, non pas sur l'effet direct du trauma, mais sur ce qui en empêche l'oubli », écrit A. Andreoli (2003). Il s'agit de favoriser la libération du fragment fixé au présent réel pour le renvoyer au moment du passé auquel il appartient ; autrement dit, de permettre l'instauration de la fonction refoulante. Le passé peut se remodeler dans le présent et peut s'ouvrir alors sur un avenir possible.

- *Phase de maturation.* Au cours de cette phase, le patient peut interpréter son destin et sa singularité. À partir de l'irruption du réel, il peut reconstruire l'événement mais aussi se voir, se vivre et concevoir le monde qui l'entoure différemment. C'est une période féconde et créatrice tant sur le plan de la pensée que sur la mise en place de mouvements de vie donnant lieu à des changements dans la réalité de la vie.

Observation 1

Xavier est chauffeur d'un véhicule blindé dans une société de convoyage de fonds. Au cours d'une des dessertes, le véhicule est braqué par immobilisation et plastiquage. Le feu se propage à la cabine avant où les trois convoyeurs sont coincés. Xavier, en gardant son sang-froid, aide ses deux collègues à sortir par ►

- ▷ la trappe d'ouverture. Le débriefing psychologique collectif qui a lieu quelques jours après permet aux membres de l'équipage de s'exprimer sur leur vécu de l'événement, leur état psychologique actuel et d'envisager leur devenir professionnel. À la fin de la séance, alertée par l'attitude de Xavier qui s'est mis en retrait et montre des troubles anxieux et une certaine agitation, je lui propose un rendez-vous individuel.

Ce rendez-vous va inaugurer un suivi psychothérapique de 5 mois à raison d'une séance par semaine puis deux par mois.

Pendant les premières séances, Xavier évoque son vécu de l'agression : « Je me suis vu mourir dans les flammes. » C'est donc le deuxième moment de peur qui a provoqué l'irruption de réel de la mort, bien que Xavier ait eu un comportement de stress adapté. Ce moment d'effroi a commencé à se manifester au bout de quelques heures après l'agression, principalement par des reviviscences de la scène traumatique et un état de détresse et d'angoisse majeur.

À partir de la quatrième séance, un travail de restauration s'est fait jour. Xavier sort de son état dépressif, les symptômes de répétition diminuent, il refait du vélo, veut apprendre à nager : des assises narcissiques et moïques se reconstruisent. Il parle de lui, de sa timidité de jeune homme de 30 ans, de ses complexes affectifs rendus insupportables par le vécu traumatique. Il voudrait reprendre son travail mais ne se sent pas encore prêt. C'est la phase de mutation.

Au cours de cette phase, il présente une rechute d'état dépressif ; nous parcourons ensemble ce qui a pu engendrer cette soudaine régression : ses collègues lui ont donné une cassette vidéo comprenant les reportages sur l'agression qu'il visionne tous les soirs en boucle ; nous en sourions tous les deux. La fascination du trauma peut nous jouer des tours et bloquer ainsi la fonction d'un nécessaire refoulement de l'expérience traumatique. Le rire vient à partir du resurgissement d'émotions et de sensations primitives en place du trauma revisité.

Au cours de la troisième phase, je revois Xavier pour quelques séances qui donneront lieu à une élaboration sur la reprise de son activité professionnelle – il veut reprendre son poste – ainsi que sur son désir d'évoluer dans sa vie personnelle. Quelques mois plus tard, il me fait part au cours d'un appel téléphonique du début de sa vie amoureuse...

Quand nous avons à accompagner des personnes confrontées à la violence humaine, dans des circonstances de troubles sociaux, de toxicomanie et de commerce de drogue, de xénophobie, de situation de guerre civile ou évoquant la guerre, le processus psychothérapeutique est souvent plus long. L'expérience traumatique est venue comme un acte aberrant qui résiste à toute logique et dévoile l'ambivalence ainsi que la division psychique amour/haine, bien/mal, altruisme/égoïsme, présentes chez tout être humain. La réalité psychique se construit sur ce principe de division : les mauvais penchants sont refoulés, transformés, sublimés, mais une certaine fragilité demeure. Les gardiens d'immeuble des cités de banlieue sont fréquemment en proie à des agressions sauvages qui mettent à mal cette réalité psychique : la haine déclenchée par le vécu peut les faire basculer

vers le passage à l'acte ; ce qui est refoulé peut émerger du réel sous forme d'une incoercible envie de vengeance par exemple, au détriment de leurs intérêts individuels ou collectifs. Dans la haine, le sujet ne peut plus se reconnaître que dans la suppression de l'autre. La victime n'est pas toujours exclusivement du côté de l'agressé. Il faut parfois situer dans le parcours thérapeutique le facteur traumatique dans l'événement qui englobe à la fois agresseur et agressé.

Observation 2

M. H. a vécu jusqu'à l'âge de 25 ans dans un pays d'Afrique en guerre civile, sa famille étant engagée dans le processus de combat. Il a 50 ans actuellement. Au cours de ses missions d'agent de surveillance, il s'est fait braquer par un jeune dealer armé. Dans une attitude de stress adapté, il a communiqué brièvement avec son agresseur de façon à éviter qu'il ne tire. Le jeune s'est alors enfui. Au bout de quelques minutes, M. H. s'est effondré dans une crise de peur intense et de débâcle neurovégétative, stress différé mais pas uniquement : « Pourquoi un jeune Africain qui, lui, n'a pas connu la guerre peut me menacer avec un fusil ? »

À la troisième séance de suivi psychothérapique, dans un moment d'abréaction, il évoque alors l'image quasi spéculaire de son agresseur entraperçue comme lui à 20 ans braquant des civils dans son pays en guerre : instant rendu traumatique où passé, présent et futur sont réduits à un seul instant. L'effet de surprise suivi d'un effondrement est né de la révélation brutale du rapport intime de son double à la haine de l'autre. Lever la terreur par l'élaboration des sentiments de haine et de culpabilité lui a permis de retrouver sa liberté de penser et de parler.

3. Transfert et positionnement du thérapeute

Comme le précise F. Lebigot (2006), ce travail psychothérapique post-traumatique n'est possible qu'avec l'appui d'un transfert positif :

Dans le cas d'une névrose traumatique, le transfert doit être maintenu dans son versant positif au moins tant que persiste une symptomatologie créée par l'effraction traumatique.

Il s'agit d'un lien affectif qui va permettre le déploiement de la parole du patient et un accès à la compréhension de ses mécanismes psychiques : la demande du patient installe d'emblée le thérapeute dans la position de celui qui a le pouvoir de le comprendre et de l'aider à mettre fin à sa souffrance. Un sujet, se sentant en quelque sorte mort-vivant à la suite d'un événement qui a fait effraction, confie au thérapeute le pouvoir d'agir pour le soigner et changer sa vie, dans la mesure où il s'est senti dépossédé de son autorité à conduire sa vie. Au fur et à mesure de la progression des étapes, le thérapeute retourne au patient sa force de guérison pour qu'il retrouve sa stature d'autorité qui donne à tout être humain sa dignité. En suivant

Winnicott (1974) : « Dans ce cas la seule façon de se souvenir est que le patient fasse dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette chose passée. »

Le positionnement évolue au cours du processus thérapeutique : au cours de la première étape, il est souvent nécessaire d'instaurer un lien que Winnicott appelle « *holding* », dont le principal enjeu est de permettre au patient de découvrir de l'humain par rapport à l'expérience traumatique de déshumain. Nous avons vu que cet accompagnement psychothérapique touche aux formations archaïques de la vie psychique et sollicite un soin précis qui engage de façon intense et active le thérapeute dans sa vie psychique parallèlement à l'écoute de celle du patient. Il nous faut trouver l'accès à la sollicitude envers ce patient-là, accepter le sentiment de ne rien comprendre sur le moment, de nous sentir momentanément plongé nous-même dans une position dépressive, en gardant néanmoins un certain désir de réparation ; autrement dit, la conviction que le psychisme humain a des capacités d'inventivité de processus d'élaboration permettant d'intégrer dans le tissu psychique des traumatismes violents ou absurdes. Le mouvement du positionnement peut être comparé à l'image du « guide », d'abord devant le patient pour le conduire vers le monde des vivants, puis engagé à côté du patient dans l'exploration des profondeurs psychiques, enfin derrière le patient qui peut se penser comme sujet et penser sa vie parmi les humains. En se référant à Winnicott à propos du positionnement du thérapeute, celui-ci doit être suffisamment présent et mobile pour favoriser le processus psychique et suffisamment en retrait pour permettre de se faire oublier ensuite.

Ces psychothérapies post-traumatiques nécessitent un engagement profond du thérapeute dans le champ relationnel permettant le mouvement dans l'échange et le paradoxe d'une grande proximité et d'une distance. C'est cette relation qui va permettre au patient d'avoir le courage et l'élan de s'aventurer dans les zones archaïques comme dans un gouffre. Travailler dans ces zones demande au thérapeute une grande disponibilité et une grande énergie psychique : « toucher pour voir », écrit M. Khan (1963).

Personnellement, j'ai oublié les noms et les visages de certains patients. Mais je me souviens précisément du parcours thérapeutique effectué avec ceux que j'ai suivis après un trauma. J'attribue ce phénomène de mémorisation au fait que ces patients ayant vécu une expérience particulière m'ont transformée au cours de ce travail de réanimation psychique. Comme l'écrit D. Deschamps (2004) :

Chacun s'engage avec tel ou tel patient et se laisse moduler par la rencontre en fonction de son histoire dans la mesure où il se laisse interpeller par la question de cet autre en résonance avec la sienne.

Pour en savoir plus

- Andreoli, A. (2003). « Le Sens de la psychothérapie dans le traitement et les soins des troubles liés au stress et au trauma ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(3), 3-6.
- Deschamps, D. (2004). *L'Engagement du thérapeute*. Ramonville-Saint-Agnes: Érès.
- Fédida, P. (2001). *Les Bienfaits de la dépression*. Paris: Odile Jacob.
- Ferenczi, S. (1985). *Journal clinique*. Paris: Payot.
- Houballah, A. (1996). *Le Virus de la violence*. Paris: Albin Michel.
- Masud Khan, R. (1963). « Le traumatisme cumulatif ». In *Le soi caché*. Paris: Gallimard.
- Lambrichs, L. (1995). *Le Livre de Pierre*. Paris: La Différence.
- Lebigot, F. (2006). « L'Évolution du trauma sous transfert ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(2), 71-78.
- Marty, F. (2001). *Figures et traitement du traumastime*. Paris: Dunod.
- Vitry, M. (2002). *L'Écoute des blessures invisibles*. Paris: L'Harmattan.
- Winnicott, D. W. (1974). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

19 Les thérapies cognitivo-comportementales du trauma

G. Vila

Le principe de base des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) est de raisonner à partir du comportement du patient pour conceptualiser les cas, définir les objectifs thérapeutiques, axer les interventions, évaluer les résultats. Les TCC visent à une modification comportementale, sous-tendant une meilleure qualité de vie, avec une réduction de la souffrance et du handicap fonctionnel, et une meilleure adaptation au milieu environnant. Le comportement cible peut être un objectif limité, n'incluant pas l'ensemble des difficultés du patient (plusieurs comportements cibles peuvent être traités successivement). L'amélioration ciblée a souvent des conséquences positives plus larges avec un effet « boule-de-neige » (Vila, 2003 ; 2006). Le comportement est modifié par apprentissage. Le patient va faire l'acquisition de nouvelles compétences qui aboutiront progressivement à une modification de ses comportements habituels (auparavant source de handicap fonctionnel et de souffrance), par exemple, des techniques de résolution de problèmes, de gestion du stress ou d'affirmation de soi. Il s'agit de donner au patient les moyens de se confronter à ce qui lui pose problème, d'avoir un comportement plus adapté, de réduire les tensions liées à la confrontation nécessaire au milieu environnant. Le dialogue est essentiel en TCC ; celle-ci n'est pas l'art de manipuler autrui mais une méthode passant par l'interaction et l'échange pour aider le patient à gagner en autonomie.

1. Les thérapies cognitivo-comportementales en pratique

Le déroulement d'une TCC est très standardisé. Une thérapie débute par un temps d'accueil, et se poursuit avec des séances fondamentales consacrées à l'analyse fonctionnelle permettant de décrire avec précision les difficultés du patient et leur contexte, ainsi que de définir des cibles pour le traitement. On convient alors des stratégies thérapeutiques (techniques à utiliser et leurs modalités) que l'on mettra en œuvre successivement. La séance d'évaluation terminale mettra un terme à la partie intensive consacrée à la réduction du handicap. Elle sera suivie de quelques séances du module de prévention de rechute afin de donner de l'information et de la formation au patient pour réduire les risques

ultérieurs liés à sa pathologie (par exemple, la conduite à tenir face aux « *reminders* » du trauma ou en cas de nouvelles rencontres traumatiques). Des séances espacées seront consacrées au suivi longitudinal ou « *follow-up* », permettant des révisions, un travail de consolidation des acquis ou d'ajustement à de nouveaux contextes. Elles vérifient la stabilité dans le temps des résultats obtenus et leur généralisation hors thérapie. Les temps forts de la TCC sont l'établissement de l'alliance thérapeutique, le renforcement des compétences, l'acquisition de nouvelles compétences, l'évaluation en cours et terminale et la prévention de la rechute.

Le déroulement d'une séance de TCC est lui aussi très codifié et identique dans sa structure qui en constitue le « cadre ». Chaque séance débute par un temps d'accueil informel, se poursuit avec la revue des tâches hors séance prescrites la dernière fois, la proposition de programme pour la séance (en fonction de la stratégie en cours), puis des exercices de mise en pratique, le résumé de la séance avec un feed-back du patient et du thérapeute sur la séance, enfin la prescription de nouvelles tâches d'application hors séance des compétences travaillées.

2. Les thérapies cognitivo-comportementales du trauma

Les TCC du trauma peuvent soit viser directement (technique d'exposition directe [DET] ou inoculation du stress [SIT], thérapie cognitive ciblée) le trauma (*trauma focused-therapy* [TFT]), soit s'adresser au handicap fonctionnel du patient, éventuellement sans abord direct de l'événement traumatique (Meichenbaum, 1994 ; Foa *et al.*, 1989). Il s'agira par exemple de traiter une dépression, une agoraphobie, une phobie scolaire ou une autre phobie traumatique (phobie des transports, phobie des animaux, phobie sociale, etc.).

Les TCC du trauma proprement dites sont des thérapies brèves centrées sur le trauma (TFT), éventuellement complétées d'une thérapie plus globale ou sur d'autres cibles. Les psychotropes peuvent jouer un rôle additionnel.

Les techniques usuelles en TCC du trauma sont l'exposition en imagination au souvenir traumatique, l'exposition *in vivo* aux situations évitées, la restructuration cognitive (schémas de danger, culpabilité, etc.), l'affirmation de soi, la gestion de l'anxiété (relaxation, contrôle des stimuli, etc.) et la gestion de la colère.

À cause de, et grâce à, l'évitement, les syndromes phobiques sont des indications majeures des TCC. On distingue deux temps dans la thérapie : amener le patient à accepter de se confronter à ce qu'il évite ; réduire le handicap fonctionnel (réduire l'anxiété liée à la confrontation et desserrer le cercle des évitements).

Comment procède-t-on ? On vise à établir un cadre psychothérapeutique, l'alliance thérapeutique ; l'exposition active aux stimuli déclencheurs réduit les évitements par l'extinction de l'anxiété évoquée (la réponse apprise) ; la gestion du stress rend tolérable le niveau de détresse et les réactions de détresse. Il faut rétablir un équilibre par apprentissage : réduire la fréquence d'émission des comportements nocifs ou non pertinents (conduites anxieuses, conduites agressives, comportements d'évitement, intrusions) et augmenter la fréquence des comportements adaptés (comportement assertif, confrontation aux difficultés, résolution de problèmes, gestion du stress et de la colère). Les comportements positifs (plus adaptés) vont se substituer progressivement aux comportements négatifs (source de handicap fonctionnel et de souffrance). Ils acquièrent une plus grande probabilité d'émission dans le milieu environnant en réponse aux stimuli.

La base de la modification du comportement est l'apprentissage : il s'agit d'acquérir de nouvelles compétences et de renforcer des compétences partiellement acquises ou insuffisamment utilisées (à noter qu'on ne peut « désapprendre », pas plus qu'on ne peut activement oublier). L'apprentissage peut se faire selon le modèle classique de [Pavlov \(1961\)](#) (répondant où est associée une réponse neurovégétative, comme la salivation dans l'expérience historique, à un stimulus externe, comme une sonnerie), selon le modèle de [Skinner \(1971\)](#) (opérant où le renforcement se fait par les conséquences du nouveau comportement), selon un mode vicariant ([Bandura, 1977](#) ; suivant un modèle observé), ou selon le modèle cognitif ([Beck et al., 1979](#)). Ainsi, l'on va utiliser, pour traiter les patients, les mêmes processus que l'on suppose être à l'origine de leurs troubles. Les comportements pathologiques sont supposés avoir été acquis par apprentissage lors du trauma et être renforcés par différents facteurs. Ils vont s'améliorer à mesure que le patient acquiert et apprend à utiliser des comportements plus adaptés.

3. Thérapies comportementales du trauma

Le versant comportemental est illustré par le principe de l'exposition par la TFT visant à l'extinction des réponses pathologiques. L'exposition est la confrontation contrôlée aux stimuli anxiogènes. Elle se fonde sur le phénomène de l'habituation, réduction progressive et disparition d'une réponse (extinction) à la suite de la répétition régulière et sans changement du stimulus. Quand le patient se confronte à une situation anxiogène (stimulus), la détresse apparaît (anxiété, colère, intrusions, pensées automatiques négatives, etc.). Ce malaise l'entraîne à rompre rapidement cette confrontation douloureuse pour réduire la tension en échappant à ce qui la suscite. De ce type d'expérience, il retire deux apprentissages : se confronter au stimulus le rend malade ; l'éviter le soulage. La tendance à l'évitement est donc

renforcée. La conséquence en est un handicap accru du fait des restrictions qu'implique cet évitement renforcé, de l'anticipation anxieuse qui en est aussi accrue et rend le malaise permanent ou immanent, et du niveau de base de troubles post-traumatiques qui demeure inchangé puisqu'on ne peut rien tenter contre. Chaque nouvelle confrontation renforcera et entretiendra la pathologie, en particulier les évitements. Si, au contraire, le patient accepte de faire face, il acquiert la possibilité d'une issue favorable. En effet, c'est donner une chance au mécanisme d'habituation et donc à l'extinction. Mais celles-ci ne pourront se produire que si la confrontation dure assez longtemps pour que la réduction de la détresse évoquée soit significative (d'au moins 50 %) ; cela signifie devoir endurer un niveau élevé de détresse un temps prolongé ; c'est ce qui se passe en séance lors des techniques d'exposition. C'est alors rendu possible par l'alliance thérapeutique, l'information, la formation, l'acquisition et le renforcement de compétences nouvelles. Le résultat obtenu servira de renforcement pour valider ce qui vient de se passer et continuer. Sinon, ce sera un échec double : la pathologie est renforcée selon ses mécanismes habituels et l'évitement de recherche d'aide y est confirmé comme « raisonnable », puisque cette dernière tentative se solde par une expérience très douloureuse et aucun bénéfice, voire une aggravation, en tout cas un renforcement de l'impuissance apprise (source per se d'anxiété et de dépression). C'est aussi, malheureusement, l'issue fréquente des tentatives spontanées de se confronter au passé quand elles ne sont pas aidées d'un professionnel compétent ou par la chance...

Un des modèles de base de l'exposition dans le trauma et l'état de stress post-traumatique (ESPT) est celui de [Mowrer \(1960\)](#). Le conditionnement classique (stimulus-réponse) est responsable de l'instauration de la réaction traumatique : la situation traumatique et les stimuli associés se lient à une réponse anxieuse conditionnée ; l'apprentissage se fait en une seule présentation du fait de l'intensité des phénomènes en jeu. Le conditionnement opérant ([Skinner, 1971](#)) explique la persistance et la généralisation de la réaction traumatique : ce sont les conséquences des comportements du patient qui vont jouer le rôle de renforçateurs ; le sujet va être renforcé dans ses conduites d'évitement par la réduction de la détresse qu'elles entraînent ; les réponses anxieuses vont être renforcées par la confrontation aux stimuli évoquant l'événement traumatique ; l'anxiété anticipatrice et le désir d'éviter toute confrontation (voire tout risque de confrontation) à de tels stimuli s'en trouveront d'autant renforcés. Dans le modèle de [McFarlane \(2000\)](#), l'image intrusive se fixe lors du trauma puis fonctionne comme un signal de danger sous forme d'intrusions déclenchées par l'exposition aux stimuli conditionnés et entraînant une réaction de fuite avec évitement de la situation ([Vila, 2006](#)).

Les techniques d'exposition dans le trauma et l'ESPT sont l'exposition en imagination et l'exposition *in vivo*. Dans la première, on demande au

patient de se remettre en situation en imaginant qu'il est en train de se confronter à ce qui a causé son trauma (par exemple une scène d'accident de voiture), ou à ce qui suscite, depuis, son anxiété (par exemple imaginer qu'il monte dans une voiture ou qu'il fait un trajet en voiture). Pour être efficace, il faut que la scène imaginée le soit avec un maximum de détails réalisant un réseau de pensées, de paroles, de perceptions, de sensations neurovégétatives, corporelles et d'émotions. La représentation doit acquérir un statut d'actualité et de vivacité.

Il est essentiel d'être dans une alliance thérapeutique solide, sinon le sujet ne s'immergera que superficiellement dans ses souvenirs et la scène imaginée, n'ayant aucune consistance, n'aura aucun effet (ou l'effet délétère de le renforcer dans son évitement). Si, de plus, il est mal informé, mal préparé, ou réticent, il distraira son attention en cours d'exposition, et donc on ne pourra arriver à l'extinction : c'est un échappement. Il s'agit là de causes majeures d'échec, trop souvent oubliées, et confirmant que l'alliance thérapeutique tant mise en avant par Beck (1979) est de loin plus importante que les recettes appliquées rigideusement et sans souci d'interaction avec le patient, donc du patient lui-même. Dans l'exposition *in vivo*, c'est-à-dire en réalité, on prescrit au patient de se confronter à la situation ou aux stimuli anxiogènes eux-mêmes et non à leur simple évocation. Il s'agit, par exemple, de tenter de retourner à l'école après une agression subie dans ce lieu par un camarade ou de se promener dans la rue, seule ou accompagnée, quand une jeune fille a subi un viol en rentrant chez elle. Cela ne peut être obtenu que par un travail préalable d'information, de préparation, d'acquisition ou de renforcement de compétences (par exemple en gestion du stress) sur la base de la confiance fondée du patient envers son thérapeute. Dans les deux modalités de présentation du stimulus anxiogène, on peut d'emblée présenter le degré maximal d'intensité du stimulus (lié au souvenir le plus terrible, le plus insupportable, donc source de l'évitement maximal) ou « rendre la marche moins haute à escalader » en fractionnant la scène, en graduant en intensité progressive une gamme de stimuli associés au, ou composant le souvenir traumatique ou la situation-problème.

Par exemple, dans une phobie scolaire post-traumatique (après un attentat dans l'école), on peut prendre pour cibles successives de l'exposition, après concertation avec l'enfant et son école : 1) se préparer pour partir à l'école, 2) aller à l'arrêt du bus scolaire, 3) aller jusqu'à l'école en bus, 4) rentrer dans la cour de récréation de l'école, 5) assister à un cours d'EPS, 6) rester une demi-journée en cours, 7) rester une journée entière, 8) retourner pour une semaine aménagée, 9) retourner pour une semaine complète. Les étapes progressives, donc de niveau d'anxiété abordable, « négociable » par palier, de proche en proche, pas à pas, vont permettre, comme un escalier permet d'accéder à un étage supérieur marche après marche, d'avancer dans les difficultés jugées trop grandes par le patient pour être vaincues en une fois. L'habituation

(dont un des facteurs est l'intensité du stimulus) et l'extinction sont ainsi plus accessibles. Il importe de répéter que le plus important n'est pas d'accomplir des exploits, mais de traiter par la réussite, les plus petits pas réussis étant des succès qui rompent avec la spirale de l'échec, la perte de maîtrise sur soi et son destin, la perte d'estime de soi, la baisse du sentiment d'efficacité personnelle, le renforcement de l'impuissance apprise, et la réduction de l'incitation à l'action. Autant de facteurs qui vont avoir un effet « boule-de-neige » sur d'autres progrès en lien direct ou pas avec les techniques de soins déployées. On apprend à apprendre, on se découvre et on progresse.

4. Thérapies cognitives du trauma

Ces thérapies s'intéressent au discours intérieur du patient et viennent des théories du traitement de l'information. Les comportements, les émotions (et réactions neurovégétatives) et les pensées (cognitions) sont interdépendants. Il est donc possible, en agissant sur les cognitions, de modifier les émotions (anxiété, dépression, colère) et les comportements d'un patient. De nouveaux comportements, plus adaptés, seront donc émis et des éprouvés plus positifs perçus à partir de modes de pensée différents. Ils viendront à leur tour renforcer, par leur efficacité et leurs conséquences, le recours préférentiel à ces nouvelles voies cognitives qui s'en trouveront automatisées.

Les thérapies cognitives postulent que chaque personne au cours de sa vie, sous l'influence des événements, se forge par apprentissage des représentations stables d'elle-même, des autres et du monde dans lequel elle vit. Elle adopte ainsi des schémas de pensée fonctionnant comme des règles générales, des modèles générant des pensées automatiques sur un niveau subconscient. Ces pensées automatiques seront suscitées de façon réflexe en réponse aux stimuli que constituent les expériences de vie actuelles évocatrices, sous l'effet des schémas cognitifs (Vila *et al.*, 1998). Ainsi, par exemple, un enfant ayant subi de la maltraitance va se développer avec une représentation vulnérable de lui-même, hostile des autres et insécurisante du monde. Il constituera des schémas de danger du type : « je ne peux rien attendre de bon de la part des autres », « je ne peux que me faire exploiter ou agresser par autrui », « personne ne peut m'aimer », « je ne suis pas quelqu'un d'intéressant », « le pire peut arriver à tout moment », etc. De tels schémas vont générer en situation relationnelle, par exemple, des pensées automatiques telles que : « cette personne qui prétend m'aimer va me trahir », « elle me ment » ou « elle se moque de moi », etc. De telles pensées ne peuvent qu'engendrer malaise, peur, anxiété, dépression et des comportements faussés par des jugements biaisés. L'émission de cognitions négatives passe par l'effet de moule ou d'inducteur des schémas subconscients et par des mécanismes détournant le traitement rationnel de l'information : les distorsions cognitives. Il s'agit d'erreurs logiques qui peuvent être mises au jour à partir de l'examen avec le

patient de ses pensées automatiques, comme l'inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuves), l'abstraction sélective (se centrer sur un détail hors du contexte) ou la surgénéralisation (étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée).

Le travail thérapeutique de restructuration cognitive va passer par un auto-enregistrement (« journal ») des événements quotidiens avec les comportements, émotions et cognitions afférents. Chaque éprouvé négatif est le signal qu'il faut apprendre à repérer non comme une souffrance gratuite, mais comme l'indice du déclenchement automatique du schéma dysfonctionnel dans cette situation précise. En séance, on passera en revue ce journal des événements personnels et, par recoupements successifs, on aidera le patient à prendre conscience des répétitions menant à des réponses stéréotypées et invalidantes. Ainsi, on mettra en évidence les distorsions cognitives et les schémas dysfonctionnels. Par un questionnement socratique, non inductif, on aidera le patient à remettre en question ses croyances pathologiques (« Je suis nul ! ») et à trouver ou retrouver des alternatives de pensée (« Je ne suis pas si mauvais que ça... ») et, donc, de comportement (Beck, 1979). Il s'agit de le mener à plus de liberté en lui-même. Le travail cognitif est le plus souvent associé aux techniques comportementales, sans que les deux volets soient nécessairement associés pour chaque patient. Les cognitions dans le trauma sont théorisées par le modèle de Foa (1989). Le trauma est par définition « imprévisible et incontrôlable ». Il entraîne une perte de confiance en soi et son environnement. Il va remettre en question fondamentalement l'individu, notamment dans ses croyances : sur soi et sa place, le monde et son fonctionnement, les relations entre soi et le monde. C'est une expérience de bouleversements existentiels, mobilisant de fortes énergies et aboutissant à la mise en place de nouveaux schémas inconscients (se substituant à d'anciens qui ne sont désormais plus crédibles). Ces schémas, activés par les expériences quotidiennes rappelant le trauma, génèrent alors des pensées automatiques toutes sous leur influence négative.

5. Validité des thérapies cognitivo-comportementales de l'état de stress post-traumatique

Les difficultés méthodologiques sont nombreuses dans les travaux de validation : des séries souvent limitées, des recrutements hétérogènes, des critères de jugement restrictifs, ne tenant pas compte de la comorbidité, un délai court pour juger de l'efficacité, un recul insuffisant en *follow-up*, etc. Le travail de Brom *et al.* (1989) sur les psychothérapies de l'ESPT est particulièrement intéressant. Il compare 112 adultes avec ESPT traités, 5 ans après le trauma, par thérapie psychodynamique brève, hypnose ou désensibilisation (exposition graduée sous relaxation), contre liste d'attente. Les

trois groupes traités s'améliorent plus que le groupe contrôle, sans différence significative entre eux. Les TCC apparaissaient donc comme une alternative valide en comparaison avec ses aînées plus classiques. Par la suite, chez l'adulte atteint d'ESPT, les TCC, comme les traitements pharmacologiques, ont fait l'objet d'études contrôlées avec des résultats positifs, y compris pour des interventions psychothérapeutiques précoces dans les suites immédiates de la confrontation au facteur traumatique.

Pour en savoir plus

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York – Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). « Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders ». *J Consult Clin Psychol*, 57(5), 607-612.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. (2003). « Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder : a four-year follow-up ». *Behav Res Ther*, 41(4), 489-494.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. P., & Hamada, R. S. (2002). « Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study ». *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(3), 211-216.
- Cohen, J. A. (2003). « Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents ». *Biol Psychiatry*, 53(9), 827-833.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). « A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms ». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989). « Behavioral cognitive therapy conceptualizations of post-traumatic stress disorder ». *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Kolko, D. J. (1996). « Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: psychometric characteristics and treatment comparisons ». *Child Abuse Negl*, 20(1), 23-43.
- McFarlane, A. C. (2000). « Post-traumatic stress disorder : a model of the longitudinal course and the role of risk factors ». *J Clin Psychiatry*, 61, 15-20.
- Meichenbaum, D. (1994). *Treating post-traumatic stress disorder: a handbook and practice manual for therapy*. New York: Wiley.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Pavlov, I. (1961). *Réflexes conditionnels et inhibition*. Paris: Gontier.
- Skinner, B. F. (1971). *L'Analyse expérimentale du comportement*. Bruxelles: Dessart et Mardaga.
- Taylor, T. L., & Chemtob, C. M. (2004). « Efficacy of treatment for child and adolescent traumatic stress ». *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158(8), 786-791.
- Vila, G. (2006). « Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent ». In G. Lopez, A. Sabouraud-Seguín et al., (Eds.), *Psychothérapies des victimes*. Paris: Dunod.
- Vila, G., & Bertrand, C. (2003). « Accueil et suivi en victimologie pédiatrique à partir d'une observation ». *Journal International de Victimologie*, 1(3), 1-13.
- Vila, G., Porche, L. -M., & Mouren-Simeoni, M. -C. (1998). *L'Enfant victime d'agression*. Paris: Masson.

C. Tarquinio

L'eye movement desensitization reprocessing (EMDR) est une méthode thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro en 1989 et qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. En une dizaine d'années, l'EMDR a trouvé son indication privilégiée dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), donnant lieu à un grand nombre d'études. Aux États-Unis, il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux. Les recommandations pour l'usage de cette approche thérapeutique ne manquent pas, provenant des plus éminentes sociétés savantes reconnues sur le plan international pour leurs compétences en ce qui concerne la question du syndrome de stress post-traumatique. L'objectif de ce chapitre sera de permettre une meilleure connaissance de la thérapie EMDR, en exposant d'abord l'historique de la méthode, puis son cadrage théorique, et ensuite le protocole de base de cette thérapie.

1. Historique

C'est un peu par hasard en 1987, que Francine Shapiro a découvert l'EMDR alors qu'elle se promenait dans un parc. Elle opérait alors des mouvements avec ses yeux (Shapiro, 1989) et observa que les pensées négatives qui étaient alors les siennes semblaient évoluer et se transformer. Ce n'était pas les souvenirs ou les pensées qui disparaissaient de la conscience, mais leur charge négative qui commençait à s'atténuer jusqu'à disparaître totalement. Stupéfaite par cette sensation qui n'était pas encore une découverte, Shapiro poursuivit cette expérience en réactivant en mémoire certains mauvais souvenirs, en s'imposant en contingence des mouvements rapides des yeux de la droite vers la gauche ou en diagonale.

Elle proposa par la suite à des amis et autres collègues de s'adonner à la même situation afin de confirmer ce qu'elle-même avait ressenti. Elle demandait ainsi aux volontaires sur quel aspect de leur vie passé ils souhaitaient travailler. Il ne s'agissait pas de souvenirs pathologiques, mais plutôt de dimensions du passé (brimades, humiliations, etc.) qui aujourd'hui encore pouvaient les perturber dans leur vie d'adulte sans que cela constitue pour autant un handicap à vivre. Afin de « contrôler » la démarche, elle proposa aux sujets de faire venir pour chacun d'entre eux ce souvenir négatif

tout en concentrant leur attention visuelle sur le mouvement de va-et-vient de droite à gauche qu'elle opérait avec ses doigts, en prenant soin de « répliquer » ce qu'elle-même avait fait dans le parc quelque temps auparavant.

Six mois après ses premières observations empiriques et 70 sujets plus tard, Shapiro avait fait évoluer sa démarche, en essayant différents types de mouvements (plus ou moins rapides, plus ou moins amples, horizontaux et obliques), et en demandant aux sujets de se focaliser sur différents aspects des traces mnésiques du souvenir négatif. L'ensemble de ces évolutions a conduit pour tous les sujets à une réduction de la charge négative du souvenir et surtout à une diminution sensible du niveau d'anxiété provoqué par ces mêmes souvenirs. Elle baptisa la méthode *eye movement desensitization* (EMD). Le changement de dénomination d'EMD à EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) est intervenu en 1990, après que la démarche a pu mettre en évidence des effets de restructuration de la mémoire, d'augmentation du sentiment d'efficacité et de contrôle des victimes ainsi que d'un traitement plus adapté des événements traumatiques en mémoire.

2. Cadrage théorique de la thérapie EMDR

Nous avons fait le choix d'orienter cette présentation autour de deux aspects qui restent selon nous les plus documentés pour expliquer les effets de l'EMDR. Le premier concerne la conception du système de traitement de l'information orienté vers l'adaptation ; et le second traite plus particulièrement de la fonction et du rôle des mouvements oculaires.

2.1. EMDR, cognition et adaptation

L'un des supports théorique de l'EMDR est de considérer que le psychisme a la faculté de métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Certains vécus vont se figer en souvenirs traumatiques qui, réactivés, déterminent des pensées, des émotions et des sensations pathologiques. Ils s'impriment sur des sites virtuels organisés en réseau de mémoire. La première hypothèse de [Shapiro et Forrest \(1997\)](#), qui est à l'origine de cette méthode, se fondait en fait sur les travaux de [Pavlov \(1927\)](#), qui présupposait l'existence dans le cerveau d'un équilibre entre excitation et inhibition, responsable de son fonctionnement normal. Si quelque chose venait provoquer un quelconque déséquilibre, il en résultait une pathologie neuronale, comme un « nœud dans le câblage ». Selon Pavlov, pour revenir à l'état d'équilibre et le traiter, il fallait restaurer l'équilibre entre excitation et inhibition.

Sur ces bases, Shapiro a fait l'hypothèse que le traumatisme pouvait causer une sorte de surexcitation du système nerveux et que les mouvements oculaires allaient engendrer un effet inhibiteur (ou relaxant) pour la contrebalancer. C'est l'idée d'un traitement adaptatif de l'information conduisant

l'organisme à une résolution adaptée – c'est-à-dire à des associations appropriées qui vont permettre au patient de faire quelque chose de ce qui lui est arrivé en transformant et en intégrant dans un nouveau schéma positif et constructif ses cognitions et ses émotions – qui guide toute la démarche EMDR (*adaptative information processing model*). Par exemple, un enfant victime de moqueries dans une cour d'école ou de comportements blessants sera touché voire perturbé dans son quotidien. Si dans un premier temps il ne cesse d'y penser, cette expérience est le plus souvent digérée et servira de guide pour ses comportements à venir avec ses pairs. Cette expérience une fois élaborée et traitée permet à l'enfant de mieux se connaître et de mieux connaître son environnement social, ce qui le conduit à s'y comporter de manière plus adaptée. Ainsi, confronté à une expérience traumatique, le sujet pourra être perturbé jusque dans le fonctionnement de son système nerveux et de ses cognitions. Si l'événement traumatique ne peut être élaboré, il persistera en l'état avec son cortège de symptômes (idées intrusives, cauchemars, sensations physiques, etc.).

Cette approche est consistante avec le modèle de traitement de l'information d'[Horowitz et al. \(1979\)](#), [Horowitz \(1979, 1986\)](#) qui conçoit les symptômes post-traumatiques comme une réaction au nombre excessif de données que constitue l'expérience traumatique. L'ESPT découlerait de l'incapacité de la victime d'intégrer adéquatement ces nouvelles informations au sein de ses schémas cognitifs antérieurs. La résorption des symptômes dépend donc de l'intégration de l'expérience traumatique.

La trame majeure de la thérapie EMDR peut se résumer de la façon suivante.

- Les réseaux mnésiques sont à l'origine de nos perceptions, de nos attitudes et de nos comportements.
- Le système de traitement de l'information conduit le matériel dysfonctionnel (qui peut être de nature traumatique) vers une solution.
- Tout événement stressant petit ou grand peut constituer l'origine d'une pathologie.
- Une perturbation du système de traitement de l'information empêche le traitement du matériel, ce qui conduit à un stockage non adapté et dysfonctionnel de celui-ci.
- Lorsque la perception du présent renvoie aux réseaux mnésiques, les manifestations des souvenirs anciens non élaborés (digérés, métabolisés, etc.) réapparaissent.
- Les manifestations du souvenir non élaborées (digérées, métabolisées, etc.) changent durant le processus de traitement, s'orientant vers une solution adaptative (c'est-à-dire positive et optimale pour le sujet).
- Les nouvelles cognitions, les nouvelles perceptions, valeurs et compréhension du sujet, les changements dans le ressenti, les réactions physiques et émotionnelles sont des conséquences du processus de traitement qui doit conduire à la désensibilisation.

La thérapie EMDR contient de nombreux éléments qui contribuent aux effets du traitement. Si de nombreuses études ont validé la méthodologie de la thérapie EMDR, il subsiste des questions concernant son mécanisme d'action. Comme nous l'avons évoqué précédemment pour expliquer les effets cliniques de la thérapie EMDR et guider sa pratique, les auteurs se réfèrent à un modèle de traitement de l'information (Shapiro, 2001). Or, ce modèle n'est lié à aucun mécanisme neurobiologique précis, dans la mesure où la science est encore aujourd'hui dans l'impossibilité de déterminer ce qui se passe, au plan neurobiologique, au cours d'une psychothérapie quelconque.

2.2. De la fonction des mouvements oculaires

L'attention des chercheurs s'est surtout portée sur les mouvements oculaires (et d'autres formes de stimulation bilatérale) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche. Un parallèle est à faire avec ce qui se passe dans le sommeil à mouvements oculaires rapides (*rapid eyes movement* [REM]). En effet, les mouvements oculaires rapides surviennent au cours des états de rêve, et il existe de plus en plus de preuves montrant que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle (Carskadon, 1993). Il semble que, lorsque des souvenirs pénibles apparaissent dans les rêves, les mouvements oculaires rapides induisent un effet de détente qui permet le traitement psychique de ces expériences. Un parallèle a été fait avec la théorie de « l'inhibition réciproque » de Wolpe (1990) ; Wolpe (1990, 1991), que ce dernier considérait comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation.

L'hypothèse de Shapiro était de penser que les mouvements oculaires pendant le rêve inhibaient la détresse. La découverte du sommeil-REM a été faite par Aserinsky et Kleitman (1953). Ils ont découvert que, dans 80 à 85 % des cas, les sujets qui s'éveillaient de ce sommeil étaient capables de fournir un récit clair et détaillé de leurs rêves, alors qu'en dehors de cette phase du sommeil ils n'étaient plus en mesure de la faire (Dement et Kleitman, 1957). D'autres recherches ont suggéré que les phases non-REM comprenaient peut-être davantage d'activité onirique qu'on l'avait cru, sans donner les récits riches et précis que l'on a dans la phase de sommeil-REM (Foulkes, 1962).

On peut considérer que c'est une élaboration cognitive et affective qui a lieu en EMDR. La personne intègre l'information provenant de l'événement traumatique en l'élaborant, puis en la stockant avec une émotion plus adaptée et plus positive. On peut donc supposer que la thérapie EMDR (comme le sommeil-REM) permet une élaboration émotionnelle où les patients commencent, en repensant à l'événement traumatique, à ressentir de la colère, de la peur ou de la honte pour finir par s'apaiser, accepter, pardonner et « passer à autre chose ». Notons que les mouvements oculaires utilisés en

EMDR ont été évalués indépendamment par de nombreux chercheurs. Ces études ont relevé des effets directs sur l'émotivité, la netteté des images, la souplesse de l'attention et les associations mnésiques (Andrade *et al.*, 1997 ; Van den Hout *et al.*, 2001).

Selon les auteurs, trois modèles permettent d'expliquer le rôle de la réaction d'orientation en EMDR.

- Pour Barrowcliff *et al.* (2003, 2004), l'orientation de l'EMDR est d'être un « réflexe investigatoire » produisant une réaction élémentaire qui survient lorsque le patient se rend compte qu'aucune menace ne pèse sur lui. En associant cet état de relaxation au souvenir traumatogène, le patient découvre alors une nouvelle façon de vivre son souvenir et il se sent alors moins en détresse (inhibition réciproque).
- D'autres (Kuiken *et al.*, 2001–2002 ; Stickgold, 2002 ; Christman *et al.*, 2003) avancent l'idée que la réaction d'orientation pourrait rompre le réseau mémoriel traumatique en coupant les liens antérieurs établis avec des émotions négatives et en permettant l'intégration de nouvelles informations. Kuiken *et al.* (2001–2002) ont montré que les mouvements oculaires sont liés à une plus grande souplesse de l'attention, et il est envisagé (Stickgold, 2002 ; Christman *et al.*, 2003) que ces mêmes mouvements oculaires stimulent les mécanismes neurobiologiques activant les souvenirs de la mémoire épisodique et les intégreraient à la mémoire sémantique.
- D'autres études enfin (Van den Hout *et al.*, 2001) indiquent que les mouvements oculaires et d'autres stimuli affectent la perception du souvenir ciblé et affaiblissent la netteté de l'image ainsi que les émotions qui lui sont liées soit parce que ces mouvements interrompent le fonctionnement de la mémoire de travail, soit parce qu'ils modifient les sensations corporelles qui accompagnent le souvenir retrouvé.

3. Procédure de la thérapie EMDR

La thérapie EMDR s'appuie sur de nombreux facteurs déjà utilisés par de nombreuses autres approches, comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les approches psychodynamiques ou encore l'hypnose ericksonienne. Pendant une séance de thérapie EMDR, il est demandé au patient de bouger les yeux de gauche à droite, à un rythme régulier, tout en pensant à des éléments d'un souvenir traumatique. Exemple : F. a fait l'objet d'attouchements de la part de son grand-père alors qu'elle avait 13 ans. La cible choisie est une situation bien précise localisée dans le temps (vers midi) alors que la grand-mère partait toujours à la même heure faire quelques courses et dans l'espace (dans la cave) où son grand-père avait abusé d'elle. D'autres formes de stimulations (auditives ou tactiles par des tapotements sur les mains) sont parfois utilisées à la place de la stimulation visuelle.

Le patient doit spécifiquement évoquer dans son esprit l'image d'un des aspects pénibles de l'événement passé (exemple : l'haleine de son grand-père, le rythme de sa respiration). Le thérapeute l'aide à focaliser son attention sur la dimension visuelle de la représentation traumatique qui est la plus intensément associée à l'affect. Le patient énonce alors une conviction (cognition) négative qu'il a de lui-même et qui résulte de cet événement (exemple : « je suis impuissante ou je ne peux rien faire »). Cette cognition est négative parce que le sentiment d'impuissance est inapproprié ; elle est enkystée dans le système nerveux alors que le danger est dans le passé. Le patient identifie également l'affect précisément relié à l'image (exemple : la peur, la colère, la tristesse) et évalue son intensité sur une échelle de 0 à 10 appelée le SUD (subjective unit of distress [unité de détresse ressentie]). En même temps, le thérapeute l'aide à identifier les sensations physiques manifestées dans son corps (oppression dans la poitrine, mains froides), et qui accompagnent ces images, pensées et émotions.

Le thérapeute et le patient définissent ensemble une direction pour la thérapie en identifiant aussi une cognition positive. Cette phrase doit contenir un sentiment interne de maîtrise. Cette cognition répond à la question : « Quand vous vous voyez dans cette situation, que préféreriez-vous penser de vous-même à la place de la croyance négative que vous venez d'énoncer ? » Le patient doit alors évaluer le degré de conviction qu'il associe à cette pensée positive : à quel point il la ressent comme vraie (par exemple : « je ne crains plus rien aujourd'hui »). Cette évaluation de la validité de la cognition positive (*validity of cognition* [VOC], qui va de 1 à 7), ainsi que le SUD permettent au thérapeute d'estimer le degré atteint dans la résolution du trauma, et la progression au cours du traitement vers une interprétation plus « adaptative » de l'événement traumatique.

Après cette phase initiale, le patient va se centrer sur les émotions et les sensations perturbantes du patient (c'est la phase de désensibilisation). Il va alors suivre des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute entre la gauche et la droite. Ces séries de mouvements latéraux durent de 20 secondes à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle du patient. Lors de cette phase, on trouve toutes les réactions de la personne. Il peut s'agir de souvenirs, de prises de conscience, ou d'associations diverses. C'est à chaque pause, entre chaque série de mouvements bilatéraux, que le patient rapporte « ce qui lui est venu » pendant la période d'attention flottante qui accompagne les mouvements oculaires. Le patient porte alors son attention sur la nouvelle information, sensation ou prise de conscience, et le thérapeute recommence une autre série de mouvements. Le thérapeute se retient de demander des clarifications ou des précisions sur ce que le patient rapporte. De même, il n'en donne aucune interprétation. Il continue simplement de ramener l'attention du patient sur le matériel révélé par la stimulation, et amorce une nouvelle série de mouvements jusqu'à ce que les

associations ne suscitent plus de changements ou jusqu'à ce que seulement des associations et sensations positives soient rapportées.

Entre les séries de mouvements oculaires, le patient parle normalement au thérapeute, décrivant généralement ce qui s'est passé pour lui pendant la stimulation. Le patient décrit ce qu'il a vu ou ressenti pendant la stimulation un peu comme s'il s'agissait d'une rêverie concentrée. Le travail est amorcé par un événement précis ou un affect particulier, mais au fur et à mesure des mouvements oculaires, d'autres associations à d'autres événements surgissent, des pensées sur soi ou même des scénarios imaginaires. L'état émotionnel se modifie rapidement, au rythme des changements d'associations cognitives. En fonction de l'évolution du niveau de SUD et de VOC donné par le patient, le thérapeute peut ensuite décider de pousser plus loin le traitement de l'événement initial ou de commencer à traiter d'autres aspects du traumatisme. La succession des séries de stimulations tend à désamorcer les ruminations obsédantes couramment constatées chez les patients souffrants d'ESPT.

On appelle installation la phase suivante de la thérapie EMDR, parce qu'elle a pour but d'installer l'opinion ou la cognition positive (exemple : « je suis capable de reprendre ma vie en main ») identifiée par la personne afin de remplacer son opinion négative (exemple : « je me sens impuissant ») de départ. Pendant la phase de désensibilisation, le patient réélabore la terreur de l'événement qui l'a traumatisé ; il prend conscience que maintenant les choses ont changé et qu'il dispose de forces et de ressources nouvelles qu'il n'avait pas alors en sa possession : « Je suis capable de reprendre ma vie en main ». On mesure alors avec le VOC le degré d'adhésion de la personne à cette opinion positive (sur une échelle de 0 à 7).

La phase suivante est le « scanner du corps ». Quand la cognition positive a été renforcée et installée, le thérapeute demande à la personne de garder à l'esprit l'événement cible d'origine et de vérifier si elle ressent des tensions résiduelles dans le corps. Si c'est le cas, on se concentre sur ces sensations physiques (tensions dans le ventre, nœud dans la gorge, oppressions de la poitrine, etc.) pour les retravailler. [Van der Kolk \(1994\)](#) a montré que la plupart du temps les pensées traumatiques s'accompagnaient d'une véritable résonance physique. Le traumatisme serait comme emmagasiné dans la mémoire motrice et non dans la mémoire narrative, et la personne conserve les émotions et les sensations physiques négatives de l'événement d'origine. Ce n'est qu'une fois traitées que celles-ci peuvent migrer vers la mémoire narrative et donc être verbalisées. Les sensations corporelles et les émotions négatives qui leur étaient associées disparaissent. C'est la raison pour laquelle une séance d'EMDR n'est véritablement terminée que si le patient peut évoquer l'image cible sans ressentir la moindre tension corporelle. La thérapie EMDR accorde donc une place importante à la résonance physique et somatique de la souffrance psychique. Non seulement

les aspects somatiques de souvenirs traumatiques sont systématiquement explorés, mais les sensations qui leur sont associées peuvent également être des cibles privilégiées des séquences de mouvements oculaires. La capacité associative des sensations, avec d'autres aspects importants de l'univers cognitif et émotionnel du patient, fait de celles-ci des vecteurs cruciaux de soulagement de la souffrance psychique.

4. Conclusion

La thérapie EMDR est un protocole de psychothérapie structuré et relativement facile à enseigner. Ce protocole regroupe les principaux éléments de la nouvelle médecine humaniste centrée sur la personne, dont l'influence s'étend rapidement dans les pays anglo-saxons depuis 15 ans, et qui fait ses premiers pas en France.

Dans le domaine de la prise en charge des victimes, la thérapie EMDR bénéficie de résultats convaincants et d'études expérimentales contrôlées qui mettent en évidence son efficacité. La recherche dans les dix prochaines années devrait se centrer sur les mécanismes d'action de la thérapie EMDR et sur son application à d'autres affections que l'ESPT. Les recherches françaises sont encore trop peu nombreuses, mais la dynamique doit maintenant s'enclencher. Cependant, c'est dans le cadre d'une recherche clinique et expérimentale que l'EMDR trouvera sa légitimité et pas seulement auprès des praticiens qui restent souvent dépourvus de connaissances théoriques suffisantes et remises à jour, et qui ne disposent comme seule preuve d'efficacité que leur bonne foi et des constats empiriques (les patients guérissent). Cela est loin d'être suffisant pour convaincre des générations de psychologues et de psychiatres influencées depuis plus d'un siècle par le discours de la psychanalyse. Celui-ci n'est pas à rejeter, bien au contraire, parce qu'un praticien EMDR se doit d'avoir une excellente connaissance de la psychanalyse et de la psychopathologie en général.

Si l'EMDR est une thérapie intéressante, ce n'est pas seulement parce qu'elle permet de traiter efficacement l'ESPT et d'autres états symptomatiques ; mais aussi parce qu'elle oblige à la confrontation des modèles théoriques au-delà des frontières de la psychologie et de la psychiatrie. Elle n'est pas seulement un enjeu thérapeutique, elle est aussi et surtout un enjeu épistémologique dans lequel notre conscience de chercheur et de praticien ne peut que nous encourager à nous engager, afin de comprendre les processus en jeu, repérer les principes actifs s'ils existent et contribuer à l'avancement des connaissances ainsi qu'au bien de tous.

Les spécialistes de la victimologie français ne peuvent regarder avec mépris ce qu'apporte l'EMDR. Mais il est vrai que cette méthode se développe vite et l'usage que certains en font reste parfois discutable, surtout lorsque par ailleurs

ils ne sont ni psychologues, ni psychiatres, ni reconnus par les organismes légitimes pour enseigner l'EMDR. À n'en pas douter, les praticiens et les chercheurs trouveront dans cette nouvelle forme de thérapie un intérêt clinique et un questionnement théorique qui ne pourront que les enrichir.

Pour en savoir plus

- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). « Eye movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder ». *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). « Regularly occurring periods of eye motility during sleep ». *Science*, 118, 273-274.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., McCulloch, S., Freeman, T. C. A., & McCulloch, M. J. (2003). « Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli ». *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289-302.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & McCulloch, M. J. (2004). « Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories ». *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 325-345.
- Carskadon, M. A. (1993). *Encyclopedia of sleep and dreaming*. New York: Macmillan.
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). « Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories ». *Neuropsychology*, 17, 221-229.
- Dement, W. C., & Kleitman, N. (1957). « The Relation of eye movements during sleep to dream activity: An objective method for the study of dreaming ». *Journal of Experimental Psychology*, 53, 339-346.
- Foulkes, D. (1962). « Dream reports from different stages of sleep ». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 14-25.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). « Impact of events scale: a measure of subjective distress ». *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., & Smith, L. (2001-2002). « Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting », *Imagination. Cognition and Personality*, 21(1), 3-20.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Liveright.
- Shapiro, F. (1989). « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories ». *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F., & Forrest, M. (1997). *EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basics Books.
- Stickgold, R. (2002). « EMDR: a putative neurobiological mechanism of action ». *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- Van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). « Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements ». *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

- Van der Kolk, B. A. (1994). « The Body keeps the score : Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress ». *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Wolpe, J. (1990). *The Practice of behavior therapy* (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J., & Abrams, J. (1991). « Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desentization : a case report ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 39-43.

Trauma et créativité : exemple de l'atelier d'écriture

N. Chidiac

« Le propre de l'écriture, c'est de capter l'éternel dans le temporel, c'est-à-dire de nous obliger à nous porter nous-mêmes dans le temps au-delà du temps. »

L. Lavelle, 2005

Le sujet traumatisé est frappé dans son élan vital et dans sa capacité d'entreprendre et de créer. D'où l'axe thérapeutique qui consiste à l'arracher à son inhibition, à l'inviter à produire quelque chose et à stimuler ses capacités créatrices. C'est dans cette perspective que se situent les thérapies à médiations artistiques (dessin, peinture, modelage, création d'objets), de thérapie par le chant, de scénothérapie (thérapie par le mime, le théâtre ou la mise en scène cinématographique) et de thérapie par la création littéraire (romans, nouvelles, récits, poésie, écrits divers). Sur le plan pratique, des ateliers à médiation thérapeutique d'arts plastiques et des ateliers d'écriture ont vu le jour. C'est à un de ces derniers que nous nous intéressons ici, à son indication dans la thérapie des patients traumatisés, dans la mesure où, précisément, il s'agit de redonner du sens au non-sens de l'expérience traumatique.

1. L'atelier d'écriture du Centre d'étude de l'expression de la Clinique des maladies mentales de l'encéphale

Le Centre d'étude de l'expression (CEE) de la Clinique des maladies mentales, situé dans l'hôpital Sainte-Anne à Paris, est dirigé par le Dr Anne-Marie Dubois. Y sont exercés des activités thérapeutiques ainsi que des travaux de recherches théoriques et cliniques, visant à développer les liens entre l'art et la psychiatrie. Il comporte 30 ateliers hebdomadaires de thérapie à médiation artistique. L'écriture n'est en effet qu'un des médias utilisés. Deux ateliers sont dévolus à l'écriture. Ces thérapies à médiations artistiques sont en plein essor d'autant que leur pratique est issue de différentes théories, telles que la psychanalyse ou le cognitivisme. Il existe souvent un fossé – plus ou

moins large – entre les théories dont se réclament les animateurs d’ateliers, et les pratiques qu’ils y exercent.

L’écriture dans ces ateliers permet l’expression d’un certain nombre de pensées ou d’émotions qui ne sont pas, ou pas encore, verbalisables, particulièrement pour certains patients restés enfermés dans l’indicible de leur expérience. L’écrit sera ultérieurement un matériel tremplin vers une verbalisation. Les associations d’idées et de symboles ainsi favorisées par le dispositif d’écriture sont parfois renforcées et/ou contenues par le cadre dans lequel elles sont élaborées puis perlaborées par le thérapeute. L’écrit s’inscrit dans une relation avec des implications transférentielles et peut ainsi représenter pour le thérapeute comme pour son patient un matériel interprétable.

2. Fonctionnement de l’atelier

L’atelier d’écriture a lieu une fois par semaine au CEE dans le service du Pr F. Rouillon. C’est un atelier en groupes avec patients adultes en ambulatoire ou hospitalisés. Cet atelier existe depuis 10 ans, dure une heure et demie environ par séance et se divise en trois temps :

- les dix premières minutes sont dévolues à l’accueil des participants par le thérapeute et à l’énoncé du thème du jour (différentes formes littéraires sont proposées à chaque fois) ;
- ensuite, 45 minutes sont consacrées à l’écriture proprement dite ; pendant que les participants écrivent, le thérapeute observe leur comportement : temps de latence avant d’écrire, rêveries, réflexions, difficultés apparentes, besoin d’encouragements, de stimulation ;
- enfin, la dernière demi-heure est consacrée à la lecture à haute voix des écrits des participants ; ces derniers vivent ces minutes avec intensité face au groupe et au thérapeute ; ils doivent dès lors vaincre leurs inhibitions, accepter de supporter l’impression fréquente que leur écrit est bien moins « bon » que celui des autres.

La variété des thèmes utilisés (100 thèmes différents par année) permet de voir où en est le patient dans sa répétition ou au contraire dans son éloignement. De surcroît, le thérapeute ne peut savoir à l’avance quels thèmes vont favoriser une expression émotionnelle ; il doit donc les multiplier. Il nous paraît important de relever que le thème donné, quel qu’il soit, par le thérapeute, est parfois traité indépendamment de l’intentionnalité qu’il pourrait induire. Ce qui peut être décrit au niveau émotionnel peut être repris au niveau cognitif. Le sujet à un moment donné peut apparaître créatif ou non, en fonction non seulement de son état affectif, mais aussi de son intégration et de son cheminement dans le groupe. De même, le thème choisi peut être considéré *a priori* comme facile ou difficile ; le thérapeute peut mettre en avant certaines formes contraignantes telles que les tautogrammes, les haïkus, ou les exercices de Perec. Le thérapeute peut

également choisir un thème porteur d'idées conduisant à une nécessaire réflexion d'ordre philosophique personnelle.

Une place prépondérante est accordée à la poésie sous différentes formes, mais des supports musicaux, olfactifs, tactiles, visuels sont également utilisés. Un atelier d'écriture ne doit pas être figé dans des formes et des thèmes, mais au contraire, par leur variété, permettre aux participants d'être confrontés à des mondes étrangers aux leurs ; et par des différences, comme dans de véritables jeux de miroir, leur permettre de retrouver grâce à l'écriture une élaboration qui était devenue, du fait du trauma générateur de pléthore d'inhibitions, difficile voire impossible à entreprendre.

Observation 1

Julie est une jeune femme de 30 ans participant aux ateliers d'écriture depuis 3 ans. Elle est vue dans un premier temps dans le cadre de son hospitalisation pour des troubles du comportement alimentaire (cycles alternant entre anorexie restrictive et boulimie avec vomissements). Elle date le début de ses troubles alimentaires vers l'âge de 11 ans à la suite d'une agression sexuelle avec menace à arme blanche par un groupe d'adolescents. Ces troubles alimentaires ont été accompagnés de multiples tentatives de suicide au cours de sa vie. Elle ne présente par ailleurs aucun signe dissociatif. Pendant environ un an de suivi en atelier, quel que soit le thème ou la forme littéraire proposée, Julie ne put écrire qu'en faisant rimer ses textes, contrainte qu'elle s'imposait elle-même, avec une thématique sous-jacente récurrente, ce qui eut pour effet de lui faire perdre confiance, notamment vis-à-vis des autres participants dont elle considérait les productions écrites comme riches et originales.

« Je m'oublie je vous oublie

Ma tête une toupie

Ma mort une sortie

Votre sortie ma vie »

« Demain hier aujourd'hui

vous moi lui

tout se mélange tout se suit

demain la nuit »

Dans ces deux exemples de quatrain (le corpus est de 320 textes), l'on relève – c'est le cas surtout la première année de sa participation à l'atelier – une écriture et une réécriture du trauma sans le nommer, très peu de verbes, une fixation formelle dans le choix permanent de l'écriture en quatrain ainsi qu'une grande condensation spatiotemporelle thématique.

Cette répétition rythmique et thématique serait du même ordre que la répétition traumatique des cauchemars (« je n'arrive pas à écrire autre chose, j'en ai marre c'est tout le temps la même chose qui s'impose à moi »). Le cadre de l'atelier et son triptyque théorique permettent à la patiente de prendre confiance, et de se laisser aller au déversement de cette impérieuse répétition dans le cadre contenant qu'est l'écriture. Par les différents thèmes et formes proposés, il ►

- ▷ arrive un moment psychique, propre à chacun, ou à l'écriture parfois effractée de la patiente succède un processus d'historisation nécessaire à une dynamique d'élaboration du trauma. Dix-huit mois plus tard, à une consigne proche des deux autres données lors des quatrains produits (association auditive d'un mot dans une langue étrangère, sans forme imposée), Julie écrit : « Un son, un mot, une idée puis une autre. Je marche dans ma tête, comme je marche dans mes rêves. Délice du mot délice, délice de vie, je cours sur les vagues des pages, je me cache à l'abri d'une vague de pensée, je nage et je regarde au loin l'horizon de toutes ces sonorités, de toutes mes idées, vogue, vague, tourbillon de vie. » On remarque cette facilité poétique propre à la patiente, mais on relève surtout la présence de ponctuation, comme si les événements existaient sans s'entrechoquer, l'existence de projection possible dans le futur, le plaisir et la liberté de l'action qui signent une sortie de l'enfermement répétitif.
- Il est fréquent qu'un traumatisme fragmente le psychisme en des groupes de représentations séparés, favorisant les passages à l'acte, suicidaire par exemple. L'écriture peut, dans certains cas comme celui de Julie, retisser et réunir les différents groupes de représentations psychiques.
-

3. Commentaire sur les mécanismes d'action de la thérapie par l'écriture

Les mots, par extension les livres, deviennent pour certains le squelette de leur vie ; pour d'autres, ils agissent comme un pansement, d'une page de vie sur laquelle on s'épanchera et se penchera pour dire ce qu'on ne peut plus taire : l'indicible. Les mots deviennent alors organes sensoriels.

3.1. Pourquoi l'écriture ?

À la question « Pourquoi écrivez-vous ? », Saint-John Perse répond : « pour mieux vivre ». La recherche établie il y a des décennies où divers auteurs répondaient sur ce sujet a été reprise récemment dans une nouvelle publication avec des auteurs contemporains, *Écrire, pourquoi ?* Annie [Ernaux \(2005\)](#), une des auteurs de ce recueil, dit :

[...] écrire, si cela n'est pas plutôt une façon de vivre, ou de revivre, en essayant de comprendre ; comme s'il y avait deux temps impossibles à faire coïncider, vivre et comprendre le sens de ce que je vis.

C'est cette notion de temps qui nous intéresse, cette distance temporelle qui permettra d'élaborer, voire de penser l'indicible lorsqu'il s'agira d'effraction psychique. La citation d'Annie Ernaux se trouve renforcée dans une anthologie posthume de lettres de Marguerite [Yourcenar \(1995\)](#) : « la connaissance de soi est le résultat de toute activité littéraire ». Cela est donc valable pour les traumatismes récents et les traumatismes anciens : écriture à la fois thérapeutique et cathartique, connaissance de soi en deux temps.

Pour certains auteurs, il ne s'agira pas de « mieux vivre » ; ce n'est pas seulement le « mieux » dont il s'agira, mais le « vivre » tout court, c'est « écrire pour vivre ». On pense naturellement aux différents traumatismes, avec toutefois la nuance temporelle qui entre en jeu, à savoir d'une part l'écriture immédiate comme un journal, pour les prises d'otages, certains prisonniers, les exilés (Kristof, 2004) ; et d'autre part l'écriture dans un second temps, consécutif au traumatisme, comme témoignage (Levi, 1987 ; Stewart, 2002).

3.2. Rupture et écriture

Par rupture et écriture, nous ne nous situons pas dans l'axe de la sphère derridienne de la déconstruction linguistique, mais dans un même axe que la vie, avec ses avancées et ses régressions : écriture, rature, rupture, suture, pour reprendre une continuation, un tissage possible. L'écriture verbale se conjugue avec l'écriture scripturale de manière séparée en atelier d'écriture, et de manière mixte, si l'on peut dire, en consultation.

L'expérience traumatique produit une rupture de sens (Barrois, 1988). Au regard de la phénoménologie (Crocq, 1999), l'expérience traumatique, dans son surgissement comme dans sa perpétuation, provoque un bouleversement profond de l'être, dans ses rapports avec l'autre, le monde extérieur et lui-même. Le patient traumatisé ne se reconnaît plus, il n'est plus comme les autres, il est comme aliéné, figé dans une temporalité et dans la difficulté voire l'impossibilité de donner un sens à ce qui lui arrive. Il se retrouve revenu des enfers, de l'île de l'enfer, vers non pas l'île de la vie, mais l'île des survivants.

La consultation en individuel peut prescrire en outre au patient d'écrire chez lui ; et ses écrits à domicile seront intégrés dans le suivi de son activité d'écriture en atelier. Le début de la séance en atelier commence par la lecture du texte écrit par le patient traumatisé ; ce moment devient comme la métaphore de l'île des survivants citée ci-dessus. D'ailleurs, nombre de patients, vers la fin d'un chemin thérapeutique, me demandent d'emporter leurs écrits chez eux, afin, disent-ils, de conserver chez eux cette « période parenthèse » de leur vie.

3.3. Danger de l'écrit ? Le temps psychique

Nous pouvons écrire à « chaud », mais il est dangereux de publier rapidement. Nombre de personnes l'ont fait et l'ont ensuite regretté, ne se reconnaissant pas, étant ainsi surinvesties ou désinvesties par les proches sans pouvoir comprendre. Il est plus prudent et plus intéressant de laisser le temps faire une partie du travail thérapeutique, en évitant de penser le regard des autres comme salvateur et libérateur. Avec un écrit à chaud publié dans la foulée, on a certes un récit palpitant et vivant, mais l'auteur l'a livré ainsi, brut, comme un récit journalistique décrivant une expérience extérieure, alors que c'est de soi dont il s'agit ; à la relecture ultérieure, l'écrivain devenu lecteur risque de ne pas reconnaître ses propos, son ressenti

du moment non élaboré, ce qui peut déclencher un sentiment d'angoisse intense pouvant même mener à un état psychique dangereux.

C'est précisément sur ce moment nodal que nous travaillons en atelier : l'élaboration nécessaire pour la reliaison par l'écrit de l'effraction traumatique. Stewart l'exprime bien dans son livre *Mémoire de l'inhumain* (2002), où il relate son expérience de déporté durant 4 ans d'un camp à l'autre en tant que prisonnier américain. Il a traversé l'atrocité, la sauvagerie qui pousse à l'animalerie, et il a voulu, à partir de l'écrit, sortir de cet anéantissement, trouver grâce à un récit la dimension de sa propre histoire.

Lorsque ma première version fut presque achevée, elle comptait près de sept cents pages. Ce n'était ni une histoire ni un récit. Je n'avais cessé de me demander : « pour qui suis-je en train d'écrire ? » Bien qu'une grande part de ce que je relatais était horrifiante, le résultat donnait une impression de répétition monotone de la douleur. Malgré la diversité des expériences, l'intensité émotionnelle de chaque récit produisait à la longue un étrange sentiment d'ennui. Bien entendu, l'écriture de cette première version avait eu un profond effet thérapeutique sur moi (catharsis). J'avais voulu écrire un livre et tout ce que j'avais entre les mains était un énorme tas de papier dactylographié que je n'avais montré à personne... Les survivants n'avaient pas besoin de mon livre ; ils portaient le leur dans leurs tripes, et, quant aux lecteurs, ils auraient déjà lu des reportages sur cette guerre.

Semprun, dans son livre *L'Écriture ou la vie* (1994), a établi un parallèle entre l'écriture et la vie, insinuant à la fois la force et le danger de l'effraction traumatique, étant donné que pendant des années, il avait pensé l'écriture comme une alternative à la vie, comme si en écrivant le récit de son traumatisme il risquait de perdre la vie. Ne pas écrire son vécu traumatique, ne pas en laisser une trace, ne pas l'élaborer ou le transformer, cela revenait à faire comme si cela n'avait pas existé ; mais matérialiser l'horreur en la couchant sur le papier risquait de la faire réapparaître et d'engloutir celui qui écrit. D'où le constat effectué par Semprun : « l'écriture m'interdit littéralement de vivre ». Cette ascèse d'écriture de l'expérience d'horreur et de mort va toutefois permettre la reconnaissance du moi authentique :

L'écriture, si elle prétend être davantage qu'un jeu, ou un enjeu, n'est qu'un long interminable travail d'ascèse, une façon de dépendre de soi en prenant sur soi : en devenant soi-même parce qu'on aura reconnu, mis au monde l'autre qu'on est toujours.

C'est aussi sur ce moment crucial que l'on va se pencher en atelier : le processus de changement. Semprun est passé par la nécessité d'écrire d'autres

choses pendant des années (15 ans) avant d'arriver au récit de l'horreur. Pour d'autres, ce sera l'inverse : écrire encore et encore l'horreur dans un enfermement répétitif pour arriver à un éventuel dépassement.

3.4. Dépassement de la répétition en écriture : projection enfin possible dans le futur ?

En écriture, « ce qu'il importe, ce n'est pas de dire, c'est de redire et, dans cette redite, de dire chaque fois encore une première fois » écrit [Duras \(1993\)](#). L'œuvre de Duras se situe dans la conscience de répétition ; répétition comme voie, comme substance même de l'écriture qui scande son avancée. Le corpus durassien a passionné le champ psychanalytique, et l'on peut en faire différentes lectures, avec les thématiques du deuil, de la jouissance, du trauma et de la perte, le tout inscrit dans la répétition. Cela demande certes du courage d'écrire, de l'autonomie, de l'indépendance, mais surtout une possibilité d'errer dans sa tête.

Duras parle d'inconnu :

L'écriture c'est l'inconnu. Avant d'écrire on ne sait rien de ce qu'on va écrire. C'est l'inconnu de soi, de sa tête, de son corps. Ce n'est même pas une réflexion, écrire, c'est une sorte de faculté qu'on a à côté de sa personne, parallèlement à elle-même, d'une autre personne qui apparaît et qui avance, invisible, douée de pensée et de colère, et qui quelquefois, de son propre fait, est en danger d'en perdre la vie.

C'est cette acceptation d'un inconnu qui permet, en quelque sorte, la sortie d'un enfermement traumatique répétitif. Accepter d'aller vers l'inconnu, le non-maîtrisable que l'on n'a pas vécu et qui ne nous a pas assailli, c'est croire enfin qu'il y a peut-être une projection possible dans un avenir non répétitif.

L'atelier, par son triptyque théorique (temps, contenant, contenu), vise à tendre vers cet inconnu, à appréhender en écriture l'inconnu, l'indicible, pour arriver enfin à le maîtriser dans l'écrit afin que le retour traumatique ne s'impose plus. L'écriture serait indissociable de la vie pour certains écrivains, mais aussi pour les non-écrivains empreints d'événements traumatiques et ne pouvant les verbaliser ni les élaborer.

Même si l'écriture, elle est là, toujours prête à hurler, à pleurer, on ne l'écrit pas. Ce sont des émotions de cet ordre, très subtiles, très profondes, très charnelles, aussi essentielles, et complètement imprévisibles, qui peuvent couvrir des vies entières dans le corps. C'est ça l'écriture. C'est le train de l'écrit qui passe par votre corps, le traverse. C'est de là qu'on part pour parler de ces émotions difficiles à dire, si étrangères et qui néanmoins, tout à coup, s'emparent de vous ([Duras, 1993](#)).

Ou encore comme le dit explicitement Appelfeld (2004) en parlant du traumatisme (« la guerre s'était terrée dans mon corps, pas dans ma mémoire »), il s'agit de sensations physiques, mais peu de représentations mentales. À la différence de Levi et de Semprun, c'est à l'âge de 7 ans qu'Appelfeld a plongé dans l'horreur : « Chez les enfants, la mémoire est un réservoir qui ne se vide jamais ».

Souvent, le récit imaginaire organise et canalise grâce à la fiction des pulsions débordantes liées à l'évocation d'une période terrible ; par exemple, moins le personnage principal ressemble à l'auteur, mieux il peut lui faire exprimer son identité la plus secrète, ainsi que lui permettre d'utiliser une autre langue d'écriture (Canetti [1968], pour ne citer que lui).

Dans un atelier thérapeutique, il faut être en permanence vigilant à ce « train de l'écrit », savoir l'attendre patiemment, le repérer et l'aider à arriver en gare ; ainsi, lorsqu'il s'empare de vous, il ne s'inhibe pas, ne se déverse pas, ne déraile pas, s'exprime et s'arrête enfin à sa destination. Dans le langage courant, on dit « émerger d'un rêve », mais jamais « émerger d'un cauchemar ». La rêverie est orientable, alors que le rêve et le cauchemar ne le sont pas. L'écriture serait comme la rêverie dirigeable selon la force des vents de notre pensée.

L'écriture répétitive peut se faire de manière formelle, ou de manière thématique, ou encore des deux manières. Chez certains patients, l'écriture répétitive peut être un passage obligatoire mais non nécessaire. D'autres, à l'opposé, auront besoin de passer par un chemin des plus éloignés de leur traumatisme avant de pouvoir enfin l'approcher et, si possible, le dépasser. L'œuvre d'Appelfeld montre ainsi un tracé particulier qui va de la perte à la sublimation ou, en l'occurrence, à la création littéraire. Il a écrit plusieurs ouvrages de fiction et de poésie, avant de pouvoir écrire un livre autobiographique intitulé *Histoire d'une vie* (2004). Avant cette publication, il a dit dans une interview : « plusieurs fois, j'ai essayé d'écrire l'histoire de ma vie dans les bois, après que je me sois sauvé du camp. Mes efforts se sont soldés par un échec ».

Elie Wiesel, prix Nobel de la paix, dans son roman historique *Un désir fou de danser* (2006), où se déploie la mémoire du xx^e siècle, met quant à lui en scène un personnage voulant se débarrasser des fantômes du passé qui le rendent fou. La place des mots, la possibilité de dire ou de ne pas dire, de trouver, d'imaginer, de se remémorer ou d'inventer mettent en avant la complexité et la richesse du mot :

J'ai tant de choses à taire, tant de choses à dire, mais où sont les mots ? Ils se cachent, les mots, ils me fuient, ils me détestent, voilà ma folie, docteur. Ce sont les mots. Les mots dont j'ai besoin pour m'accrocher à la vie, pour retrouver ma ferveur et prier, oui : pour vivre. Où se trouvent-ils ? Pourquoi ont-ils disparu ? Par peur d'être isolés ? Il y a des sons et des mots qui ne supportent pas de rester seuls ; chacun appelle le suivant et s'y enchaîne : nulle force ne peut les séparer sans les réduire à l'impuissance. Est-ce cela le secret de la poésie et de la musique ?

Un peu plus loin dans le roman, il y revient comme une prière :

J'ai tant de choses à taire, tant d'épisodes à taire, et je cherche, je cherche les mots. Ils se cachent, ils me fuient, pourquoi n'essayez-vous pas de les capter pour moi ? Vous m'avez tant donné, et en premier lieu la vie, offrez-moi aussi les mots dont j'ai besoin pour aimer, pour comprendre, pour m'ouvrir à la sérénité...

4. Conclusion

Lavelle (2005) a écrit : « l'écriture comme la matière, menace l'esprit et parfois l'offusque et le paralyse ». Un récit imaginaire peut organiser et canaliser, grâce à la fiction, des pulsions débordantes liées à l'évocation de la période traumatisante.

Il existe une différence entre l'écriture réactionnelle (Levi, 1987 ; Bataille, 1990 ; Celan, 1979 ; notre patiente Évelyne : voir Chidiac, 2007) et l'écriture sublimatoire, même si, bien évidemment, elles ne s'excluent pas. Dans les deux cas de figure, ce qui prime est le fait de délier le réel traumatique par la liaison de l'écriture, comme on a pu le voir, que ce soit dans la littérature ou dans les écrits de certains patients. Dans un premier temps, l'écriture, ainsi que la distance par l'écriture, va tenter de donner un sens au non-sens traumatique, d'appréhender l'impact psychique du trauma ; elle va apporter une mise à distance de l'expérience traumatique. Dans un second temps, l'écriture pourra recoller les morceaux de la fragmentation traumatique et, par là, permettre au patient de se reconstruire. Pour favoriser un tel chantier – parce qu'il s'agirait plus d'un chantier que d'un processus, et plus exactement d'un chantier comportant maints processus en cours –, pour le faire exister, favoriser et durer, il faut pouvoir contenir par la forme et le fond. Ce corps à corps avec les mots va permettre une possible élaboration du traumatisme à trois niveaux : personnel (narcissique, confiance en soi), intégration dans le groupe (resocialisation) et intellectuel (penser le trauma).

Pour en savoir plus

- Appelfeld, A. (2004). *Histoire d'une vie*. Paris: L'Olivier.
- Barrois, C. (1988). *Les Névroses traumatiques*. Paris: Dunod.
- Bataille, G. (1990). *La Littérature et le mal*. Paris: Gallimard.
- Canetti, E. (1968). *Auto-Da-Fé*. Paris: Gallimard.
- Celan, P. (1979). *La Rose de personne*. In *Le Nouveau Commerce*. Paris: José Corti.
- Chidiac N. (2007), « Écriture du traumatisme et traumatisme de l'écriture », *Annales Médico-Psychologiques* ; à paraître.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Duras, M. (1993). *Écrire*. Paris: Gallimard.
- Ernaux, A. (2005). *Écrire, Pourquoi ?* Paris: Argol.
- Kristof, A. (2004). *L'Analphabète*. Paris: Zoé.

- Lavelle, L. (2005). *La Parole et l'écriture*. Paris: Éditions du Félin.
- Levi, P. (1987). *Si c'est un homme*. Paris: Julliard.
- Perec, G. (1969). *La Disparition*. Paris: Gallimard.
- Perec, G. (1978). *La Vie mode d'emploi*. Paris: Gallimard.
- Semprun, J. (1994). *L'Écriture ou la vie*. Paris: Gallimard.
- Stewart, S. (2002). *Mémoire de l'inhumain du trauma à la créativité*. Paris: Campagne Première.
- Wiesel, E. (2006). *Un désir fou de danser*. Paris: Le Seuil.
- Yourcenar, M. (1995). *Lettres à ses amis et quelques autres*. Paris: Gallimard.

Du jeu traumatique au jeu thérapeutique chez l'enfant traumatisé

J.-P. Gandelet

Face aux difficultés de la communication verbale avec les enfants dans la situation analytique, M. Klein (1929) eut recours au jeu, lieu d'expression naturel de leur vie imaginaire. À sa suite, d'autres théoriciens, comme D.W. Winnicott (1975), puis F. Dolto (1984), se sont intéressés à l'activité ludique des enfants, soulignant d'une part la place importante occupée par le jeu dès le plus jeune âge dans l'harmonie du développement de l'enfant, et d'autre part sa fonction thérapeutique au cours des évolutions pathologiques de la personnalité. Certes, tout adulte peut se sentir thérapeute, en jouant avec un enfant en difficulté. Mais comme tout outil de soin efficace, le jeu doit être utilisé avec prudence et maîtrise, après une analyse clinique rigoureuse, pour ne pas aggraver la souffrance psychique, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants victimes d'événements traumatiques. Le jeu pourra dans ces contextes retenir l'attention du clinicien, dans la mesure où ses perturbations – qualitatives et quantitatives – peuvent lui donner l'aspect très spécifique du jeu dit « traumatique » et constituer un indice diagnostique précieux.

Sur le plan pratique, la conception et la réalisation d'une « mallette » de jeu, portable, pour intervenir auprès des enfants traumatisés sont une innovation qui commence à être très appréciée des psychiatres et psychologues intervenants, tant dans l'immédiat qu'en post-immédiat ou en différé, auprès des enfants rendus muets par le choc ou emprisonnés dans l'indicible du trauma.

1. L'enfant, le jeu et le langage

Le jeu détient une place centrale dans la symbolisation du monde de l'enfant, en lui ouvrant l'accès au langage, comme en témoignent de nombreuses théories sur le développement. Il sera de ce fait un outil de choix pour le thérapeute confronté à un enfant encore choqué et exclu du langage par ce qu'il vient de vivre, pour accéder à sa souffrance psychique et l'aider à apaiser cette souffrance. Cette position intermédiaire, dite « transitionnelle » (Winnicott, 1975) du jeu est maintenant couramment utilisée par les équipes de secours médico-psychologique lors d'interventions sur le terrain, et à plus long terme par les thérapeutes d'enfants traumatisés.

2. Approche clinique et psychodynamique du jeu traumatique

Il nous paraît utile, pour faciliter la compréhension de la fonction thérapeutique du jeu dans une optique de soins post-traumatiques, de nous intéresser à une des modalités du syndrome de répétition traumatique qu'est le « jeu traumatique ».

2.1. Fonction psychodynamique

En général, les enfants continuent jusqu'à l'adolescence à privilégier des moyens détournés pour exprimer ce qu'ils ont de plus intime ou de moins facilement communicable par le langage. Parmi ces moyens, le jeu tient un rôle primordial. L'activité ludique fonctionne comme une passerelle, sorte de trait d'union momentanée entre des perceptions ou des mouvements intérieurs, et la création au niveau conscient d'une réalité représentable. Ce lieu d'expression fonctionne à la manière d'un « espace-tampon » permettant à l'enfant de mettre en contact son imaginaire et la réalité, sans risque pour lui. Dans les circonstances traumatiques, on comprend aisément que le recours à l'espace intermédiaire du jeu, par le jouet, va offrir aux soignants un champ d'approche diagnostique et thérapeutique précieux pour aider l'enfant à sortir du chaos sensoriel et émotionnel que l'événement a laissé en lui.

2.2. Clinique du jeu traumatique

Qu'il s'agisse d'un événement violent unique, tel qu'un accident de car scolaire, un tremblement de terre, ou la vue d'un camarade qui se jette dans le vide depuis un pont (type I de la classification de L. Terr, 1991), ou bien de maltraitements physiques ou sexuelles répétées (type II de la classification de L. Terr), la réaction de l'enfant à la confrontation inattendue et effrayante avec la mort se manifesterait dans ses dimensions physiques et psychiques diversement associées entre elles. Le tableau clinique va combiner des symptômes spécifiques à la réaction post-traumatique, et des signes plus généraux de la souffrance psychique infantile. Au premier plan des symptômes caractéristiques, on recherchera, à côté de l'hyperréactivité aux stimuli rappelant l'événement et de la dynamique d'évitement, un syndrome de *reviviscence répétitive* de la scène traumatique, apparaissant après une période de latence plus ou moins longue. Le syndrome de répétition pourra s'exprimer comme chez l'adulte par des mots, mais aussi – d'une manière plus particulière à l'enfant – par le dessin et le jeu.

Le jeu traumatique est la trace la plus manifeste de l'obsédant rappel d'une menace (Bion, 1979). La répétition compulsive quasi à l'identique d'une séquence de jeu (ou d'un thème invariable dans un dessin) signe l'échec de l'effort de symbolisation d'une expérience qui a été vécue dans la pure

sensorialité. Bien que répétée sans cesse par l'enfant, cette activité de jeu a la particularité très paradoxale de ne susciter chez lui aucun plaisir. Privé de sa capacité jubilatoire et transformatrice du réel, le jeu traumatique ne parvient plus à apaiser l'angoisse et peut même constituer un potentiel dangereux en activant le risque pour l'enfant de revivre à l'identique ce qui l'a déjà traumatisé (traumatisation dite « secondaire »). La pauvreté des scénarios reflète l'envahissement de l'aire imaginaire par la scène traumatique. Cette forme de jeu monotone – qui n'a que le nom de jeu et que l'on pourrait plutôt qualifier de « non-jeu » – est vidée de son habituel contenu réparateur de la psyché. Elle doit être reconnue et prise en charge par un professionnel en tant que symptôme post-traumatique et non plus dans son seul registre ludique. Elle révèle en fait une « panne » du fonctionnement de l'appareil psychique et non pas seulement de l'activité ludique. Pourtant, le lien inconscient avec l'événement traumatogène mis en scène par l'enfant dans cette activité constituera à la fois un matériel clinique précieux et une voie d'approche originale et spécifique, pour la thérapie.

2.3. Psychopathologie

Cette sorte de cauchemar éveillé que l'enfant vit émotionnellement dans le présent et agit dans le jeu reproduit de manière hallucinatoire une bribe plus ou moins complète de la séquence traumatique. La séquence hallucinatoire, fonctionnant comme une *ecmnésie* (scène du passé se présentant à la conscience et revécue comme si elle était actuelle), témoigne de l'énergie déployée par l'inconscient pour maintenir, par défaut, de la manière la plus régressive, l'intégrité de la psyché, qui ne parvient pas à métaboliser puis à dépasser l'expérience vécue. Ce qui a fait défaut a été pour l'enfant de pouvoir compter d'une part sur des mécanismes internes actifs (qui sont ici sidérés ou débordés), et d'autre part sur une présence humaine adulte qui protège et qui explique.

Le jeu traumatique peut ainsi être considéré comme une métaphore de la rupture de cette liaison entre dedans et dehors, qui laisse l'enfant en proie aux angoisses les plus archaïques de perte d'unité du moi (morcellement, anéantissement, etc.). [Ferenczi \(1932\)](#) parle à ce sujet du risque de fragmentation d'un moi en « débris » distincts, par perte du lien entre ce qui a été vécu et ce qui peut en être compris. L'appareil psychique ainsi menacé pare en quelque sorte au plus pressé en ramenant inlassablement le sujet au point de départ d'une scène qui pourrait alors être rejouée dans l'imaginaire. Pour régressive qu'elle soit, cette compulsion de répétition rend compte de la tentative inconsciente de recréer les conditions génératrices d'une angoisse ([Terr, 1991](#)) propice au développement d'une dynamique psychique à nouveau dominée par le principe de plaisir. Le jeu traumatique s'érige en scène de l'échec de ce retour vers la pulsion de vie, en dénaturant

l'accès au plaisir. Ce figement de l'enfant dans le pur « percept » le ramène sur la voie régressive des signaux d'angoisse du nourrisson menacé par l'effondrement. Il se trouve alors passivement installé dans la répétition infinie de ce premier temps du surgissement de l'angoisse, sans parvenir à faire exister le psychisme comme lieu du passage de cette angoisse vers le déploiement d'une logique de plaisir qui se nourrit de l'imaginaire pour métaboliser le réel.

L. Terr parle d'une mémoire « perceptuelle » pour qualifier la trace laissée dans l'appareil psychique par l'éprouvé traumatique qui ne peut pas être représenté par des mots, ni même par une mise en scène médiatisée par le jeu. C'est habituellement la fonction du jeu que d'ouvrir la porte à l'imaginaire pour remanier de façon acceptable pour l'enfant la crudité du réel. Cette manifestation, qui échappe au maillage inconscient des mécanismes de liaison des pulsions, est une des traductions de la présence du corps étranger intrapsychique constituant le noyau traumatique ; corps étranger qui sature, par son inlassable retour à la conscience de l'enfant, l'aire psychique de contact entre intérieur et extérieur à soi. Or, c'est cette zone clé qui permettait dans sa fonction « transitionnelle » de créer imaginativement un jeu avec la présence et l'absence des objets. Mais du fait du trauma, cette aire de transition ne fonctionne plus, devenue inapte à maintenir l'accès au « comme si » qui caractérise le jeu.

Le soignant peut repérer le déclenchement des séquences répétitives propres au jeu traumatique et aider à cet instant précis l'enfant à s'appuyer sur le tiers parlant qu'il représente, pour réintroduire dans le jeu, parfois timidement, la dimension créative du symbole, qui fait alors défaut : il s'agit de repérer des traces, même infimes, d'une expression fantasmatique qui s'intrique toujours au rappel répétitif du réel brut. Ces parcelles de fantasmes refoulés qui peuvent alors infiltrer la séquence répétitive sont des indices d'un début de transformation psychique de l'éprouvé sensoriel, précédant l'accès possible à une parole signifiante. De traumatique qu'il était, le jeu peut à ce moment prendre une valeur d'outil thérapeutique dans l'espace transférentiel qui s'est instauré entre l'enfant et le soignant. Le jeu post-traumatique prendra une valeur diagnostique et pronostique différente suivant qu'il :

- est présent précocement ou de manière très différée ;
- persiste sous sa forme initiale dans la durée ;
- est ou non l'objet de remaniements dans son expression, au fil du temps ;
- occupe l'aire de jeu de manière complète et envahissante ou survient seulement par moments pour rompre la continuité ludique.

Il conviendra en outre de repérer dans l'aire ludique de l'association au jeu traumatique d'autres symptômes préoccupants, signes d'une évolution dépressive, d'un blocage développemental, et parfois d'une désorganisation psychotique de la personnalité issue de l'expérience traumatique.

3. Prise en charge post-traumatique des enfants

3.1. Modalités de prise en charge

Avant d'envisager les modalités de prise en charge des enfants victimes d'événements traumatiques pour les aider à sortir du chaos qu'ils viennent de vivre, il faut se demander quels sont les éléments que le soignant aura à identifier, afin d'organiser son intervention pour cerner les besoins propres à chaque enfant : l'âge, le niveau de développement psychoaffectif et cognitif, l'état clinique émotionnel, relationnel et comportemental de l'enfant (sidération, agitation, panique, etc.), et enfin le temps qui s'est écoulé depuis l'événement : temps immédiat (dans les heures suivant l'événement), temps post-immédiat (de 2 à 10 jours après le choc) et temps différé (plus de 2 semaines après l'événement).

Les modalités de l'entretien psychologique post-événement et tout spécialement l'usage de médiations thérapeutiques devront s'ajuster en fonction de ces différents paramètres aux conditions matérielles et humaines dans lesquelles se déroulera la rencontre avec l'enfant : intervention classique dans un lieu de soins (hôpital, cabinet de consultation), en milieu ouvert (conditions matérielles précaires, persistance d'une menace), ou dans un lieu fermé mais non identifié comme lieu de soin (gymnase, mairie, etc.), nombre d'enfants présents, homogénéité ou diversité des âges, ratio soignants/enfants lorsqu'il s'agit de contextes collectifs, présence ou non des parents ou d'adultes connus de l'enfant.

Mais quelles que soient les conditions d'accueil, il faut impérativement rétablir un espace temporospatial d'expression libre, sécurisé et sécurisant, en utilisant des supports simples et maniables. Dans cet espace matériel et psychique redevenu protecteur et rassurant, l'enfant traumatisé pourra tenter de créer une mémoire de son expérience dans l'interaction avec un témoin bienveillant, qui pourra devenir un « partenaire de jeu ».

Ainsi seront mises en place les conditions pour que cet enfant puisse libérer le trop-plein des émotions accumulées, et pour que soit suscitée la naissance d'une parole créatrice d'un début de sens à donner à ce qui a été éprouvé, permettant ainsi un retour à l'univers du symbolique. Il s'agit bien, même dans des conditions contextuelles particulières, de baliser une sorte de temps « protégé » propice à l'installation des prémices d'une relation transférentielle. En effet, c'est dans le rapport à l'autre qui se rétablit dans le langage que l'enfant traumatisé va pouvoir reprendre le cours de son histoire et opérer des liaisons, malgré ce qu'il a vécu de profondément incommunicable et déshumanisant (agression sexuelle, violence d'un accident, situation de guerre, etc.). Le recours à des outils de médiation a surtout pour fonction de faciliter la mise en place d'une relation thérapeutique alors que le dialogue direct est souvent empêché ou freiné : par la condition même d'enfant dans son rapport à l'adulte, ou par le contrecoup émotionnel massif

consécutif à l'expérience traumatique, ou encore du fait de l'impossibilité de mettre en mots la rencontre insolite avec la mort de soi. Le jeu offre l'opportunité au thérapeute de contourner cet obstacle de l'interdit source de culpabilité et de honte en proposant à l'enfant un lieu protégé, où la vérité de ce qui a été vécu au plus profond de lui pourra se « mi-dire », selon la formule de J. [Lacan \(1975\)](#). Mais il faut souligner encore une fois qu'en aucun cas ce ne sont les objets qui possèdent en eux-mêmes un pouvoir thérapeutique.

3.2. Rôle du soignant

Le soignant aura la tâche particulièrement délicate de maintenir en le sécurisant cet espace du possible qui se constitue sous ses yeux. Son attitude ouverte et patiente de disponibilité psychique lui permet, en évitant de suggérer et encore moins de dire à la place de l'enfant, d'accueillir sa parole. À mesure qu'il commente ce qu'il crée dans le jeu pour lui-même, mais aussi dans le regard de l'adulte qui est là, l'enfant oublie par moments la présence du soignant. Mais il retrouve avec soulagement la présence de l'adulte lorsqu'il est emporté par le retour bruyant des éprouvés sensoriels. Il faut donc une écoute à la fois attentive et active, qui autorise l'expression dans le langage mais aussi dans les émotions. On ne doit en aucun cas faire barrage à l'angoisse, la tristesse, ou la colère qui s'échappent, car c'est justement le moment clé où se lient par la parole ces émotions intenses qui sont revécues à partir de la scène qui se reconstitue sous les yeux et les doigts de l'enfant pendant qu'il joue.

Autoriser l'expression émotionnelle impose à l'inverse que le soignant se tienne prêt à intervenir pour contenir des émotions trop violentes et désorganisantes, par quelques mots, une attitude et des gestes à la fois fermes et apaisants. L'expérience montre qu'il n'est pas facile d'adopter une attitude standardisée pour aider un enfant traumatisé qui s'agit à retrouver son calme. Il faut donc être capable d'improviser en fonction de chaque enfant et de chaque situation. En effet, un contact physique (tenir, prendre sur ses genoux, retenir, etc.) peut apaiser certains d'entre eux, ou réactiver la détresse d'autres enfants par le souvenir (en cas d'agression sexuelle par exemple). Par sa présence parlante et contenant, le soignant initie un travail psychique réparateur puisqu'il reconstitue progressivement la fonction de « pare-excitation » abolie lors de l'événement du fait de la défaillance des adultes. On est donc assez loin, il faut le souligner, de la traditionnelle « neutralité bienveillante » qui sied en d'autres circonstances à la position du thérapeute.

Le soignant peut aussi être amené à s'inscrire lui-même dans le jeu s'il y est invité par l'enfant, ou encore pour contenir et introduire le tiers parlant si la créativité de l'enfant s'enraye et retourne à la pure répétition compulsive d'éléments de la scène traumatique. Il sera attentif aux gestes

répétés à l'infini et sans plaisir apparent, qui miment des scènes violentes entre des personnages, des poupées, des objets, et constituent une sorte d'histoire sans parole repassant en boucle devant les yeux vides ou fascinés de l'enfant. Cette activité stéréotypée trahit de manière quasi pathognomonique l'envahissement de l'espace imaginaire de l'enfant par l'intériorisation de la violence brute vécue lors de l'événement. Mais il est parfois difficile d'empêcher l'enfant d'être aspiré par l'angoisse et la fascination entremêlées dans le retour de la scène traumatique. La rencontre inopinée avec la mort laisse son empreinte active jusque dans les espaces dédiés au plaisir et à la vie imaginaire, qu'elle étouffe de sa présence aliénante. L'enfant est alors soumis à l'échec de la liaison des pulsions intenses qui se libèrent. Le thérapeute doit poser dans ce cas une limite verbalisée au dévidement répétitif des éprouvés traumatiques dénué de valeur abréactive ou de relance de l'élaboration.

La dimension de la temporalité qui s'est interrompue au moment du choc traumatique trouve à cet endroit une autre signification, puisqu'elle permet de rappeler que l'accompagnement thérapeutique doit en permanence s'ajuster aux limites exprimées par l'enfant. Vouloir imposer un temps d'élaboration au mépris des résistances ou de la fragilité actuelle de l'enfant peut être dommageable dans l'immédiat, mais aussi dans le futur en renforçant les résistances à la verbalisation de sa souffrance et, au pire, en verrouillant à tout jamais son accès à la parole. On pourrait résumer de façon métaphorique la position thérapeutique adaptée à ces circonstances, dans ce qu'elle doit s'attacher, plutôt qu'à combler le trou formé dans le psychisme par le trauma, à tisser avec l'enfant une sorte de bordure délimitant et contenant la zone de destruction encore active. Cette bordure se constitue dans la création par l'enfant d'un discours singulier, faisant appel aux ressources de son imagination pour inscrire l'événement sous une forme « inédite », mais possible dans son histoire.

3.3. Fonction du cadre

Pour faciliter le rappel à la fonction contenante, sans que l'enfant ressente l'intervention de l'adulte comme une agression ou un nouvel abandon, il est indispensable d'avoir au préalable défini avec lui les limites d'un cadre matériel et symbolique à l'activité ludique. En effet, on conçoit facilement combien la désorganisation matérielle et un vécu de flottement dans l'interaction avec le soignant seraient pour l'enfant un rappel en miroir particulièrement angoissant de son ressenti de désorganisation interne provoquée par l'effraction traumatique. En pratique, il faut établir un cadre souple mais ferme dans lequel l'enfant va se sentir contenu et accompagné. La mise en place d'un minimum de règles chez des enfants qui ont vécu une rupture entre le dedans et le dehors permettra de les sécuriser et de limiter d'éventuels débordements pulsionnels ainsi que des excès d'excitabilité.

La fonction du cadre est de matérialiser la suppléance transitoire dont le thérapeute entoure l'enfant, pour réinstaller chez lui un sentiment de continuité et d'étanchéité de son enveloppe psychique « trouée » par l'effraction traumatique. Il s'agit donc de manier avec tact et subtilité un paradoxe, là encore en balisant un espace intermédiaire, nuancé, tempérant les affects massivement clivés par l'expérience traumatique (sentiment d'abandon si l'adulte le frustre, sentiment d'intrusion s'il l'approche affectivement, etc.). Par exemple, si le cadre se doit d'être nommé, rappelé et agi, le thérapeute « tamponnera » à l'inverse cette limitation frustrante par une grande liberté laissée au choix des objets, à la parole et à l'expression des émotions.

3.4. Choix de la médiation

Si l'accès à la réalité interne de l'enfant est facilité par le jeu, encore faut-il, tout particulièrement dans les suites d'un choc émotionnel, que les médiations proposées à l'enfant aient un pouvoir incitatif de la mobilisation imaginaire sans en déclencher les éprouvés trop menaçants. Ces supports devront ainsi avoir un certain nombre de caractéristiques pour constituer une offre que l'enfant pourra saisir. Il faudra proposer un éventail diversifié laissant aux enfants une liberté de choix attrayante tout en respectant les critères techniques liés à l'objectif recherché, qui est double puisqu'il associe une fonction d'aide au diagnostic et une fonction thérapeutique. Mais cette diversité de l'offre ne doit pas tomber dans l'excès. La multiplicité des jouets, favorisée par notre société, risque de saturer de stimulations les protagonistes du jeu, et d'engendrer une confusion limitant la capacité créative des enfants. On peut même se demander si les chambres d'aujourd'hui envahies de jouets ne poussent pas ces derniers à reconstituer ce « vrac » de la nature dans lequel les enfants cherchaient autrefois le jouet de leurs rêves. Pour remplir son rôle, un jouet doit avant tout être découvert puis choisi par l'enfant, afin qu'il se l'approprie et décide de la manière singulière dont il va s'en servir. C'est en effet le plus souvent avec des objets-jouets rudimentaires que l'enfant va développer les scénarios imaginaires les plus riches, comme si presque tout était à inventer à partir de ce qui ne figure encore presque rien.

Une mallette composée d'un éventail pertinent d'objets simples peut constituer un prototype à utiliser dans l'intervention sur le terrain avec des enfants victimes de chocs émotionnels. Dans la thérapie à moyen et long termes, le contenu de base pourra être enrichi d'objets moins facilement transportables (jeux de construction, théâtre de marionnettes, personnages variés ou de plus grande taille), en fonction de l'inspiration et de la sensibilité du thérapeute, qui doit être à même de participer au jeu avec aisance et plaisir suffisant, tout en restant dans son positionnement

symbolique d'adulte. C'est tout l'art du thérapeute d'enfant que de manier avec souplesse et maîtrise l'identification à l'enfant dans l'espace imprévisible de la médiation qui engagera tour à tour les jouets, le corps et les mots pour faire surgir les représentations au rythme de la capacité élaborative. Par exemple, avec les plus petits, on devra parfois se cantonner au départ à des activités sensorielles, axées sur le toucher ou la manipulation de matière comme le sable ou l'eau. Ces activités auront des vertus apaisantes favorisant un retour au calme de la pulsionnalité. Dans un second temps, on pourra proposer les jouets lorsque l'enfant aura retrouvé un état propice à la remobilisation pulsionnelle et à la créativité. À l'inverse, certains supports peuvent mobiliser des angoisses intenses chez des enfants encore envahis par l'acuité émotionnelle du choc traumatique (terre, pâte à modeler, etc.).

Là où d'autres moyens d'expression ne semblent pas opérants, et c'est souvent le cas après un choc émotionnel, l'enfant s'empare du jeu pour représenter, c'est-à-dire remettre au présent son expérience du lien brisé qu'il ne peut encore nommer avec des mots. En fin de compte, on pourrait dire que le jeu s'impose comme un outil diagnostique et thérapeutique de choix à l'égard des enfants victimes de traumatismes, en se révélant un compromis assez subtil entre la sollicitation de leur vie psychique et le nécessaire respect de leurs défenses.

Pour en savoir plus

- Bailly, L. (2001). « Traitement des psycho-traumatismes de l'enfant ». In M. De Clercq, & F. Lebigot (Eds.), *Les Traumatismes psychiques*. Paris: Masson.
- Bion, W.R. (1979). *Éléments de psychanalyse*. Paris: PUF.
- Crocq, L. (1998). « La Cellule d'urgence médico-psychologique ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156(1), 48-53.
- Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris: Le Seuil.
- Ferenczi, S. (1932). « Réflexions sur le traumatisme », trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 1982). (tome IV). Paris: Payot.
- Freud, A. (1975). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris: PUF.
- Gandelet, J.-P., & Hariki, S. (2006). « Destin à l'adolescence du traumatisme psychique de l'enfant ». *Journal des Professionnels de l'Enfance*, 40, 65-68.
- Hariki, S., & Gandelet, J.-P. (2006). « La Valise d'urgence médico-psychologique pour enfant, une boîte à médiation portable ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(4).
- Klein, M. (1929). *La Personnification dans le jeu de l'enfant. Essai de psychanalyse*. Paris: Payot, 1968.
- Lacan, J. (1975). *Le Séminaire, livre XX, Encore*. Paris: Le Seuil.
- Nathan, T. (1994). *L'Influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob.
- Terr, L.C. (1991). « Childhood traumas: an outline and overview ». *Am J Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

S. Hariki

L'enfant traumatisé, encore envahi par les éprouvés sensoriels et sous le choc de son expérience du chaos, n'est souvent pas en état de penser ni de dire ce qu'il vient de vivre. Mais, précédant une future verbalisation, il dispose de son geste graphique, « préparole » au bout des doigts pour se dégager de l'indicible. Cette invitation à dessiner encourage l'enfant à s'exprimer et l'arrache à la perpétuation de l'instant figé du trauma. Le psychologue clinicien, ou le pédopsychiatre, devra se garder de faire dessiner d'emblée, crûment, le vécu du trauma, ce qui ne ferait que raviver la souffrance. Il procédera en trois temps successifs, lors d'une seule séance, faisant d'abord dessiner « comment c'était avant », référence à un passé heureux, puis « comment c'était pendant », occasion de libération parfois cathartique des émotions et de mise en ordre signifiante, et enfin « comment tu souhaites pour plus tard », esquisse d'une reconstruction du monde et de soi-même, à partir des réminiscences de l'avant et détourné du chaos du « pendant ». C'est la technique des trois dessins, qui est de plus en plus utilisée comme invitation à l'expression pour l'enfant traumatisé.

1. Introduction

Le dessin s'inscrit, au sens propre comme au sens figuré, dans un mouvement complexe d'aller-retour entre le monde interne et le monde externe, le soi et l'autre, le conscient et l'inconscient, le passé et le présent. L'approche du dessin d'enfant se conçoit donc dans un rapport intriqué à soi, aux autres et au temps. Dans le cas de l'enfant traumatisé, cette dialectique permanente entre le dedans et le dehors est le reflet d'une tentative chez l'enfant de maintenir son unité et sa continuité psychiques au cœur même de la tourmente de son existence, comme ultimes remparts contre le néant entrevu lors de l'expérience traumatique. Le dessin laisse la trace d'un instant, celui où l'enfant l'a créé, tout en représentant quelque chose d'un souvenir, offert au regard d'un témoin. Cette position intermédiaire en fait un « objet médiateur » privilégié, à la fois graphique et ludique, dans le travail thérapeutique avec les enfants victimes de traumatismes psychiques.

2. Histoire du dessin de l'enfant

C'est à la psychanalyse, à son fondateur, puis à ses successeurs, que l'on doit les premières études sur le dessin d'enfant et sur son importance dans l'évolution psychoaffective de cet être en devenir. [Freud \(1909\)](#) donne, avec l'observation du « petit Hans » qui dessine le « fait-pipi » de la girafe un exemple princeps de l'utilisation du dessin d'enfant par la psychanalyse, pour alimenter le questionnement psychique. Plus tard, Melanie [Klein \(1932\)](#) s'intéresse à l'interprétation des dessins et découvre que l'enfant vit dans une activité constante de « personnification » et de représentation de son monde interne. C'est Donald W. [Winnicott \(1971\)](#), avec son célèbre jeu du « Squiggle », qui a conceptualisé l'expression dans le dessin des fantasmes inconscients de l'enfant, avec leur référence au corps, mais aussi leur implication transférentielle. En France, l'essor de la psychologie infantile ([Goodenough, 1957](#) ; [Luquet, 1927](#) ; [Dolto, 1948](#) ; [Wallon, 1991](#) ; [Royer, 1993](#)) va constituer une nouvelle étape dans ces recherches sur le dessin.

À la suite du dernier conflit mondial, puis des guerres plus récentes (Rwanda, Palestine, Bosnie, Tchétchénie, etc.), l'usage de plus en plus fréquent du dessin comme technique diagnostique et comme médiation thérapeutique en a fait un standard d'approche psychologique des enfants victimes. Si au départ, cette pratique concernait surtout les conflits armés ([Bacqué, 2000](#) ; [Maqueda, 1999](#)), elle s'est étendue au cours des dernières années, à d'autres situations de catastrophe nécessitant la mise en place d'un dispositif humanitaire. Les pionniers dans ce domaine ont été sans conteste Françoise et [Alfred Brauner \(1976, 1994\)](#) qui ont recueilli une foule de « dessins-témoignages » d'enfants pendant la guerre d'Espagne et à la sortie des camps de concentration, et qui ont mis au point la technique des trois dessins (« avant la guerre », « pendant la guerre » et « avenir »). [Catherine Bonnet](#) l'a appliqué aux enfants victimes de guerre en Bosnie (1994), puis Louis [Crocq et al. \(2002\)](#) ont fait de même auprès des enfants rescapés des bombardements au Liban. Elle a ensuite été transposée aux cas des catastrophes du temps de paix, telles que les séismes ([Crocq et al., 2005](#)).

3. Place du dessin dans le développement de l'enfant

L'évolution du dessin suit le développement de la personnalité et des processus de maturation psychomotrice, affective et intellectuelle de l'enfant. À chaque âge correspondent des techniques et des thèmes favoris ; mais chaque enfant garde une motivation personnelle et une méthode d'exécution qui lui est propre.

L'activité graphique débute très tôt dans la vie. À partir de 2 ans, le trait accompagne le geste sans intention graphique, le tracé est purement

moteur, issu de la pulsion et aboutissant à un gribouillage indifférencié. Entre 2 et 3 ans émergent les premières représentations confirmées par le discours de l'enfant. Entre 3 et 4 ans apparaît la réalisation intentionnelle que l'enfant est capable de nommer. À 4 ans environ, les premières ébauches de représentation de l'être humain, « bonhomme-têtard », sont observées. Vers 5 ans, les visages humains deviennent reconnaissables. La période de 4 à 6 ans ne permet pas encore à l'enfant de manier avec souplesse la réalité des objets ; il les dessine comme il les comprend et non pas tels qu'ils sont. Ce n'est que vers l'âge de 7 ans que le dessin prend un caractère plus conventionnel, accédant à une représentation réaliste. L'unité corporelle des sujets et la différenciation sexuée se précisent et la consigne est intégrée et respectée. Jusqu'à 12 à 13 ans, le réalisme s'affine et des idées ou des sentiments parfois explicités par une légende apparaissent. Au-delà de cet âge, la spontanéité créative s'éteint au profit de l'usage de stéréotypes. En général, le dessin n'est pas une médiation à privilégier chez les adolescents en dehors de situations bien particulières.

4. Les registres du dessin d'enfant

La démarche diagnostique et potentiellement thérapeutique de l'activité de dessin suppose de définir à quelles fins on la propose à l'enfant. En effet, il est indispensable de bien situer le registre dans lequel on va évoluer : 1) le registre ludique ou occupationnel, 2) le registre d'évaluation (niveau de développement cognitif et psychoaffectif), 3) le registre diagnostique (pathologie de la personnalité, dessin traumatique), et 4) le registre thérapeutique (médiation).

4.1. Principes généraux

L'acte graphique est un acte plus complexe qu'il n'y paraît puisqu'il rend compte de plusieurs processus à l'œuvre chez l'enfant qui dessine.

- L'univers du dessin d'enfant. C'est un point de rencontre entre sa subjectivité et la réalité extérieure : il est une mise en acte des pulsions (Bailly, 1991). Évoluant avec l'âge et le développement, il renseigne sur la maturation cognitive et affective. En outre, il peut signer des états psychopathologiques particuliers (angoisse, dépression, impulsivité, inhibition, troubles de l'organisation de la personnalité, etc.). Enfin, il révèle la qualité de l'ancrage dans la réalité et dans la relation à l'autre.

- *Le dessin individuel* en présence de l'adulte. Lorsque l'enfant dessine seul, et qu'il a le choix du support (feuille de papier, tableau, ardoise, etc.), il va en général vers un support vertical (Wallon, 1991). La présence d'un adulte en position de témoin peut orienter son choix vers la feuille de papier pour inscrire plus intentionnellement son dessin dans la relation à l'Autre et lui assigner une fonction supplémentaire de cadeau, ou lui donner une valeur de mémoire.

- *Le dessin en groupe.* L'expérience des interventions d'urgence médico-psychologique lors de catastrophes a imposé des contraintes liées au contexte collectif. C'est avec le support feuille de papier que les intervenants proposent aux enfants cette activité. Les séances se font en général sous des abris provisoires (tente, gymnase, école, etc.). Lorsque les groupes sont importants, il faut prévoir un encadrement par des adultes en nombre suffisant pour recueillir individuellement les commentaires des enfants sur leurs dessins et ainsi en faire une activité à visée diagnostique (évaluation) et éventuellement thérapeutique (soins).
- *Le choix de la méthode.* Dans les deux situations (individuelle ou collective), le thérapeute fera le choix d'un outil en fonction de ce qu'il en attend.
- *Le dessin libre (spontané).* C'est un instrument privilégié de mise en scène de l'espace intrapsychique de l'enfant. Dans la confrontation à l'espace vierge de la feuille blanche, et du fait de l'absence de consigne directive, il suscite une mobilisation assez libre des mécanismes organisateurs de sa psyché. L'enfant pourra y projeter, au sens de [Sami-Ali \(2004\)](#), ses représentations internes et les mettre en résonance dans son acte de création graphique.
- *Le dessin thématique.* Dans le cas des enfants traumatisés, la consigne préétablie indiquée à l'enfant institue un cadre à l'intérieur duquel peut se développer un espace imaginaire tout en mettant à distance l'excitation désorganisante issue du choc émotionnel.

4.2. Les trois dessins de guerre

Les recherches d'Alfred et Françoise Brauner ont porté sur le dessin des enfants ayant vécu la guerre, les conduisant à inventer un protocole en trois étapes, signifiées par les consignes suivantes : « dessine comment c'était avant la guerre », « comment c'est pendant la guerre », « comment tu imagines demain ». Ils parlent d'un véritable voyage, d'une incursion dans l'univers du dessin : « vous devez entrer dans le monde des enfants, puiser dans votre capacité à jouer, rire même dans la réalité terrible qui est la leur... » Ce propos reflète bien l'indispensable composante relationnelle qui doit s'instaurer entre l'adulte et l'enfant, pour en faire un temps thérapeutique et ne pas limiter cet exercice à une sorte de test d'évaluation.

Mais on ne doit pas oublier que le dessin ne laisse apparaître de façon formelle qu'une image de la réalité que l'enfant vit. Autrement dit, se superposent sur cette image ce que l'enfant peut exprimer avec réalisme de son expérience vécue, et, pour celui qui est à l'écoute de « l'Autre scène » (au sens de [Freud, 1900](#)), une fenêtre sur la fantasmagorie de l'enfant, qui va entrer en résonance avec celle du thérapeute. En effet, le dessin s'adresse aussi à quelqu'un, et il doit être situé dans la relation.

4.3. Le dessin des trois maisons « avant », « pendant » et « avenir »

Fort de son expérience de la création de dispositifs de prise en charge à grande échelle des victimes de catastrophes majeures en France et à l'étranger, Louis Crocq (1999) a développé et affiné, d'abord lors des conflits armés du Liban en 1996 et au Kosovo en 1999, puis au cours des tremblements de terre successifs d'Algérie en 2003 et du Maroc en 2004 (Crocq *et al.*, 2005), un protocole de prise en charge des enfants traumatisés en utilisant la technique du dessin des trois maisons (« dessine ta maison, ta famille et toi », avant, pendant et avenir).

Les études des psychanalystes et des psychologues d'enfants ont montré que l'enfant utilisait l'image de la maison comme lieu de projection de sa vie imaginaire. La maison est l'un des thèmes favoris des dessins d'enfants, et généralement, lorsqu'il dessine une maison, un enfant représente la sienne, avec toute la charge affective que peut comporter ce lieu pour lui. Dessiner sa maison n'est pas seulement représenter un volume et une réalité extérieure, mais aussi, symboliquement, l'image et l'enveloppe de soi, saturées par les expressions émotionnelles vécues. En somme, lorsque l'enfant projette son univers par le dessin, deux fonctions essentielles entrent en jeu : une fonction d'expression directe et une fonction libératrice (abréactive).

5. Éléments d'interprétation du dessin

Le plus souvent, l'analyse des dessins repose sur des données à la fois théoriques et statistiques établissant la valeur de ses différents aspects. Comme il n'existe pas un répertoire de signes universels pouvant s'appliquer de manière standard, quels que soient le sujet et le contexte, il convient d'attribuer à ces éléments une valeur d'hypothèse donnant une orientation, mais restant à vérifier au cours de l'entretien. Il faut avant tout mettre l'interprétation en perspective avec un ensemble de facteurs :

- le contexte dans lequel le dessin est réalisé (par exemple, au lendemain d'une agression ou dans les suites immédiates d'un tremblement de terre) ;
- l'observation du comportement de l'enfant et de la relation qui s'établit entre lui et l'adulte, et aussi sa façon d'entrer en contact avec ses pairs ;
- l'aspect adaptatif (comment l'enfant accepte-t-il la tâche ; pose-t-il des questions ?) ;
- le commentaire que l'enfant fait pendant et après l'exécution de son dessin.

À côté de ces pré-requis, les composants du dessin doivent bénéficier d'une attention particulière. Les aspects suivants sont significatifs et doivent être tour à tour examinés.

- *Impression initiale.* Elle est intuitive, et considérée par F. Dolto comme l'élément clé de l'analyse du dessin ; c'est ce qui frappe d'emblée (qu'il s'agisse de l'ensemble du dessin ou d'un détail particulier).

- *Impression d'ensemble.* Elle est laissée par le regard attentif sur l'ensemble du dessin, avant toute analyse ciblée (impression de gaieté et d'équilibre, thèmes morbides, vide inquiétant, atmosphère tourmentée, etc.).

- *Dynamique d'exécution.* On observe la manière de faire, le déroulement temporel de l'acte de dessiner, signature unique propre à chaque enfant, et qui donne d'autres indications que le dessin lui-même : temps de latence initial après énonciation de la consigne, temps d'arrêt et temps total de l'épreuve ; stratégie et ordre d'exécution du dessin, point de départ (qui oriente la suite du dessin), progression (vitesse d'exécution, interruption, reprise, persévération) et point final du dessin ; enfin, comportement pendant le dessin : hésitation, flottement, détermination, excitation, distraction, blocage.

- *Investissement de l'espace.* Cela comprend : appréhension de la feuille (verticale ou horizontale) ; organisation picturale, respect des limites, débordement de la page ; occupation de l'espace (espace vide ou plein, espaces « interdits », perspective et symétrie, cloisonnements, bordures).

- *Type de tracé.* Le trait est une expression motrice singulière, sorte d'empreinte graphologique du geste qui représente un contenant psychique pour les pensées et les émotions. Le graphisme aide l'enfant à canaliser ses débordements pulsionnels. On prendra ainsi en considération : la facture du tracé (épais ou fin, appuyé ou léger, continu ou discontinu) ; le trajet et sa direction (ascendant ou descendant, gauche ou droite, horizontal ou vertical, symétrique ou non) ; le mouvement du tracé (aisé, contrôlé, ou impulsif, tremblé) ; le contour et la forme (ouverte ou fermée, remplie ou vide, géométrisme, stéréotypies).

- *Utilisation des couleurs.* On prendra en compte le choix de la couleur (seulement le noir ou plusieurs couleurs ; nombre de couleurs utilisées et couleurs dominantes), l'étalement des couleurs (en plein, en gribouillis, en traits parallèles, estompages, etc.), la tonalité (couleurs claires ou foncées, vives ou pâles, chaudes ou froides, abondantes ou rares, adaptées ou non à l'objet représenté). La symbolique de la couleur est à utiliser avec prudence, car la préférence de la couleur est à la fois un choix personnel, un signe d'expression pulsionnelle (tonalité affective) et le reflet de l'éducation. Pour en saisir le sens, il faut relier ce choix au contexte de vie de l'enfant (l'usage spontané du rouge en contexte de paix ne porte pas la même charge affective que le rouge pour figurer le sang et la violence dans un contexte de guerre). Par ailleurs, le choix de la couleur est déjà une amorce de contrôle et une entrée dans la libre créativité.

- *Contenus représentés.* On se posera la question initiale : « Le contenu respecte-t-il ou non la consigne ? » Puis on passera à l'inventaire des éléments de contenu du dessin :

- paysage : ciel, soleil, nuages ; pluie, mer, sol ; arbres, fleurs ;
- constructions : maisons (habitées, vides, intactes, démolies), portes, fenêtres, cheminées ;

- objets : meubles, rideaux, lampes ; voitures, bateaux, avions, chars, armes, jouets ;
 - animaux : familiers, domestiques, sauvages ou fantastiques ;
 - personnages : qui sont-ils, et que font-ils ? On recensera : leur taille et leur sexe, leurs vêtements, leurs « attributs » (ceinture, chapeau, foulard), leurs mouvements, leurs occupations et leurs relations. Leurs actions constituent-elles une scène ? Sont-ils bien dessinés, ou seulement esquissés ? L'image du corps est-elle altérée, organes figurant par transparence ?
 - légendes : textes, commentaires, bulles, dénominations, signatures.
- *Contenu symbolique.* Il convient de limiter les interprétations symboliques standardisées à une valeur d'indication, qui est à confirmer et à compléter à l'aide d'autres éléments. On retiendra par exemple, et avec prudence : l'eau comme référence maternelle, la gauche comme référence au passé, le soleil comme référence au père, la pluie et les nuages évoquant l'angoisse et la tristesse, la couleur noire corrélée avec des préoccupations morbides et dépressives.
- Il convient ensuite de rassembler toutes les données d'analyse en une synthèse, qui utilisera aussi l'impression globale et la dynamique d'exécution. Toutes ces observations seront évidemment éclairées par les commentaires de l'enfant.

6. Fonction diagnostique

Il faut rappeler avant tout qu'un enfant exposé à un événement traumatique doit être examiné par un spécialiste (pédopsychiatre ou psychologue), et bénéficier d'une évaluation clinique, et d'un suivi régulier. L'investigation individuelle devra être complétée par une évaluation de l'impact traumatique sur son entourage. La démarche diagnostique va se dérouler en trois temps : temps de l'accueil et de la rencontre, temps du dessin et temps de la parole.

6.1. Temps de l'accueil et de la rencontre

L'observation clinique débute dès l'entrée de l'enfant (en présence des parents, puis seul) comme dans toute consultation diagnostique : présentation, contact visuel et relationnel, comportement psychomoteur (agitation maîtrisable ou non, inhibition ou sidération), motricité fine (tenue du crayon, maîtrise du trait), manifestations d'angoisse (doute, feuille blanche) et d'anxiété de séparation, verbalisation spontanée et communication avec le thérapeute, manifestations émotionnelles, avant, pendant et après l'exécution du dessin.

L'enfant peut exprimer par son attitude de repli un besoin de régression, agissant comme une mise « au ralenti » (Bion, 1979) de son monde interne pour maintenir une vie psychique minimale, à l'économie pourrait-on dire.

La concordance ou la discordance entre l'attitude comportementale et émotionnelle observables et le contenu formel du dessin donnent de précieuses indications.

6.2. Temps du dessin

6.2.1. Cadre

La qualité de la mise en place du cadre thérapeutique conditionne en partie la possibilité pour l'enfant de se saisir de cet espace d'expression de son malaise. Le cadre offrira ainsi une réassurance, une contenance pour rendre possible la confiance et l'alliance thérapeutique (Vila, 1999) ; et ce d'autant plus que la fonction parentale protectrice aura été défaillante au moment de l'événement, abandonnant l'enfant à l'inondation perceptive.

Pourtant, il faut se rappeler que certaines situations comme la persistance de répliques secouant le sol, plusieurs jours après un tremblement de terre, peuvent compliquer la mise en place d'un cadre stable et sécurisant lors de la rencontre avec l'enfant (on imagine sans peine la réactivation de l'insécurité au moment même où l'enfant tente de se représenter son rapport à l'événement). Le thérapeute devra déployer dans ce type de situation une grande qualité de « contenance » malgré l'acuité de ses propres perceptions.

6.2.2. Utilité clinique du dessin

L'utilité clinique du dessin concerne deux niveaux chronologiques, et doit être comprise dans ce double mouvement diachronique : comme représentation du vécu de l'instant (l'instantané de l'état affectif), et comme représentation actuelle, ou remaniement, d'un événement passé. Plutôt qu'un rappel des faits objectifs, l'enfant dessine et commente son bouleversement intérieur et la transformation de sa vision du monde depuis l'événement. L'observateur doit donc se garder de croire que le dessin traduit en signes objectifs la totalité de l'état psychique de l'enfant ; au contraire, le dessin n'expose à l'observateur qu'une bribe instantanée de la réalité psychique de l'enfant.

6.2.3. Dessin traumatique

L'enfant produit habituellement dans le dessin quelque chose qu'il peut communiquer à l'Autre autrement que par les mots. Ce qu'il livre est à la fois reflet de la réalité tout en permettant des élaborations fantasmatiques de ce qu'il a vécu. Dans le dessin traumatique, le réel dans sa crudité massive repousse le fantasme en envahissant l'imaginaire. C'est ce qui interdit la construction d'une réalité psychique verbalisable et représentable sur le papier à partir de ce qui a été éprouvé. On assistera en général à une expression graphique très particulière traduisant l'inhibition de la pensée, une tendance à la restriction des affects et une lutte contre la menace d'effondrement dépressif. Cette production si singulière, qui échappe à la fois au

sens et au plaisir de créer, témoigne du retour de l'enfant à l'état archaïque, à l'*infans*, au sens étymologique de « celui qui ne parle pas ».

Lorsque, dans l'imminence de la mort, le réel de l'horreur et la sensation d'effroi sidèrent par leur puissance envahissante les défenses de l'appareil psychique, le trauma fonctionne comme un « trou » aspirant toute l'énergie psychique, en particulier celle qui est destinée à la création, c'est-à-dire à l'expression du désir. La trace traumatique relèverait plutôt, dans cette conception, d'une non-trace échappant à l'engrammation dans la mémoire d'une représentation initiant le souvenir (Pynoos, 1993). L. Terr (1991) fait état d'une « mémoire perceptuelle », conservant une trace, notamment visuelle, de l'événement traumatique sans élaboration ni restitution verbale possible, s'opposant aux notions classiques de refoulement et d'amnésie infantile (Vila, 1999). Le dessin traumatique répétitif est une manifestation assez explicite de cette tentative avortée d'accrocher une trace signifiante aux éprouvés sensoriels qui affluent chez l'enfant traumatisé. Le clinicien aura à identifier :

- le maintien d'un caractère stéréotypé et répétitif des figures dessinées par l'enfant évoquant l'emprise persistante du trauma sur son appareil psychique ;
- l'appauvrissement et la dévitalisation de l'espace et des processus imaginaires indiquant une perturbation au moins momentanée du développement ; si ces éléments persistent dans le temps, ils peuvent signer une évolution plus péjorative (mélancolie, état limité ou psychose). Un dessin non ou peu représentatif, dominé par des traits impulsifs et incontrôlés, démontre l'incapacité de l'enfant à contenir l'afflux pulsionnel mortifère qui sature son psychisme.

6.3. Le temps de la parole

D'une manière simple, on pourrait dire que le trauma bloque la symbolisation et que la parole la relance. L'appareil à penser (Bion, 1979), qui ne peut fonctionner que par le langage, a pour fonction de décharger l'espace psychique de l'excès de stimuli qui l'encombre et l'accable. Deux situations vont se présenter : soit l'enfant communique spontanément et commente son dessin naturellement (ou sur sollicitation de l'observateur), soit l'enfant reste mutique, ou parle avec réticence, de façon douloureuse ou laconique.

Pour la plupart des auteurs, le dessin a une valeur de « prélangage », se situant dans l'espace intermédiaire du préconscient. Après avoir fait l'expérience de l'abandon et du « non-langage » au temps de l'effroi, l'enfant trouve dans la fonction médiatrice du trait l'occasion de voir puis de faire resurgir sous ses doigts ce qui s'était absenté. De ce « prélangage » peut alors naître, si les émotions l'y autorisent, le commentaire, comme trait d'union entre trace graphique et parole. En outre, cette trace de lui et de ce qu'il a vécu introduit dans le même temps la présence de cet autre qui est

là, qui l'écoute et lui parle. Le thérapeute prend à cet instant une position particulière de « passeur », au sens mythologique du terme, d'un monde à un autre, et le dessin est le lieu tangible de ce passage.

On conçoit bien, ici, à quel point le dessin n'est pas thérapeutique par lui-même, mais par le moyen qu'il représente, comme un appui concret à la relation transférentielle naissante. L'enfant va s'ancrer en quelque sorte à son dessin, comme il s'appuie sur la présence humaine du thérapeute, pour « cocréer » une réalité de lui-même et du monde à nouveau maîtrisable et un peu plus acceptable, malgré l'horreur passée. C'est le commentaire de l'enfant sur son dessin qui donnera les clés du sens qu'il peut lui attribuer.

7. Fonction thérapeutique

L'activité graphique a une fonction de passage du réel brut de l'événement traumatique à la réalité psychique construite de son souvenir. Mais pour garantir la fonction thérapeutique de cet outil, il est indispensable de rappeler au préalable certaines précautions fondamentales :

- ne pas imposer à un enfant de dessiner d'emblée les scènes qui l'ont traumatisé ; ce qui l'amènerait à revivre la scène traumatique et réveillerait inutilement sa souffrance ;
- le dessin doit être *systématiquement* suivi d'un entretien individuel au cours duquel l'enfant met en mots les images traumatisantes, ses pensées et ses émotions, amorçant ainsi un processus d'élaboration psychique pour regagner la « Communauté des êtres parlants » (Daligand, 1997) ;
- l'invitation à dessiner incite l'enfant à se dégager de la sidération et de l'inhibition du choc traumatique pour renouer avec l'initiative et le sentiment de maîtrise, et à quitter sa position d'objet passif et « défaillant », pour retrouver un statut de sujet agissant ;
- l'acte de dessiner en lui-même ne suffit pas à extraire l'enfant de la fascination exercée par le trauma et à le dégager des reviviscences subies ;
- la création graphique facilite l'élaboration des pertes d'objets (intérieurs et extérieurs) (Bailly, 2001), et contribue ainsi à réparer les instances psychiques attaquées par la rencontre avec la mort ;
- le dessin agit donc comme une véritable activité « métacognitive », sorte d'interface entre acte et pensée, où l'enfant peut inscrire la projection de son monde intérieur, qui était envahi d'éprouvés sensoriels non assimilés.

8. Conclusion

Le dessin d'enfant au sortir puis à distance de l'expérience traumatique est une excellente médiation pour accéder à son espace psychique malmené, de manière supportable et adaptée à son âge. On préférera d'ailleurs le terme de « guidance », qui renvoie au concept de guider, d'accompagner – il s'agit

d'être ce *Nebenmensch* (cet autre humain secourable) dont parle Freud –, et qui nous paraît mieux représenter la tonalité et la finalité de ce type d'intervention auprès d'enfants qui ont vécu une angoisse et un désarroi extrêmes, à la notion imprécise de « prise en charge post-traumatique ». Le thérapeute assure ici réellement la fonction de « passeur » vers un avenir à nouveau habité par son désir de vivre et de parler. Alfred Brauner (1994) nous met en garde contre l'intrusion aventureuse vers la brutalité du trauma :

Il ne faut pas revenir sur le passé sous un prétexte théorique, la tâche du psychologue est de calmer, de rassurer l'enfant des guerres ; il ne faut pas le renvoyer dans son passé [...] Orphée a perdu Eurydice en se retournant. Aidons les enfants à trouver l'avenir, si un avenir existe pour eux.

Pour en savoir plus

- Bailly, L. (2001). « Traitement des psycho-traumatismes de l'enfant ». In M. De Clercq, & F. Lebigot (Eds.), *Les Traumatismes psychiques*. Paris: Masson.
- Baqué, S. (2000). *Dessins et destins d'enfants*. Marseille: Hommes et Perspectives.
- Bion, W. R. (1979). *Éléments de psychanalyse*. Paris: PUF.
- Bonnet, C. (1994). *Enfances interrompues par la guerre*. Paris: Bayard Presse.
- Brauner, A., & Brauner, F. (1976). *Dessins d'enfants de la guerre d'Espagne*. Saint-Mandé: Imprimerie du Centre de traitement éducatif.
- Brauner, A., & Brauner, F. (1994). *L'Accueil des enfants survivants*. Paris: Cahiers du Groupement de Recherches Pratiques pour l'Enfance.
- Crocq, L. (1998). « La Cellule d'urgence médico-psychologique ». *Annales Médico-Psychologique*, 156(1), 48-53.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L., Ba-Thien, K., & Gannagé, M. (2002). « Les Enfants du Liban. Souffrance, culture et catharsis dans le trauma de guerre ». *Psychologie Médicale*, 7(53), 38-44.
- Crocq, L., et al. (2005). « Se reconstruire après le séisme : le test des trois dessins "avant", "pendant" et "avenir" ». *Journal des Professionnels de l'Enfance*, 5, 17-23.
- Daligand, L. (1997). « La thérapie des victimes au risque de la violence ». *Les Cahiers de l'Actif*, 248-249, 77-84.
- Dolto, F. (1948). « L'Interprétation psychanalytique des dessins ». *Revue Internationale des Sciences de l'Homme et Psychanalyse*, 17, 324-346.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF, 1926.
- Freud, S. (1909). *L'Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans*. Paris: PUF, 1966.
- Goodenough, F. (1957). *L'Intelligence d'après le dessin*. Paris: PUF.
- Klein, M. (1932). *La Psychanalyse d'un enfant*. Paris: PUF, 1966.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris: Masson.
- Luquet, G. H. (1927). *Le Dessin enfantin*. Paris: Felix Alcan.
- Pynoos, R. S., et al. (1993). « Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake ». *British Journal of Psychiatry*.
- Royer, J. (1993). *L'Examen psychologique de l'enfant*. Marseille: Hommes et Perspectives.
- Sami-Ali, M. (2004). *De la projection, une étude psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Terr, L. C. (1991). « Childhood traumas : an outline and overview ». *Am J Psychiatry*, 148, 10-20.

- Vila, G., et al. (1999). *L'Enfant victime d'agression : état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Masson.
- Wallon, P. (1991). « L'Évolution du dessin d'enfant ». *Psychologie Médicale*, 23(2), 217-226.
- Widlöcher, D. (1965). *L'Interprétation des dessins d'enfants*. Bruxelles: Ch. Dessart.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard, 2002.

24 Accompagnement psychologique durant le parcours judiciaire

C. Damiani

Les 150 associations d'aide aux victimes, réparties sur le territoire national et fédérées par l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (Inavem), ont pour mission d'apporter des réponses individualisées aux victimes d'infractions pénales, de catastrophes collectives ou d'accidents. Ces victimes peuvent être accueillies, informées, accompagnées, soutenues et orientées tout au long de la procédure pénale par une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues et de juristes. Depuis 20 ans, l'Inavem et les associations d'aide aux victimes ont acquis l'expérience de l'accompagnement quotidien de victimes « individuelles » (en moyenne 250 000 par an), de la prise en charge de victimes d'accidents collectifs et de la mise en place de dispositifs de soutien psychologique lors de procès ; par exemple, l'effondrement de la tribune de Furiani, les attentats terroristes à Paris de l'été 1995, le naufrage de Bagnolès, le carambolage de Bourg Achard, l'incendie du tunnel du Mont-Blanc, ou le crash aérien du Mont Saint-Odile.

L'accompagnement au procès s'inscrit dans la continuité d'une prise en charge globale qui s'effectue dès la commission des faits et où s'intriquent registres judiciaire et thérapeutique (Damiani, 2002). Dès le début d'une instruction, la psychothérapie est rythmée par les aléas de la procédure pénale : identification, arrestation de l'auteur, audiences, confrontations, notification de classement sans suite voire non-lieu, reconstitution, etc., sont autant de moments générateurs d'angoisse qui peuvent figer toute élaboration. Ils ravivent les blessures psychiques encore mal cicatrisées, et seule la verbalisation dans un cadre contenant sera à même d'inscrire la chaîne des événements traumatiques dans l'ensemble de l'économie psychique du sujet et de réorganiser son monde intérieur. Être victime n'empêche pas d'analyser la séquence des événements qui ont amené là, et qui ont traumatisé, même si un étayage est d'abord nécessaire.

1. Accompagnement au procès

Le procès a pour fonction de nommer et de sanctionner les infractions, de désigner victime(s) et coupable(s) et de les délier, et en conséquence d'apaiser haines et conflits (Damiani, 2005). Malgré toutes les tentatives de « laïcisation », le symbolisme judiciaire est toujours profondément marqué par le

religieux et le sacré. La violence s'exprime au cours du procès, mais de façon codée et ritualisée, pour générer un effet cathartique censé protéger contre la vengeance et la haine. Ainsi, s'il n'a pas vocation à être thérapeutique – ce qui reste le champ de l'intime –, le procès exerce une fonction de reconstruction du lien social. Même aujourd'hui, les magistrats sont profondément attachés à cette dimension symbolique du procès. Certains ont refusé que des procès de masse se déroulent dans d'autres lieux que le Palais de justice, pourtant mieux adaptés, parce que cela aurait été « contraire au respect de la symbolique judiciaire » ([Ressources documentaires de l'ENM, 2003](#)).

2. Mise en place du dispositif – le cadre

Le cadre diffère selon le mode de saisine : soit une saisine informelle, soit une saisine dans un cadre légal.

2.1. Saisine « individuelle » ou informelle

L'association d'aide aux victimes est sollicitée par un président de cour d'assises, un avocat, ou les victimes elles-mêmes. Il s'agit généralement de procès concernant un nombre relativement limité de parties civiles, mais présentant une situation particulière ou difficile. Par exemple, l'avocat de la famille d'une jeune femme assassinée a demandé un soutien psychologique pour les parties civiles (les parents et les deux sœurs de la personne assassinée) lors d'un procès en cour d'assises. Il a considéré « la fragilité particulière de la famille ». Cette demande s'est révélée tout à fait fondée en raison de la pathologie de l'un des membres de la fratrie et de la très grande souffrance de la mère qui a eu besoin d'un étayage important durant les débats. Dans ce cas de figure, l'intervention s'inscrit dans la pratique habituelle de l'association.

Généralement, le dispositif est léger : deux psychologues ou un psychologue et un accueillant d'aide aux victimes suffisent à effectuer cet accompagnement, sans mise en place de dispositif particulier.

2.2. Saisine dans le cadre légal

Aujourd'hui, le parquet général peut missionner une association d'aide aux victimes conventionnée, généralement pour des procès impliquant un nombre important de parties civiles, en application de l'article 41, alinéa 7 du Code de procédure pénale, « afin qu'il soit apporté une aide à la victime de l'infraction ».

Jusqu'ici, les associations d'aide aux victimes sont missionnées essentiellement pour deux catégories de procès :

- ceux concernant de multiples victimes d'un même agresseur sexuel ;
- ceux concernant des actes terroristes et des accidents collectifs, ces derniers étant parfois qualifiés de « procès de masse » ou de « procès hors normes ».

Le dossier de l'École nationale de la magistrature (2003) définit un ensemble de critères pour définir ces procès difficiles. Ils ont en commun la durée, le nombre important d'acteurs (accusés, parties civiles, témoins, experts, parfois la dangerosité particulière des personnes poursuivies [actes terroristes], un contentieux exceptionnel en raison du domaine traité, par exemple le sang contaminé), et la médiatisation. Par exemple, l'Inavem et l'Association d'aide aux victimes de Bonneville ont été mandatées pour l'accompagnement des parties civiles au procès dit de « l'accident du tunnel du Mont Blanc ». Il concernait 39 victimes et 228 parties civiles de 9 nationalités différentes assistées par 32 avocats, 14 prévenus de 4 nationalités différentes et leurs avocats, 20 experts, 160 témoins cités. Le procès a duré 2 mois et demi.

Autre exemple, l'association Paris aide aux victimes a été mandatée pour « assurer l'accompagnement et le suivi psychologique des personnes constituées parties civiles dans [la procédure criminelle suivie contre X, audiencée en appel devant la cour d'assises de Paris à compter du XX 2006] ». Ce procès en appel, qui a duré 6 semaines, concernait des faits d'assassinats, séquestration et viols envers 7 victimes ; il y avait 14 parties civiles dont la plupart, considérées comme étant « particulièrement vulnérables », étaient représentées par 3 cabinets d'avocats ; l'accusé était assisté par 2 avocats ; 89 témoins ont été cités et la cour a entendu 4 experts.

Ces procès ont des contraintes particulières : une logistique en adéquation avec la capacité d'accueil du tribunal et le nombre de personnes présentes, des contraintes de sûreté et de sécurité, une préparation des magistrats en charge du procès qui font parfois l'objet de tentatives de déstabilisation avant et pendant l'audience (menaces, atteintes à l'honneur, attaques procédurales), et les contraintes de communication avec les victimes et les médias.

2.3. Mission et protocole

Le dispositif d'accompagnement psychologique s'inscrit dans « une réponse associative globale et s'articule avec les différents partenaires judiciaires » (Dandonneau, 2006). Or, l'expérience montre que l'intitulé de la mission est souvent incomplet et sibyllin. Il importe donc, au cours de réunions préparatoires avec le Parquet général, d'en préciser les modalités, afin de s'assurer que l'association a bien les moyens de répondre à la demande. Il s'agit de reformuler la mission et de la transcrire sous forme de protocole, en indiquant clairement ce qui sera effectué par les psychologues et/ou les juristes de l'association, et ce qui ne sera pas leur mission.

2.4. Partenaires

Un « comité de suivi » est constitué bien en amont du procès (le rapport de l'École nationale de la magistrature (2003) préconise un délai de 18 mois

avant la date de la première audience pour les procès de masse). Il est composé de « toutes les personnes concernées par la préparation du procès, secrétaires généraux du siège et du Parquet, magistrats de l'audience, greffier en chef, bâtonnier de l'ordre des avocats, représentants des forces de l'ordre et des pompiers, de l'équipement, etc. », de façon à évaluer l'impact du procès et à anticiper les aménagements nécessaires en tenant compte de toutes les contraintes précitées. Les associations de victimes et associations d'aide aux victimes¹ devraient être impliquées rapidement à ces groupes de travail de façon à mieux cibler leur mission et à définir les ressources nécessaires.

Par exemple, pour le procès du « tunnel du Mont-Blanc », un groupe « victimes » composé de l'association des victimes du Mont-Blanc, de l'Inavem, de l'association locale d'aide aux victimes (Bonneville), du procureur de Bonneville, d'un magistrat du Service de l'accès au droit et à la justice et le politique de la ville (SADJVP) a préparé l'ensemble du dispositif durant plusieurs mois.

Pour le procès d'un accusé ayant commis des viols en série, les réunions préparatoires ont réuni le Parquet général, l'association Paris aide aux victimes, l'association d'aide aux victimes qui avait assuré l'accompagnement au procès en première instance et qui connaissait bien les parties civiles (lieu de résidence des parties civiles), l'association de victimes, et ce sous l'égide du Parquet général.

2.5. Éthique

Tout d'abord, il est nécessaire de s'assurer que les intervenants de l'association ont bien les moyens d'accomplir la mission pour laquelle ils ont été mandatés. Ensuite, il n'y a pas de raison de déroger aux règles habituelles de fonctionnement. Il n'y a aucune raison que l'appareil judiciaire se décharge des tâches (administratives par exemple) qui lui incombent sur les juristes ou les psychologues qui sont incompetents et peuvent se le voir reprocher. De plus, ils se trouvent alors submergés par des tâches parasites. Par exemple, il n'appartient pas aux psychologues de remplir les attestations de présence ou les mémoires de frais, ou de jouer les « gentils organisateurs » les jours où il n'y a pas d'audience.

Il est évident que ce n'est pas le même psychologue qui exerce la fonction de thérapeute auprès des parties civiles et qui effectue le soutien durant le procès. Si le psychologue est à l'audience, il ne peut qu'être contaminé par

1. Nous rappelons la distinction très importante à effectuer entre les « associations d'aide aux victimes », composées de professionnels et fédérées par l'Inavem, et les « associations de victimes », qui regroupent les victimes d'un événement spécifique (comme les victimes de l'accident du tunnel du Mont-Blanc) ou d'événements de même nature (actes terroristes, accidents collectifs, etc.).

les émotions ambiantes (tout est construit pour cela), et il aura beaucoup plus de mal à garder la distance nécessaire. La neutralité et la règle d'abstinence ne peuvent absolument pas s'observer de la même façon au cours d'un procès. Par ailleurs, cela pourrait être source de confusion pour la victime (Damiani, 2005), qui ne sait plus à qui elle s'adresse, au thérapeute ou à un proche. La seule dérogation à cette règle, c'est lorsque la thérapie est terminée et que le thérapeute n'exerce plus cette fonction auprès de la victime.

Même en dehors de leur espace habituel, les psychologues se doivent de respecter le secret professionnel et d'exiger la confidentialité des entretiens. Ils seront prudents dans leurs communications aux médias.

2.6. Organisation matérielle

Les conditions matérielles de l'accueil des parties civiles sont organisées en collaboration avec les autorités judiciaires. Celles-ci ont des exigences de sécurité à l'extérieur comme à l'intérieur du Palais de justice auxquelles les intervenants d'aide aux victimes doivent se conformer.

L'organisation matérielle doit être anticipée et se décliner en fonction des différents niveaux d'accompagnement. Par exemple, pour le procès du « tunnel du Mont-Blanc », un aménagement spécifique des locaux a été organisé : locaux d'accueil, de repos, avec des accès réservés. Pour le procès dit de « l'attentat de Saint-Michel du 25 juillet 1995 » (183 parties civiles), un box d'accueil a été édifié devant la salle d'assises. Les parties civiles pouvaient s'y reposer et prendre une légère collation. Une salle plus confidentielle, en retrait, avait été mise à disposition pour assurer des entretiens individuels.

Des accréditations sont délivrées pour faciliter l'accès des parties civiles et des intervenants au Palais de justice.

Dans des cas qui doivent rester exceptionnels (parties civiles « particulièrement vulnérables » par exemple), les intervenants de l'association d'aide aux victimes organisent également les repas (cantine du Palais) voire l'hébergement, à condition de disposer, suffisamment tôt, d'informations complètes, précises et fiables.

2.7. Dispositifs d'accueil et de soutien psychologique

Il convient, dans un premier temps, de définir l'ensemble des opérations et d'attribuer les tâches aux différents intervenants, juristes, psychologues, accueillants et administratifs. Un document écrit qui fixe les règles de fonctionnement est rédigé, et chaque personne concernée par le procès et son organisation en est destinataire, dont le président de la cour d'assises.

Généralement, l'accueil et l'accompagnement des victimes non constituées parties civiles et des témoins ne sont pas prévus dans les dispositifs,

mais nous nous devons de réfléchir à une prise en considération de ces témoins, même s'il n'y a pas de saisine. Par exemple, cette situation s'est présentée lors du procès d'un accusé qui avait commis des assassinats et des viols. Sa fille en avait été victime, mais les faits étaient prescrits depuis longtemps pour elle. Elle déposait donc en tant que témoin. Son témoignage a été rendu encore plus difficile par les dénégations et les remarques cruelles de son père qui refusait de reconnaître les faits pourtant largement prouvés. Rien n'avait été prévu pour elle et les intervenants n'ont pu qu'assister, impuissants, à son effondrement à la fin de son témoignage.

S'il y a plusieurs associations saisies, la répartition des tâches doit être clairement établie ainsi qu'une éventuelle hiérarchie, même si cela est parfois difficile à accepter, pour mieux organiser et unifier les réponses, et éviter la dispersion des énergies. Les relations entre les associations d'aide aux victimes et les associations de victimes peuvent être complexes.

Le dispositif et le nombre d'intervenants sont liés au planning du procès, à la quantité et à la « qualité » des parties civiles. Ce n'est pas tant le nombre de parties civiles qui importe que leur état psychique et leur autonomie, d'où l'importance de les identifier et d'évaluer leurs besoins, bien avant le procès. Pour ce faire, le Parquet doit remettre la liste des parties civiles et leurs adresses récentes à l'association d'aide aux victimes missionnée. L'Inavem étant une fédération nationale, il peut faire appel aux associations locales du réseau pour se mettre en rapport avec les parties civiles, généralement réparties sur l'ensemble du territoire national. Il est très difficile de savoir à l'avance combien de psychologues seront nécessaires pour assurer ce soutien.

Le déroulement du procès est marqué par des temps « forts » qui intéressent et impliquent plus ou moins les parties civiles. En fonction du planning, la mobilisation n'est pas la même. On organisera des « dispositifs renforcés » aux moments clés, et des dispositifs permanents, allégés par rapport aux précédents. Les temps qui nécessitent généralement des dispositifs renforcés sont les suivants : l'ouverture du procès, la déposition des parties civiles, les plaidoiries, les réquisitions et le verdict. Chaque procès étant particulier, il y a bien entendu des variations à prévoir. En plus de l'accueil in situ, il est possible de proposer des permanences téléphoniques au siège de l'association d'aide aux victimes soit pour des informations, soit pour prendre un rendez-vous pour un entretien psychologique.

Par exemple, pour le tunnel du Mont-Blanc, le dispositif a été organisé en quatre pôles :

- un aménagement spécifique des locaux ;
- un dispositif d'accueil permanent de deux accueillants de l'association d'aide aux victimes, un psychologue et un interprète ;
- un dispositif d'accueil renforcé aux moments clés, composé de 5 accueillants, 2 psychologues et 3 interprètes de langues différentes ;

- une traduction simultanée en trois langues et une aide matérielle.

Lors du procès des attentats de l'été 1995, le dispositif permanent était composé de deux psychologues de l'association d'aide aux victimes dans la salle d'audience durant les débats, et dans le box d'accueil durant les pauses. Un troisième psychologue n'assistait pas aux débats ; il effectuait les entretiens individuels dans un lieu en retrait, qui respectait la confidentialité des entretiens.

Par ailleurs, les tâches des psychologues sont facilitées s'ils connaissent les ressources du Palais de Justice (infirmerie, intendance, etc.). S'ils le jugent nécessaire, et avant le procès, ils peuvent demander au Parquet de réquisitionner un médecin pour une ou des parties civiles qui nécessiteraient des soins permanents (traitement médicamenteux, psychiatrique, etc.).

Dans tous les cas, des débriefings sont à prévoir pour l'équipe en place deux à trois fois par semaine.

3. Entretiens et réunions préparatoires avec les parties civiles

3.1. Préparation formelle

Les parties civiles et les témoins sont convoqués 2 mois avant le procès. Les réunions préparatoires sont l'occasion d'évaluer les besoins et d'affiner le cadre d'intervention. Ces rencontres peuvent lever des malentendus. Par exemple, lors d'un procès en appel à Paris (les parties civiles résidaient toutes en province), le Parquet a proposé une vidéotransmission au chef-lieu du département où les familles résidaient pour leur éviter un déplacement coûteux chaque semaine à Paris. Ce projet a été interprété par les parties civiles comme une façon évidente de « se débarrasser d'eux ». Ces malentendus doivent être soigneusement évités.

Il est à noter que certaines victimes ne sont constituées parties civiles que quelques jours avant le procès (donc sont considérées comme simples témoins, ne peuvent avoir accès au dossier pénal, n'ont pas le droit d'assister à l'intégralité des débats et ne peuvent prétendre à une réparation financière), n'ont pas saisi d'avocat et ne sont pas informées sur leurs droits. Les réunions préparatoires peuvent être l'occasion, pour ces victimes non constituées partie civile, de le faire à ce moment-là.

La réunion d'information est organisée et animée par les juristes de l'association d'aide aux victimes. Ils peuvent être secondés par un ou des magistrats (non impliqués dans le procès qui va se dérouler), par un huissier qui connaît tous les rouages du procès et par un représentant de l'Ordre des avocats s'il y a des victimes non encore constituées (donc qui n'ont pas d'avocat). Bien entendu, les avocats des parties civiles sont invités à assister à cette réunion préparatoire. Les victimes et leur famille (notamment lorsque

la victime est mineure) sont ainsi informées de leurs droits, du déroulement des débats et de la forme du procès. Une visite de la salle d'assises est ensuite proposée.

Les questions les plus fréquemment posées par les parties civiles concernent la forme du procès, ce qu'elles ont le droit de dire ou non, les questions qu'elles peuvent poser, l'opportunité d'assister totalement ou partiellement au procès. Lorsque les parties civiles sont des parents d'enfants assassinés, il importe de savoir ce qu'elles connaissent déjà du dossier. Il faut parfois prévoir qu'elles sortent de la salle d'audience lorsque les faits sont abordés. Les entendre dans leur réalité brutale peut être traumatique. Lorsque l'accusé a commis des agressions sexuelles et/ou des viols en série, les parties civiles craignent de le voir de nouveau, de l'entendre nier ou ne pas reconnaître les faits. Elles ne sont pas sûres de pouvoir supporter la tension.

Ce problème se pose avec d'autant plus d'acuité pour les enfants. Il est nécessaire d'évaluer leur maturité et leur capacité d'entendre, en accord avec leurs représentants légaux.

Lorsqu'il s'agit de procès de catastrophes collectives, technologiques notamment, les débats d'experts sont certes primordiaux pour déterminer les responsabilités, mais abscons pour les néophytes, et rares sont les parties civiles qui prévoient d'assister à l'intégralité des débats.

À l'issue de la réunion préparatoire, un document est remis aux parties civiles. Il comporte deux parties : d'une part, un rappel des informations sur les droits et le déroulement des débats, des éventuelles démarches à effectuer ; d'autre part, des informations précises sur le dispositif mis en place par l'association d'aide aux victimes.

3.2. Groupe de parole

Le psychologue de l'association anime un groupe de parole qui réunit les parties civiles qui le souhaitent. Ce groupe de parole est complété, si nécessaire, par des entretiens individuels.

Pour les procès en première instance, l'attente mobilise l'énergie psychique des sujets qui s'y investissent énormément. Afin d'anticiper et d'atténuer la déception qui ne manque presque jamais, il est primordial de travailler en amont sur les représentations liées à ce processus judiciaire, sur les attentes ou plutôt sur l'écart entre les attentes conscientes et inconscientes et la réponse dans la réalité. Les parties civiles attendent consciemment et essentiellement du procès une juste reconnaissance publique des actes et de leur souffrance, sans banalisation ni déni. Elles attendent du ou des accusés qu'ils révèlent ce qui reste obscur ou inconnu, qu'ils reconnaissent la gravité des actes commis et les assument. L'affirmation « responsable mais pas coupable », largement répercutée par les médias, a été vécue douloureusement par les parties civiles dans l'affaire dite du « sang contaminé ».

Les parties civiles expriment leur angoisse d'avoir à déposer et de voir réapparaître les scènes et les cauchemars aujourd'hui largement atténués pour certains, encore vifs pour d'autres. La perspective du procès ravive aussi une intense culpabilité : culpabilité de n'avoir pas su s'opposer ou résister, de n'avoir pas pu protéger, culpabilité d'avoir été là ou, pour d'autres, de ne pas avoir été là, culpabilité de n'avoir pu empêcher que « ça recommence », de n'avoir pensé qu'à soi, culpabilité de haïr ou de ne pas haïr, d'avoir été rétribué par une indemnisation financière, etc. Comme les procès difficiles se déroulent généralement 3 à 7 ans après les faits, il est rare que les parties civiles expriment de véritables sentiments de vengeance. Elles oscillent plutôt entre colère et angoisse. Elles considèrent l'incarcération plutôt comme une façon de mettre fin à une menace que comme une punition.

Les expériences récentes confirment la distinction que nous avons déjà observée (Damiani, 2004) entre les sujets qui ne se sont jamais questionnés sur leur position en tant que victime, et ceux qui ont bénéficié d'une psychothérapie. Ces derniers sont mieux à même d'élaborer leurs attentes, de prendre un tant soit peu de recul, de ne plus être dans une position vengeresse ; surtout, ils n'appréhendent le procès que dans sa fonction « sociale ». En revanche, la plupart des autres sujets sont beaucoup plus dans l'emprise du réel et de la colère ; ils attendent essentiellement du procès qu'il règle « quelque chose de l'intrapsychique », ce qui est illusoire, donc source de malentendus.

4. Accompagnement psychologique durant les débats

Pour que le dispositif soit opérant, il est indispensable que les parties civiles en soient informées par écrit avant le procès. Dans ce cas, les psychologues sont très sollicités à la fois durant les débats et pour des entretiens individuels. Dès le début, le procès exerce de façon indiscutable sa fonction cathartique ; toute la mise en scène du rituel judiciaire y contribue. Dès l'ouverture des débats, il arrive que des parties civiles comprennent véritablement ce qu'elles ont subi en écoutant la lecture de l'arrêt de renvoi. Cette litanie peut durer plusieurs heures, voire une journée entière. Les parties civiles sont souvent déroutées par le rituel judiciaire et se voient plongées dans un « espace-temps différent », vécu dans un sentiment d'inquiétante étrangeté. Aux moments clés (ouverture du procès, déposition des victimes et des accusés, plaidoiries, réquisitoire, etc.), le procès mobilise des affects très violents : peur, haine, sentiment d'impuissance, colère, angoisse, compassion. Il n'est pas rare d'avoir à extraire des parties civiles de la salle d'audience, à les accompagner à l'infirmerie voire aux urgences. Elles sont de nouveau en proie à l'angoisse, aux cauchemars, aux reviviscences qui resurgissent avec violence, parfois même avant le début du procès.

Le procès est parfois le moment d'une élaboration intense pour des parties civiles (Damiani, 2005). Certaines sont agitées par un débat éthique intérieur qui s'organise autour de la culpabilité et de la violence pulsionnelle qui les habitent. Certaines parties civiles, en entendant le parcours de vie de l'accusé, ne peuvent s'empêcher de ressentir un début de compassion plutôt perturbant, surtout lorsque c'est la haine qui les a maintenues jusque-là. Ces sujets sont à même d'entrevoir l'homme, l'enfant qui souffre derrière celui qui a commis des actes monstrueux. Donc, très vite, vont s'opposer les sujets qui souhaitent avant tout que l'accusé soit soigné et ceux qui désirent avant tout une condamnation exemplaire qui l'empêchera définitivement de nuire. D'autres évoquent l'émergence d'une haine violente, plus ou moins bien contenue.

5. Après le procès

Des entretiens individuels peuvent être proposés rapidement après l'audience. En revanche, il est préférable d'attendre que le « contrecoup » soit passé pour organiser un groupe de parole, c'est-à-dire environ 3 semaines après. Effectivement, juste après le procès, nous observons une période de « vide », d'incapacité de penser, suivie d'un moment dépressif, car la libération salvatrice n'a pas eu lieu ou n'a été que transitoire. Il faut alors gérer le relâchement de la tension et faire le deuil d'attentes impossibles. Ce second mouvement représente souvent une phase douloureuse, mais aussi d'élaboration.

Les sujets victimes perdent l'illusion d'une réparation magique, d'un « effacement » que le procès aurait pu apporter. Ils prennent conscience que la justice est faillible, que le procès n'est pas toujours « l'épreuve de vérité » attendue, que les réponses tant attendues au « pourquoi » et surtout au « pourquoi moi » n'ont que peu ou pas trouvé de réponse. Progressivement, le débat peut enfin se déplacer sur la scène interne. Ils sont alors mieux à même de renoncer à la toute-puissance de leur culpabilité et au bénéfice d'une affiliation au groupe des « victimes ». Le procès est un puissant facteur d'apaisement de la culpabilité et de la haine, et exerce ainsi ses fonctions pacificatrices et réparatrices. La colère et la violence qui ont parfois protégé le sujet de la souffrance trouvent un apaisement qui ouvre l'accès à l'angoisse dépressive, source d'élaboration, donc d'évolution. Les sujets expriment ce moment de suture par des expressions telles que « je lâche » ou « j'ai enfin le droit de passer à autre chose ».

Cependant, les sujets les moins ouverts à l'élaboration psychique restent fixés sur la dette que « la société » ne leur a pas remboursée. Le procès n'a rien réglé de leurs conflits intrapsychiques, et certains persistent à externaliser le conflit en s'investissant soit dans une nouvelle bataille judiciaire, soit dans la création d'une association. Cela peut être l'un des signes d'une incapacité à dénouer l'attachement aliénant au traumatisme et d'une exploitation de

celui-ci en vue d'en retirer des bénéfices narcissiques, sinon plus concrets quelquefois. (Mormont, 2006)

6. Conclusion

Les victimes d'infractions pénales ne sont pas obligées de souffrir d'un traumatisme grave qui rendrait une psychothérapie indispensable. Certaines ont le droit d'aller bien, sans être soit rejetées comme traîtres à la cause (celle pour laquelle milite l'intervenant ou l'association qui en a fait son objet), soit regardées avec commisération car elles sont d'autant plus « malades » qu'elles n'en ont même pas conscience. (Mormont, 2006)

De plus, la procédure judiciaire et le procès ne sont ni thérapeutiques, ni obligatoires pour « s'en sortir ». Ainsi, on ne peut pas condamner les victimes à une « guérison sous condition » qui s'exprimerait sous forme de règle normative : « les victimes ne peuvent s'en sortir que si elles font une thérapie et/ou s'il y a un procès ». Cependant, un questionnement personnel (dans un cadre thérapeutique ou non) sur la position de chacun en tant que victime et sur la souffrance psychique (éventuellement) induite par l'infraction pénale est une voie sûre vers l'élaboration psychique, vers le renoncement à l'affiliation aux « groupes des victimes » et à ses bénéfices secondaires.

L'Inavem a une vingtaine d'années de recul sur l'accompagnement des victimes au procès. Il reste pourtant beaucoup à travailler sur la gestion des dispositifs d'accompagnement et sur le cadre. L'expérience montre que la pression fait souvent exploser ce dernier : marécage d'intérêts personnels contradictoires sous couvert d'intérêt envers les victimes, utilisation perverse du cadre, interprétation médiatique des décisions de justice qui aggrave les clivages et ravive les blessures. Pour ces raisons, il est essentiel de prévoir des séances régulières de supervision pour les différents intervenants, et des retours d'expérience qui permettront d'affiner ce cadre.

Pour en savoir plus

- Damiani, C. (2002). « Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 55-58.
- Damiani C. (2004), Traumatisme psychique : thérapie et réparation, thèse de doctorat, Université Paris V.
- Damiani, C. (2005). « L'Accompagnement psychologique durant le processus judiciaire ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(1), 37-42.
- Dandonneau V. (2006), « Accidents collectifs : l'accompagnement associatif des victimes au procès », Actualité Juridique. Pénal, n° 3, 114-116.
- Mormont, C. (2006). « Les Effets indésirables des interventions psychothérapeutiques en psychotraumatologie ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(2), 114-116.
- Ressources documentaires de l'École nationale de la magistrature (2003), La Gestion des procès difficiles, témoignages, Dossiers de réflexions, synthèse de l'ENM.

Intervention immédiate auprès de familles et de témoins d'un accident mortel

J.-M. Coq

Un mercredi matin peu avant 8 heures 30, Claudine circulait à bicyclette dans Paris avec son fils Charles âgé de 4 ans, qu'elle conduisait au centre de loisirs de leur quartier. À un grand carrefour, un camion grillant un feu rouge les heurta violemment. Claudine eut juste le temps de se dégager, mais elle ne put rien faire pour le petit Charles qui, coincé dans son siège vélo, eut la tête écrasée par une des roues du camion. Moment insoutenable pour Claudine confrontée à une vision d'horreur, vivant une expérience terrifiante, et se trouvant impuissante à arracher son fils d'une mort aussi violente que brutale.

Sur place, le médecin de l'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) ne peut que constater le décès de Charles ; c'est lui qui demande au médecin régulateur du Samu l'intervention immédiate de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), afin de prendre en charge Claudine et deux femmes témoins de l'accident. Elles sont toutes les trois évacuées vers un café tout proche qui a été réquisitionné par la police. Plusieurs intervenants parmi les forces de l'ordre et les sapeurs-pompiers présentent un état de stress dépassé. En particulier une jeune policière a été prise de nausées et de tremblements avant de se réfugier dans un véhicule de service où elle se présente avec une inhibition stuporeuse. De même, deux jeunes sapeurs-pompiers ont dû regagner leur véhicule ; ils sont pâles, mutiques et apparaissent dans un état de sidération qui préoccupe leurs supérieurs.

Un psychologue clinicien et un psychiatre de la CUMP se rendent très rapidement sur place. Dans la partie du carrefour où s'est produit l'accident, le corps de Charles est entouré des jouets qu'il emmenait au centre de loisirs et qui se sont répandus sur le sol au moment du choc. Pompiers, policiers, personnels des secours médicaux sont autour de Claudine dans le café ; le père de Charles dont elle est séparée l'a rejointe. Cet accident a produit une sidération collective parmi tous les intervenants, et aucune des équipes de secours ne semble pouvoir quitter les lieux. Nous orientons la jeune policière et les deux sapeurs-pompiers par l'intermédiaire de leurs officiers vers

les professionnels psychiatres et psychologues de leurs corps respectifs, à même de pouvoir les prendre en charge rapidement. Nous aurons d'ailleurs confirmation de la mise en place de soins immédiats pour ceux-ci, pendant que nous serons encore sur place.

Claudine est debout, immobile, son regard est terrorisé. Elle nous semble confrontée à l'effroi et soumise à une sidération psychique paralysant chez elle tout processus de pensée qui pourrait s'organiser en représentation de mots. L'image de la tête écrasée de son fils occupe probablement tout son espace psychique, la laissant aux prises à une représentation de quelque chose de l'ordre de l'horreur, qu'aucun mot ne semble pouvoir prendre en charge à ce moment-là. Claudine semble inaccessible, prise dans un mécanisme de défense qui apparaît comme quasi autistique ; nous prenons cependant l'initiative de nous présenter et restons à côté d'elle. Claudine paraît indifférente à notre présence. Un moment donné, elle s'agite, parcourt l'espace de la salle du café de long en large, son agitation motrice nous apparaît alors comme une tentative désespérée de chasser l'image traumatique. Lors de cette déambulation, son regard croise celui du père de Charles, elle éclate en sanglots. À cet instant, Claudine nous semble plus accessible à l'autre ; je lui tends un mouchoir et l'incite à nous parler de Charles, si elle le veut. Il s'agit là de proposer à Claudine une autre représentation de son fils que celle de l'image traumatogène qui la sidère et dont elle nous demande à plusieurs reprises qu'on la débarrasse. Parler de son fils la réintroduit dans le langage et dans la relation à l'autre ; son récit est entrecoupé de pleurs, de moments de révolte face à cette mort. Claudine semble se dégager légèrement de l'horreur de l'accident, pour dire avec des mots qui était son fils, sa vie quotidienne, son caractère, ses rapports avec elle. Il nous semble que l'installation d'une amorce de relation avec cette mère permet à l'équipe du Smur de quitter les lieux, suivie de plusieurs groupes de sapeurs-pompiers.

À un moment donné, le père de Charles est en pleurs, il exprime un sentiment de culpabilité, expliquant qu'il regrette de ne pas avoir été là au moment de l'accident, imaginant peut-être ainsi qu'il aurait pu sauver son fils. Il semble vivre son absence au moment de l'accident (sa présence dans la réalité n'avait pas lieu d'être) comme une défaillance de sa part. Il éprouve une souffrance aiguë face à la perte de son fils, mais il n'a pas été soumis à l'effroi comme Claudine, il est moins désorganisé dans son fonctionnement psychique. Alors que Claudine est dans l'impossibilité de prévenir une personne de sa famille ou de son entourage, le père, avec notre aide, parvient à téléphoner à son frère dont il se sent proche. Celui-ci viendra les rejoindre et pourra les soutenir efficacement, en particulier pour qu'ils quittent les lieux de l'accident. Nous avons accompagné les parents de Charles dans un véhicule des pompiers jusqu'au service d'accueil des urgences d'un hôpital que nous avions auparavant contacté. Ils ont pu y

être accueillis quelques heures avant de regagner le domicile du père, entourés par des proches. Ce passage par les urgences a eu deux objectifs : d'une part celui de constituer un lieu de transition entre la scène de l'accident et le retour dans un environnement normal ; et d'autre part de préparer pour Claudine la mise en place d'un suivi psychologique spécialisé dont elle était demandeuse, à proximité de son lieu d'habitation.

Durant cette intervention immédiate, les deux femmes témoins de cet accident ont également été prises en charge.

La première, âgée de 52 ans, se rendait à son travail ; elle sortait de la station de métro toute proche du carrefour où s'est produit l'accident. Elle accepte d'emblée l'entretien que nous lui proposons. Elle marchait en pensant au travail qu'elle avait à effectuer pour cette journée dans la société où elle est employée de bureau, précisant qu'elle avait auparavant déjà croisé à plusieurs reprises Claudine et Charles dans le quartier. Elle raconte que son regard a brusquement été attiré par la scène. Elle tremblait et elle n'arrivait plus à parler ; elle était à quelques mètres de Claudine et Charles lorsque l'accident s'est produit. Elle a la crainte de ne jamais pouvoir oublier cette scène. Par moments, elle interrompt son récit, disant que l'image de la roue du camion qui écrase la tête du garçon et les cris des passants en direction du conducteur du camion qui a semblé ne pas comprendre ce qui se passait et a continué sa route sur encore une trentaine de mètres s'imposent à elle sans qu'elle puisse les chasser. Elle fond en larmes, disant que la vie lui semble absurde, après avoir assisté à un tel événement et raconte qu'elle est envahie par un sentiment d'irréalité. Un arrêt de travail et une prescription d'anxiolytique lui sont donnés. Nous lui proposons de joindre son fils par téléphone, afin que celui-ci vienne la chercher pour la raccompagner à son domicile. Nous demandons aux policiers que son audition comme témoin soit différée de plusieurs heures, compte tenu du choc psychologique qu'elle vient de subir.

Le deuxième témoin est une femme d'une trentaine d'années qui habite le quartier. Elle allait chez une amie. Ce sont le bruit du choc et les cris de Claudine quand le médecin lui a annoncé que son fils était décédé qui l'ont « bouleversée ». Elle est logorrhéique en début d'entretien, parlant beaucoup de Claudine, se questionnant sur ce qu'elle peut faire pour l'aider, exprimant à ce sujet un sentiment d'impuissance et de désarroi ; elle aussi avait déjà croisé Claudine et Charles dans le quartier. Elle fait part de sa colère vis-à-vis du conducteur du camion, s'agite sur son siège, cherche à plusieurs reprises Claudine du regard. Cependant, elle parvient progressivement à s'apaiser, précisant qu'elle ne se sent pas encore dans son état normal, mais qu'elle ne ressent plus la tension qu'elle avait des difficultés à contrôler juste après l'accident. Nous lui conseillons de rejoindre l'amie chez qui elle devait se rendre.

Nous remettons à ces deux témoins une note d'information décrivant les symptômes auxquels elles peuvent être confrontées dans les jours qui

viennent, ainsi que la liste des consultations de psychotraumatisme de la Région parisienne ; nous leur laissons aussi nos propres coordonnées.

Un troisième témoin de cet accident nous est signalé 3 heures plus tard, par un appel téléphonique au Samu. La directrice d'une agence immobilière demande de l'aide pour l'une de ses collaboratrices qui s'est effondrée dès son arrivée sur son lieu de travail, se plaignant de conserver intacte l'image de l'accident auquel elle a assisté le matin. Après un échange téléphonique avec cette dernière, nous apprenons que cette jeune femme, qui circulait juste derrière Claudine et Charles, a été la première à prévenir les secours. Horrifiée par ce qu'elle venait de voir, elle nous dit avoir été tellement choquée qu'elle ne pouvait pas rester là, qu'elle a absolument voulu fuir les lieux de l'accident et retrouver ses collègues de travail. Celles-ci ont tenté de la soutenir, après qu'elle s'est à plusieurs reprises effondrée en larmes, mais la voyant aussi choquée, sa directrice a pris l'initiative avec son accord de demander qu'un soutien psychologique lui soit apporté. Durant ce bref échange, cette femme évoque l'impossibilité de raconter à ses collègues ce qu'elle a vu. Nous parlons de l'importance de pouvoir mettre en mots auprès d'un spécialiste de la prise en charge du psychotraumatisme ce qu'elle a vu et ce qu'elle a pensé et ressenti quand elle a été témoin de l'accident. Une consultation spécialisée a pu être mise en place dans l'heure pour cette femme ; elle y a été accompagnée par son mari qui a pu se libérer de son activité professionnelle et qui est venu la chercher à son travail.

Accueil en post-immédiat : Sonia, enfant survivant du tsunami

J.-M. Coq

Les syndromes psychotraumatiques se manifestent chez l'enfant et l'adolescent avec les mêmes degrés de gravité que chez l'adulte. Chez l'enfant, les effets traumatogènes d'une catastrophe peuvent marquer de leurs impacts une personnalité qui est en plein développement et devenir. [Bailly \(1996\)](#) souligne combien la perte brutale de la croyance en l'invulnérabilité et la protection sans faille des parents peut se révéler aussi traumatique que l'effroi causé par la catastrophe elle-même. Au cours d'un événement violent, il peut arriver qu'un enfant soit confronté à la mort brutale d'un ou de plusieurs membres de sa famille ; bien souvent, il se trouve lui-même en danger de mort.

Dans l'immédiateté de la catastrophe, l'enfant réagit par la frayeur, ou une peur intense et prolongée, il est traversé par l'horreur et envahi par un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et d'abandon, surtout si ses parents n'arrivent pas à le protéger, ou s'ils sont absents. D'ailleurs, pour Louis [Crocq \(1997\)](#), l'enfant en bas âge, comme le plus grand et l'adolescent, est toujours en miroir des états émotionnels exprimés par ses parents ou d'autres adultes se trouvant dans la même situation. Un vécu de déréalisation et de dépersonnalisation, auquel est associé un sentiment de perte des limites corporelles, est parfois observé ; l'enfant vit alors un stress dépassé dans un état second et un comportement automatique. La période post-immédiate de la catastrophe peut être silencieuse ; l'enfant continue d'être aux prises avec un vécu de déréalisation, témoignant d'un syndrome dissociatif, se manifestant par un état d'apparente anesthésie affective. Il se comporte au quotidien comme si rien ne s'était passé, et il relate avec beaucoup de précision les événements, sans exprimer d'affects, comme s'il ne se sentait pas touché par la catastrophe.

Lors des vacances de la fin de l'année 2004, Sonia, 11 ans, est avec son petit frère âgé de 4 ans et ses parents, au bord de la mer dans le sud de la Thaïlande. Ces derniers sont venus avec un couple d'amis ayant deux enfants de 4 et 6 ans et qui, comme eux, résident en Chine. Alors qu'ils sont tous sur la plage, ils comprennent qu'il se passe quelque chose d'extraordinaire lorsque la mer se retire aussi vite et sur une grande distance ; les enfants comme les adultes sont attirés par ce spectacle et avancent sur la plage.

Ils y croisent une femme paniquée qui leur dit de ne pas rester là. Brusquement, la vague du tsunami arrive sur eux et les submerge. Sonia s'accroche à la main de son père, elle perd de vue sa mère et son petit frère qui sont entraînés dans une direction opposée à celle où elle a dérivé avec son père. Celui-ci réussit à protéger Sonia pour qu'elle ne soit pas engloutie. Elle croit à plusieurs reprises qu'elle va mourir, qu'elle n'aura plus la force de maintenir sa tête hors de l'eau. Son père a repéré sur les bâtiments vers lesquels Sonia et lui ont réussi à se rapprocher des escaliers qu'ils ont réussi à atteindre et en haut desquels ils ont pu se protéger tant bien que mal de la vague. Lorsque l'eau s'est retirée, son père et elle sont partis comme beaucoup de rescapés vers les collines avoisinantes, craignant l'arrivée d'une seconde vague. Sonia et son père, tous les deux indemnes, ont été évacués tard dans la nuit, sans avoir de nouvelles des leurs ni de leurs amis. Après des recherches infructueuses au niveau des hôpitaux, le père de Sonia a dû se rendre à l'évidence du décès de sa femme et de son garçon. Leurs amis ont eux perdu leurs deux enfants, qui ont été emportés par la vague. Une tante paternelle de Sonia est alors venue de France pour s'occuper de celle-ci et soutenir son frère. Sonia et son père ont été vus en entretien dans l'un des deux Postes d'urgence médico-psychologique du Samu mondial installés en Thaïlande et mis en place à la demande du ministère des Affaires étrangères afin de prendre en charge les ressortissants français victime du tsunami.

Cinq jours se sont écoulés depuis cette catastrophe lorsque nous rencontrons Sonia, après avoir eu un entretien avec son père. Sonia raconte les événements de façon précise et circonstanciée. L'émotion la traverse par instants, elle a les yeux humides, mais elle ne pleure pas. Elle montre même parfois, au cours de ce récit, un certain détachement, qui la met à distance des affects qu'elle a éprouvés. Les circonstances dans lesquelles elle a survécu sont probablement la source d'une culpabilité inconsciente massive ; elle est sauvée par son père, alors que sa rivale œdipienne et l'intrus que représente son petit frère disparaissent réellement. Par ailleurs, cette petite fille adopte un certain mimétisme calqué sur son père, qui, tout en exprimant beaucoup plus qu'elle ses affects, semble contrôler tout débordement émotionnel qui pourrait l'envahir. Sonia montre une ambivalence certaine vis-à-vis de l'entretien : elle s'engage peu dans celui-ci, et accepte cependant avec assurance un nouveau rendez-vous pour le lendemain. Sonia est alors accompagnée par sa tante, qui souhaite s'entretenir individuellement avec nous après sa nièce. Sonia nous questionne d'emblée sur l'utilité pour elle de voir un psychologue ; elle pose de nombreuses questions sur ce métier. Elle est dans un processus d'intellectualisation, et se défend ainsi d'une souffrance psychique qu'elle redoute, engagée dans un processus de refoulement massif de ses affects, voire un mécanisme de déni. Cette deuxième rencontre met en évidence l'anesthésie affective dans laquelle se

trouve Sonia. Si elle ne peut évoquer spontanément la perte de sa mère et de son petit frère, elle arrive cependant à prendre conscience qu'à certains moments de la journée, elle éprouve comme une sensation de tristesse, qui passe très vite, parce qu'elle veut « faire plein de choses avec sa tante ». Celle-ci, arrivée de la métropole, pour venir en aide à son frère et soutenir sa nièce, est déconcertée par le comportement de cette dernière, qui lui fait des demandes qui la surprennent, compte tenu des circonstances. Lorsque nous la recevons, elle explique que Sonia veut « faire les magasins », qu'elle souhaite aller au restaurant et n'exprime pas de peine face à la perte de sa mère et de son petit frère. Elle est aussi étonnée que sa nièce lui ait demandé d'acheter un nouveau maillot de bain et qu'elle ait voulu aller à la piscine. La tante de Sonia a, depuis son arrivée, accédé aux demandes de sa nièce ; nous lui conseillons de ne plus accepter toutes celles-ci. Nous percevons que Sonia se trouve à une place difficile à assumer, en étant le seul enfant survivant dans son entourage. Il est possible de faire l'hypothèse que cette petite fille tente de tenir cette place au prix de la mise en œuvre de défenses maniaques qui lui permettent de lutter contre la souffrance psychique que génère la perte à laquelle elle est confrontée. Dans son entourage, de nombreux adultes sont admiratifs de la voir « aussi forte », ce qui contribue sans doute à renforcer le détachement affectif dans lequel elle risque de s'installer. Depuis la catastrophe, Sonia est entourée d'adultes en deuil, qu'il s'agisse de son père, des amis de ses parents ou de sa tante ; n'est-elle pas ainsi placée dans une position d'objet antidépresseur auprès d'eux ? Ce mécanisme, s'il s'installe, peut constituer pour elle une entrave importante au développement de sa personnalité.

Le troisième entretien a lieu 2 jours plus tard. Les corps de sa mère, de son petit frère ainsi que ceux des deux enfants des amis de ses parents ont été retrouvés et identifiés. Son père lui a demandé son avis sur le devenir des corps de sa mère et son petit frère ; ils ont convenu d'une incinération selon le rite bouddhiste, ce qui, par rapport aux origines japonaises de sa mère, avait du sens. Sonia se montre plus déprimée, elle n'a plus de demandes aussi importantes d'achats de vêtements et de sorties auprès de sa tante. Elle nous raconte la cérémonie de la crémation et précise que les corps de sa mère et de son petit frère ont été retrouvés l'un à côté de l'autre : « C'est mieux qu'ils aient été ensemble quand ils ont été emportés par la vague, ils ont eu moins peur. » Sonia peut parler de sa mère ; elle évoque des souvenirs où celle-ci lui apprenait à faire la cuisine japonaise, ou lorsqu'elle l'accompagnait dans des magasins d'antiquités, et parle de son goût pour la décoration. Sonia nous demandera en fin d'entretien d'ajouter son prénom japonais sur sa fiche patient, ce qui nous a semblé important dans le processus de deuil où elle peut commencer à s'engager.

Ce cas montre combien des soins médico-psychologiques précoces sont importants à mettre en œuvre auprès d'enfants qui, comme Sonia, sont

confrontés à une anesthésie affective, après avoir pensé qu'ils allaient mourir et ont perdu des proches dans un événement catastrophique.

Pour en savoir plus

- Bailly, L. (1996). *Les Catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris: ESF.
- Crocq, L. (1997). « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique ». *Soins Psychiatrie*, 188, 7-13.

F. Pierson

Nous présentons ici une intervention psychologique réalisée auprès d'un gardien, M. G., en lien avec les actions menées par sa hiérarchie. La pluralité des intervenants et leurs rôles nous éclairent sur l'aspect contenant d'un tel dispositif pour une victime. Nous précisons la spécificité d'une pratique « hors murs » du psychologue comme la questionnent [C. Graux et E. De Soir \(2005\)](#).

1. La situation de violence subie par le gardien

M. G. est âgé de 28 ans, il est célibataire et sans enfants. Il travaille depuis moins de 3 mois comme gardien d'immeuble dans une « zone urbaine sensible¹ ».

Vers 8 heures du matin, alors qu'il fait le ménage dans les parties communes, un groupe de jeunes adultes domiciliés dans la cité l'interrompt. L'un d'entre eux l'agresse physiquement en lui arrachant le balai des mains. Le groupe tient des propos dévalorisants : « Tu vois ça, ça m'appartient et toi aussi tu m'appartiens » ; « T'es bon qu'à ramasser la merde, c'est nul d'être un gardien ». Suivent des menaces de mort verbales : « Si tu l'ouvres, on te bute ». Le gardien est encerclé et ne peut pas fuir. La bande part et il est de nouveau menacé par l'un d'entre eux qui fait mine de l'égorger.

Son espace de travail est devenu « l'aire de jeu » de la bande qui le traque. Dans cette relation d'emprise, le gardien subit la toute-puissance de cette bande et « il n'a pas son mot à dire ». Le gardien raisonne dans un mouvement de protection toujours par rapport aux agresseurs. Il ne parvient pas à alerter son encadrement et continue de se mettre en situation de danger vis-à-vis de son employeur. Sa vie sociale est bouleversée : il dort chez des amis, il ne sort plus et ne rentre plus chez lui, il ne reçoit personne. Les humiliations et la crainte pour sa vie régissent son quotidien. Le sentiment d'abandon s'amplifie. Cette nouvelle agression amène le sujet à quitter son poste dans un mouvement de fuite pour tenter de se protéger. Sa sphère professionnelle n'est pas contenante ; aussi, il se retourne vers ses amis.

1. Décret n° 96-1156 du 26 décembre 1996 fixant la liste des zones urbaines sensibles.

M. G. se réfugie immédiatement chez un ami et contacte par téléphone son supérieur hiérarchique dont le bureau se trouve sur un autre site pour l'informer qu'il démissionne sans lui relater les événements. Ce dernier rappelle le gardien pour comprendre ce qui se passe. M. G. évoque alors succinctement l'agression dont il a été victime.

Le gardien met en place des stratégies d'évitement durant les 3 mois de son activité professionnelle :

- il ne loge plus sur le site alors qu'il dispose d'un logement de fonction ; c'est une condition de son contrat de travail ;
- il modifie son activité de travail et ses temps de présence sur le site afin d'éviter tout contact avec les agresseurs sans en informer sa hiérarchie ;
- l'après-midi, il assure une permanence à la loge pour accueillir les demandes de locataires mais ferme celle-ci et se cache à l'intérieur pour ne pas « être repéré par la bande ».

2. Intervention immédiate de l'encadrement

Au regard des faits et de la réaction de M. G., le responsable hiérarchique sollicite l'intervention d'un psychologue en expliquant : « Un gardien a été menacé par des individus, mais il n'y a pas eu de violence physique. Il faut le rassurer quant à son avenir professionnel, il devrait changer de site s'il le souhaite. » Il relate les faits en fonction de ce qu'il a entendu. Il nous renseigne sur les actions mises en place et ce qu'il perçoit de l'état psychologique de la victime. Le responsable hiérarchique crée le premier lien dans un « mouvement d'aller vers » la victime. En accueillant la première parole, il signifie la reconnaissance du champ social. C'est la première étape dans la reconstruction de la victime. La façon dont les actions sont mises en place aide le sujet à se restaurer. Le récit circonstancié des événements est une première reconnaissance et le soutien psychologique apporte une reconnaissance de la souffrance vécue. Cet espace participe à contenir l'angoisse et à prévenir tout mouvement dépressif.

Nous contactons par téléphone M. G. qui reste évasif sur les circonstances de l'événement et fait part de sa peur pour sa vie qui « serait en danger depuis son arrivée ». Il évoque des agressions survenues sur ses prédécesseurs, parlant d'un « état de guerre ». Son discours devient confus, il est logorrhéique et sa voix se met à trembler. Nous lui proposons de le rencontrer immédiatement, ce qui semble le rassurer, et de l'accompagner au rendez-vous prévu au commissariat avec son responsable hiérarchique.

Cette décision prend en compte les éléments transmis par le responsable hiérarchique et l'échange téléphonique avec M. G. L'évaluation téléphonique nous semble peu appropriée du fait de l'absence de contact visuel, premier lien entre deux individus, et du fait des questions qui peuvent être vécues comme intrusives. Immédiatement après l'événement, la victime

met en place des défenses pour contenir la charge émotionnelle. L'intervention ne vise pas à le mettre à mal mais bien, par notre présence, à créer une relation afin d'accentuer le lien avec « le monde des vivants » et de faciliter un travail d'élaboration.

3. Intervention du psychologue sur le « terrain »

Il est près de 11 heures lorsque nous retrouvons M. G. dans la loge d'un gardien d'un autre quartier. C'est un jeune homme aux traits tirés, fatigué et blême. Il est prostré, les bras croisés sur le torse.

Nous lui expliquons la place et l'objectif de l'intervention d'un psychologue ainsi que l'accompagnement psychologique dans le dispositif mis en place par le responsable hiérarchique. Nous lui rappelons que nous sommes intervenant extérieur à son institution, et que les règles de la confidentialité et du secret professionnel lui sont garanties. Lors de ce temps de présentation, M. G. reste très attentif et silencieux. Il semble attendre quelque chose.

Il présente des symptômes liés aux réactions classiques de stress aigu :

- des symptômes physiologiques tels que sueur, pâleur, hypertension ;
- des symptômes psychiques comme la surprise, la peur ;
- des symptômes moteurs tels que des tremblements, des difficultés à parler, des réactions de sursauts.

La présence de ces manifestations s'explique par la nature, la durée et l'intensité de l'agression ainsi que par le sens qu'elle a eue pour M. G. Le corps, la pensée, mis à mal par la violence, tentent de retrouver un équilibre, un apaisement interne. Les symptômes que M. G. présentent sont des réactions « normales » de défense face à l'état émotionnel perturbé et vont jouer un rôle d'adaptation.

Sur le chemin, M. G., dans une attitude prostrée et les yeux baissés, commence à raconter son histoire. Il décrit des humiliations, des menaces de mort, des crachats et des injures dont il est la cible régulièrement. Selon lui, il règne « un climat de terreur » sur le site du fait des agissements de cette bande. Il se dit « très isolé », « ne pouvant pas parler » de ce qu'il vit.

Le discours traduit une agitation et une difficulté à se poser contrastant avec son attitude prostrée. Une angoisse intense le submerge.

L'intervention immédiate se pose avec un souci de remettre du lien avec un sujet replié sur lui-même, avec des émotions intenses. Le psychologue, par sa position, propose un espace de confiance dans lequel la victime est écoutée et où sa parole est recueillie sans jugement. Le désarroi qui fait suite au sentiment d'abandon se trouve « pris » dans cet espace. Cette action s'inscrit dans le soin, avec comme visée un processus de réorganisation de la pensée, et avec le souci de ne pas favoriser la répétition d'un discours itératif, mais de permettre l'amorce d'un travail d'élaboration.

À notre arrivée au commissariat M. G. est accueilli par son responsable hiérarchique. Il est pris en charge immédiatement par l'officier de police judiciaire pour sa déposition. Nous lui proposons de l'attendre à la sortie du commissariat. Cette position affirme le soutien et montre qu'il n'est pas seul dans ses démarches. Il s'agit également de mettre en place un espace étayant et rassurant.

Lors de l'entretien réalisé au sortir du dépôt de plainte, M. G. exprime les difficultés qu'il a ressenties au moment d'évoquer les événements, comme si cela le « replongeait dans la situation ». Il parle de son anxiété, de sa peur liées au fait qu'il pourrait croiser à nouveau l'un des agresseurs. Les violences subies par la victime mettent à mal ses repères sociaux, institutionnels et internes. Deux pensées se renforcent : la victime se sent isolée par rapport à l'extérieur, personne ne vient l'aider, et elle ne parvient pas à trouver de réponses adaptées aux menaces. La perte de confiance en l'autre est alors importante. Cette agressivité intentionnelle et répétée déshumanise le sujet, le réduisant à un objet « appartenant » à la bande.

4. Accompagnement psychologique de la victime

M. G. a été reçu à cinq reprises en entretien sur une période de 4 semaines à raison d'un entretien hebdomadaire. Durant cette période, il pouvait également solliciter des entretiens téléphoniques s'il en ressentait le besoin.

Une semaine après l'événement, il ne présente plus de tremblements. Il note un changement dans son attitude, se sentant « plus calme », « avec un poids en moins ». Il relie cela à la distance prise d'avec le quartier où il travaillait, mais aussi à l'intervention de son supérieur hiérarchique qui est allé au-devant de lui et qui a mis en place des espaces pour accueillir sa parole : le commissariat, la déclaration d'accident du travail, la présence d'un psychologue. Cela a permis à M. G. de « récupérer son identité » (Crocq, 2002) et d'accéder à la verbalisation de l'expérience vécue.

Des manifestations de reviviscences persistent chez M. G. : il revoit l'un des agresseurs faisant mine de l'égorger. La crainte de représailles est présente durant l'accompagnement, avec l'idée que la bande puisse le retrouver. Le sentiment d'insécurité est très fort chez M. G., qui s'enferme dans son domicile après avoir eu le sentiment de croiser l'un des agresseurs. Au fil des entretiens, il a eu un regard critique sur ses pensées et ses comportements en s'appuyant sur la réalité : il n'est plus sur le site, il ne croise plus aucun des jeunes. Au fil des entretiens, l'agression n'est plus prégnante dans le discours du sujet.

Les troubles du sommeil, préexistants à l'intervention, ont perduré, avec toutefois « un sommeil qui revient comme avant » selon M. G. Il analyse

cette évolution par le fait que les éléments anxiogènes n'ont plus la prégnance qu'ils avaient sur lui. Il n'a pas rapporté de rêves lors des entretiens : « Je ne rêve pas et en plus je ne veux pas rêver de cela, ce serait leur donner trop d'importance. »

L'analyse de l'évolution des symptômes peut se faire sur plusieurs plans :

- le retrait total du site, et des lieux stressants, a eu un effet positif ;
- le déménagement ravive l'anxiété chez M. G., planifiant des stratégies : faire appel à de « nombreux amis forts pour impressionner les autres », se rendre sur le site « quand les autres dorment », comme il faisait auparavant ;
- l'arrêt maladie et le traitement médicamenteux de son médecin traitant personnel attestent de la reconnaissance de ce qu'il a vécu ;
- l'anxiété persiste du fait de l'attente de la mutation, car « les jours passent et je n'ai pas de réponse, c'est donc qu'ils ne veulent pas ».

M. G. n'a jamais sollicité d'entretiens téléphoniques et a toujours été ponctuel aux rendez-vous que nous fixions. Ces temps ont été prolifiques, M. G. abordant autant ses difficultés actuelles, la gestion de l'attente, les violences et ses réactions vécues sur le quartier.

Il a repris son travail dans un autre quartier. À ce jour, il n'a pas sollicité d'entretien avec un psychologue et, d'après son encadrement, il ne présente aucune difficulté particulière.

Pour en savoir plus

- Crocq L. (2002), « Expression des émotions et aspect cathartique du debriefing », in E. DE SOIR et E. VERMEIREN (dir.), *Les Debriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant.
- Graux, C., & De Soir, E. (2005). « Visites à domicile au décours d'une inondation, des psychologues "hors murs" à pratique "hors norme" ? ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(2), 109-115.

D. Cremniter

Nous introduirons notre travail en rappelant qu'il s'inscrit dans le travail des Cellules d'urgence médico-psychologique créées après la vague d'attentats de 1995 (Crocq, 1998). Ce système, appuyé sur le dispositif des Samu, s'inscrit dans un maillage du territoire national où, théoriquement, il doit permettre une mobilisation à partir du signalement de l'événement et *a fortiori* dans le cadre des plans de catastrophe (plan rouge, plan blanc). C'est ce qui s'est produit au moment des attentats survenus ces dernières années. C'est également ce qui a permis d'intervenir au moment de prises d'otages ou lors de catastrophes naturelles aussi bien qu'accidentelles.

En ce qui concerne le domaine de l'enfant et de l'adolescent, un tiers des appels concernent la violence au sein des établissements scolaires qui, à l'image de l'expérience que nous nous proposons de relater, se focalisent autour du passage à l'acte, qu'il s'agisse de l'acte suicidaire, qui représente au moins la moitié de nos interventions, ou de phénomènes de violence voire de terreur au sein de l'établissement scolaire : agression d'un jeune par une bande voisine, règlement de comptes et surtout développement de comportements inconnus jusqu'alors – groupes sectaires, comportements de violence extrême qui surviennent alors. Nous évoquerons donc au préalable une intervention effectuée dans un lycée après le décès d'une adolescente renversée par une voiture à la sortie des cours.

Un jour de classe, peu après 16 heures, Sandra traverse précipitamment la nationale pour attraper l'autobus. Elle est violemment percutée par un véhicule. Plusieurs élèves de sa classe assistent à l'accident. Transportée en réanimation, elle décède quelques jours plus tard. L'annonce de son décès a été précédée de rumeurs alarmistes et c'est sa sœur qui est venue annoncer officiellement la nouvelle à la classe, faisant alors allusion aux difficultés ayant marqué l'intégration de Sandra tout au long de cette année dans la mesure où elle s'est trouvée fréquemment rejetée par certains. La sœur invite également ceux qui le souhaitent à l'accompagner à la morgue, ce que certains adolescents font.

Dès l'annonce du décès, certains mouvements se manifestent dans ce lycée de plus de 1 000 élèves : marche sur la préfecture en raison des problèmes de sécurité, grève, blocage de la circulation particulièrement intense sur la nationale qui se trouve au bord du lycée. Le proviseur ainsi que l'équipe pédagogique parviennent à contenir ces mouvements en limitant

le caractère excessif des débordements. Une délégation est toutefois reçue à la préfecture pour faire avancer les problèmes de sécurité à l'approche du lycée. C'est en fait la cérémonie des obsèques qui marquera le terme de cette période de crise dans le lycée.

Toutefois, la particularité du contexte, peut-être la difficulté des adultes et des jeunes à surmonter la culpabilité de cet accident conduisent le médecin scolaire à solliciter une aide psychologique. Le secteur psychiatrique d'abord sollicité conseille de déclencher la cellule du fait que la jeune victime était connue du Centre médico-psychologique (CMP) où elle était en cours de thérapie.

Après un premier contact au niveau du lycée avec l'équipe de direction, il est décidé de proposer trois réunions : une pour les enseignants de la classe de seconde où se trouvait Sandra ; une autre pour la classe elle-même ; et, enfin, une pour les parents.

La réunion avec les enseignants permet de préparer au mieux celle avec les élèves. Elle met en évidence le malaise de l'un des enseignants obligé de quitter la réunion, et recueille les réactions spécifiques de chacun d'entre eux. Les modalités d'organisation et en particulier la question de savoir qui participera à la réunion d'enfants sont alors précisées : indépendamment de l'équipe de la cellule composée de 6 intervenants (psychiatre, psychologues, cadre infirmier et infirmiers) parmi le personnel de l'établissement, seuls assisteront à cette réunion l'infirmière, le médecin scolaire et l'assistante sociale du lycée.

La réunion avec les enfants, qui sont au nombre de 32 et tous étant présents, s'annonce avec une intensité émotionnelle particulière, malgré le fait que l'accident remonte alors à 17 jours, donc bien après les débordements émotionnels immédiats le jour de l'accident (réactions de stress aigu sous forme de crises d'angoisse), et ce jusqu'au jour des obsèques, moment essentiel dans le déroulement de ce drame (200 à 300 élèves ou adultes du lycée devaient y participer) ; cette scansion devait pour la majorité mettre un terme à cette période aiguë de crise.

La réunion avec les élèves, d'abord effectuée avec l'ensemble de la classe de manière à présenter de façon succincte son objectif, se déroule ensuite sous la forme de trois groupes, conformément au souhait des élèves. La répartition s'effectue de toute évidence par affinité entre les élèves. Nous décrivons plus particulièrement ici le déroulement de la réunion dans l'un des trois groupes composé de 11 élèves, toutes des filles.

Le démarrage est difficile, les élèves soulignant que cette intervention est trop à distance de l'événement. Un déclic se produit toutefois au moment où je fais part aux jeunes que l'expérience qu'elles viennent de vivre est unique et qu'à ce titre je n'ai jamais vécu un tel événement lorsque j'étais à leur place. Cette parole libère alors soudainement le groupe. Plusieurs jeunes décrivent un syndrome de répétition particulièrement intense, en

particulier chez l'une d'entre elles. Deux autres évoquent leur passage à la morgue, l'une considérant que, pour elle, c'était un devoir de rendre un dernier hommage à sa camarade, et ce malgré l'altération du visage, soulignée par d'autres. Progressivement, sans qu'il soit besoin d'intervenir tellement le flot des paroles est intense, mais aussi mesuré, se dessine la recherche d'une vérité insaisissable au-delà des pensées qui tournent autour de la mort et du deuil, ainsi que des réactions spécifiques qui en témoignaient aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

Dans un second temps, la réunion est essentiellement occupée à représenter Sandra dans le lien qu'elle entretenait avec ses camarades. Cette position, déjà qualifiée de souffre-douleur par les adultes et par sa sœur, est décrite par le groupe avec une précision saisissante : séduisante mais par ailleurs limitée dans ses capacités scolaires, Sandra supportait fort mal de ne pas être aimée de tous. Alors que certains la rejetaient parfois intensément, elle pardonnait à l'excès, passait l'éponge trop vite, ce qui donnait prise à davantage de rejet de la part du groupe qui exerçait un sadisme sur elle. Dans un moment quasi irréel de la réunion, les termes utilisés pour qualifier les brimades dont elle était l'objet se précisent de la façon suivante : « elle était complètement écrasée, renversée. À sa place, je me serais fondue dans le mur pour disparaître ». L'interprétation du groupe sur cette position d'écrasement de leur camarade est ainsi décrite en recourant à une sémantique décrivant stricto sensu le trauma de l'accident dans son aspect le plus brut et le plus réel. Aucun jeune ne fait explicitement l'association pourtant saisissante entre l'écrasement par le groupe qui l'agressait et l'écrasement par la voiture lorsqu'elle s'est précipitée sur la nationale en traversant au vert.

Lebigot (1997) parle de la nécessité dans la rencontre avec le réel du trauma, d'une image ou, plus généralement, d'une sensation perceptive qui reste suspendue aux représentations du sujet, signalant un danger qui marque la rencontre avec le réel de la mort. Cela n'a rien à voir avec la représentation raisonnée de la mort, la sienne en particulier, à laquelle notre inconscient, comme le rappelle Freud, ne nous donne pas le libre accès, tout comme celle de l'autre. Ce qui compte ici, c'est cette rencontre avec le réel, c'est-à-dire quelque chose qui n'est pas de l'ordre du représentable, quelque chose qui fait effraction dans notre organisation symbolique et qui va alors servir de matière à l'installation du syndrome de répétition témoignant de ce qu'il en est du trauma. Dans une clinique où l'objet non symbolisé vient faire irruption et s'installe comme un corps étranger dans la répétition du même, chez un sujet ne parvenant plus à l'extraire hors de lui, il importe d'insister sur les précautions avec lesquelles cette clinique requiert présence et offre de l'autre.

Ici, la prudence avec laquelle doit s'instaurer une telle intervention consiste à prendre le temps de la préparer, en écoutant, en décryptant ce qu'il en est de cette demande. Nous avons passé une longue matinée de

rencontre avec l'équipe pédagogique pour saisir le sens de l'événement dans une conjoncture qui, pour les intervenants, les représentants de cette structure complexe faisait sens. Cela a permis de saisir l'angoisse qui était toujours présente après le suicide d'un enfant un an auparavant, et la crainte qu'à l'occasion de ce nouveau drame un autre élève à problèmes de la classe de Sandra ne passe à l'acte suicidaire, ou encore par rapport à des événements récurrents qui se sont produits ces derniers mois, à savoir des débuts d'incendie donnant lieu à des rumeurs de plus en plus pesantes.

Quelle pouvait donc être la position des enseignants, des enfants par rapport à l'événement et par rapport à notre présence, en tant qu'intervenant extérieur dans le cadre d'une cellule chargée d'intervenir en cas de catastrophe, d'accident collectifs, etc. ? Une des représentantes de l'établissement qui était initialement plutôt opposée à notre intervention, précisément en raison de cette référence ciblant la notion de catastrophe, reconnaîtra bien plus tard que notre intervention avait en fait permis une tout autre perspective de redémarrage, de règlement des problèmes qui empoisonnaient la vie du lycée auparavant. Ce qu'elle situait comme support à l'efficacité de notre intervention était incontestablement cette présence soutenue, le nombre d'intervenants alors mobilisés, ce que nous représentions, et qui signifiait que quelque chose avait été entendu et bien entendu.

Pour revenir aux enfants des deux autres groupes de parole instaurés, le fait d'avoir laissé une certaine spontanéité dans la répartition et l'organisation des groupes a sans doute favorisé la mise en scène spontanée du drame selon un code qui, en quelque sorte, a fait office de loi pour le groupe. En effet, dans le deuxième groupe, c'est presque l'envers de la première réunion : le groupe n'est composé que de garçons ; la parole s'exprime de façon très défensive, au moyen de rationalisations générales et vagues, tandis que l'un des participants parvient à évoquer timidement la position de condenseur de l'agressivité dont Sandra était l'objet, suggérant donc que ce groupe représentait ceux qui étaient dans l'agi et le rejet de Sandra. Le troisième groupe, composé de façon mixte, réalise une synthèse des deux positions précédemment repérées. C'est dans ce groupe que sont observées quelques manifestations de stress aigu, l'une des élèves devant quitter la réunion.

Ainsi, agresseurs et agressés, divisés par l'événement, se sont positionnés par rapport à l'offre que nous représentions, prélude à une possible mise en parole autour de cet instant d'arrêt sur l'image du traumatisme.

Quant à la réunion avec les parents, elle s'est limitée en fait à une sélection portant précisément sur deux des trois familles dont les enfants posaient un réel problème psychologique ou psychiatrique. L'une de ces familles vient d'être l'objet de plusieurs deuils, dont le deuil d'une proche camarade qui vient de se suicider avec une carabine à l'âge de 13 ans. L'autre a un enfant qui a posé des problèmes de comportement avant l'accident. La mère de la troisième famille représente une association de parents.

Violence de groupe, violence imaginaire, celle du fantasme auquel se prête l'enfant dans notre exemple et qui, en guise de retour, laisse le groupe sans voix lors du passage à l'acte où le sujet dans cette rencontre avec le réel de l'accident, se laisse écraser pour la dernière fois comme si l'on assistait à la représentation du fantasme freudien sous une forme nouvelle où l'enfant est écrasé par le père puis, dans une phase ultérieure sous cette forme anonyme de la voiture qui passe devant le lycée, on écrase un enfant. La violence s'inscrit ici dans un montage savamment orchestré par tous ces apparats qui contribuent à figurer une certaine idée de l'autre, le grand Autre, dans la formulation classique de Lacan (cité par [Briole et al., 1994](#)), support des signifiants par lesquels le sujet se trouve représenté, mais qui, nous l'avons vu dans ces scénarios, défaille, aussi bien dans le corps familial que social, au point de s'interroger sur l'irreprésentable des signifiés qui préluderait à cette inexistence de l'autre.

Sans doute que le triomphe du discours de la science efface la portée du discours du maître dans l'évolution actuelle de notre civilisation, prélude à ce que la jouissance ne trouve plus un lieu de production précisément régulé par le discours du maître. D'où cette nouvelle économie psychique mise en évidence par Lacan qui suppose la réapparition de ces phénomènes de jouissance dans cette production, non régulée comme auparavant, en particulier autour de l'Œdipe, comme c'est le cas du fantasme « On bat un enfant » ([Freud, 1919](#)). Cette réflexion s'applique aussi aux phénomènes sectaires, avec comportements agressifs qui se repèrent notamment chez les très jeunes adolescents et dont on sait, à l'instar de ce qui défraye l'actualité en provenance des États-Unis, que ces comportements vont jusqu'au meurtre.

Les personnels des académies de la Région parisienne décrivent ces groupes qui utilisent un enfant comme objet bélier que l'on va projeter avec force contre tout obstacle qui se présentera, ou la création de ces cercles de la mort qui donneront lieu au déchaînement du groupe sur l'enfant qui aura franchi ce cercle fatal imaginairement défini. L'urbanisme, les nouveaux styles de lien social qui se créent dans les faubourgs, banlieues et grandes banlieues des agglomérations des grandes villes contribuent, tout comme la nature du lien familial qui en découle, à cette organisation avec ce syndrome des enfants plus ou moins abandonnés, sans référent parental qui développent à l'évidence un mode de structuration où effectivement l'Autre n'existe pas. C'est le rapport à l'autre, le petit autre de l'imaginaire, celui de la rivalité au semblable qui sert de support, de façade à l'habillement de l'objet, objet cause du désir, selon une défaillance, une inaptitude du symbolique, certes qui n'est pas de l'ordre de la psychose avérée, mais qui oriente ce jeune adolescent dans la recherche de substituts à la fonction paternelle pour évacuer ces phénomènes de jouissance que ne parvient pas à contenir la structuration de son surmoi, cette conscience de culpabilité pour rappeler la référence freudienne de « on bat un enfant » (1919).

C'est ainsi que les personnels d'une des académies de la Région parisienne désignent certaines banlieues, comme en Seine-Saint-Denis ou à La Courneuve, comme plutôt dénuées du phénomène suicidaire alors que la violence y est de mise. À l'opposé, dans certains nouveaux lotissements de maisons individuelles implantées en Seine-et-Marne au niveau d'aires encore dénuées de tous les aménagements qui donnent vie à une cité, on assiste au développement en flèche du phénomène suicidaire chez les enfants, d'autant que les parents, du fait de l'éloignement du lieu de travail, sont absents plus longtemps, parents qui eux-mêmes regrettent bien souvent la chaleur perdue du HLM qu'ils viennent de quitter, croyant trouver dans cet accès à la propriété individuelle un nouvel eldorado qui ne reposait que sur un lien imaginaire désormais déchu.

Pour conclure sur une note plus générale, ces observations que nous avons rapportées concernant notre expérience en banlieue parisienne sur les comportements violents des enfants et adolescents contrastent de façon stupéfiante avec l'extrême tranquillité et l'adaptation si rassurante d'un groupe d'enfants Kosovars qui, eux venaient de traverser les moments de violence les plus extrêmes ; leur attitude ne manquait pas de ravir la travailleuse de la caisse d'allocation familiale qui les prenait chaque semaine en charge. Mais, cette violence s'inscrivait dans une proximité extrêmement forte et protectrice avec le clan familial dont à aucun moment ils n'avaient été séparés. Un détail noté par cette même travailleuse familiale en disait pourtant long sur l'intensité du rapport à l'Autre : ce groupe de 12 enfants chaleureux, si respectueux s'est remis à dessiner, le jour où la paix a été signée entre Serbes et albanais.

Pour en savoir plus

- Briole, G., Lebigot, F., Lafont, B., Favre, J. D., & Vallet, D. (1994). *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Paris: Masson.
- Crocq, L. (1998). « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions ». *Ann. médico-psychologiques*, 156, 45-54.
- Freud, S. (1919). « On bat un enfant » [trad. française, 1933]. *Revue française de Psychanalyse*, VI(3-4), 274-297.
- Lebigot, F. (1997). « La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle ». *Ann. médico-psychologiques*, 155(8), 522-526.

Présentation d'un cas clinique d'ancien combattant traité par la thérapie EMDR

C. Tarquinio

La transcription partielle d'une séance d'EMDR illustrera le processus présenté au chapitre 20.

Paul est un homme de 68 ans maintenant à la retraite et qui a sollicité notre aide parce que, depuis sa cessation d'activité, il se sent de plus en plus mal et qu'il ne comprend pas pourquoi certains souvenirs de la guerre d'Algérie lui reviennent avec tant d'acuité et de violence. Ces idées deviennent obsédantes. Idées intrusives, cauchemars, irritabilité étaient les symptômes récurrents que Paul manifestait lors de notre première rencontre. L'ensemble s'accompagnait d'un état dépressif encore peu prononcé, mais qui avait décidé son médecin généraliste à le mettre sous antidépresseurs depuis 4 jours. Depuis son retour de la guerre en 1961, il n'avait plus parlé de ce qu'il avait vécu, sauf avec les anciens qu'il avait fréquentés la première année de son retour en France. Marié et inséré professionnellement, il n'avait plus jugé utile de rappeler certains souvenirs particulièrement pénibles.

Un en particulier le hante. Il se souvient qu'une de ses missions avait été d'opérer avec quelques hommes une patrouille dans une zone montagneuse réputée dangereuse. Lui et ses hommes avaient été déposés en camion à un endroit bien précis ; ils devaient parcourir un itinéraire pour ensuite être récupérés et rentrer au camp. Mais personne ne vint jamais les chercher à l'endroit prévu. Oubliée, la patrouille dut rentrer à pied dans la nuit avec peu d'armement pour se défendre. « Ce jour-là, j'ai cru que je ne rentrerais plus, mais je ne pouvais rien dire pour ne pas affoler mes hommes déjà suffisamment angoissés. »

1. Éléments de la thérapie EMDR pour le cas de Paul

- *Souvenir cible* : Je me revois dans ces gorges avec mes soldats, on entendait des bruits ici ou là, mais on ne voyait rien car la nuit était tombée. Je marchais devant et je me disais à chaque pas que je faisais que c'était peut-être le dernier et que je pouvais d'un instant à l'autre me faire égorger.

- *Image la plus difficile* : Les bruits que j'entendais autour de moi et qui provenaient des arbres ou des buissons.
- *Cognition négative* : Je me sens en danger, je vais mourir.
- *Cognition positive* : C'est fini, c'est derrière moi je m'en suis sorti.
- *VOC* : 2 (*validity of cognition*).
- *Émotions ressenties* : J'ai la trouille, je suis terrorisé, j'ai peur.
- *SUD* : 10 (*subjective unit of distress*).
- *Localisation de la sensation corporelle* : Je ressens ça dans mon ventre, ça me serre les boyaux.
- *Paul* : Je me sens mal parce que je me dis que depuis tout ce temps c'est encore là. Je n'ai jamais dit que je m'étais pissé dessus. Ça me fait peur et j'ai l'impression que je ne me suis jamais sorti de cette peur toute ma vie.

Nous avons résumé dans le [tableau 29.1](#) un certain nombre d'indicateurs cliniques mesurés au début et à la fin de la thérapie qui, sur le point évoqué, s'est déroulée sur trois séances de 60 minutes. On peut noter une diminution importante des scores à l'IES¹ et au BDI², de la même manière, le SUD (évaluation de la cognition négative) diminue alors que le VOC augmente pour atteindre son seuil maximal à la fin de la troisième séance.

C.T. : Qu'est-ce que vous ressentez maintenant ?

Paul : Je me sens triste que ça me soit arrivé. (Pleurs...)

C.T. : Continuer avec ça. (Nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux.)

[...]

C.T. : À quoi vous pensez ?

Paul : Je pense à rien, disons que je suis toujours triste et que j'ai toujours cette peur au ventre, mais c'est moins fort. J'arrive à me dire que finalement

Tableau 29.1. Évaluations cliniques quantitatives du cas Paul.

Début de la session	Début de la deuxième séance*	Fin de la troisième et dernière séance
SUD = 10	SUD = 5	SUD = 0
VOC = 2	VOC = 4	VOC = 6
BDI (dépression) = 22	BDI (dépression) = non mesuré	BDI (dépression) = 7
IES – total (PTSD) = 39	IES – total (PTSD) = non mesuré	IES – total (PTSD) = 25
IES – Intrusion = 19	IES – Intrusion = non mesuré	IES – Intrusion = 12
IES – Évitement = 20	IES – Évitement = non mesuré	IES – Évitement = 13

* Ce cas n'étant pas inclus dans un protocole de recherche, il était difficile d'imposer au patient une répétition des mesures. C'est la raison pour laquelle l'IES et le BDI n'ont pas été proposés lors de cette phase. SUD : *subjective unit of distress* ; VOC : *validity of cognition*.

1. *Impact Evenement Scale* (échelle clinique de trauma, mise au point par Horowitz).
2. Échelle de dépression.

si je suis là en face de vous c'est que je suis vivant et que le pire n'est pas arrivé... sauf dans ma tête.

C.T. : Continuer avec ça (Nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux.)

[...]

Paul : C'est derrière moi tout ça. C'est marrant ce souvenir dans les gorges me paraît loin, un peu flou même... Ce qui compte c'est ce que je suis en vie maintenant. J'ai eu peur de mourir.

C.T. : Connaissez-vous des gens qui à votre place n'auraient pas eu peur ?

Paul : Non, tous les hommes que j'ai connus à la guerre, même s'ils côtoyaient la mort parfois de près, en avaient tous peur.

C.T. : Gardez bien ça à l'esprit. (Nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux.)

[...]

Paul : Je sens que c'est plus là... le souvenir est là mais ça ne me fait plus rien... Je trouve ça normal et finalement j'ai bien réagi.

C.T. : Gardez bien ça à l'esprit. (Nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux.)

Paul : C'est drôle c'est comme si c'était loin... Je ne ressens plus rien quand j'y pense...

Sur des traumatismes simples (type 1 ou ESPT), l'EMDR apporte des réponses parfois déconcertantes quant à son efficacité. Sur la cible présentée ici, le cas de Paul s'inscrit dans la continuité de ces patients qui se mettent à élaborer devant un thérapeute toujours intrigué. En effet, il s'agit bien d'élaboration et de reconsidération de ce qui faisait trauma, et qui dès la deuxième et la troisième séances, est rangé au rang des autres souvenirs. Le patient s'éloigne de ce qui faisait souffrance, de ce qui pendant des mois ou des années lui collait à la peau comme une maladie dont on ne peut se défaire. La retranscription fidèle du cas de Paul est la parfaite illustration de ce processus qu'il ne faut pas hésiter à qualifier de guérison.

Suivi psychothérapeutique post-traumatique : histoire de Simon

M. Vitry

« La psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. »

D.W. Winnicott, 1986

En octobre 2005, Simon prend contact avec moi pour un rendez-vous auquel il vient ponctuellement. Il semble un peu embarrassé : *« C'est la première fois que je viens voir une psychologue, cette fois c'est bien nécessaire. »* Simon a 56 ans, il est chauffeur routier dans une entreprise depuis plusieurs années. Il semble satisfait de son travail et de la bonne entente avec son patron qui « lui fait confiance », évoquant la stabilité que lui procure son activité professionnelle, « après la vie que j'ai eue ! » dit-il.

Simon s'exprime facilement, avec des mots colorés, témoignant d'une vivacité du fonctionnement de la pensée et d'une bonne capacité d'introspection. Il me parle d'emblée de ses problèmes actuels qui ont suscité sa demande : sa femme, après 26 ans de vie conjugale, a une relation avec une autre femme et s'éloigne du domicile familial. Cette situation le fait souffrir énormément. Simon exprime une détresse intense et me parle rapidement de ses « idées noires ». L'éloignement progressif de sa femme semble le plonger dans un anéantissement qui a à voir avec un vécu antérieur traumatique qu'il évoque dès la première séance en précisant : *« C'est la première fois de ma vie que j'en parle. »*

Simon est le deuxième d'une fratrie de 6 enfants. Sa mère, illettrée, originaire du sud de l'Italie, semble avoir été soumise à un mari particulièrement volage et violent. Elle a été maternelle avec ses enfants sans pouvoir les protéger d'un environnement difficile, étant donné son enfance auprès d'un père lui-même violent. Bien que le père eût un travail, la famille était socialement défavorisée, dirait-on aujourd'hui. Tous les enfants ont été plus ou moins placés en institution ou en famille d'accueil.

À l'âge de 6 ans, Simon et son frère aîné âgé de 8 ans ont été placés à la demande des services sociaux dans un établissement orphelinat/maison de redressement tenu par des religieux, hommes et femmes. L'entrée dans cet endroit a marqué pour Simon une rupture violente, traumatique. En effet,

il a été rapidement séparé de son frère placé ailleurs, et n'a revu ses parents qu'une fois par an sous surveillance, sans aucune possibilité d'évoquer les mauvais traitements qu'il subissait ; il n'est sorti qu'à l'âge de 14 ans.

De séance en séance, par morceaux d'histoire tellement c'est douloureux, Simon évoque la maltraitance : d'une part pendant 6 ans il est violé régulièrement par un garçon qui est pensionnaire et a 8 ans de plus que lui, d'autre part il est l'objet d'une rare violence psychologique et physique des adultes responsables de l'établissement : punitions, sadisme.

1. Quelques observations cliniques

La personnalité de Simon s'est construite autour de ce vécu traumatique, et avec ce vécu : il alterne des phases de reviviscence des différentes situations traumatiques et des phases courtes d'une certaine indifférence à leurs effets. Les symptômes dissociatifs, consécutifs à la gravité du trauma et à une désorganisation du processus d'attachement, sont en quelque sorte devenus un mode de fonctionnement psychique et mental ; une dissociation quasi structurelle de sa personnalité correspondant non seulement à une réaction post-traumatique, mais aussi à un mode de défense et d'adaptation pour survivre dans le quotidien. Le contenu des premières séances va alterner entre son quotidien actuel difficile dans un vécu abandonnique mais ponctué par son rôle de père responsable, et des bribes de récit de l'histoire traumatique de son enfance chargées d'une émotionnalité intense : ce travail va permettre une première tentative de coexistence des parties clivées de sa personnalité. Une parole très importante ponctue ses séances : *« J'ai ma conscience, j'ai toujours gardé ma conscience, c'est ma conscience qui m'a permis de tenir »*, dit Simon, exprimant ainsi sa capacité d'intégration primitive des éléments menaçant sa santé mentale.

Ce phénomène de clivage a empêché l'effondrement au prix d'un enkystement du trauma. De ce fait, le travail progressif de « décryptage » réactive des moments de détresse qui ont été et sont encore violemment douloureux, insondables par leur profondeur inatteignable. Quand on touche aux zones d'ombre, le risque de rupture s'intensifie. Ces ruptures brutales du fonctionnement mental de Simon se sont traduites à plusieurs reprises par des passages à l'acte pulsionnels, ambivalents dans leurs effets à la fois destructeurs et libérateurs. Après 6 ans d'internat, de viol quotidien par G., Simon a vu arriver un petit garçon de 6 ans à l'aspect fragile et charmant. Son agresseur s'est mis à tourner autour de l'enfant. Simon est sorti pour la première fois de sa soumission et a mordu le sexe de son agresseur, le mutilant à vie. *« J'étais impuissant, je ne pouvais rien faire, les adultes pensaient que je mentais, je n'avais pas de solution sauf au bout de 8 ans une révolte, me venger, je suis allé le chercher »*

au plus profond de moi. » Il dit ne jamais avoir regretté son geste ; il était intolérable pour lui d'imaginer un enfant comme il avait été devenir à son tour l'objet de jouissance de son bourreau.

Parallèlement, Simon a vécu de la part de certains adultes de l'établissement de véritables sévices principalement autour de la nourriture (l'obligation de manger certains aliments), de l'énurésie fabriquée et entretenue par la terreur du système de coups et de menaces, et d'un système de punitions par enfermement dans un placard pendant des heures.

Il est rapidement arrivé à différencier les adultes, ceux qui le maltraièrent et les rares qui le respectaient et lui portaient parfois quelques manifestations d'affection, une religieuse en particulier, sœur Thelma dont Simon dit : *« Elle a été la seule main tendue qui m'a permis de tenir [...] elle est la seule à travers laquelle je me suis vu »* – figure humaine d'identification.

Rapidement, il a fallu distinguer dans son organisation psychique les différents effets des traumatismes cumulatifs, ceux de l'effraction traumatique consécutive au viol répété vécu par Simon entre 6 et 12 ans, et ceux de la maltraitance physique et psychologique des adultes qui, tout en étant traumatogènes, ont été facteurs de développement du lien d'attachement et du rapport à la loi. Cette distinction, en reliant le trauma à la névrose, favorise la reconstruction du souvenir dans un mouvement psychique où le factuel rejoint le fantasmatique, en particulier à partir de ses souvenirs de ses relations avec les adultes de l'internat, faites d'amour et de haine.

2. Proposition d'un espace-temps et d'un champ relationnel

« Je n'ai jamais oublié mais je n'en ai jamais parlé », dit Simon. La première séance a permis la mise en place d'un espace-temps de parole qui entende et contienne au mieux une telle violence et une telle détresse, comme seul antidote à cet affrontement précoce à la barbarie. Simon l'a investi rapidement comme lieu de sécurité pour y déposer son désespoir. *« L'urgence est l'instauration d'un cadre où puisse se déployer l'espace du rêve, condition pour penser. »* Simon ouvre pour la première fois depuis 40 ans cette mémoire tenue secrète : *« Mon enfance a été de la merde. »* À l'évocation de certaines scènes, il est pris de sanglots, puis progressivement trouve le chemin des mots : *« G. m'a pris mon enfance » ; « j'étais au rang des animaux » ; « couche-toi-là, debout, assis » ; « je n'étais plus une personne ».*

En contrepoint, il parle de son sentiment d'abandon actuel et de la position de soumission qu'il ne peut s'empêcher de prendre vis-à-vis de sa femme : après la rupture brutale et la perte du lien maternel archaïque, Simon a recherché désespérément et cru trouver un lien fusionnel primitif. Devant la menace de rupture de ce lien, il se sent un petit garçon perdu et

retrouve les émotions ressenties lorsqu'il était l'objet de mesures de rétorsion, comme d'être enfermé dans un placard pendant des heures, angoisse insupportable.

Je le sens en danger d'agir ses pulsions de destruction : nous évoquons ses filles pour lesquelles il dit pouvoir tenir. La plus jeune souffre de cette situation et se rebelle. Je lui suggère aussi de prendre rendez-vous avec son médecin généraliste qu'il connaît bien, même s'il ne lui a pas parlé de son histoire passée et présente. J'ai son plein accord pour contacter ce médecin, auquel je donne quelques indications sans trahir la confidentialité, afin qu'il lui prescrive un traitement pour l'aider. J'ai été amenée à assumer des moments de réanimation mentale pendant les deux premiers mois : deux fois Simon m'a téléphoné pendant le week-end en état de désespoir, prêt à utiliser un couteau contre lui tant la douleur était insupportable. Les deux appels téléphoniques ont permis au lien relationnel de jouer son rôle de contenant et de réorganisateur de la pensée pour desserrer l'angoisse et contenir la pulsion.

Le champ relationnel que nous installons lui permet de sortir de l'aspect figé de son organisation psychique en trouvant le chemin de la parole, une parole spontanée qui jaillit avant la pensée, et du récit ponctué par le retour et la reviviscence douloureuse de sensations primitives. Le discours doit être le plus libre possible, Simon suit son chemin ponctué de trous dans le récit, de sauts dans l'histoire. Il a eu tendance, lors des premières séances, à attendre de ses confidences un effet libérateur : la prise de parole de Simon n'a pas été seulement une demande d'être débarrassé d'un fardeau écrasant, elle l'a engagé dans un travail d'élaboration, une démarche difficile qui a commencé il y a un an.

Ce champ relationnel retrouvé chaque semaine comporte des rites que nous connaissons l'un et l'autre – « *je ne sais pas quoi dire* », « *je n'ai plus rien à dire* » –, ce qui nous fait sourire avant de repartir vers un morceau de son parcours. Ces rituels retissent le lien et reprécisent qu'il n'y a rien à raconter ni à écouter, mais juste à dire et à entendre pour penser et éviter ainsi la fascination de l'horreur et la fixation au trauma. Dans ce champ relationnel, il se sent une personne par rapport au sentiment d'anéantissement physique et psychique – « *je n'étais rien* ». Lorsque la confiance a été suffisante, il a pu commencer à évoquer la période de sa vie entre 15 et 40 ans, faite d'errance, d'alcoolisation, de troubles du comportement, d'autoagressions sexuelles. À sa sortie de l'institution, il est entré en apprentissage auprès d'un patron qui a réitéré des mauvais traitements : Simon a saccagé l'atelier, volé une voiture puis a erré dans des squats pendant des mois. Dans ce contexte, il a failli se tuer dans un accident de voiture, ce qui a été l'occasion de stopper l'alcoolisation. Progressivement, il a pu reprendre comme sujet son « souhait de ne pas être », pour que puisse advenir le désir.

3. Processus thérapeutique

Le premier travail a été la transformation progressive des traces des expériences traumatogènes dans leur caractère sensoriel : les sensations imprimées dans le corps, sensations visuelles mais surtout sensations tactiles et auditives, se sont émoussées, diminuant leur pouvoir de reviviscence. Ces traces isolées par le vécu traumatique se sont reliées petit à petit dans le contexte du récit de la vie quotidienne. Le non-sens de l'expérience de mort psychique a lentement évolué vers un vécu de « survivance », selon l'expression de Simon. Rappelons que le terme de « *survivance* » a deux significations : d'une part l'état de survie de celui qui a échappé à la mort, d'autre part ce qui subsiste encore d'une chose disparue, c'est-à-dire ce qui fait retour du passé dans le présent – « *j'y suis, je n'ai rien oublié* ». Pour Simon, se dire survivant l'a aidé à sortir de l'anéantissement psychique en donnant du sens, lui a conféré une ébauche d'identité, a commencé à restaurer les fibres narcissiques détruites.

Simon a été touché aussi dans son organisation somatique : il se soigne pour un état asthmatique qui lui a provoqué quelques crises graves ayant nécessité une hospitalisation, lui faisant revivre des sensations d'étouffement douloureuses et très anxiogènes. Il a pu formuler ce mouvement de rétrécissement de l'espace sur le corps propre pour tenter de survivre. Au cours des premières semaines, lorsqu'il souffrait trop de l'absence de sa femme, il retrouvait ce mouvement au moment de dormir : survivre enroulé dans son corps au point d'en étouffer, et se mettre en état de malaise au cours de la nuit.

Simon est sorti progressivement du sentiment de déshumanisation provoqué par le fait d'avoir éprouvé dans son être des horreurs faites par les humains : « *j'étais pire qu'un animal* », « *j'ai été traité de façon inhumaine* ». Le sentiment d'appartenance à la communauté humaine a commencé à se restaurer quand il a pu évoquer ses propres potentialités barbares éveillées par la barbarie de ses agresseurs, provoquant des sentiments de haine. Il a pu passer de la pulsion de haine à la position de haine. « *Le plus terrible, c'est d'en avoir eu du plaisir* », dit Simon en évoquant le trauma provoqué par le viol répété. La compréhension du fonctionnement psychique va ouvrir la pensée vers l'élaboration de la honte éprouvée.

Simon a pu se repositionner progressivement en reliant l'expérience primitive d'anéantissement avec la perte de sa femme. Ses potentialités et ses ressources de vie se sont dégagées : il a retrouvé par périodes le désir de dessiner, le plaisir d'arranger son appartement, de sortir avec ses filles, en alternance avec des périodes dépressives. Il a entrepris les démarches de séparation et retrouvé un amour-propre personnel qui l'aide.

Les avancées dans le travail thérapeutique ne sont possibles que si le champ relationnel et l'espace-temps de parole libèrent la capacité de rêver

et la capacité de penser. Ce processus thérapeutique peut se lire par étapes. La première phase, que j'ai appelée « commémoration », a duré environ 4 mois au cours desquels un travail de réhumanisation a été opéré tant sur l'image que Simon a de lui-même que sur le sentiment d'appartenance à la communauté humaine. Cette phase correspond au travail dicté par une urgence dans la demande, la remontée vers une réhumanisation par l'évocation des situations traumatiques, l'analyse du sentiment de honte et l'apparition des fantasmes. La deuxième phase, que j'ai appelée « mutation », voit progressivement la réorganisation de l'identité de Simon par l'étagage narcissique. Simon commence à se sentir sujet de son histoire par une réorganisation de sa vie actuelle, il gère son quotidien avec ses filles, il écrit ses chèques lui-même, un certain nombre de détails de son quotidien qu'il investit avec fierté. Actuellement, cette étape, qui se traduit par une alternance de moments éclairés de créativité et de moments sombres, est en cours dans le processus de transformation. La phase de maturation est à venir si le lien transférentiel tient bon.

4. Transfert et positionnement du thérapeute

Le processus thérapeutique n'est effectif que dans le cadre d'un lien avec le thérapeute auquel une parole est adressée. Simon me nomme son bon « ange », expression pleine de grâce mais aussi d'ambivalence, l'ombre du diable n'étant sans doute pas loin. Comme le précise F. Lebigot (2006), ce travail thérapeutique post-traumatique n'est possible qu'avec l'appui d'un transfert positif. Mon positionnement a évolué au cours du processus thérapeutique : durant la première étape, il a été nécessaire que je me situe comme « barrière protectrice » pour instaurer un lien que D.W. Winnicott (1986) appelle « *holding* », forme précoce d'attachement, afin que Simon puisse retrouver quelque chose d'humain : je suis alors devant lui comme un guide et un garde-fou. Puis progressivement, je peux me situer à côté de lui et, lors de la dernière phase, je serai derrière lui.

D'une manière continue, ma position s'inscrit dans une présence attentive et active à la parole de Simon, éventuellement interrompue pour aider à préciser des émotions et des expressions collées au sensoriel. Ce travail nécessite un engagement dans la relation. C'est cet engagement qui peut donner à Simon le courage et l'élan de s'aventurer dans les zones terribles. Il arrive que Simon me mette à l'épreuve du manque pour s'assurer en quelque sorte que le fil tient bon : « *je n'ai plus rien à dire, je vais arrêter là* ». Mon contre-transfert est à l'épreuve au double sens d'une reconnaissance de Simon comme sujet du processus thérapeutique et de la connaissance de mes propres réactions et mouvements internes. Dans ces moments-là, il me faut écouter mes propres résonances affectives, souvent intenses, traverser le doute, parfois le découragement, inventer par le jeu une réponse pas

nécessairement verbale pour « greffer » le transfert selon l'expression de G. Pankow. La crise passée, Simon reprend la lente reconstruction de son moi par projection sur le mien.

Ce voyage thérapeutique est à haut risque pour Simon et pour moi : la scène thérapeutique ramène souvent chacun aux frontières de l'archaïque avant que la parole permette de dire le non-humain pour tenter de le rendre humain.

5. Après...

Au retour des vacances, lors de la première séance, Simon évoque plusieurs situations. Il parle de son séjour dans sa ville natale où il a visité ses frères et sœurs. Tous sont plus ou moins carencés, tant sur le plan de la santé physique que psychique. Avec deux d'entre eux, Simon peut évoquer son enfance, les autres ont tiré un trait sur le passé. Simon a retrouvé son fils issu d'un premier mariage auquel il raconte pour la première fois son enfance. Un lien d'appartenance familiale commence à se tisser. Quand il est revenu de vacances, il n'avait pas envie de reprendre les séances. Son médecin lui a renouvelé son traitement et l'a incité à reprendre, « *même tous les 15 jours, mais il faut continuer* ». Un travail s'est fait aussi en dehors des séances. La fin de la séance de rentrée est marquée par l'évocation du sentiment de culpabilité ressenti par Simon – « *je sais que je ne suis pas coupable, mais je me positionne toujours comme si je l'étais* » –, élaboration en perspective pour ce début d'année qui va permettre une stabilisation de son organisation psychique.

Entre la dernière séance avant les vacances et son départ pour sa ville natale, Simon a eu un accident de travail. En chargeant son camion, il a reçu une tôle qui lui a profondément entaillé le bras. Il est resté quelques heures au service des urgences pour se faire recoudre puis a repris son camion. Il dit : « *J'ai eu un choc salutaire. J'ai senti combien, avant la psychothérapie, j'avais une envie terrible de mourir et maintenant j'ai envie de vivre. Il y a trois lumières qui dépendent de moi, mon fils et mes deux filles, les lumières peuvent s'éteindre si je meurs.* »

La dernière séance avant que j'écrive cet article, Simon traverse de nouveau une période difficile : « *je suis au fond du trou* ». « *À part les scènes de violences dont je me souviens comme si c'était hier, je n'ai pas de mémoire de mon enfance.* » J'entends que Simon n'arrive pas encore à un récit de son histoire. Son chemin de vie ressemble à une succession de trous pas encore reliés entre eux par des passerelles suffisamment solides. « *J'ai rêvé de nouveau d'une spirale sans fin dans laquelle je descends sans pouvoir m'arrêter pour essayer de saisir une main qui glisse sans que je puisse l'attraper.* » « *Au mois d'août je suis allé sur la tombe de ma mère décédée d'un cancer en 1980 ; depuis je revois son visage en rêve.* » Cette main qu'il ne peut saisir n'est-elle pas celle

de sa mère, femme désespérée sans ressources psychiques et sociales pour garder ses enfants ?

Il reste à faire un travail de ressourcement, c'est-à-dire l'analyse de son énergie déployée pour survivre, et des points d'ancrage fondamentaux de son désir de vivre : concrètement aborder quels projets de vie il peut imaginer entreprendre. La crainte de l'effondrement exprimée fréquemment par Simon, en particulier la peur de perdre son intégrité somatopsychique – « *ma conscience est là, mon corps est là mais mon intérieur est vide, je ne sens rien* » –, me fait penser au risque de déstructuration qui peut s'aggraver avec l'âge sous forme de ces crises où la détresse, la violence, les éprouvés de douleur intense témoignent de la reviviscence des traumatismes précoces. Lutte contre le temps, celui du vieillissement ; avec le temps, celui de l'élaboration d'une pensée.

Pour en savoir plus

- Deschamps, D. (2004). *L'engagement du thérapeute*. Toulouse: Erès.
- Lebigot, F. (2006). « L'évolution du trauma sous transfert ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(2), 71-78.
- Pankow, G. (1969). *L'Homme et sa psychose*. Paris: Aubier-Montaigne.
- Vitry (2002). *L'écoute des blessures invisibles*. Paris: L'Harmattan.
- Winnicott, D. (1974). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. (1986). *Conversations ordinaires*. Paris: Gallimard.

31 Approche sérielle en victimologie familiale : une conversion nécessaire dans l'analyse des situations de maltraitance et dans le travail psychosocial

L.M. Villerbu, P. Pignol

L'approche sérielle (Villerbu et al., 2003 ; Villerbu et Le Bas, 2007) a d'abord été développée dans un contexte d'agressions et d'agresseurs. Elle émerge d'une réflexion sur la notion de dangerosité et le renouvellement de son approche par la notion de vulnérabilité, faisant de celle-ci le terrain d'engendrement de celle-là. Elle définit une méthode d'approche de toute histoire de vie ou de tout parcours existentiel en faisant l'hypothèse de transformations et substitutions de symptômes en fonction des interlocuteurs, des aléas, des confrontations sociales et interpersonnelles. La sérialité consiste à faire le pari que toute déviance ou délinquance (directe ou indirecte) n'est qu'une manifestation parmi d'autres d'un état de souffrance psychique qui ne peut s'exprimer que par une attaque des représentants du lien social (dans leur fonction, leur contenu, leur représentation, etc.). Elle admet ainsi qu'il y a équivalence entre prendre, ou se donner, comme champ d'interlocution les domaines de référence de la justice, de la santé, de la promotion ou encore de l'entre-deux social : là où de l'interdit et du pouvoir se font enjeux de transgressions possibles et de restaurations narcissiques.

1. Contexte clinique de l'analyse sérielle

Chaque champ de pouvoir interpellé peut se substituer à un autre, chaque moment d'agir est envisagé comme une attaque (interne ou externe), selon une dynamique psychique qui laisse apercevoir dans le temps d'une existence des séquences non aléatoires à travers un polymorphisme symptomatique saisi en des espaces-temps que le découpage des interventions sociales rend illisibles. La notion de polymorphisme remplace celle de comorbidité ; elle insiste sur un jeu dynamique de substitutions et d'interlocuteurs.

Dans le travail social et notamment quand il s'agit de traiter de situations mettant en cause pères ou mères (et leur environnement), leur positionnement

face à leurs enfants (maltraitements, négligences, malmenances, dangers ou carences, etc.), une telle approche est susceptible de répondre aux deux exigences d'un accompagnement respectueux des droits de chacun. Prévention et répression sont en œuvre conjointement, dès lors que l'intérêt de l'enfant ne peut être posé sans tenir compte en même temps du respect des droits des parents et de leur positionnement subjectif, de leur histoire dans un contexte social (Villerbu, 1998).

Une telle approche peut trouver ses références anciennes dans l'histoire de la notion de couple pénal, dans celle des analyses psychodynamiques se saisissant du tandem agresseur-victime (Villerbu, 2004), celle des réflexions contemporaines sur l'incidence des dommages psychiques (Hurni et Stoll, 1996, 2002) à long terme résultant de situations dont le caractère traumatique n'échappe à personne, ou encore sur les dynamiques transgénérationnelles (Berger, 2003). Ce qu'elle apporte et nomme en plus, c'est la possibilité d'organiser en séquences des errances parentales confrontées à des impasses auto-engendrées, tantôt moralisées, tantôt criminalisées. Impasses prises en charge de façon plus « neutre » sur un mode thérapeutique, sans se laisser suffisamment interroger dans leurs incidences psychojudiciaires, et avec la nécessité de les fonder en une action coordonnée, interprofessionnelle ; surtout, cette dimension est un vecteur organique de la réponse comportementale de chaque parent. La réponse de chacun d'entre eux contient, qu'on le veuille ou non, cette référence à la loi et aux effets du système judiciaire (et à ses agents) lui-même, toujours datables et historiques.

Selon l'adage, « chacun est à lui-même son propre malheur » (Watzlawick, 1983), l'analyse sérielle envisage de décrire et de rendre compte de la façon dont les pratiques de soi-même concourent de façon non aléatoire à engendrer un contexte situationnel. Cela se déroule dans un jeu de couples d'opposés : dépréciation/réification, négation/revendication ; ces couples d'opposés, tantôt style de vie ou *modus vivendi*, tantôt *modus operandi* (Villerbu, 2004), se répondent l'un et l'autre en un cercle sans fin, obnubilant la perception d'intervenants sociaux non avertis des effets des néoconstructions élaborées sur un trauma fondateur ayant une fois pour toute contribué à ne plus pouvoir penser le monde. P. Le Bas a développé à ce sujet la notion de sérialité victimale (Le Bas, 2005).

2. Exemple : Françoise, enfant, mère, femme, et la multiplication des situations d'abus et d'agressions à son encontre

Une mesure éducative en milieu ouvert a été instituée au profit de Félix, Jeanne, Alexandre et Audrey, tous enfants mineurs de Françoise et Pierre, mesure subordonnée au respect des décisions suivantes : départ de monsieur du domicile, collaboration à la mesure, scolarisation régulière des enfants,

poursuite de la réfection de l'appartement. Trois mois plus tard, Françoise demandait l'arrêt de la mesure d'aide éducative.

Huit mois plus tard, il résulte des éléments du dossier que le service éducatif rencontre de grandes difficultés pour avoir accès à la famille et favoriser une prise de conscience des parents autour de la question de la protection des enfants. Françoise a souhaité reprendre la vie commune avec son mari alors que ce dernier est mis en examen pour des faits de viols sur sa fille aînée (née d'une précédente union). Elle est également mise en examen pour des faits de corruption de mineurs. Le service éducatif souligne que l'évolution des mineurs leur paraît compromise dans un contexte où les adultes se jouent de la loi et pervertissent les obligations qui leur sont faites. Une expertise de la mère est demandée.

Que sait-on de Françoise au travers l'expertise ? Elle a suivi une scolarité qui l'a menée en lycée professionnel pour y préparer un CAP de couture. Elle est enceinte à 18 ans quand sa mère la met dehors. Le compagnon est Pierre. Elle explique le motif maternel : « ses deux filles se sont retrouvées enceintes à 17 ans » et « mon père ça l'emmerdait ». Elle part mais garde des contacts contraints avec les parents : « fallait que je dise ou j'étais ». Pierre était sans emploi et il faut attendre 3 ans pour qu'il reçoive « du chômage ». Il souhaitait avoir beaucoup d'enfants, « sauf le dernier » dit-elle. Elle ne prend pas de contraception : « j'avais du mal à la supporter ». Elle va se trouver interdite de travailler par Pierre : « une femme devait rester à la maison » et « il avait un sale caractère, autoritaire et violent ». La séparation a lieu 10 ans plus tard : « il m'a rendue cocue avec sa propre belle-sœur, la femme de son frère... Je l'ai appris tard, un jour quelqu'un me l'a dit. » Cette séparation s'est mal passée ; elle attendait un enfant de lui ; « moi je gobais, j'étais en dépression ». Elle décrit une période d'alcoolisation et d'intempérance généralisée, mangeant peu, qui s'est terminée par une hospitalisation : « une nuit, c'est le médecin, il m'a dit : il vous fait péter les plombs, il fallait que je parte ». Elle est en psychiatrie, y reçoit un traitement et estime aller mieux depuis. Elle a eu des antidépresseurs, l'alcoolisation a cessé sans traitement autre que l'abstinence ; les idées suicidaires étaient latentes. Tout ce temps, les enfants étaient avec elle : « les enfants n'ont jamais manqué de quelque chose, je leur apportais tout sur un plateau ». Au moment de la séparation, elle a la garde des enfants « qui se portaient bien ». L'état dépressif était patent, plus apparent à certaines périodes et notamment quand Pierre revenait : « Tant qu'il n'était pas là ça allait, il revenait, il disait des mensonges, je tombais dedans et j'ai mis mon divorce en route moi-même. » Elle a rencontré un avocat « sans les services sociaux ».

Un an plus tard elle va mieux, « elle a arrêté les cachets ». Elle décide de ne pas recevoir son ex-mari : « il était venu à la maison passer le week-end et j'ai dit c'est fini ». Elle vit seule pendant 2 ans et rencontre Frédéric par

l'intermédiaire d'une agence matrimoniale. Elle s'explique ainsi : « J'en avais marre d'être toute seule, on s'est rencontré comme ça, je suis tombée amoureuse ». Le caractère de Frédéric est situé par rapport à celui de Pierre : « gentil, gros nounours, il dit ce qu'il pense, il aide ». Elle se sépare de lui 7 mois plus tard : « ... pour une histoire de viol. Il a couché avec ma fille et elle a porté plainte et ça s'est tourné en viol ». De façon ambivalente, cela devient un motif de séparation : « Oui et non... Oui parce qu'il n'avait pas le droit de le faire, et pour protéger mon enfant. Non, parce j'ai toujours du sentiment pour lui et aujourd'hui j'arrive à avoir de la discussion avec ma fille... Quand j'entends les deux versions, je me mets en recul. C'est pas les deux mêmes versions. La version de ma fille c'est qu'il aurait couché avec elle et qu'elle n'a pas su dire non. » Attirée par lui ? « Elle n'a pas su me répondre, elle a dit non mais elle a attendu un bout de temps pour répondre. » Et Frédéric ? « Ils se sont cherchés tous les deux, mais il n'avait pas le droit de faire ça non plus. » Sa fille aînée avait 17 ans, « comme moi, mais elle n'est pas tombée enceinte. Le bruit a couru qu'elle était enceinte mais c'était pas possible, il sait pas procréer normalement, il a un sperme pas comme il faut, il faut une assistance médicale. » Le couple a consulté pour cela. Audrey est née par insémination artificielle et « il a peu d'érections ». Selon Frédéric, « ils n'ont eu que quatre rapports ». Ces faits ont eu des retombées familiales : « Ses frères ne lui parlaient plus, Les contacts avec le père ont été gardés, de même avec ses sœurs. » Avec sa propre famille, « c'est nous qui avons avoué avant que d'autres personnes le disent... et ma fille a porté plainte. Ils l'ont mise en foyer mais avant j'avais des problèmes avec elle... C'est le deuxième viol qu'elle dénonce. » Le premier s'était fait avec M. C., un ami de la famille de Pierre qui l'avait hébergé et a habité longtemps avec eux. La fillette a alors 12, 13 ans. « J'étais là, c'est moi qui ai appelé les gendarmes, c'est sa petite sœur qui me l'a dit. Et 2 ans après elle dévoile un viol, c'étaient des attouchements qui tournaient en viol... Elle dévoile des attouchements et 2 ans après ça me retombe dessus ; elle l'a dit à d'autres personnes. » De son point de vue, cela n'a pas modifié le caractère de sa fille : « Je l'ai vue jeudi, ça va, elle a un copain, un appartement, ils vivent tous les deux, on se téléphone, je vais manger chez eux et elle vient à la maison. » Elle note cependant qu'il y a 2 ans elle a eu un temps d'opposition : « elle est partie un jour, je travaillais. Pendant 3 jours pas un mot. Je suis allée au tribunal, on m'a dit où elle était. La veille on avait eu une discussion sur qu'est-ce que je ferais si elle faisait quelque chose que je serais opposée... C'est pas elle qui me l'a avoué, c'est mon mari, c'est un coup de téléphone. Deuxième fois où je suis cocue... » La décision de séparation a pris du temps. Frédéric vit chez son père ; ils se rencontrent, il vient faire certains travaux à la maison.

Les viols de sa fille ne sont pas sans rappeler sa propre histoire. Elle commente : « Il paraît que c'est héréditaire. J'étais jeune, des amis aux parents... et les parents même pas au courant... Pour que je fasse mourir ma

mère ! Les gens me menaçaient si j'en parlais... Et quand j'ai eu 17 ans j'ai eu un enfant et pour moi c'était fini. » Elle a été violée de 12 à 15 ans par plusieurs personnes, menaçantes, des adultes. Elle l'a dit une première fois au juge et elle est fâchée que celui-ci l'ait répété : « Elle l'a dit à l'AEMO... Et ma mère ne parle jamais de son père. J'ai toujours connu que ma grand-mère, et j'ai jamais connu les grands-parents paternels. »

Comment elle-même a-t-elle réagi aux propos des travailleurs sociaux qui lui demandaient de rencontrer un psychologue ? « Je n'arrivais pas à comprendre, travailler sur quoi ? Il y a une porte de fermée, je ne vais pas la rouvrir. Tout ce qui s'est passé avant de mon histoire. J'ai un sale caractère mais il y a des changements. Il y avait plein d'enfants, il n'y en a plus... Je suis seule dans une grande maison qui est vide. Et je veux retrouver mes quatre enfants qui mettent une joie d'enfants dans cette maison avec moi. » Elle est accusée par l'un de ses enfants d'attouchements : « Je l'ai donné à son père, ça devenait infernal, des insultes à la maison... Et quand je l'ai donné à son père il n'y a plus eu de problèmes et en 2003 quand ma fille a déposé plainte, lui a déposé plainte après, paraît que je le battais et que je faisais des trucs devant les enfants moi qui suis pas du tout sexe, je suis mal barrée. »

Son travail actuel paraît la soutenir psychologiquement, occasion de rencontrer des gens, d'échapper à la solitude de la maison : « j'avais personne, pas d'amis ». Elle n'a jamais assisté à des violences père/mère. Elle reviendra sur : « Moi, j'ai tout gardé pour moi, mon cœur de pierre... Mais il a 10 ans, j'ai mis les points sur les i... La même histoire avec ma fille... J'ai mis de l'eau dans mon vin. On s'envoie des SMS, des photos, je ne veux pas perdre ma fille non plus. »

Comparant cet examen au climat qu'elle décrit de ses relations avec les éducateurs et autres intervenants qu'elle a pu avoir, elle trouve le ton différent. Elle ne ressent pas d'hostilité alors que celle-ci est très présente quand elle évoque ses relations avec les intervenants sociaux et judiciaires de la mesure la concernant. Le ressentiment est permanent avec le sentiment d'avoir été bafouée, dévalorisée, remise en question sans considération positive.

Sur incitation de ma part, elle va chercher à s'expliquer, se donne l'autorisation de faire des incursions dans sa propre histoire ; celles-ci sont toujours brèves. C'est un vécu de dépossession de sa propre histoire qui apparaît rapidement, de dévoilement et de mise à nu, sur quoi elle se positionne, selon ses mots, de façon caractérielle. Les attachements auprès de ses deux maris et les séparations seront parlés ; elle a été deux fois trompée comme elle dit, et elle se raisonne pour exiger une séparation que, dans le fond, elle ne souhaite pas. Si Pierre avait cessé, elle aurait fini par le croire. Si Frédéric n'avait pas donné lieu à plainte, elle avait un modèle personnel pour ne pas rendre la chose publique : le silence.

On ne peut négliger le fait que ses rapports avec sa fille et les agressions sexuelles dont elle a été l'objet sont analysés à travers sa propre expérience de silence ; lequel implique le fait de ne rien dire à sa mère de peur de la faire mourir, pas plus qu'au père qui est délibérément vu sous la tutelle maternelle. Il est là mais impuissant, sans dimension de recours ou de protection. Les modèles d'hommes ne sont guère positifs ; dans tous les cas, l'homme ne se présente pas comme un pair, il est toujours source d'hostilité ou d'infantilisation. Sa propre sexualité, dont elle parle peu sinon en affirmant qu'elle ne l'inquiète pas ou ne la rend pas obsessionnelle, paraît s'être précipitée dans la programmation d'enfants.

Si l'on prend son histoire telle qu'elle la raconte au pied de la lettre, c'est le fait d'avoir été enceinte qui a ruiné les intimidations dont elle était l'objet de la part de ses agresseurs. Quand elle entend sa fille, c'est à partir de son expérience d'avoir été violée et les sentiments associés. Ceux-ci ne sont pour l'instant guère perceptibles ou guère communicables. Mais on peut considérer qu'ils sont aux origines des positions dépressives et d'intempérance quand le lien plus étroit et ambivalent avec Pierre a cessé. C'est en quelque sorte un signe clinique qui rentre bien dans les conséquences tardives des agressions sexuelles.

Elle a pu se construire et se réifier sur ce silence dont elle parle ; on ne peut oublier non plus que sa sœur aînée a été enceinte tôt : une autre forme de revendication. On ne peut nier que l'hypothèse que sa mère ait été objet d'agressions sexuelles enfant ou adolescente se présente à elle comme une autre dépréciation supplémentaire. Si les relations entre les deux femmes se sont quelque peu détendues, c'est peut-être sur un certain modèle d'apaisement : elle se retrouve ou tente de se retrouver, identiquement et similairement, dans et par l'histoire de sa fille. Cette histoire fait miroir. Elle conçoit les répétitions mais ne peut encore avoir la possibilité d'aller plus loin dans leur exploration. L'un de ses fils a trouvé un créneau dont toute son histoire est pétrie : des agressions à caractère sexuel qu'il lui attribue.

Il est aussi vraisemblable que les relations avec Pierre aient atteint un tel registre d'hostilité dépressive que les enfants en ont fait les frais. On peut nier *a priori* la position d'hyperprotection qu'elle met en avant quand elle parle de ses enfants, mais il est fort probable que la dimension agressive de ses relations avec Pierre ait occulté son comportement au quotidien et qu'elle reconstruise un passé dans lequel elle gomme les – ou ne se rend plus compte des – situations qu'elle leur faisait traverser : à côté de soins, peut-être surprotecteurs parce que dans son régime de vie les enfants étaient surinvestis, existaient des méconnaissances profondes de situations de risque et de carence engendrées par elle. Sans doute faut-il prendre en considération que, depuis qu'elle a quitté la maison maternelle/paternelle, elle a eu essentiellement un rôle maternel et qu'elle s'est perdue dans cette auto-attribution réparatrice qui la mettait à l'abri d'autres menaces et agressions sexuelles anonymes, toujours au prix du silence afin que sa mère ne meure pas.

Le travail extérieur a opéré un déconditionnement réel et offert des ouvertures sur le monde non réduit à celui d'une mère répondant aux exigences d'épouse, et qu'elle a de la difficulté à faire surgir : Pierre est infidèle et jaloux, Frédéric a des problèmes d'érection et, si l'on croit ce qu'elle dit, vit mal une sexualité peu valorisante.

Le souhait de récupérer ses enfants en dépit des mesures ne fait qu'aller dans le sens des positions affectives et caractérielles qu'elle a pu développer par rapport à un entourage d'adultes réprimants. Mais on peut aussi concevoir que ce surinvestissement dans les enfants est toujours une trace de ce qui a fait une position ancienne de survie psychique et sociale. L'environnement manque de fiabilité ; c'est une donnée immédiate pour elle-même et, en rapport, elle a développé des réponses personnelles qui font cas, autant qu'il est possible, d'un entourage empêchant. Sans doute se met-elle en position de négociation pour retrouver ses enfants, mais sur quelles arrière-pensées ?

Quand on aborde trop frontalement ces aspects, elle se sent immédiatement remise en cause et adopte des positions hostiles. Comment dépasser ces réactions immédiates qui ont vite fait de la catégoriser négativement ? Concernant les accusations dont elle est l'objet de la part de l'un de ses garçons, elle se trouve dans deux positions : s'en défendre et, ce faisant, elle est obligée de considérer ces choses qu'elle ne veut pas voir comme possibles (en discuter en ferait une possibilité), ne pas s'y reconnaître en affirmant une sexualité exempte de troubles et prenant à témoin la réalité de sa vie conjugale : deux hommes un point c'est tout. Autrement dit, elle est dans une impasse et risque toujours de mal se défendre, ou du moins de mal s'expliquer. Elle ne peut analyser les motifs psychologiques qui poussent l'enfant à l'accuser, sinon en mettant l'accent sur un trouble de caractère ancien, ou une séparation mal acceptée.

Elle ne peut qu'entrer dans une démarche symétrique dès qu'est mise en cause une quelconque position de mère puisqu'il s'agit à chaque fois d'échapper à la condition de jeune fille et de femme violée, agressée.

3. Des préconisations. Un dispositif d'écoute spécialisé

La pratique de l'intervention sociale, administrative ou judiciaire est sans aucun doute un site privilégié de manifestation de ces difficultés, répétitions et multiplications – Action éducative en milieu ouvert (AEMO), AEMN, IOE, enquête rapide (majeurs), recueil de renseignements (mineurs), enquête de situations, etc. – susceptibles de tenir en un même contexte agresseurs et victimes, selon les axes d'une justice restauratrice, d'un drame en cours incessant. Sans entrer dans trop de détails, et pour faire front (Villerbu, 2003) à la sérialité victimale, des axes impliquant des médiations expertales, sociales, etc., sont repérables, sur la base des relations objectales victimales

(Freud, 1916 ; De Greef, 1958) ont les injonctions ont été décrites en termes de dépréciation/réification, négation/revendication (Villerbu, 2004) :

- il ne faut pas confondre la demande pénale avec la demande civile ; concevoir une situation en termes de pans d'existence, de rupture dans la continuité d'être et non de continuité sociomorale. Poser des jalons sans jugements normatifs autres que ceux impliquant les contraintes dues à un objectif. Aller d'une histoire présente à une histoire antérieure ;
- il convient d'établir un état des lieux dans un espace de pensée et d'interpellations socioprofessionnelles et projeter dans un temps dynamique, de retour et de prospective, les éléments d'une histoire avec ses opportunités. Opérer des rapprochements situationnels. On doit refuser tout mode d'alliance qui s'effectue aux dépens de l'un ou l'autre des acteurs en place dans une situation. Faire prendre conscience ou relever les moments de situations de prises de risques pour soi comme pour l'environnement.

Pour en savoir plus

- Berger, M. (2003). *L'Échec de la protection de l'enfance*. Paris: Dunod.
- De Greef, E. (1958). « Psychopathologie de la liberté », *Psychiatrie et religion, je sais, je crois*. Paris: Librairie A. Fayard, pp. 46-75.
- Erhenberg, A. (1998). *La Fatigue d'être soi, dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Freud, S. (1916). « Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse ». In *Essais de psychanalyse appliquée* (pp. 105-137). Paris: Gallimard, coll. « Idées ».
- Freud, S. (1916). « Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse ». In *Œuvres complètes*. Paris: PUF, t. XV.
- Hurni, M., & Stoll, G. (1996). *La Haine de l'amour*. Paris: L'Harmattan.
- Hurni, M., & Stoll, G. (2002). *Saccages psychiques au quotidien*. Paris: L'Harmattan.
- Lasch, C. (2000). *La Culture du narcissisme*. Castelnau-Le-Lez: Climats.
- Le Bas, P. (2005). « Victimologie et sérialité : la sérialité victimale au regard de la position existentielle et d'une trajectoire existentielle singulière ». *Les Cahiers de l'ICSH, numéro hors-série, Psychologies et victimologies*, 35-48.
- Villerbu, L. M. (1998). « Le Métier de parent dans l'intérêt de l'enfant ». In *Éthiques et pratiques psychologiques dans l'expertise* (pp. 35-75). Paris: L'Harmattan.
- Villerbu L.M. (2003), « La Radicalisation du paradigme pénal de la responsabilité et la création d'un pseudo-autre, une double réification à la démesure du sujet », in Transhumances, V., Résistances au, sujet., – Résistance du sujet, Actes du colloque de Cerisy, p., 385-407.
- Villerbu, L. M. (2004). « D'une forme embarrassante à une autre : l'interchangeabilité des positions d'agresseur et de victime ». In R. Cario, & P. Mbanzoulou (Eds.), *La Victime est-elle coupable ?* (pp. 43-61). Paris: L'Harmattan.
- Villerbu, L. M., Ambrosi, A., Gaillard, B., & Le Bas, P. (2003). *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie*. Paris: L'Harmattan.
- Villerbu, L. M., & Le Bas, P. (2007). *Identification et sérialité. De la police scientifique à l'analyse psychocriminologique*. Paris: L'Harmattan.
- Watzlawick, P. (1983). *Faites vous-mêmes votre propre malheur, trad. fr.* Paris: Le Seuil, 1984.

Deux missions d'accompagnement psychologique auprès de familles endeuillées

Les crashes aériens de Sharm el Sheikh (Égypte) et de Halifax (Canada)

M. Vitry

1. Mission d'accompagnement des familles des victimes au cours des cérémonies immédiatement après la catastrophe de Sharm el Sheikh

Ce vol était le retour d'un voyage de fêtes de fin d'année de nombreux groupes familles qui étaient venus dans ce lieu dit « paradis » pour un séjour d'une semaine. Le rêve est devenu cauchemar. La mort a frappé massivement et a déclenché un mouvement de solidarité nationale, à cause du drame de familles entières qui ont disparu.

La mission de l'équipe, du mercredi 7 au matin au jeudi 8 janvier vers 23 heures, a consisté à offrir aux familles des victimes en cas de besoin une assistance médico-psychologique qui s'est effectuée par une présence permanente et discrète.

Au départ, les familles ont été regroupées au pavillon d'honneur d'Orly : la dimension « catastrophe nationale » a mobilisé la nation, le Président de la République a cherché les mots pour manifester sa compassion.

La parole a été donnée aux familles au cours d'une séance d'informations. Leurs questions portaient sur : « Que s'est-il passé avant le crash, pendant le crash, et juste après ? Que va-t-il se passer pour nous maintenant ? » Pour conjurer l'insoutenable, les personnes ont parlé de l'accident, se sont interrogées, ont voulu des réponses sur les causes de la catastrophe, éventuellement en cherchant des responsables. C'est une réaction humaine spontanée, fondamentale. Les réponses aux questions lorsqu'elles sont

possibles limitent la revendication, empêchent l'agressivité et permettent l'expression de la douleur du deuil, c'est-à-dire le *passage de la première phase du deuil*.

Nous avons progressivement rencontré les différentes familles, selon les circonstances et les affinités. À l'arrivée à Sharm el Sheikh, une séance d'informations et d'échanges a regroupé tout le monde. Le ministre des Affaires étrangères a tenté de répondre aux questions allant de demandes d'explications techniques à des témoignages émouvants. La tension a monté progressivement, la douleur s'exprimant par des revendications allant jusqu'à l'agressivité. La prise de conscience progressive d'une part que l'avion, en touchant la surface de l'eau, s'était disloqué avec corps et biens, d'autre part qu'il n'y aurait que peu de restes humains identifiables a été longue et très douloureuse, avec parfois des manifestations de déni ou de déréalisation face à cet insoutenable.

Après le dîner, certaines familles ont exprimé le désir d'aller dans les hôtels où résidaient pendant leur séjour leurs proches décédés. Nous avons décidé d'accompagner les différents groupes. Certains ont pu voir des photos et des vidéos de leurs proches disparus tournées pendant les fêtes du nouvel an organisées dans les hôtels. Il nous a semblé que ces visites faisaient office de pèlerinage sur les traces des disparus et avaient une fonction apaisante et une fonction de lien avec la réalité. Elles ont préparé les cérémonies du lendemain, comme une sorte de *veillée funéraire*.

La première cérémonie œcuménique franco-égyptienne du rivage a eu lieu dans un site désertique surplombant la mer. Une vaste tente colorée était installée pour accueillir officiels et familles ; plusieurs stèles en pierre où étaient inscrits les noms des 147 victimes se dressaient à quelques dizaines de mètres. Après la sonnerie « aux morts » joué par les fusiliers marins égyptiens, le ministre français a lu d'une voix émue le message du Président de la République. Le ministre égyptien a adressé un message dans les deux langues. Les membres du culte ont pris la parole. Les familles sont ensuite descendues en procession déposer des fleurs devant la stèle et ont pu vérifier l'inscription des noms. Cette cérémonie a permis aux familles de rentrer dans un *processus cathartique* (2003) par l'expression de leur profonde douleur, douleur de la perte massive d'être chers et douleur de la violence de cette mort catastrophique. Elle a matérialisé la réalité de la perte et provoqué une attaque brutale du mécanisme de défense collectif de déni.

Nous sommes remontés dans les cars en direction du port pour embarquer à bord du navire ravitailleur de la Marine nationale française *La Somme* pour la cérémonie française en mer.

L'atmosphère était assez calme et le trajet d'une demi-heure pour atteindre le lieu supposé de l'impact a permis beaucoup d'entretiens individuels ou familiaux avec les familles mais aussi avec les différents accompagnants. La cérémonie s'est composée de brèves allocutions, et d'interventions œcuméniques des

différents cultes pour bénir les fleurs et les objets. Pendant que deux diplomates énuméraient avec solennité les noms des familles, les proches des victimes ont jeté les fleurs et les objets souvenirs. Ce fut de nouveau un moment cathartique intense, suivi d'un retour plus apaisé.

Au retour, le décollage fut quelque peu chargé d'angoisse pour un certain nombre de personnes, ce vol de retour répétant le vol 604. Ces 5 heures de voyage ont donné lieu à des échanges et des entretiens, ainsi qu'à un travail entre nous par petits groupes de débriefing de mission.

Dans cet exemple, les deux cérémonies essentielles instaurent une passerelle entre les vivants et celle des morts. La communauté des vivants a accompagné les endeuillés à la réalité de la mort : le matin, la lecture des noms des défunts a instauré une première médiation ; l'après-midi, les fleurs et les présents lancés en direction des corps des défunts ont signifié la perte inéluctable et ont favorisé l'expression de la culpabilité ressentie par les vivants.

En ce qui concerne la fonction de la présence d'aide médico-psychologique auprès des familles des victimes, notre premier rôle est celui de « garde-fou ». Il s'agit de veiller aux comportements et aux gestes éventuels mettant en danger les personnes, de contenir les débordements émotionnels provoqués par l'extrême douleur ressentie. Ce rôle est contenant et rassurant pour l'ensemble du groupe formé par les familles et les accompagnants, afin que les débordements émotionnels inévitables ne désorganisent pas le groupe. Ce rôle permet aux cérémonies de jouer leur rôle cathartique.

Notre second rôle est de faciliter la mise en mots par l'aide aux réponses à des questions lorsque celles-ci nous semblent importantes pour que les personnes puissent entreprendre un travail de deuil ; par exemple : « Comment sont-ils morts, ont-ils souffert au moment de l'impact ? » La parole facilite l'élaboration des fantasmes exprimés à partir des questions, et l'élaboration de la pensée et des mouvements psychiques qui l'accompagnent.

Ces fonctions se traduisent par des entretiens souvent courts et répétés à différents moments de la journée, individuels ou familiaux, particulièrement au cours de cette mission où la question de la famille était au cœur du drame.

Notre positionnement est parfois délicat : nous devons nous situer à la frontière entre le dedans et le dehors du groupe des familles. Par exemple, au cours des cérémonies, nous ne faisons pas partie des familles des victimes et nous ne sommes pas en deuil ; néanmoins, une certaine empathie est nécessaire à l'accompagnement. Un travail de repérage de nos propres mécanismes est indispensable pour nous positionner le plus justement possible sans nous mettre en danger.

Le premier anniversaire du décès, sorte de retour à la date fatidique, marque une étape importante : son franchissement indique que le processus de deuil est en marche. Il est marqué par une reviviscence de souvenirs et de chagrin et, dans les deuils compliqués, par des réactions marquées par

une tension émotionnelle. Il peut donner lieu au démarrage du processus lorsque celui-ci est resté bloqué à une des phases.

2. Mission d'accompagnement à Halifax

Le psychiatre de la Cellule d'unité médico-psychologique (CUMP), D. Cremniter, et moi-même avons été missionnés pour accompagner les familles se rendant à Halifax un an après le crash du vol 111.

Ce voyage a été marqué par plusieurs cérémonies intenses et exceptionnelles dans leur forme et leur portée.

- La *cérémonie de sépulture* des restes non identifiés a inauguré le processus de passage de cet ensemble de rituels par un profond état de recueillement de l'ensemble du groupe. L'inscription des 229 noms sur une stèle en pierre a marqué l'inscription des morts sur la terre.
- La *cérémonie du souvenir* a été marquée par le témoignage émouvant du médecin légiste au sujet de la reconnaissance des corps, permettant d'humaniser la violence extrême de cette mort catastrophique.
- La *cérémonie de l'eau* a permis aux familles de se rendre sur le lieu de l'impact. Le toucher de l'eau, là où la mort a frappé, a été un geste de lien et de séparation à forte portée symbolique.
- La *cérémonie officielle* a apporté un signe puissant de reconnaissance de la collectivité aux familles endeuillées.
- La commémoration à la citadelle de Halifax en présence d'une grande partie des habitants, *cérémonie du passage à la lumière*, a considérablement touché les endeuillés en leur permettant de sentir ce passage à l'étape de reconstruction et d'envisager des projets de vie.

Par cette succession de rituels, la communauté des vivants a permis de préparer les endeuillés à la séparation, troisième et fondamentale étape du processus de deuil. Les premières cérémonies ont permis de rendre un hommage aux défunts. Elles ont été suivies de rites d'accompagnement dans une recherche particulièrement appropriée sur le sens de la mise en scène, de la gestuelle, des musiques et des paroles, dans un esprit d'œcuménisme à la fois religieux et laïque, permettant de partager une symbolique commune à toutes les cultures représentées dans le collectif des familles des victimes.

Pour en savoir plus

Bacqué, M. F. (2002). *Apprivoiser la mort*. Paris: Odile Jacob.

Bourgeois, M. (2004). « Les deuils traumatiques ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4(4), 241-248.

Crocq, L. (2003). « L'approche cathartique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 15-24.

Hanus, M. (1997). *Les enfants en deuil*. Paris: Frison-Roche.

Mormont (2004). « À propos du deuil ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4(4), 239-240.

Le soutien psychologique durant le parcours judiciaire de la victime

Deux exemples cliniques

P. Pignol, L.M. Villerbu

La grande majorité des auteurs s'accorde aujourd'hui pour affirmer qu'un événement, pour être traumatique, a ceci de singulier qu'il confronte l'être humain aux confins de ses possibilités d'être et de penser (Crocq, 2003b). C'est pourquoi l'on a pu dire du trauma qu'il était perte de notre illusion d'immortalité : il est tout à la fois rencontre, révélation et franchissement de nos limites humaines d'existence. Cela crée un rapport spéculaire à l'événement, tout projet se trouvant suspendu au dérobement ou à l'effondrement brutal et imprévu de ce sur quoi il prenait appui et qui le rendait possible. L'on comprend alors ce qu'une telle rencontre peut avoir de destructeur pour le sujet qui y est confronté, le contraignant à un travail intérieur singulier, « le travail psychique de victime », si l'on entend par là un travail intrapsychique et intersubjectif imposé par toute expérience psychotraumatique (Pignol, 2005). D'où la question des conditions à mettre en œuvre pour la surmonter ou la dépasser.

Partant, il semble légitime de rechercher des formes nouvelles de prises en charge susceptibles d'offrir un cadre le plus favorable possible à ce travail, parallèlement aux méthodes psychothérapiques traditionnelles et aux aménagements sensibles que certaines d'entre elles ont introduits dans leur cadre et leur approche afin de s'adapter aux singularités des problématiques victimales et psychotraumatiques (Lebigot, 2005). De là l'intérêt à porter à la rencontre entre la justice et les victimes, tant celle-ci joue souvent un rôle important dans leur devenir.

1. Victimes et justice

C'est un des apports essentiels de la victimologie contemporaine de soutenir que l'aide aux victimes a ceci de particulier qu'elle doit se jouer aussi, et souvent surtout, sur une scène qui *a priori* n'était pas conçue pour cela : le judiciaire. Mais autant le processus judiciaire peut dans certains cas avoir des effets extrêmement positifs sur le psychisme des victimes, autant dans d'autres situations il peut être source de souffrances accrues voire de phénomènes de survictimisation, au point que certaines d'entre elles peuvent

après coup se demander s'il n'eût pas mieux fallu ne pas s'y engager en déposant plainte.

C. Damiani (2001, 2003) a bien su montrer ce qui se jouait pour ces victimes et que, moins elles avaient la capacité d'affronter leur réalité interne, plus elles tendaient à combattre sur la scène pénale externe. Il est nécessaire de proposer un travail d'orientation psychothérapique afin de les aider dans leur reconstruction intérieure, parallèlement à un accompagnement socio-judiciaire œuvrant, lui, à la restauration de leur sentiment d'appartenance à la collectivité.

Nous voudrions cependant montrer que, dans certains cas, le parcours judiciaire peut constituer la trame même du travail psychique et lui apporter un certain nombre d'étayages, et que si ce parcours peut en lui-même avoir des effets psychiques positifs dans le retissage des liens de la victime à sa communauté d'appartenance (notamment d'apaiser très sensiblement une culpabilité envahissante), il peut également, par ses questionnements et ses modes d'élaboration propres, aider à ce nécessaire travail sur la scène de la réalité psychique interne.

Cela passe par un dégagement des enjeux sous-tendant le processus judiciaire (Pignol et Gouénard, 2001 ; Pignol, 2005) sous la forme de quatre opérations essentielles constitutives des positions d'auteur et de victime répondant à quatre grandes questions (tableau 33.1).

L'hypothèse est que ces quatre questions entrent en écho profond avec le travail psychique intérieur de la victime qui, en elle-même et pour elle-même, instruit sur sa scène intime son propre procès, y tenant successivement ou simultanément toutes les places et tous les rôles (celui d'auteur, de victime, de juge, d'enquêteur, de témoin, de juré, etc.).

De plus, ce tableau rend possible une lisibilité et une intelligibilité des mouvements psychiques de la victime à l'égard du processus judiciaire, ouvrant ainsi à une véritable clinique du rapport subjectif de la victime à celui-ci. Quatre positions victimales (pathologiques) essentielles s'en trouvent définies selon l'enjeu faisant insurmontablement problème, composant en cela une *typologie des positions victimales*. Ainsi conçu, le

Tableau 33.1. Constitution juridique des positions d'auteur et de victime.

	Différenciation de positions relationnelles	Constitution d'un scénario délictuel des faits
Responsabilité juridique	Qui a fait et voulu quoi ? IMPUTER Plaignant/accusé	Quoi est quoi ? QUALIFIER Faits/qualification
Culpabilité juridique	Qui doit quoi ? RÉPARER Débiteur/créditeur	Quoi coûte quoi ? CONDAMNER Faute/sanction

processus judiciaire devient, dans le cadre de l'entretien psychothérapique, un véritable espace projectif (Villerbu et Pignol, 2006) au sens où il ne prend plus seulement sens de la résolution satisfaisante de l'affaire pour la société, l'auteur et la victime, mais devient un espace d'interpellation, de déplacement et de rejeu du rapport critique de la victime à l'événement : il en rend ainsi possible un travail de représentation et d'élaboration personnelle.

2. Exemples cliniques

Nous allons illustrer ces propos à partir des exemples de deux prises en charge menées dans le cadre d'une consultation hospitalière spécialisée en victimologie/psychotraumatologie.

2.1. Mme Z

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années. Elle s'adresse à la consultation spécialisée suite à une agression, de la part de l'ami d'une de ses « copines ». À la demande de cette dernière, qui voulait quitter son ami et avait peur des réactions de celui-ci, elle se rend à son domicile et, en bas de l'immeuble, se trouve prise dans une altercation entre les deux personnes. Elle tente de s'interposer et reçoit sans savoir d'où il vient un coup violent à la pommette. Choquée, elle s'enfuit dans son véhicule, démarre et se rend compte après un bref temps qu'elle saigne abondamment. La plaie qu'elle découvre alors en se regardant dans son rétroviseur paraît grave ; elle panique mais a le réflexe d'appeler la police puis de se rendre aux urgences. Elle se rend ensuite à l'association d'aide aux victimes locale qui lui conseille de solliciter l'aide d'un psychologue car elle semble gravement perturbée par l'événement.

Lors du premier entretien, elle se présente avec un pansement masquant l'une de ses joues, joue qu'elle tente de cacher avec une mèche de cheveux. Elle relate d'un ton sthénique et de façon logorrhéique ce qui lui est arrivé, puis exprime qu'elle est totalement obnubilée par la cicatrice qui va résulter de ce qui s'est révélé être un coup de cutter et qui altérera de façon insupportable et irréversible « la perfection de son visage ». Elle ajoute aussitôt qu'elle n'est pas dans son état normal pour tenir de tels propos, qu'elle juge inacceptables et déplacés, et qu'elle n'aurait jamais exprimés antérieurement. Cependant, elle précise qu'elle a toujours été très soucieuse de son apparence et s'est toujours attachée à avoir un aspect physique « irréprochable » (notamment aucun défaut sur son visage). Cette blessure est une véritable obsession et elle ne pense qu'au moment où un plasticien interviendra pour lui rendre son visage d'avant et où ce cauchemar cessera. Elle décrit la blessure et la future cicatrice qui en résultera dans leurs moindres détails (épaisseur, largeur, etc.). Elle évoque

également des idées de vengeance difficiles à contrôler, ce d'autant plus que l'auteur présumé est en fuite et risque de ne pas être retrouvé. Elle doute également de la motivation de la police à vraiment le rechercher. Sa conclusion est que, s'il n'est pas retrouvé et puni, elle s'en occupera elle-même. Elle exprime également sa grande réticence à se faire aider, de surcroît par un psychologue, car cela est pour elle synonyme de folie. Un suivi psychologique lui est cependant proposé et elle l'accepte. L'attitude globale du thérapeute a consisté en une écoute empathique accompagnée de reformulations aussi neutres que possibles : il manifeste sa présence mais intervient très peu sur le cours de l'entretien, sans doute en écho aux grandes réticences qu'il ressent effectivement de la part de la patiente à accepter une aide.

Le deuxième entretien se déroule de façon presque similaire et elle revient en détails sur l'ensemble de l'événement. Son ton est cependant à la fois d'autant plus catastrophé et scandalisé (il évoque un état de panique permanent) qu'elle ne cesse depuis d'appeler le commissariat pour savoir où en est l'enquête, et qu'il lui aurait été dit que, vu le peu de gravité des faits, l'auteur ne risquerait qu'une peine minime. La préoccupation pour sa future cicatrice est toujours aussi envahissante.

Elle vient beaucoup plus apaisée au troisième entretien car, dit-elle, l'auteur a été entre-temps arrêté. Elle est moins obnubilée par sa blessure mais celle-ci est soigneusement cachée derrière ses cheveux, car elle dit ne pas supporter qu'on puisse la voir avec un tel visage. À la demande du psychologue, elle accepte de la montrer puis elle lui demande ce qu'il en pense. La réponse sera que la blessure est effectivement laide, mais moins sans doute qu'une semaine auparavant, qu'elle va dégonfler encore considérablement et qu'elle ne doit pas se fier à son aspect actuel qui va encore évoluer. Elle répond avoir honte d'une telle blessure et également de la façon dont elle a été blessée, qui selon elle n'est même pas glorieuse puisque c'était pour aider une copine qui ne l'a même pas contactée depuis, ni pour la remercier de son aide ni pour s'inquiéter de sa santé. Elle attend maintenant avec impatience que l'auteur soit condamné. La teneur de l'entretien est plus centrée sur le caractère inacceptable pour elle de ce qu'elle a subi. Certaines craintes affleurent cependant sur la façon dont l'auteur va s'expliquer et elle craint notamment qu'il ne minimise sa violence.

Deux jours après, elle téléphone en pleine crise d'angoisse pour dire qu'elle vient d'apprendre que l'auteur présumé nie avoir porté tout coup de cutter et affirmerait même que c'est elle qui s'est jetée sur lui ; quant à la blessure, il dit totalement ignorer d'où elle provient et laisserait même entendre qu'elle aurait pu se la faire elle-même. Enfin, « l'amie » qu'elle était venue aider s'est retournée contre elle et a pris fait et cause pour son copain, affirmant que celui-ci n'était pas quelqu'un de violent. La police lui a pourtant dit qu'elle la croyait, mais elle trouve de tels propos insupportables, car

elle ne voit pas pourquoi elle aurait pu inventer de toutes pièces une telle histoire. Ils lui ont cependant demandé de repréciser certains éléments, ce qu'elle a vécu comme un doute supplémentaire quant à sa version. Le thérapeute, jusqu'alors peu intervenant, lui explique alors en détails qu'il n'est pas aisé d'être une victime car, comme pour toute victime, tous les points de son témoignage doivent être vérifiés, ce qui semble constituer une mise en doute systématique de ses propos. Il lui est alors expliqué que l'aveu n'est pas indispensable, qu'il est même insuffisant quand il a lieu, et que l'enquête consiste à prendre chaque point des différents témoignages et à les vérifier méticuleusement un à un. De même, la déposition de l'accusé et celle de son amie seront examinées point par point et, s'ils ont menti, cela apparaîtra très certainement rapidement tant leur version semble peu vraisemblable. Cela semble la rassurer un peu.

À l'entretien suivant, elle se présente beaucoup plus calme. Sa blessure est maintenant « à découvert » (elle ne la cache plus derrière ses cheveux), mais elle est soigneusement maquillée si bien qu'on ne la remarque qu'à peine. La remarque lui en est faite et elle acquiesce. Elle note d'ailleurs que sa préoccupation obsédante pour la cicatrice s'estompe, mais elle se dit maintenant envahie par une haine à l'égard de son agresseur, haine d'autant plus vive qu'il nie toute responsabilité dans sa blessure et qu'il continue de l'accuser de l'avoir agressé. Cette haine est alimentée par le fait qu'elle continue de craindre que la version de son agresseur ne soit celle qui sera retenue. Les échanges vont essentiellement tourner autour des différents types d'éléments qu'une instruction s'attache à recueillir : éléments matériels, témoignages, expertises, etc.

Le dernier entretien (à ce jour c'est le dernier) la voit arriver dans une attitude triomphante, un grand sourire sur le visage. Après une série de recoupements, il se trouve que l'auteur est un « agresseur en série » déjà recherché pour plusieurs agressions notamment à caractère sexuel, et c'est grâce à sa plainte que la police a pu faire le rapprochement entre son affaire et les autres restées jusqu'alors irrésolues. Sa satisfaction tient à ce que la preuve est enfin faite qu'il est un homme extrêmement violent vu les agressions antérieures dont il est l'auteur présumé ; sa relation des événements dont elle a été victime est enfin, selon elle, définitivement validée. Elle dit avoir retrouvé son état habituel, même si elle reste inquiète de la cicatrice qui lui restera de cette affaire, et elle estime ne plus avoir besoin d'aide pour l'instant.

Elle se manifeste cependant quelques semaines plus tard pour demander une attestation de suivi psychologique (voir [Pignol et Villerbu, 2007](#)), ce qui est fait. À cette occasion, elle affirme que tout va bien, ce que son attitude et son ton semblent confirmer, et que pour elle cette histoire est déjà du passé.

Dans cet exemple, la victime semble cheminer avec ses propres ressources, s'appuyant sur le déroulement de l'enquête d'une part, et sur l'évolution

positive de sa blessure d'autre part (même si c'est pendant un certain temps au prix d'une panique déstructurante), si bien que le psychologue semble être essentiellement là comme témoin de ces mouvements sans avoir à développer d'interventions très actives. Le travail d'accompagnement – et c'est sans doute de cela dont elle avait le plus besoin et ce pourquoi elle viendra assidûment aux rendez-vous malgré ses premières réticences – va être de la suivre et de la soutenir dans son positionnement comme victime, non pas tant en la rassurant sur sa crédibilité qu'en lui donnant des éléments de réalité sur lesquels s'appuyer pour y parvenir, éléments pris dans les propos qu'elle tient sur elle-même (la blessure, sa version des faits), la conduite de l'enquête venant comme illustration de ce procédé d'autofiaiblissement.

Mais quelle lecture de cette situation clinique le schéma nous apporte-t-il ?

Il fait d'abord apparaître un parcours intérieur fait du vécu subjectif par la victime du parcours judiciaire. Ce parcours suit en parallèle une chronologie qui n'a rien à voir avec celle de ce dernier, puisqu'il commence par une préoccupation envahissante à l'égard de la blessure et du préjudice esthétique et moral qui en résulte, puis par la crédibilité accordée à sa version des faits et à celle de l'auteur et de son amie, pour s'achever sur la responsabilité avérée de l'auteur présumé. Ensuite, chacun de ces enjeux est investi sur un mode particulier, faisant de ce parcours un véritable espace projectif : 1) la blessure, trace possible d'un préjudice personnel pouvant ouvrir à réparation, tend à se faire le stigmate visible par tous de sa propre faute dans l'événement ; 2) sa propre version des faits se trouve contestée de façon insupportable, et c'est l'accusé que l'on va finalement croire ; 3) au moment de l'issue finale, la responsabilité de l'accusé semble enfin acquise, ce qui lui apporte un apaisement surprenant.

Enfin, il en ressort l'hypothèse générale suivante : l'ensemble de son parcours, et c'est ce qui permet de rendre compte de la nature et de la forme de celui-ci, était sous-tendu par *l'angoisse d'une réversibilité des positions d'auteur et de victime*, et plus précisément par le risque toujours présent qu'un plaignant ne devienne accusé, angoisse qui s'est jouée successivement sur trois enjeux différents du parcours judiciaire. Il semble que ces déplacements symptomatiques aient cessé lorsque le réel est venu offrir des garanties suffisantes quant à sa position de victime, l'auteur étant bien un auteur avéré, même s'il s'agissait d'autres faits. Cependant, le fait que la disparition de l'état victimal soit tant liée au déroulement (positif pour elle) du processus judiciaire laisse craindre qu'il ne s'agisse pas d'une véritable résolution.

2.2. Mme K

Cette situation est celle d'une femme victime d'une agression physique (coups de poings) et verbale de la part d'un automobiliste « mécontent » qu'elle l'ait klaxonné après qu'il lui eut fait une « queue de poisson ».

Lors du premier entretien, 10 jours après l'événement, elle se présente dans un état de grande perturbation émotionnelle sous-tendue par un syndrome de répétition (Crocq, 2004) déjà bien installé et qui ne lui laisse que peu de répit¹. Son premier récit spontané de l'événement est décousu, lacunaire et entrecoupé de nombreux pleurs et sanglots. Elle se fait en outre de très nombreux reproches quant à son état qu'elle vit comme insupportable et qu'elle juge également comme un signe de faiblesse inacceptable. Elle dit avoir déposé plainte, être allée en médecine légale où une interruption totale de travail (ITT) supérieure à 10 jours a été notifiée, puis à l'association d'aide aux victimes qui lui a notamment conseillé une aide psychologique spécialisée. Un premier travail de verbalisation à forme de débriefing psychologique à visée cathartique (Crocq, 2003a) a pu être entrepris, qui a conduit à un apaisement certain. Cette première verbalisation guidée a fait apparaître un élément qu'elle n'avait pas spontanément mentionné et qui évoque un moment d'effroi (Lebigot, 2002) : un instant, elle a craint qu'un coup-de-poing n'atteigne mortellement le bébé qu'elle croyait alors avoir en elle.

Vu l'intensité des troubles, l'entretien se conclut sur la proposition d'une prise en charge psychologique qu'elle semble accepter comme une véritable bouée de sauvetage.

La tonalité du deuxième entretien est plus calme mais également plus dépressive. Elle ne se reconnaît pas et se vit comme sur une corde raide, craignant de s'effondrer à tout moment. C'est l'occasion de revenir sur certains aspects du déroulement de l'événement, toujours dans l'esprit d'un débriefing. Mais l'essentiel de l'entretien est consacré à rechercher des modes de gestion personnels et relationnels (comment se faire aider et par qui ?) de la situation qui reste au quotidien difficile à assumer : elle n'a pu s'arrêter de travailler que quelques jours, a des enfants à charge, dort très mal, est irritable et pleure à la moindre occasion, tout est effort à la limite du surmontable. Des difficultés au travail, jusqu'alors assumées sans trop de peine, prennent un tour problématique (notamment une relation de travail qu'elle vit maintenant presque comme un harcèlement), et il faut analyser finement la situation avec elle pour ébaucher certaines solutions qu'elle puisse mettre en œuvre.

En outre, la peur d'une nouvelle agression l'envahit dès qu'elle est en voiture, même si ce n'est pas elle qui conduit (son mari doit maintenant l'emmener au travail car elle ne peut plus repasser seule sur les lieux de l'agression et aucun autre trajet n'est possible).

Elle relate également le cauchemar suivant, témoignant pour le moins de ses craintes quant à l'avenir : elle est dans une banque avec ses enfants quand un hold-up se déroule. Sa fille prend une balle en pleine cage thoracique. Elle

1. De larges extraits de cet entretien ont déjà été publiés (PIGNOL et VILLERBU, 2007).

la voit ensuite à l'hôpital « branchée de partout », entre la vie et la mort. Le médecin confirme que le pronostic est réservé.

Des autoreproches et une autodépréciation s'expriment de plus en plus nettement relativement à son incapacité de faire face à une agression qu'elle considère maintenant comme peu grave puisqu'elle n'a pas été blessée. Elle reste cependant en attente anxieuse de nouvelles de la police qui ne semble toujours pas avoir retrouvé l'agresseur, ce qui l'inquiète beaucoup (elle craint en fait que ce soit lui qui ne la retrouve et ne l'agresse encore pour se venger de sa plainte).

Les troisième et quatrième entretiens se déroulent de façon similaire. Elle est plus apaisée, dit parvenir à mieux gérer ses émotions au quotidien, bien qu'un événement l'ait entre-temps perturbée et ait fait resurgir des cauchemars de répétition : un collègue de travail l'a verbalement agressée et elle s'est écroulée en sanglots sans pouvoir se défendre. Bien qu'atténuées, les peurs en voiture la gênent énormément (elle est maintenant obligée de se rendre seule à son travail). L'impression générale est qu'elle est parvenue à se ressaisir et à reprendre en main sa situation, mais que le trauma est toujours actif, comme une faille intérieure qui la fragilise et la coupe d'elle-même.

Un nouveau retour détaillé sur l'événement fait apparaître un élément jusque-là scotomisé : c'est une faute de conduite de sa part à elle (elle était sur une mauvaise file) qui a été à l'origine de la queue de poisson de l'agresseur. Elle se demande alors de façon angoissée si tout n'est finalement pas de sa faute. Il lui est alors conseillé de se rendre à la police pour demander s'il s'agit bien d'une infraction, de l'éventuel coût de l'amende sanctionnant celle-ci, et d'en payer le montant si elle le souhaite. Elle rapporte la fois suivante avec un petit sourire qu'elle n'a pas suivi le conseil car son mari n'était pas d'accord ! Cette intervention, qui peut s'apparenter à une prescription de symptôme (*Watzlawick et al., 1975*), avait pour objectif de réintroduire des critères d'évaluation de sa propre responsabilité (en termes d'écart et de coût de celle-ci), et en creux de celle de l'auteur, en un moment où les autoreproches prenaient un tour de plus en plus envahissant et semblaient progressivement la paralyser.

Elle vient au cinquième entretien dans un état d'effondrement similaire à celui de la première rencontre, auquel s'ajoute une colère sans bornes et un sentiment « de honte de ce que je peux ressentir ». En pleurs, elle relate qu'elle a été informée de la décision du procureur de traiter l'affaire en médiation pénale et qu'on lui a demandé « d'évaluer son préjudice » pour la semaine suivante. L'espoir d'un jugement et d'une condamnation « même toute petite, pour qu'on l'ait entendue, que ce soit reconnu et qu'on lui signifie qu'il n'avait pas le droit » s'est effondré. Elle a appris de plus que l'auteur était un récidiviste. Étant littéralement ulcérée par cette décision, elle a pu entre-temps prendre conseil et a trouvé un avocat, car

elle est décidée à tout faire pour contester cette décision. Une attestation de suivi détaillant en outre les troubles présentés est rédigée à sa demande. L'entretien tourne essentiellement autour du caractère peu compréhensible et choquant de cette décision, au regard notamment de l'importance de l'ITT initiale.

La rencontre suivante la voit plus apaisée, mais plus abattue, dans la mesure où elle pense avoir fait tout ce qu'il était en son pouvoir de faire. Reste à en attendre les résultats. Revenant sur sa désillusion, elle ajoute presque en passant qu'elle est extrêmement déçue par ses parents dont elle attendait qu'ils fêtent son anniversaire par une soirée au restaurant, ce qu'ils n'ont pas fait.

Cette ouverture sur des aspects plus personnels mais suivant un thème sous-jacent commun, celui semble-t-il de l'injustice, inspire la remarque suivante au thérapeute : « Je sais bien que la décision du procureur a été un coup très dur, mais vous y avez réagi vraiment fortement. Est-ce que, par hasard, vous n'auriez pas déjà été victime d'injustices par le passé ? » Sa première réaction est la surprise et le rejet de cette hypothèse. Mais peu à peu elle évoque son statut d'enfant adoptée, son sentiment d'infériorité vis-à-vis de ses frères et sœurs adoptifs, malgré un traitement parfaitement égalitaire de tous les enfants et, au contraire dit-elle, un grand sens des valeurs et une grande rigueur morale de la part de ses parents adoptifs. Elle en donne un exemple (c'est ainsi qu'elle qualifie ce qui suit) qui l'a beaucoup marquée et auquel elle a longtemps repensé avec douleur et humiliation : au collège, elle a un jour été giflée par un enseignant devant toute sa classe. Bouleversée, elle a relaté l'événement à ses parents qui, ayant apparemment des doutes, ne sont pas intervenus auprès du collège. M'assurant que cette gifle avait été absolument réelle, elle ajoute qu'il leur faut presque des preuves pour qu'ils admettent certaines choses qu'ils ont du mal à concevoir et à accepter. Elle en donne plusieurs autres exemples, dont certains récents. Il lui est fait remarquer que si la gifle a bien été réelle, leur réaction a dû être très difficile à vivre puisque cela revenait à ne pas du tout croire en sa parole.

Les deux entretiens suivants, qui seront les derniers, la voient émerger très rapidement de l'envahissement traumatique dans lequel elle se trouvait. Elle en est d'autant plus surprise qu'elle se sent même mieux qu'avant l'agression, comme libérée de quelque chose de lourd qu'elle traînait derrière elle sans véritablement s'en rendre compte, laissant à penser qu'une authentique catharsis s'est opérée (Crocq, 2003a) non seulement par rapport à l'agression, mais aussi par rapport à des aspects anciens de son histoire. L'on peut alors penser que la question du thérapeute a agi comme une interprétation-élaboration dans la mesure où elle a rendu explicite un pan jusque-là non conscient de son histoire et, ce faisant, a permis à la patiente de s'en dégager.

Doit-on pour autant penser que ce sentiment ancien aigu d'injustice constituait un facteur prédisposant au vécu traumatique de l'agression ? Ce serait confondre vécu traumatique de l'événement et vécu victimal du parcours : c'est ce dernier qui ouvre un accès à cette dimension de son histoire, et non son vécu traumatique de l'événement. En quoi l'explicitation de cet axiome lui permet-elle de se dégager du trauma est une autre question...

D'un commun accord, le suivi est suspendu sous réserve de le reprendre ultérieurement en cas de nécessité, ce qui, 2 ans après, ne s'est pas produit.

Pour en savoir plus

- Crocq, L. (2003a). « L'Approche cathartique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 15-24.
- Crocq, L. (2003b). « Stress et trauma ». *Le Journal des Psychologues*, 206, 8-12.
- Crocq, L. (2004). « Le Syndrome de répétition. Formes cliniques et signification ». In L. Crocq, & P. Bessoles (Eds.), *Victime-Agresseur, 4 : Récidive, réitération, répétition. Lien d'emprise et loi des séries*. Nîmes: Champ Social.
- Damiani, C. (2001). « Psychothérapie post-traumatique et réparation ». In F. Marty (Ed.), *Figures et traitements du traumatisme* (pp. 103-134). Paris: Dunod.
- Damiani, C. (2003). « Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 55-58.
- Lebigot, F. (2002). « L'Effroi du traumatisme psychique ; le regarder en face ou s'en protéger ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2(3), 139-146.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris: Dunod.
- Lebigot, F., Damiani, C., & Mathieu, B. (2001). « Débriefing psychologique des victimes ». In M. De Clercq, & F. Lebigot (Eds.), *Les Traumatismes psychiques* (pp. 163-187). Paris: Masson.
- Pignol, P. (2007). « Qu'est-ce qu'un auteur... pour une victime ? ». *Colloque « Auteurs et victimes. Autour de l'œuvre de L. Crocq »*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes 2.
- Pignol, P., & Gouénard, D. (2007). « Être victime. Travail de victime et accompagnement psychojudiciaire ». *Colloque Temps Psychique, temps judiciaire, Rennes, déc. 2001*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes II.
- Pignol, P., & Villerbu, L. -M. (2007). « L'Entretien clinique en victimologie ». In O. Douville, & B. Jacobi (Eds.), *13 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Paris: Dunod.
- Villerbu, L. -M., & Pignol, P. (2006). « La Médiation projective : des techniques projectives à la guidance projective ». In O. Douville (Ed.), *Les Méthodes cliniques en psychologie*. Paris: Dunod.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris: Le Seuil.

34 Lucy : de l'utilisation de la boîte de jeu lors de l'accueil d'une enfant traumatisée par la guerre

J.-P. Gandelet

Nous présentons ici un exemple d'utilisation de la mallette d'urgence médico-psychologique pour intervention auprès d'enfants traumatisés, ou « boîte à médiations portable » (Hariki et Gandelet, 2006).

1. La « boîte à médiations portable »

La multiplication en France et à l'étranger, depuis la création des Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) en 1997 (Crocq, 1998), d'événements accidentels (cars scolaires) ou autres (suicide, prises d'otages dans des écoles, etc.), de catastrophes (tremblements de terre, tsunامي, etc.) et de conflits armés (Bosnie, Côte d'Ivoire, Liban, etc.) impliquant des enfants, a incité les équipes à se doter d'un matériel adapté et à conceptualiser son utilisation. L'usage « tout terrain » des missions de la CUMP nous a fait préférer des jouets se caractérisant par : 1) l'universalité (public de cultures diverses) ; 2) la simplicité, permettant une polyvalence en fonction des âges ; 3) la maniabilité, pour un usage facile dans le jeu quel que soit l'état de l'enfant ; 4) la solidité, pour ne pas à avoir à les renouveler après chaque mission, et aussi pour ne pas confronter symboliquement l'enfant à l'épreuve d'une nouvelle destruction dans le réel.

Nous avons exposé au chapitre 22 l'intérêt du « jeu thérapeutique » pour aider les enfants traumatisés à sortir du chaos émotionnel et reprendre ensuite, après une telle épreuve, le cours de leur existence. Mais l'utilité évidente de cet outil ne doit pas faire oublier que, comme tout instrument thérapeutique efficace, le maniement du jeu dans de telles circonstances, avec un enfant perturbé par son trauma, comporte aussi des dangers. Les soignants ont donc le devoir de respecter un certain nombre de précautions pour appliquer le principe conditionnel à tout soin : « *primum non nocere* ». Ayant à cœur de ne pas aggraver la souffrance psychique des enfants qu'ils prennent en charge, ils auront alors l'opportunité, au prix de ces précautions, d'instaurer un espace ludique dans lequel se développera une relation transférentielle à la vocation thérapeutique affirmée (qui n'a en commun avec le jeu-loisir que l'apparence).

Il faut toujours avoir à l'esprit, dans de tels contextes, que nous allons laisser une trace de notre passage dans l'existence de l'enfant, lequel peut la réinscrire dans la parole, le sens et, ainsi, voir relancé son espoir en l'humain. À l'inverse, l'amateurisme et le défaut de précautions peuvent enfoncer sévèrement et durablement l'enfant dans la dynamique de répétition inconsciente du malheur et aggraver sa perte de confiance dans l'humain secourable. C'est en effet un appareil psychique encore blessé qui est confié au soignant, et si l'emploi de médiations thérapeutiques s'inscrit à juste titre dans cette démarche de prudence, il est fondamental pour en préserver l'utilité d'appliquer quelques principes de base issus de la théorie et confirmés par l'expérience de terrain :

- ne pas obliger l'enfant à dire ou à faire au gré de la conviction du soignant ;
- ne jamais le forcer à parler alors qu'il tente de censurer le récit de sa souffrance pour préserver l'intégrité de son interlocuteur ;
- ne pas lui suggérer trop activement de représenter des choses que les inhibitions défensives maintiennent encore à cet instant hors de la conscience (risque d'intrusion angoissante) ;
- rester très vigilant sur la mobilisation possible d'émotions trop envahissantes par certains supports (matière informe de la pâte à modeler, pulsionnalité violente déployée dans un dessin ou un jeu dans un état d'excitabilité excessive de l'enfant) ;
- lutter contre la fascination opérée par ce réel issu du trauma que l'enfant offre au regard ; l'horreur du réel ébauché dans un dessin ou un jeu traumatique risque parfois d'engloutir l'enfant lui-même, mais aussi de captiver et de déstabiliser le soignant spectateur si celui-ci n'interpose pas le « tiers » du langage.

Une visite dans une des grandes enseignes de distributeurs de jouets qui fleurissent actuellement pourrait nous faire douter de notre connaissance de la pensée de Winnicott tant sont implicitement ou parfois explicitement vantées les vertus transitionnelles des jouets mis sur le marché. C'est oublier un peu vite que si le matériel concret joue un certain rôle dans la relation thérapeutique, ce n'est jamais l'objet lui-même qui est magiquement transitionnel mais l'utilisation qu'en fait l'enfant. Penser que l'optimisation du matériel de jeu offert à l'enfant va améliorer la relation thérapeutique ou, pire, la créer reviendrait à juger la compétence d'un clinicien à la qualité du stylo qui lui sert à prendre ses notes...

D'ailleurs, rappelons-nous qu'il peut y avoir du jeu sans objet-jouet (jeu purement imaginaire ou avec le corps chez les bébés) ou avec des objets infimes (chiffon, brindille, ficelle, etc.). L'exemple de la bobine du petit-fils de Freud permet de mesurer l'absence de corrélation entre la fonction symbolique du jeu qui est créé par l'enfant et la sophistication du jouet. Sinon, il aurait peut-être fallu attendre l'ère des Tamagochis et des jeux vidéo pour

que la découverte du « for-da » (Klein, 1929) nous éclaire sur la place du jeu dans la figuration de l'absence dans l'imaginaire de l'enfant. C'est avant tout l'ajustement à l'âge de développement de l'enfant qui doit guider le choix des jouets que l'on va lui présenter. Dans la mesure du possible, on proposera aux tout petits des jouets solides, inoffensifs et plutôt colorés. On laissera les plus grands suivre leur inspiration, sans en limiter le choix.

La diversité des situations rencontrées lors des interventions médico-psychologique d'urgence (Crocq, 1998) a confronté les équipes à la prise en charge d'enfants choqués ou traumatisés dans des contextes de tous ordres. Les enfants ont été accueillis dans des lieux et avec des moyens matériels très différents : lieu de soins, bureau improvisé, gymnase, hall d'aéroport, voire en pleine nature. Cette expérience acquise avec les enfants lors d'événements accidentels (cars scolaires, suicide, prises d'otages dans des écoles, etc.), de catastrophes (tremblements de terre, tsunami, etc.) et de rapatriement (Côte d'Ivoire) impliquant des enfants parfois en très grand nombre, a incité certaines équipes à se doter d'un matériel adapté. Nous avons tenté d'en définir un contenu et, à partir de son utilisation sur le terrain, d'élaborer une réflexion (Hariki et Gandelet, 2006). Hormis leur compacité imposée par la nécessité de transport, les jouets utilisés par les équipes constituent une offre standard qui peut servir de base à la composition d'un « kit de médiations thérapeutiques » s'adaptant à la majorité des situations de consultation en individuel ou en groupe.

Notre version de cette sorte de boîte à outils progressivement enrichie au fil des missions impliquant de jeunes enfants, souvent en groupe, comporte les objets suivants :

- quelques poupées (trois ou quatre), dont une blanche et une noire, une poupée garçon et une poupée fille, représentant des adultes et un enfant ;
- une famille d'animaux (lapins ou ours) constituée de deux parents et de deux ou trois enfants, dont un bébé ;
- des animaux « méchants » comme un crocodile, un loup, un requin ;
- un éventail de petits personnages articulés (style Playmobil®) : une famille, des sauveteurs (pompiers, médecin, infirmière), des policiers ;
- des petites voitures dont une ambulance, un camion de pompiers, des véhicules militaires et de police ;
- du matériel pour dessiner : crayons de couleurs, feutres et feuilles blanches ;
- de la pâte à modeler ;
- quelques livres d'images très simples mettant en scène les émotions de base (peur, tristesse, colère) et la perte d'êtres chers (animaux de compagnie).

La particularité des missions de terrain a imposé certaines caractéristiques aux jouets choisis : simplicité, maniabilité, solidité.

En ville, ce « kit » de base pourra se compléter de matériaux élémentaires comme le sable, l'eau, la terre à modeler, etc., à l'intention des enfants plus

jeunes ou de ceux qui sont encore trop inhibés ou au contraire trop excitable pour aller vers des activités plus mobilisatrices au niveau pulsionnel. On pourra aussi, en dehors des interventions extérieures, ménager dans le lieu d'accueil de l'enfant des pôles d'attractivité thématique (théâtre de marionnettes, dînette, marchande) constituant des supports propices aux mises en scène imaginaires et activant le plaisir à jouer. Il suffit de peu de moyens matériels pour entrer en contact par le jeu avec un enfant traumatisé. Mais si la qualité même des jouets ne semble pas intervenir dans ce type de contexte, les recherches anglo-saxonnes (Bion, 1979 ; Smith et Konnolly, 1980) portant sur des groupes d'enfants montrent que l'aspect matériel joue néanmoins un rôle important. On s'est par exemple rendu compte des points suivants.

Une grande quantité de jouets, dans un espace vaste, réduit les interactions et les conflits entre les enfants. Cette raréfaction des échanges et des contacts physiques au profit de l'investissement des objets est un frein à la dimension de socialisation. Lorsque le nombre d'enfant est élevé, elle peut au contraire améliorer le retour au calme et la facilité de prise en charge.

Les espaces fermés et organisés en petites zones favorisent les activités soutenues dans la durée et les échanges par le jeu. Les enfants choisissent d'ailleurs spontanément les espaces circonscrits par des cloisons ou des angles, dans une recherche d'enveloppe matérielle contenant et protectrice.

Si on organise des pôles d'attractivité avec du matériel (coin dînette, marchande), les enfants s'y concentrent et établissent des échanges entre eux, sans recourir aux adultes. En l'absence de ces aires de jeux organisées, les enfants s'éparpillent un peu partout dans l'espace et recherchent les zones de présence des adultes.

Toutes ces études démontrent que plus les enfants sont angoissés et en détresse, plus la proximité des adultes et le contact visuel avec eux, la présence de limites matérielles des zones de jeu et la quantité des jouets disponibles leur seront nécessaires pour investir les espaces ludiques. Ces constatations expérimentales peuvent guider chaque thérapeute dans l'organisation des espaces d'accueil et de jeu des enfants traumatisés.

Nous avons largement développé l'intérêt du « jeu thérapeutique » pour aider les enfants traumatisés à sortir du chaos émotionnel et reprendre ensuite, après une telle épreuve, le cours de leur existence. Mais l'utilité évidente de cet outil ne doit pas faire oublier que, comme tout instrument thérapeutique efficace, le maniement du jeu dans de telles circonstances avec un enfant comporte aussi des dangers. Les soignants devront être très attentifs au rythme et à la fragilité des enfants qui leur sont confiés. Ils auront donc à respecter un certain nombre de précautions pour ne pas aggraver la souffrance psychique de ces enfants. Ils doivent en particulier s'interdire : d'obliger l'enfant à jouer, de choisir le jeu à sa place, de trop le

stimuler ou trop le limiter, de parler et interpréter à sa place, de suggérer de manière intrusive, d'empêcher l'expression des émotions. En revanche, il faut contenir les émotions trop débordantes, limiter la répétition stéréotypée dans le jeu, accompagner avec bienveillance son agitation, limiter une excitation excessive, autoriser l'expression des émotions (tristesse, colère, angoisse, etc.).

2. Lucy

Pour illustrer notre réflexion, nous allons rapporter l'observation de Lucy, une fillette libanaise de 7 ans, prise en charge par des membres de la CUMP à l'issue de son rapatriement de Côte d'Ivoire, en novembre 2004. À son arrivée, au PUMP, Lucy marche agrippée si étroitement à sa mère qu'elle manque de la faire tomber en s'approchant de nous, dans une recherche de contact fusionnel total marquant une angoisse extrême. Cette mère ne prononce aucune parole, subissant passivement la proximité de sa fille dont on ne sait trop qui soutient qui, dans cet enlacement frénétique donnant un aspect surprenant d'image photographique restée figée dans la posture d'un instant, hors du temps, hors de l'espace et hors des mots.

La mère comme la fille ne parlent pas spontanément. Seule la mère répond laconiquement à quelques questions simples, tout en gardant une mimique fermée et une gestuelle réduite au minimum. La réaction de stress a manifestement été massive pour toutes les deux. Nous leur proposons de venir s'asseoir. Nous leur tendons des boissons, mais elles restent collées l'une à l'autre, sans un mot, répondant par des hochements de tête, nous faisant douter de leur compréhension de la langue. Un soignant attentif a alors l'opportunité de croiser un regard de Lucy sur l'ambulance au milieu des jouets disposés devant elle sur un tapis. « Tu veux jouer ? » Sans un mot, Lucy interroge sa mère du regard et, son approbation obtenue d'un hochement de tête, elle descend de ses genoux pour s'installer à ses pieds, le soignant faisant de même en face d'elle. La tension, palpable par chacun, tombe d'un coup. La fillette commence à se saisir de différents jouets, passant au début de l'un à l'autre sous le regard de sa mère, qui finit par dire : « Tu as vu, c'est la même ambulance que la tienne à la maison... ! » L'hypothèse se lève à cette parole, et Lucy commence à enchaîner des scènes imaginaires, progressivement enrichies, et commentées de quelques mots, en s'adressant alternativement à sa mère et au soignant. Par moments, elle tend à l'un et à l'autre un jouet, puis leur reprend, ou leur demande de participer par un geste à la scène imaginaire, au début très pauvre et mécanique, en décalage évident avec son âge et son niveau de développement.

Le dialogue s'installe peu à peu entre la mère et des membres de l'équipe, son attention anxieuse sur sa fille se relâchant sensiblement. Lucy, à ses pieds, joue avec le soignant qui s'est assis devant elle. Nous apprenons, à

mesure que la parole s'installe et que les mots viennent illustrer les scènes jouées par Lucy, que le père est resté sur place, n'ayant pu monter dans l'hélicoptère. Il avait déjà aidé sa fille, puis sa femme pour l'hélicoptère, mais s'étant blessé à une main en barricadant la salle de bains de sa maison, il n'avait pas eu la force de monter. « Papa est trop gros, il était trop lourd pour l'hélicoptère... On serait tombés... Je crois qu'il a fait exprès de pas monter... » lâche Lucy en s'effondrant en larmes, convaincue du sacrifice volontaire de son père. Dans le scénario qu'elle déroule, elle figure un hélicoptère avec une ambulance surmontée d'une paille en plastique qu'elle fait tourner comme des pales tout en mimant le bruit de l'air brassé et du moteur. La scène renaît sous nos yeux. Lucy attrape une poupée noire en mêlant des slogans anti-occidentaux, entendus depuis des semaines, aux bruits de l'hélicoptère. Lucy hurle des insultes, ponctuées de « à mort » et de « papa... viens vite ». À cet instant, son regard se perd dans la fascination des éprouvés visuels, auditifs et probablement de tous ses sens, de la reviviscence de l'effroi. Puis sa parole s'absente et seuls restent les mouvements circulaires qu'elle imprime à l'hélicoptère. La mort est là, sous ses yeux, la sienne, celle de son père, entrevues un instant dans cette scène d'angoisse insoutenable. La maman fond en larmes et, prise dans son émotion, ne peut venir en aide à sa fille. Il faut un effort intense du soignant pour ne pas se laisser gagner lui aussi par l'émotion de la scène et continuer à entourer Lucy de sa présence apaisante et de sa parole pour endiguer l'angoisse de la fillette et interposer le tiers parlant dans le jeu répétitif qui commence à s'installer. Il reformule seulement ce qu'elle a montré en rappelant la continuité temporelle : « Tu devais avoir très peur pour ton papa... et pour toi un peu avant. Mais ici tu es en sécurité ». Et : « As-tu des nouvelles de ton papa ? » Lucy semble se réveiller d'un rêve, comme si elle ne comprend pas la question. Après quelques instants, la réponse vient dans la réalité rétablie de l'ici et du maintenant : « Oui, il a envoyé un SMS à maman tout à l'heure, il va essayer de venir ici demain... » La mère confirme ensuite ce fait que Lucy a occulté au niveau conscient, encore trop envahie par les émotions vécues et la culpabilité d'avoir abandonné son père au danger de mourir. On comprend mieux alors le collage frénétique à sa mère comme pour ne pas risquer de la lâcher autant que d'être lâchée par elle dans un double mouvement psychique terriblement intense de culpabilité et d'angoisse d'abandon.

Cette courte séquence de vie d'une mère et de sa fille confrontées à l'effrayante réalité de la violence des hommes, nous a paru illustrer parfaitement la difficulté que peut éprouver un enfant après une telle expérience à revenir spontanément dans le langage qui ordonne le monde pour chaque sujet, mais qui le confronte aussi à la réalité de ce qu'il éprouve. Il y revient d'autant moins facilement que ses appuis naturels que sont les parents se sont absentés physiquement (son père) ou psychologiquement (sa mère), et le

laissent seul face à l'étendue de son angoisse et de la douleur de se représenter les « objets perdus » au sens freudien du terme.

L'étayage et même la suppléance momentanée apportée à Lucy par l'équipe de la CUMP ont contribué à réagencer dans son appareil psychique ces objets épars mêlés à des sensations brutes et intenses. Ainsi s'est « réinitialisée » une continuité dans le temps, l'espace et le sens de son histoire, lui permettant au passage de se libérer d'un trop-plein d'affects massivement clivés par le choc. Il s'agissait de restaurer la fonction de sa parole et de tenter, dans cette sorte de « sas de sécurité », un premier effort de mise en souvenir de ce qu'elle avait vécu.

Pour conclure, il convient de ne jamais perdre de vue que la médiation n'est pas soignante par elle-même et qu'elle ne doit donc pas être utilisée pour rassurer défensivement le soignant qui se sent démuni, ou participer à sa fascination de détenir un outil magique en lieu et place d'une véritable compétence professionnelle et humaine dans des contextes aussi exigeants que les circonstances post-traumatiques précoces. Proposer à un enfant traumatisé de jouer ou dessiner ne se résume pas à l'étude de ce qu'il met en scène dans le regard d'un témoin. Au-delà du contenu de ce qu'elle va dévoiler au clinicien et au thérapeute, la séance de jeu offre le prétexte à une rencontre singulière entre un enfant qui a vécu une expérience impensable (impossible à penser) et indicible (impossible à dire), et un adulte qui se tient prêt à écouter et à recevoir le témoignage de cette expérience, en respectant le rythme de sa mise en parole au gré de ce qu'il va créer dans le jeu. L'enjeu primordial de la première rencontre médiatisée avec l'enfant choqué ou traumatisé est avant tout le rétablissement d'un sentiment de continuité à exister, qui s'est interrompu lors de la rencontre effrayante et inélaborable avec le réel de la mort. Par la suite, l'utilisation du jeu dans l'espace du transfert (Lebigot, 2001) continuera à offrir à l'enfant un lieu et un temps symboliques pour l'aider à se relancer dans sa trajectoire de vie.

Pour en savoir plus

- Bailly, L. (2001). « Traitement des psycho-traumatismes de l'enfant ». In M. De Clercq, & F. Lebigot (Eds.), *Les Traumatismes psychiques*. Paris: Masson.
- Bion, W. R. (1979). *Éléments de psychanalyse*. Paris: PUF.
- Crocq, L. (1998). « La Cellule d'urgence médico-psychologique ». *Annales Médico-Psychologiques*, 156(1), 48-53.
- Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris: Le Seuil.
- Freud, A. (1975). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris: PUF.
- Gandelet, J. -P., & Hariki, S. (2006). « Destin à l'adolescence du traumatisme psychique de l'enfant ». *Journal des Professionnels de l'Enfance*, 40, 65-68.
- Hariki, S., & Gandelet, J. -P. (2006). « La Valise d'urgence médico-psychologique pour enfant, une boîte à médiation portable ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4(6), 221-230.

- Klein, M. (1929). *La Personnification dans le jeu de l'enfant. Essai de psychanalyse*. Paris: Payot, 1968.
- Lebigot, F. (2001). « Destin d'un traumatisme psychique de la petite enfance : à propos d'une observation ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(2), 121-128.
- Smith, P., & Konnolly, K. (1980). *The ecology of preschool behaviour*. Cambridge: Cambridge university Press.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

Index

A

Abandon, VII, 106, 147, 149, 165, 176, 177, 197, 237, 238, 249, 271, 293
– abandonnique, 292
Abréaction, 30, 131, 139, 183, 199, 245, 247
Abus sexuels, 64, 69
Accompagnement, 254, 263, 316
– psychologique, VII
Action
– automatique, 88
– psychothérapique, 189
– thérapeutique, 186
Adolescence, 53, 58, 60, 106, 271, 281, 286
AEMN, 305
AEMO, 305
Agitation, 21, 88
Aggression, 7, 17, 24, 64, 113, 175, 176, 180, 198, 315
– agressé, 199
– agresseur, 65, 199
– en série, 315
– microagressions, 9
– physique, 1
– sexuelle, 66, 236, 260, 304
– verbale, 65
Agressivité, 56, 57, 117
Alliance thérapeutique, 204, 205
Amnésie, 67
Anéantissement, 13, 295
Angoisse, 75, 109, 117, 170, 172, 198, 226, 236, 237, 243, 247, 251, 261, 282, 284, 294, 309, 316
– angoissés, 287, 324
– crise d', 43, 105, 314
– d'abandon, 105, 139, 326
– d'anéantissement, 13
– de castration, 13
– de mort, 107
– de perte
– de satisfaction, 13
– d'objet, 13

– de séparation, 54
– dépressive, 262
– état d', 107
– réveils angoissés, 31
– signaux d', 234
Anxiété, 70, 106, 212, 214, 318, 325
– de séparation, 247
– gestion de l', 204
– phobique, 29
– psychique, 21
Anxiogènes, 207
Anxiolytique, 269
Apprentissage, 205
Association(s), 131, 213, 216, 222, 224, 283
– d'aide aux victimes, 253, 254, 256, 313, 317
– de victimes, 256, 258
– humanitaires, VII
– Inavem, 253, 258
– mnésiques, 215
– Paris aide aux victimes, 255, 256
Associations d'idées, 11
– capacité associative, 218
Attachement, 262
Attentats, 21, 135, 253
Autisme, 24

B

BDI, 288
Besoins
– de la victime, 120
– immédiats des victimes, 137
– physiques, 145, 147
– psychiques affectifs, 146
– psychologiques cognitifs, 145, 147
– psychosociaux, 147
Blessé
– psychique, 116, 118, 122
– psychologique, 118
Blessure, 10, 313, 314, 316
– physique, 33, 137
– psychique, 33, 114, 116, 117, 130, 137, 143, 147, 151, 253

Bullied, 65

Bullies, 65

Bullying, 65

C

Cadre, 253, 263

Captivité, 96–98

Capture, 81, 87

Cas cliniques, 267

Catharsis, 11, 114, 115, 125, 129, 182, 183, 192, 226, 245, 250, 261, 308, 317, 319

– fonction cathartique, 146

– libération cathartique, 241

– méthode cathartique, 159, 192

– soulagement cathartique, 156, 177

– violence, 254

Cauchemars, 30, 32, 34, 55, 67, 97, 107, 108, 116, 117, 155, 228, 233, 261, 287, 313, 317

– de répétition, 21, 31, 33, 318

– de reviviscence, 54

Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), VII, 17, 68, 94, 117, 118, 122, 130, 135, 138, 162, 169, 267, 281, 310, 321

Centre d'étude de l'expression (CEE), 221

Centre médico-psychologique (CMP), 282

Chantage, 81, 84, 86, 91

Choc émotionnel, 239

CIM-10, 15, 38, 47

Clinique des maladies mentales de l'encéphale (CMME), 221

Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), 175

Communication, 84, 111, 124

Conduite(s)

– alimentaire, 44, 58

– auto-agressivité, 44

– hétéro-agressivité, 44

– orales, 44

– suicidaires, 58, 184

Consultation

– de psychotraumatisme, 270

– de psychotraumatologie, 123

Contenance, 248

Crashes, 307

Culpabilité, 75, 76, 102, 105, 106, 108, 133, 138, 140, 146, 156, 157, 165, 177, 182, 199, 236, 261, 262, 268, 272, 282, 285, 297, 309, 312, 326

Cyber-harcèlement, 63

D

Dasein, 14

Débriefing, VIII, 29, 95, 99, 141, 146, 149, 157, 161, 179, 180, 198, 259, 281, 309, 317

– à la française, 158, 162

– centré sur les facteurs de stress, 153

– cognitif, 155

– consultant debriefer, 155

– *critical incident stress debriefing* (CISD), 151, 162, 163, 166

– de Mitchell, 150, 163

– debriefers, 151

– des sauveteurs, 155

– émotionnel, 155

– *Historical Group Debriefing*, 150

– préventif, 181

– procédure du, 152, 154

– psychodynamique, 132, 181

– psychologique, 190

– simple, 132

– technique, 185

– thérapeutique, 181

Défenses du psychisme, 11, 14, 157, 292

Défusing, 94, 95, 99, 139, 146, 179, 180

Demande, 129, 130, 135, 144, 150, 199

Déni, 90, 99, 121, 272

Dépersonnalisation, 54, 88, 94

Déréalisation dissociative, 99

Désarroi, 251

Désensibilisation, 213, 214

Désinformation, 113, 114

Dessin, 221, 241, 242, 249

– des trois maisons, 245

– en groupe, 244

– fonction thérapeutique, 250

– individuel en présence de l'adulte, 243

– interprétation du, 245

– les trois dessins de guerre, 244

– libre, 244

– thématique, 244

– traumatique, 243, 248

Détention, 93, 94, 96, 179, 183, 184, 189, 190

Détresse, VII, 40, 102, 135, 143, 165, 198, 214, 291, 292

– de séparation, 109

– péritraumatique, 25

– traumatique, 109

Deuil, 102–105, 227, 262, 283, 284, 307, 309, 310

- chez l'enfant, 106
- et société, 101
- familles endeuillées, 149
- mécanismes psychiques, 101
- pathologique, 56, 57, 108
- processus de, 102, 106, 273
- rituels sociaux, 109
- traumatique, 103, 107, 109
- Dissociation, 12, 24, 78, 105, 165, 271, 292
- de la conscience, 10, 11
- péritraumatique, 25, 170

Distress, 9

DSM, 15

E

- École, 63, 68
- exclusion scolaire, 70
- Écriture, 226, 228
- atelier d', 221, 223
- réactionnelle, 229
- sublimatoire, 229
- Effets potentiellement traumatiques, 164
- Effraction, 10, 11, 61, 104, 111, 131, 138, 139, 145, 157, 195, 199, 224, 226, 238, 283, 293
- Effroi, 31, 88, 103, 115, 119, 120, 140, 155, 163, 196–198, 249, 268, 271, 317, 326
- clinique de l', 14
- traumatique, 170
- Ego
- affectif, 12
- effectif, 12
- Élaboration, 75, 102, 105, 195, 197–200, 213, 222, 223, 226, 229, 249, 250, 253, 262, 294, 295, 298, 309, 312, 313, 319
- affective, 214
- cognitive, 214
- émotionnelle, 214
- objet perdu, 13
- temps d', 237
- Émoussement, 55, 61, 67
- Empathie, 111, 154, 309, 314
- Enfant, 68, 281, 321, 327
- bus scolaire, 98
- d'âge scolaire, 95
- dessin d', 242, 243, 250
- deuil chez l', 106
- en bas âge, 271
- otage, 84
- période post-immédiate chez l', 54, 235
- réaction immédiate chez l', 53
- syndromes différés et chroniques chez l', 54

- traumatisé, 231, 235, 239, 241, 245
- violence chez l', 59
- Équipes de secours médico-psychologique, 231

Espoir, 90

- perte d', 91, 99

État hypnotique, 92

Évitement, 34, 55, 58

Excitations violentes, 12

Exclusion, 76

Expérience

- de mort, 187
- personnelle, 182
- potentiellement traumatique, 171
- primitive, 295
- traumatique, 186, 187, 188, 190
- Exposition, 204
- en imagination, 204
- in vivo, 204, 206, 207

Eye movement desensitization reprocessing (EMDR), VIII, 70, 211, 212

F

Fuite éperdue, 88

G

- Groupe, 70, 164, 186
- approche groupale, 167
- de parole, 136, 166, 260, 262, 284
- dispositif groupal, 169
- histoire groupale, 167
- relations de, 182
- séance groupale, 168
- terroriste, 188
- victime, 168
- Guerre, 321
- Guidance, 250

H

- Harcèlement, 64, 65
- Hikikomori*, 66
- Holdîng*, 177, 200
- Honte, 75, 76, 138, 140, 165, 197, 236, 295, 314, 318
- Hyperactivité neurovégétative, 96, 97
- Hypnose, 131, 215

I

- IES, 288
- Ijime*, 66
- Images, 115

Information, 84, 111–113, 124, 125
 – anarchique, 124
 – assistée, 124
 – chaperonnée, 124
 – feuillet d', 187
 – monopole de l', 124
 Informer, 112, 114, 125
 Internet, 84, 112, 113
 Intervenant(s), 163, 267
 – psy, 183
 Intervention, VII, VIII, VIII, 68, 140, 166, 254, 267, 281
 – délai d', 169
 – individuelle, 69
 – judiciaire, 69
 – psychologique, VIII, 29, 34
 – – immédiate, 140, 267
 – psychothérapeutique post-immédiate (IPPI), VIII, 29, 129, 131, 132, 136, 149, 161, 163, 167
 – – groupale, 166, 169
 – psychothérapie précoce, 159, 162
 – socio-éducative, 69
 Intimidation, 63, 64, 65
 IOE, 305

J

Jeu, 231, 236
 – boîte de, 321
 – de construction, 238
 – du *Squiggle*, 242
 – mallette de, 231
 – non-jeu, 233
 – objets-jouets, 238
 – partenaire de, 235
 – répétitif, 58, 67, 326
 – thérapeutique, 231, 324
 – traumatique, 231, 232, 233, 234, 322
 Journal télévisé, 120, 122
 Justice, 311

L

Langage, 74, 232, 249
 Latence, 29, 31, 32, 34, 54
 – durée de la phase de, 33
 – facteurs conditionnant de, 33
 – période de, 232
 Libération, 82, 87, 96, 99, 180, 181, 184, 185, 186, 190
 – des otages de Jolo, 94
 – espérance de, 91
 – négociée, 93

M

Maltraitance physique, 85
 Manifestations psychotraumatiques, 184
 Médias, 84, 91, 111, 115, 119, 121, 122, 125, 183–185
 – couverture médiatique, 92
 – nouvelles médiatiques, 120
 – professionnels des, 123, 124
 Médicaments psychotropes, 136
 Mésinformation, 113, 114
 Mitchell (technique de), 153
 Mort, 86
 – en direct, 112
 – expérience de, 187
 – imminente, 88
 – menace de, 86
 – psychique, 168
 – rapprochement avec la, 190
 – réel de la, 168, 170

N

Narcissique, 138
 Néantisation, 187
 Négociation, 81, 93, 99, 185
 Névrose, 38, 293
 – affection névrotique, 15
 – de transfert, 43
 – psychonévrose antérieure, 43
 – réactions névrotiques, 136
 – traumatique, 7, 15, 25, 29, 31, 33, 34, 37, 41, 45, 47, 98, 149, 196

O

Objets perdus, 327
 Œdipe, 285
 Opinion publique, 83, 114, 121
 – libres opinions, 111
 Orage neurovégétatif, 97
 Organisation psychotraumatique, 132
 Origines, 13
 Otage(s)
 – de Beslan, 63, 188
 – de *Human Bomb*, 63
 – de Jolo, libération, 94
 – du train des Moluquois, 93
 – du tribunal de Nantes, 93
 – enfant, 84
 – ex-otage, 95, 97, 98, 179, 184, 188, 189
 – groupe d'otages capturés, 90
 – libéré, 94, 96, 179, 181
 – preneur d', 82, 86, 189

- prise d', 81, 86, 87, 96, 99, 121, 179, 181, 189
- psychologie de l', 87
- rescapé, 121, 192

P

- Pair, 163
- Pare-excitation, 13
- Parole, 166, 168, 178, 191, 196, 293, 294, 322
 - déploiement de la, 195, 199
 - espace-temps de la, 195
 - expérience de, 185
- Pathologie
 - post-traumatique, 37, 164
 - psychosomatique, 56
 - psychotraumatique, 183
 - – chronique, 37
- Période
 - chronique, 17
 - immédiate, 17
 - post-immédiate, 17, 29, 31, 33, 34, 132, 136, 149, 150, 271
- Personnalité, 273, 292
 - altérations de la, 34, 37–39, 41, 42, 53, 96, 149, 197, 243
 - changement radical de la, 14
 - dépersonnalisation, 58, 140
 - désorganisation psychotique de la, 234
 - ensevelissement de, 41
 - nouvelle, 12, 182
 - pathologique, 61
 - repli de la, 32
 - traumatisme-névrotique, 41
- Personne traumatisée, 172
- Phobie, 21, 116, 117
 - évitement phobique, 97
 - manifestations phobiques, 67
 - spécifique, 96
- Poste d'urgence médico-psychologique (PUMP), 136, 272
- Prémonition, 188
- Prévention, 68, 175
- Principe de plaisir, 233
- Prise d'otages. *Voir* Otage(s)
- Prise en charge, VII, 176, 186
 - groupale, 167
 - post-traumatique, 251
 - psychologique, 129, 179
 - – et sociale, 176
- Procès, 253, 258

Processus

- thérapeutique, 164
- traumatique, 190
- Psychiatrie de l'avant, 151
- Psychodynamique, 167, 215
- Psychosomatique, 56, 59
- Psychothérapie, 70, 132, 158, 175, 196.
 - Voir aussi* Thérapie
- de soutien, 132
- suivi psychothérapique, 195
- – en différé-chronique, 195
- travail psychothérapeutique, 196
- Psychotraumatisme, 96, 168
- Psychotraumatologie, VII
- Public, 84, 111, 114–116
- Pulsion, 322
 - de vie, 233

Q

- Questionnaire, 27
 - de stress immédiat, 26

R

- Radio, 84, 90, 112, 113, 120
 - reportage radiophonique, 123
- Ravisseur, 90–92
- Réaction
 - confusionnelle, 24
 - délirante, 24
 - émotionnelle, 17
 - hystérique, 24
 - immédiate, 17, 19, 20, 89, 305
 - – adaptative, 25
 - – inadaptée, 22, 25
 - inadaptée, 20
 - maniaque, 24
 - mélancolique, 24
 - névrotique, 23
 - phobique, 24
 - post-traumatique, 292
 - psychotique, 24
 - schizophréniforme, 24
- Réalité psychique interne, 312
- Refoulement, 13, 198
- Répétition, 222, 226, 227, 233, 282, 283, 304, 317
 - compulsive, 232
 - syndrome de, 232
- Résilience, 53, 95
- Restructuration cognitive, 209

Reviviscence(s), 21, 29, 32, 38, 44, 54, 55,
58, 66, 97, 103, 117, 149, 198, 250, 261,
292, 294, 295, 298, 326

- anxieuse, 116
 - anxiogènes, 39
 - hallucinations de, 34, 39
 - idées intrusives, 287
 - images intrusives, 155
 - intrusive, 96
 - – sensorielle, 97
 - par illusion, 40
 - répétitive, 232
 - souvenir forcé, 40
 - traumatique, 67
- Rumination, 25, 39
- anxieuse, 171

S

Salarié, 175, 176
Samu, 272
Sauveteurs, 151, 152, 158, 163
– soutien psychologique des, 144
– stress des, 155
Scène traumatique, 167
School bullying, 64, 66
Scolarité, 58
Self-help group, 154
Séquelles psychotraumatiques, 98, 179
Séquestration, 81, 83, 86, 87, 89, 91, 180,
184, 186, 189
Sérialité, 299, 300, 305
Sidération, 94, 267
– du stress dépassé, 88
– motrice, 88
Smur, 268
Soignants, 179
– psychiatriques, 147
Soins, VII, 135, 138
– immédiats, 268
– médico-psychologiques, VII, 143, 179, 273
– permanents, 259
– post-traumatiques, 232
– premiers, 177
– psychiques, 179
Sommeil, 42
– troubles du, 29
Souffrance, 184, 289, 299
– émotionnelle, 189
– physique, 111
– psychique, VII, 111, 116, 117, 122, 180,
192, 231, 324

Soutien, VII, VII, 256
– médicamenteux, 196
– *peer support*, 152
– psychologique, VII, 17, 176, 257, 270, 311
– psychosocial, 39, 131, 141, 143, 147
– psychothérapique, 183
Sphère
– affective, 19
– cognitive, 18
– comportementale, 19
– volitionnelle, 19
Stress, 21, 38, 152, 153, 156, 157, 213, 325
– adaptatif, 15, 95
– adapté, 14, 18, 198, 199
– aigu, 17, 284
– définition du, 9
– dépassé, 9, 20, 53, 88, 95, 136, 145, 146,
271
– distress, 9
– et trauma, 14
– état de stress aigu (*acute stress disorder*),
29, 34
– état de stress post-traumatique (ESPT),
7, 15, 29, 34, 37, 45, 47, 66, 94, 96, 98,
117, 119, 175, 211, 289
– *eustress*, 9
– facteurs de, 8, 17
– gestion du, 203, 205
– inoculation du, 204
– intense, 93
– mécanismes du, 8
– *Men under stress*, 7
– moments de, 191
– nature physiologique du, 7, 8
– psychologie du, 8
– réaction de, 9, 17, 90
– répétés, 61
– stressseurs (*stressors*), 9
– symptômes, 8, 19, 140
– traumatique, 88
Subjective Unit of distress (SUD), 216, 217, 288
Subjuguer, 92
Suicide
– idées suicidaires, 65
– tentative de, 65
Suivi psychothérapeutique
post-traumatique, 69, 122, 291
Superstructures, 43
Symbolisation, 249
Symptômes, 39, 57, 129, 136, 137, 146,
182, 184, 195

- anxieux
- de l'enfant, 57
- d'état de stress post-traumatique, 29
- d'irritabilité, 31
- de déréalisation, 29
- de fatigue, 31
- de nervosité, 31
- de répétition, 42, 197
- de reviviscence, 99
- de stress, 54, 164
- – aigu, 145
- déplacements symptomatiques, 316
- dissociatifs, 292
- neurovégétatifs, 17, 20, 29, 30
- non spécifiques, 42, 53, 55, 97
- physiologiques, 277
- post-traumatiques, 107, 213, 232, 233
- psychiques, 20
- psychomoteurs, 20
- psychonévrotiques, 12
- psychotraumatiques, 29, 95, 104, 133, 158, 165
- somatiques, 106
- spécifiques, 58
- transitoires, 145, 156
- traumatiques, 33, 189
- Syndrome
 - de répétition, 30, 32, 38, 39, 55, 96, 97, 182, 282, 283, 317
 - de Stockholm, 81, 91, 93, 98, 99, 183
 - phobique, 66
 - post-traumatique, 195
 - *post-Vietnam syndrome*, 37, 41, 116, 117
 - psychotraumatique, 37, 38, 47, 70, 167, 195, 271

T

- Tableaux cliniques, 5
- Technique
 - de la mallette de jeu portable, VIII
 - des trois dessins, VIII, 241, 242
 - du dessin, 245
- Télévision, 84, 90, 112, 113, 120, 121
- Terrorisme, 116
- Terroriste(s), 82, 85, 86, 94, 98, 188
- Thérapeute, 95, 189
- Thérapie, 159, 216, 257, 282, *Voir aussi*
 - Psychothérapie
 - à médiation artistique, 221
 - à moyen et long termes, 238

- accompagnement thérapeutique, 237
- alliance thérapeutique, 204
- brève centrée sur le trauma (TFT), 204
- cognitivo-comportementale, 70, 215
- du post-immédiat, 150
- EMDR, 213, 214, 217, 215, 218, 287, 289
- entretien psychothérapique, 313
- groupe de parole, 260, 262, 284
- kit de médiations thérapeutiques, 323
- par l'écriture, 224
- post-traumatique, 197
- processus thérapeutique, 197, 198, 200, 295
- psychodynamique brève, 209
- relation thérapeutique, 235, 322
- suivi psychothérapique, 198, 199
- travail thérapeutique, 225, 236, 241
- Traitement médicamenteux, 211, 259
- Transfert, 183, 199, 200, 222, 234, 235, 327
- contre-transfert, 296
- implication transférentielle, 242
- Trauma, 10, 11, 15, 31, 66, 88, 95, 116, 117, 119, 121, 132, 156, 157, 163, 165, 167, 172, 179, 181, 249, 283
- choc traumatique, 108, 237
- conception lacanienne du, 13
- dessin traumatique, 243
- enfermement traumatique, 227
- enkystement du, 292
- envahissement traumatique, 319
- éprouvés sensoriels traumatiques, 250
- événement
 - – potentiellement traumatique, 15, 39, 66, 132, 163, 165, 167
 - – traumatique, 15, 31, 233
 - – traumatogène, 121
- expérience traumatique, 14, 33, 39, 42, 43, 53, 213
- fixation du sujet, 33
- *focused-therapy* (TFT), 204
- fréquence d'exposition, 61
- hystéries, 131
- image traumatique, 13, 33, 268
- impact traumatique, 17
- le noyau traumatique, 234
- masqué, 184
- membrane traumatique, 155
- pathologie psychotraumatique, 14, 29
- personnalité traumatique, 42
- prise en charge, 111
- réaction traumatique, 206

- réécriture du, 223
- résolution du, 216
- scène traumatique, 14, 57, 233, 236
- théorie
 - – freudienne, 11
 - – phénoménologique, 14
 - – psychologique, 10
- vécu traumatique, 25, 292, 295, 320

Traumatisme, 167

Trouble(s)

- anxiété de séparation, 55
- anxiété généralisée, 56
- anxieux-panique, 55
- caractériels, 44, 57
- de la personnalité, 243
- de l'identité, 58
- du comportement, 56, 106
- du sommeil, 29, 31, 56
- psychiques, 192
- psychosomatiques, 38, 43, 61
- psychotraumatiques, 181

V

Validity of cognition (VOC), 217, 288

Vécu

- psychotraumatique, 88
- traumatique, 184

Verbalisation, 17, 47, 129, 131–133, 140, 149, 156, 157, 176, 178, 182, 192, 217, 222, 237, 241, 247, 253, 317

Vésicule vivante, 11

Vet Centers, 117

Victimation, 63

Victime(s), VII, 17, 63, 69, 120, 122, 124,

188

- Association d'aide aux victimes, 253, 254, 256, 257, 259, 260, 313, 317
- Association des victimes, 256
- Association Paris aide aux victimes, 255
- d'agression, 99
- d'attentat terroriste, 169
- Inavem, 253, 258
- Victimisation, 65
- Victimologie, 218, 299, 311
- Viol, 87, 260, 301, 302
 - acte de, 77
 - contre l'humanité, 77
 - de guerre, 78
 - répété, 295
 - victime de, 73, 304
- Violence(s), 69, 75, 83, 113, 116, 125, 189, 198, 235, 237, 262, 281, 285–287, 292, 297, 310
 - dans les attitudes, 85
 - dans les gestes, 85
 - dans les paroles, 85
 - en milieu scolaire, 68
 - grave, 63
 - intentionnelle, 86
 - mineure, 63
 - physique, 65
 - scolaire, 64, 66
 - sexuelle, 65
 - verbale, 65

W

World Trade Center, 119

471381 – (I) – (2) – OSB80 – Thomson Digital

Elsevier Masson SAS
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Dépôt légal : juin 2014

Imprimé en Pologne par Dimograf

- réécriture du, 223
- résolution du, 216
- scène traumatique, 14, 57, 233, 236
- théorie
 - – freudienne, 11
 - – phénoménologique, 14
 - – psychologique, 10
- vécu traumatique, 25, 292, 295, 320

Traumatisme, 167

Trouble(s)

- anxiété de séparation, 55
- anxiété généralisée, 56
- anxieux-panique, 55
- caractériels, 44, 57
- de la personnalité, 243
- de l'identité, 58
- du comportement, 56, 106
- du sommeil, 29, 31, 56
- psychiques, 192
- psychosomatiques, 38, 43, 61
- psychotraumatiques, 181

V

Validity of cognition (VOC), 217, 288

Vécu

- psychotraumatique, 88
- traumatique, 184

Verbalisation, 17, 47, 129, 131–133, 140, 149, 156, 157, 176, 178, 182, 192, 217, 222, 237, 241, 247, 253, 317

Vésicule vivante, 11

Vet Centers, 117

Victimation, 63

Victime(s), VII, 17, 63, 69, 120, 122, 124,

188

- Association d'aide aux victimes, 253, 254, 256, 257, 259, 260, 313, 317
- Association des victimes, 256
- Association Paris aide aux victimes, 255
- d'agression, 99
- d'attentat terroriste, 169
- Inavem, 253, 258
- Victimisation, 65
- Victimologie, 218, 299, 311
- Viol, 87, 260, 301, 302
 - acte de, 77
 - contre l'humanité, 77
 - de guerre, 78
 - répété, 295
 - victime de, 73, 304
- Violence(s), 69, 75, 83, 113, 116, 125, 189, 198, 235, 237, 262, 281, 285–287, 292, 297, 310
 - dans les attitudes, 85
 - dans les gestes, 85
 - dans les paroles, 85
 - en milieu scolaire, 68
 - grave, 63
 - intentionnelle, 86
 - mineure, 63
 - physique, 65
 - scolaire, 64, 66
 - sexuelle, 65
 - verbale, 65

W

World Trade Center, 119

471381 – (I) – (2) – OSB80 – Thomson Digital

Elsevier Masson SAS
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Dépôt légal : juin 2014

Imprimé en Pologne par Dimograf