

**2006 : III^e symposium :
SYNDROMES
PSYCHOTRAUMATIQUES :
ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE
*les interventions***

**2007 : IV^e symposium :
REPENSER L'ANXIÉTÉ,
LA DÉPRESSION
EN PRATIQUE COURANTE
*le programme***

**FMC :
troubles dépressifs :
entre recommandations
et pratique courante**

***Aperçu historique
sur la pathologie du trauma
par Louis Crocq***

***Président du Comité National
de l'Urgence Médico-Psychologique***



n° 2

printemps 2007

s o m m a i r e

2006 : III^e symposium de psychiatrie Syndromes psychotraumatiques : entre théorie et pratique

Aperçu historique
sur la pathologie du trauma
Louis CROCQ 2

Cliniques des psychotraumatismes
Guillaume VAIVA & François DUCROCQ 8

Résilience et traumatisme :
y-a-t-il une vie après l'horreur ?
Clara DUCHET 14

L'inceste père-fille
Michel LÉVY 20

Psychiatrie de catastrophe
Christian NAVARRE 23

La mort est-elle vraiment
celle que nous croyons ?
Emmanuelle SISCO 29

Cas cliniques : La Peinture,
mode d'expression du PTSD
Jean AUDET 34

Le deuil en médecine
Jean-Paul CHABANNES 30

Le concept de qualité de vie en santé
mentale
Évaluation des troubles anxieux
Patrick MARTIN 43

2007 : IV^e symposium de psychiatrie Repenser l'anxiété, la dépression, en pratique courante

Le programme 52

Le mot de nos élus 53

URCAM : moins de psychotropes
en Corse 54

URML : "Burn out", fiscalité,
insularité...
Philippe RISTORCELLI 55

FMC : Troubles dépressifs : entre
recommandations et pratique courante 56

ACESM : où en sommes-nous ? 57

Congrès 2006 : quelques souvenirs 58

Remerciements 60

*Semestriel publié par l'ACESM
45 Bd Paoli - 20200 Bastia
Directeur de la publication : Fabrice Sisco
Directeur Scientifique : Patrick Martin
Directrice artistique : Vivianne Lambert*

Photos p. 51: DR

Aperçu historique sur la pathologie du trauma

Professeur Louis CROCQ

Président du Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique

De tous temps, et dès l'Antiquité, on savait que des troubles mentaux pouvaient être provoqués par un événement extérieur venant faire choc émotionnel sur le psychisme, à la différence des affections causées par une lésion cérébrale et de celles qui naissent du dedans, des mystères de l'âme elle-même. Dans la littérature et dans les observations des médecins de l'Antiquité, du Moyen Age et de l'Ancien Régime, il y a eu des "*précurseurs*" qui reconnaissaient le rôle de ce qui a été dénommé plus tard "trauma". Mais il a fallu attendre la fin du XIX^{ème} siècle et ses accidents de chemin de fer générateurs d'effroi pour que l'Allemand Herman Oppenheim identifie la névrose traumatique comme une entité clinique autonome, et que Janet puis Freud se penchent sur la pathogénie du trauma, marquant ainsi la période des "*fondateurs*". Ensuite vint le temps des "*continueurs*", et des observations occasionnées par les deux guerres mondiales (*shell shock* et névrose de guerre), mais aussi de l'oubli de cette pathologie à chaque fois que l'armistice autorisait les populations à se détourner des angoisses de la guerre pour s'adonner aux plaisirs de la paix retrouvée, renvoyant ainsi les victimes à la solitude de leur souffrance et leur infligeant par là même le deuxième trauma qu'est l'indifférence de leurs concitoyens. Toutefois, les lendemains désenchantés de la guerre du Viêt-Nam, révélant aux épidémiologistes l'étendue des séquelles psychiques traumatiques (les *post-Vietnam syndromes*), vont inspirer en 1980 à la nouvelle nosographie américaine la révision et la réhabilitation de la névrose traumatique, sous l'appellation de *Post-Traumatic Stress Disorder* (en abrégé *PTSD* et en français Etat de stress post-traumatique), diagnostic étendu ensuite aux victimes de catastrophes et de violence ; c'est le temps des "*novateurs*", marqué aussi par les réflexions critiques sur l'utilisation du mot stress. C'est donc un rapide survol de ces quatre périodes, celle des précurseurs, celle des fondateurs, celle des continueurs et celle des novateurs, que nous allons esquisser ici, en insistant à chaque fois sur les acquis progressifs de cette histoire du trauma.

1 - Les précurseurs. Récits légendaires, rêves de bataille, vent du boulet et cœur du soldat.

On peut relire l'*Illiade* d'Homère (900 av. JC) en termes de trauma psychique, avec mention de l'appréhension des guerriers avant le combat, de l'horreur face aux blessures mutilantes complaisamment décrites (les javelots qui pénètrent par l'œil et ressortent par la nuque, les flots de sang qui s'échappent des blessures) et surtout de ce moment singulier – expérience unique de confrontation avec le néant des origines – où l'aile de la mort étend son ombre sur les yeux du guerrier et où son âme épouvantée entre dans le mystérieux palais d'Hadès. Ce moment était déjà évoqué dans l'épopée sumérienne de Gilgamesh (2200 av. JC), où ce légendaire roi d'Uruk en quête d'immortalité va jusqu'aux portes de l'enfer interroger l'âme de son ami Enkidu, qu'il a vu mourir près de lui et se fait répondre que l'immortalité est réservée aux dieux et que les hommes doivent accepter l'échéance inéluctable de la mort. Enkidu avait d'ailleurs eu un rêve prémonitoire de sa mort, où il se voyait saisi entre les griffes d'un aigle géant et pétrifié d'effroi. Mais l'antiquité nous livre aussi de véritables observations cliniques, telle celle que rapporte Hérodote (450 av JC) du guerrier athénien Epizelos, devenu aveugle en pleine bataille de Marathon et pour le restant de sa vie après avoir vu un guerrier perse géant et "pesamment armé" "passer près de lui sans le voir et aller occire son camarade : véritable cécité de conversion hystérique, qui suspend la fonction (la vue) par laquelle la frayeur s'est introduite et qui assure le bénéfice secondaire du statut de l'aveugle dans la cité antique. Dorénavant, Epizelos sera à l'abri des visions horribles, et il bénéficiera de la commisération et de la sollicitude que ses concitoyens réservent à l'aveugle dans la cité antique. Hippocrate (420 av JC) et Xénophon (dans l'*Anabase*, 401 av JC) mentionnent des rêves de bataille chez des guerriers, fait qui sera confirmé chez les Romains par Lucèce (*De natura rerum*, 55 av. JC). Et Froissard, dans ses *Chroniques* (1388)

mentionne lui aussi des rêves de bataille, somnambuliques, chez le chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phoebus.

Les guerres de Religion ont été pourvoyeuses d'événements cruels et horribles. Au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy (1572), le jeune roi Charles IX se plaint à son médecin Ambroise Paré d'être harcelé jour et nuit ("aussi bien veillant que dormant") par des visions effrayantes et des cauchemars de cadavres sanglants et grimaçants, et il montre à son entourage ses cheveux dressés sur sa tête lors de ces reviviscences. On retrouve ici l'expression "*horresco referens*" ("rien que de le raconter, mes cheveux se hérissent") de Virgile (*Enéide*, livre X) ; et le poète Agrippa d'Aubigné, lui-même miraculeusement rescapé du combat de Casteljaloux en 1577 (ayant reçu sept coup d'épée au travers du corps, il est resté dans le coma pendant une semaine et il a cru dans ses rêves voir un ange lui donner mission de témoigner sur les horreurs de la guerre), reprend ce thème ("mes cheveux étonnés hérissent en ma tête") dans le poème de 9700 vers *Les tragiques* qui relate ce témoignage. Quelques décennies plus tard, vers 1600, deux pièces de Shakespeare font état de rêves de bataille (*Roméo et Juliette*, *Henry IV*) et une troisième (*Macbeth*) décrit les tourments du couple Macbeth torturé par le remords de son crime : vision du spectre sanglant de sa victime pour Macbeth et hallucination de sang sur la main pour lady Macbeth ("tous les parfums d'Arabie ne pourront laver cette petite main"). En 1654, le philosophe Pascal manque d'être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés et il présente ensuite tous les symptômes de ce qui sera décrit plus tard sous le nom de névrose traumatique : reviviscences diurnes, cauchemars de chute, précaution contraphobique de disposer une chaise près de son lit le soir, pour s'assurer qu'il n'y a point le vide à son côté, et repli de la personnalité dans une retraite hors du monde.

Les événements de la Révolution et les guerres de l'Empire ont fourni à Pinel une ample moisson de cas cliniques consécutifs à des frayeurs et émotions morales, qu'il classe (1808) selon la sémiologie dominante parmi les idiotismes, les manies et mélancolies ou les "névroses de la circulation et de la respiration", préfiguration des névroses traumatiques à sémiologie anxieuse cardio-respiratoire. Mais ce sont les médecins des armées napoléoniennes - Larrey, Percy, Desgenettes - qui vont dénommer "syndrome du vent du boulet" les états confusostuporeux des combattants commotionnés par un boulet qui les a frôlés. Le baron Marbot rapporte dans ses *Mémoires* qu'à la bataille d'Eylau le 8 février 1807 il fut décoiffé par un boulet alors qu'il se penchait sur son cheval "je fus comme anéanti, mais

je ne tombai pas de cheval... j'entendais encore, je voyais, je comprenais ... bien que mes membres fussent paralysés au point qu'il m'était impossible de remuer un seul doigt". Goethe, qui était présent aux côtés de Brunswick à la bataille de Valmy le 20 septembre 1792, décrit précisément le caractère inquiétant du sifflement de l'obus porteur de mort et cependant joyeux "comme le bruissement de la toupie, l'écoulement du ruisseau et la voix flûtée de l'oiseau au printemps".

Avec l'apparition des canons rayés et des premières mitrailleuses, les guerres du milieu du XIX^{ème} siècle sont encore plus vulnérantes et pourvoyeuses d'effroi. Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole à la bataille de Solferino le 24 juin 1859 (40 000 morts en une seule journée), décrit dans *Un souvenir de Solferino* (1862) le désespoir des blessés abandonnés sur le champ de bataille et leur état d'agitation ou de prostration, et rapporte le cas "psychosomatique" d'un jeune officier autrichien dont les cheveux ont blanchi dans la seule journée de la bataille. Mais ce sont Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, tous deux médecins dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession américaine (1861-1865) qui vont faire oeuvre novatrice en décrivant l'un le "cœur du soldat", sorte d'anxiété cardiovasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, l'autre l'hystérie post-émotionnelle chez l'homme, avant Charcot mais après Briquet qui rapporte (1859) un cas de conversion hystérique chez un insurgé qui a failli être fusillé pendant les émeutes de juin 1848 à Paris.

2 - Les fondateurs. Charcot, Oppenheim, Janet et Freud et quelques autres, ou la découverte de l'inconscient traumatique.

L'avènement et le développement des chemins de fer, fleuron de la civilisation industrielle, apporte avec lui son cortège d'accidents spectaculaires et de frayeurs, avec leurs séquelles psychiques. Duchesne en France (1857) et Eriksen en Angleterre (1866) y consacrent des travaux inauguraux, et nombre de neurologues penchent pour une étiologie commotionnelle, d'où les vocables de "*railway brain*" et "*railway spine*" (cerveau ou moelle épinière du chemin de fer) donnés par Putnam et Walton (1884) aux tableaux cliniques ainsi observés. Toutefois, d'autres cliniciens, dont Page en Angleterre et Charcot en France, au vu de la disproportion flagrante entre un choc minime et une sémiologie spectaculaire, et au vu de la possibilité de faire cesser ou réapparaître cette sémiologie sous hypnose, optent pour l'étiologie post-émotionnelle. C'est l'époque où Charcot procède à ses présentations de malades à la Salpêtrière (1884-1889), parmi lesquels figurent des

victimes d'accidents de chemin de fer. C'est alors que l'Allemand Oppenheim propose (1888) d'accorder à ces tableaux cliniques l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique "*névrose traumatique*", caractérisée par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil, les cauchemars de reviviscence, les phobies électives (dont la *sidérodromophobie* ou phobie du chemin de fer) et la labilité émotionnelle. Pour Oppenheim, cette névrose est provoquée par l'effroi (*shreck*), qui provoque un ébranlement psychique (*seelische Erschütterung*) "tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable". Charcot contestera cette autonomie nosologique en argumentant qu'il ne s'agit que d'hystérie, de neurasthénie ou d'hystéro-neurasthénie traumatiques, et il inspirera à ses élèves (Bichoffski, Blum, Bouveret, Guillemaud, Guinon, Levillain, Patricopoulo) toute une série d'articles et de thèses dans ce sens. Mais, après sa mort (1893), la névrose traumatique aura droit de cité en France et dans le monde des cliniciens, et des auteurs comme Jean Crocq (1896) en Belgique, Kraepelin (1894) et Kraft-Ebing (1898) en Allemagne la mentionneront explicitement.

En 1886, Pierre Janet et Sigmund Freud sont assidus des *Leçons du Mardi* de Charcot. Puis Freud retourne en Autriche où, voulant faire connaître les conceptions du maître sur l'hystérie, il rencontre une vive opposition chez ses confrères germaniques. Pierre Janet, professeur de philosophie au Lycée du Havre, se voit confier par les neurologues de l'hôpital de cette ville la mission de prodiguer ses soins psychologiques aux hystériques regroupés dans une salle, qu'il dénomme irrévérencieusement la salle Saint-Charcot. Ses observations vont étayer sa thèse de doctorat ès lettres sur *L'automatisme psychologique*, soutenue à Paris en juin 1889. Il y présente vingt cas d'hystérie ou de neurasthénie, dont plus de la moitié sont traumatiques et il attribue leur pathogénie à la dissociation de la conscience, la partie de la conscience liée à la souvenance traumatique (souvenance des perceptions, des éprouvés bruts de frayeur et des sursauts réflexes de défense, et que Janet dénomme du terme inadéquat d'"idée fixe" alors que, précisément, il ne s'agit pas d'une cognition) faisant bande à part dans un recoin de la conscience et inspirant des images, des sensations et des gestes "automatiques", archaïques et inadaptés, tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Sur le plan thérapeutique, après avoir recherché sous hypnose le "souvenir traumatique" oublié de la conscience, il en fait part au patient à son réveil et il induit, encore sous hypnose, une issue heureuse à l'événement.

Cette même année 1889, Freud, appelé au chevet d'une jeune femme (Emmy von N.) devenue hystérique pour avoir assisté à la mort subite de son mari, tente de réduire ses symptômes sous hypnose, se fait dire par la patiente désireuse de verbaliser ses émotions "laissez-moi vous dire ce que j'ai à vous dire", découvre – tout au long d'une extraordinaire exploration biographique à rebours – les multiples traumatismes que la patiente a subis durant toute sa vie, et réduit patiemment, un à un, les symptômes conversifs au fur et à mesure que la patiente extériorise les affects réprimés ("coincés") lors de ces expériences traumatiques successives. Dans sa *Communication préliminaire* (1893), reconnaissant son emprunt à Janet des hypothèses de la dissociation du conscient et du "souvenir traumatique" comme corps étranger ou parasite au sein du psychisme, Freud désigne ce "souvenir" par le terme platonicien de *réminiscence*, plus judicieux, et assigne à la thérapie la fonction de *catharsis* (terme emprunté cette fois à Aristote), puisqu'il s'agit non seulement de faire revivre l'événement traumatisant assorti de toute sa charge d'affects (pour le décharger de ses affects coincés dans une abréaction libératoire), mais encore de faire associer à son sujet ("pour réinscrire l'événement dans le grand complexe des associations"), c'est-à-dire transformer la réminiscence brute et incompréhensible en souvenir construit et sensé, et donc réinscriptible dans la continuité de la vie, entre un avant et un après.

Dans l'histoire de la psychopathologie, la découverte du préconscient traumatique a donc prélué à celle de l'inconscient, et Janet y a précédé Freud. Mais les deux médecins de marine Bourru et Burot, professeurs à l'École de Médecine Navale de Rochefort, les avaient précédés en publiant en 1888, dans leur ouvrage *Les variations de la personnalité*, le cas Louis V, guéri de ses conversions hystériques par reviviscence sous hypnose de l'événement traumatique qui les avait déterminées. Et Despine, qui en 1840 avait guéri la paralysie hystérique de la petite Estelle âgée de 12 ans (paralysie consécutive à une chute vexatoire sur son séant devant des camarades de jeu) en développant sous hypnose la personnalité saine découverte dans les fantasmes de l'enfant (qui se disait réconfortée chaque soir par un chœur d'anges), les avait peut-être tous précédés d'un demi-siècle.

3 - Les continuateurs. Du *shell shock* à la psychonévrose de guerre.

Le XX^{ème} siècle a été un siècle de guerres et de destructions massives, et d'occasion de multiples traumatismes tant chez les combattants qu'au sein des populations civiles. Lors de la guerre des Boers

(1900-1902), les médecins de l'armée britannique signalent des confusions mentales et des conversions hystériques après émotion violente éprouvée au combat. Il en est de même pour la guerre russo-japonaise (1904-1905), au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, crée (en 1908) le terme de "névrose de guerre", qu'il considère comme une simple variété étiologique de la névrose traumatique d'Oppenheim. C'est au cours de cette guerre que fut instaurée à l'initiative du psychiatre russe Autocratov, par nécessité car le chemin de fer transsibérien n'était pas terminé et avait son terminus à Harbin, à 400 km du front, la doctrine de la psychiatrie de l'avant, avec ramassage des blessés psychiques par charrettes hippomobiles parcourant la ligne de front, puis triage et traitement sur place avant évacuation des cas résistants.

Cette leçon fut oubliée lorsqu'éclata la première guerre mondiale en août 1914, et la masse des blessés psychiques évacués sur l'arrière et persévérant dans leurs symptômes pour ne pas retourner au front finit par constituer une fonte d'effectifs non négligeable. Sur le plan clinique, l'*hypnose des batailles* identifiée par Milian (1915) pour désigner les états confuso-stuporeux observés lors des durs combats du début de la guerre, fit place – dès que le front fut stabilisé et alors que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient soumis à des pilonnages d'artillerie abrutissants – à l'*obusite* (ou *shell-shock* pour les Anglais, ou *granatshockwirkung* pour les Allemands), à qui ont attribué d'abord une pathogénie commotionnelle (et même toxique), avant de constater que ses tableaux cliniques étaient grevés de nombreux symptômes anxieux, neurasthéniques ou hystériques, d'où le vocable de névrose ou *psychonévrose de guerre*. La pathogénie post-commotionnelle fut abandonnée au profit de la pathogénie post-émotionnelle (où la peur figurait au premier plan) et des premières avancées de la psychanalyse dans ce domaine, avec la signification symbolique des symptômes conversifs ("comme les pierres tombales des souvenirs ensevelis dans les profondeurs", dira Ferenczi en 1916), la régression infantile des névrosés de guerre, due à l'effondrement de leur libido narcissique, sorte d'instinct vital plus universel que la simple libido sexuelle (Abraham, 1918), et les perturbations de la personnalité sous l'impact du trauma, réalisant un "ensevelissement de la personnalité" ou même "un changement d'âme" (Simmel, 1918). Freud lui-même apporta sa contribution en rédigeant l'*Introduction* au Vème Congrès International de Psychanalyse de septembre 1918 à Budapest (qui portait sur les névroses de guerre) et en élaborant, en 1920 (dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*),

sa théorie du trauma comme effraction de la couche superficielle protectrice ("pare-excitation") du psychisme par les quanta d'énergie de l'agression qui pénètrent dans le psychisme et y persistent comme un corps étranger, provoquant de vains efforts d'expulsion ou d'assimilation. Sur le plan thérapeutique, ce fut l'échec, dans un camp comme dans l'autre, de la méthode de persuasion renforcée de conditionnement aversif par torpillage faradique, les patients rechutant à peine débarrassés de leurs conversions et effectuant des aller-retour entre le front, dont ils craignaient les périls, et l'arrière où ils redoutaient l'acharnement des psychiatres. Ce n'est qu'à la fin de la guerre que fut préconisée la psychiatrie de l'avant, chez les Anglais (*casualty clearing stations*, 1917), chez les Français (postes de triage des blessés psychiques, 1917) et chez les Italiens (unités psychiatriques spéciales de l'avant, 1917), dont l'Américain Thomas Salmon édictera les cinq principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité du traitement et centralité du système inspiré par une seule doctrine.

Une fois encore, les leçons des guerres précédentes furent oubliées lorsqu'éclata la Seconde guerre mondiale, et les blessés psychiques furent évacués et traités vers l'arrière. Ce n'est que le 26 avril 1943 que la circulaire Bradley (pour les armées alliées) prescrivit d'observer et de traiter les psychiques sur place pendant une semaine, avant de n'évacuer vers l'arrière que les cas résistants. Elle prescrivait aussi d'éviter le terme de *war neurose* (névrose de guerre) au profit de celui d'*exhaustion* (épuisement), recommandation regrettable car elle gommait toutes les nuances cliniques propres à instaurer des thérapeutiques différenciées et à établir des statistiques exactes. Cela étant, le nombre des blessés psychiques des troupes américaines sur les théâtres d'opérations fut élevé (325 000 hommes), atteignant la moitié de celui des blessés physiques (750 000 hommes) et ce malgré une sélection très sévère qui avait éliminé 1 million d'individus sur une ressource de 11 millions. Sur le plan clinique, on observa moins de conversions hystériques et davantage de syndromes anxieux et de troubles psychosomatiques. Sur le plan pathogénique, on incrimina la violence et la durée des combats et on admit que chaque homme avait son point de rupture (*breakdown point*), encore que le poids des prédispositions et vulnérabilités psychiques fût signalé (Glass affirmant, peut être avec exagération, que "80% des névroses de guerre avaient apporté leur névroses avec eux"). Le psychanalyste Kardiner (1941) élaborait pour sa part l'hypothèse d'une perturbation traumatique de l'*ego effectif* (chargé de l'adaptation), typique des névroses de guerre, à la différence des perturbations de l'*ego affectif* qui seraient en jeu dans les névroses de

transfert. Sur le plan thérapeutique, outre cette disposition de réinstaurer la psychiatrie de l'avant à partir de 1943, on eut recours aux méthodes cathartiques étayées sur l'hypnose ou la narco-analyse au penthotal (dénommée *narco-synthèse* par Grinker puisqu'elle permettait une reconstruction de la personnalité) et, surtout, à des programmes complexes et progressifs de traitement et de réhabilitation, échelonnés entre les hôpitaux de campagne, les centres de repos et les centres de réentraînement. Enfin, la Seconde guerre mondiale se termina par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis et les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki. En France, Targowla décrivit en 1954 un syndrome asthénique des déportés, qui recouvrait en fait la névrose traumatique (avec le syndrome d'hypermnésie émotionnelle équivalant au syndrome de répétition). Dix ans après, Eitinger crut le découvrir sous le nom de KZ syndrome (*konzentrationläger syndrome*), terme adopté depuis par la communauté internationale anglophone. Lifton, quant à lui, s'attacha à faire ressortir les spécificités cliniques des rescapés de la bombe atomique ou *hibakushas*, marqués à jamais par leur expérience d'enfer, une réaction profonde d'inhibition mentale et le vécu d'exclusion né des risques frappant leur descendance. Les guerres de l'après-guerre (guerres de Corée, puis guerres post-coloniales d'Indochine, d'Indonésie, d'Algérie et d'Angola, guerres du Moyen Orient, Guerre des Malouines, Guerre d'Afghanistan) apportèrent peu d'éléments nouveaux à l'histoire du trauma, si ce n'est la fréquence des *névroses de guérilla* (Crocq et Fournier) où la vie opérationnelle à faible intensité de combat (patrouilles, ouvertures de route et harcèlement des petits postes) entretient un climat d'insécurité éprouvant et où le dévoilement de la mission de combat vers la mission de maintien de l'ordre peut entraîner le soldat, dans une surenchère de la violence, à commettre des actions culpabilisantes.

4 – La période des novateurs. Etat de stress post-traumatique et conception lacanienne du trauma.

Mais c'est la guerre du Viêt-Nam, menée par les Américains de 1964 à 1973, qui a reproduit à grande échelle cette pathologie de faible intensité de combat, où la nostalgie interfère avec le trauma et où des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) viennent compliquer les tableaux cliniques. Le nombre élevé des *post-Vietnam syndromes* observés après le retour en métropole (700 000 cas sur les 3 millions d'hommes envoyés au Viet-Nam, soit presque un sur quatre) a conduit les auteurs de la nouvelle nosographie psychiatrique américaine *DSM*

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) à réintroduire la névrose traumatique dans un catalogue d'où elle avait disparu dès le lendemain de la Première guerre mondiale, mais en la dénommant *Post Traumatic Stress Disorder*, ou *PTSD* (mal traduit en français par état de stress post-traumatique alors que trouble eût mieux traduit le mot *disorder*), car le DSM récuse le terme de névrose, entaché à ses yeux de résonance freudienne. Toutefois, lui substituer le mot *stress* revient à se défaire d'une obédience pathogénique pour se subordonner à une autre, résolument biologique et méconnaissant la question du trauma.

L'hégémonisme de la langue anglaise y aidant, le vocable de *Post-Traumatic Stress Disorder* a connu un immense succès dans le monde des cliniciens, y compris en Europe, malgré son inadéquation à la réalité clinique et son incapacité à rendre compte du phénomène trauma. Deux révisions successives (*DSM-III-R* en 1987 et *DSM-IV* en 1994) ont toutefois rapproché ses critères de ceux de la névrose traumatique, et la Classification internationale des troubles mentaux, dans sa dixième révision dite *CIM-10* en 1992, a avalisé le terme d'état de stress post-traumatique (répertorié F.43.1, en le distinguant toutefois de la "réaction aiguë à un facteur de stress", F43.0 (pour la pathologie immédiate des premières heures) et de la "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe", F62.0, (qui correspond aux névroses traumatiques véritables où l'impact du trauma a provoqué une altération profonde de la personnalité). Le diagnostic de PTSD s'est étendu aux cas déterminés par la violence quotidienne, les accidents et les catastrophes et a donné lieu à de nombreuses publications, livres et articles, à des réunions scientifiques et à la constitutions de sociétés scientifiques spécialisées, dont l'*ISTSS* (*International Society of Traumatic Stress Studies*, 1985) et l'*ALFEST* (Association de Langue française pour l'Etude du Stress et du Trauma, 1990). Les avancées plus récentes sur le trauma sont afférentes aux profils cliniques particuliers des soldats de l'ONU (avec les contraintes et les conflits psychiques attenantes à leurs missions d'interposition et de secours) et des personnels expatriés dans des missions humanitaires, ainsi que le stress et le trauma du sauveteur, du témoin et même du décideur.

Les cliniciens francophones (Barrois, Crocq, Lebigot, Andréoli, Vermeiren) s'accordent à proposer le vocable générique de "*syndrome psycho-traumatique*" (immédiat ou différé, éphémère ou durable, modéré ou sévère) pour désigner l'ensemble de ces tableaux cliniques, dans la mesure où le concept de névrose semble aujourd'hui contesté et où celui d'état de stress post-traumatique inadéquât.

Sur le plan étio-pathogénique, de nombreux travaux ont été effectués sur les facteurs de stress, sur les mécanismes neurobiologiques de la réaction de stress et, dans une autre perspective, sur les mécanismes psychopathologiques du trauma, comme confrontation inopinée avec le réel de la mort et court-circuit du système signifiant, et même renvoi culpabilisant à l'univers de l'originnaire (Lebigot). A l'instant du trauma, le sujet est confronté sans préparation avec le "réel" de la mort, faute de disposer d'outils (mots, culture) pour travestir ce réel en "réalité" signifiante, comme il le fait avec tout autre réel, dès le stade de la perception. Il ne dispose pas de signifiants sur la mort, ni de représentation, faute d'avoir bénéficié d'une "présentation" préalable, car nul ne sait ce que c'est que la mort, nul n'est revenu de la mort. Les

mots de cadavre, d'obsèques, sont des mots qui entourent la mort mais qui ne la pénètrent pas. Et, derrière le mystère de la mort, il y a celui du néant, le néant dont nous sommes issus et où nous devons immanquablement retourner, le néant que nous tentons d'exorciser à chaque acte et chaque parole qui nous caractérisent comme êtres vivants ("je suis quelque chose", sous-entendu "et non pas rien"). Ceux qui, lors de l'expérience traumatique, auront mis un pied dans les enfers et en seront revenus, ne sont plus désormais comme les autres : fascinés par leur expérience indicible, ils se sentent étrangers aux vivants, et ils demeureront en outre culpabilisés pour avoir entr'aperçu ce qui n'est permis à aucun vivant de voir.

Quelques références bibliographiques

- Barrois C. *Les névroses traumatiques*. Dunod, Paris, 1998.
- Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob, Paris, 1999.
- De Clercq M., Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris, 2001.
- Eth S., Pynoos R. *Post-traumatic stress disorder in children*. American Psychiatric Press. New York, 1985.
- Everly G., Lating J. *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. Plenum Press, New York, 1995.
- Fenichel O. 1945, *La théorie psychanalytique des névroses*, trad. fr., Paris, P.U.F., 1953, 2 vol.
- Ferenczi F. 1916, Deux types de névroses de guerre, trad. fr. in *Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1970, tome II, p. 238-252.
- Freud S., Breuer J. 1895, *Etudes sur l'hystérie*, précédées de *Communication préliminaire* (1893), trad. fr, Paris, P.U.F., 1953, 1 vol.
- Freud S. 1920, Au-delà du principe du plaisir, trad. fr. in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967, p. 7-81.
- Janet P. 1889, *L'Automatisme psychologique*, Paris, Alcan, 1 vol.
- Janet P. (1919). *Les Médications psychologiques*. Paris, Alcan, 3 vol.
- Kardiner A. (1941), *The Traumatic Neuroses of War*, Washington, Psychosomatic Medicine Monograph II-III, National research Council, 1 vol.
- Lebigot F. 2000. La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1 : 21-26.
- 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
- Van der Kolk B., Mac Farlane A., Weisaeth L. *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press, New York, 1996.
- Williams T. *Post-traumatic stress disorders : a handbook for clinicians*. Disabled American Veterans, Cincinnati, 1987.

Cliniques des psychotraumatismes

Guillaume VAIVA & François DUCROCQ

*Pr Guillaume VAIVA
Psychiatre, Professeur des Universités
Clinique Universitaire de Psychiatrie
CHRU de Lille
gvaiva@chru-lille.fr*

*Dr François DUCROCQ
Psychiatre, Praticien Hospitalier
Cellule d'Urgence Médico-Psychologique Nord-Ouest
SAMU 59 & Clinique Universitaire de Psychiatrie - CHRU de Lille
f-ducrocq@chru-lille.fr*

RESUME

La notion même de traumatisme psychique a trop longtemps été déniée au profit du traumatisme physique, qui est au cœur du débat en urgence et sur laquelle le praticien doit se reposer afin d'envisager toute stratégie de soin ou de prévention. Un corpus de connaissance sans cesse croissant vient depuis quelques décennies alimenter les réflexions de praticiens et chercheurs qui permet maintenant de dessiner les contours précis d'un domaine aux confins de la psychiatrie, de la médecine d'urgence, de la médecine légale et de la victimologie : la psychotraumatologie.

Les modalités cliniques et psychopathologiques évolutives qui suivent la confrontation à un événement par définition brutal, soudain et violent, sont maintenant bien cernées tant dans leur définition, leur présentation clinique, leur épidémiologie, qu'en ce qui concerne les stratégies de soins immédiates, post-immédiates et à long terme, un accent se dessinant même récemment sur les perspectives de prévention secondaire.

Ainsi, lors de la réaction de stress contemporaine à l'événement traumatique, le sujet va développer un large ensemble de réactions - biologiques, psychologiques et physiologiques - utiles, brèves et adaptatives pour les unes mais parfois néfastes, inadaptatives et pathogènes pour les autres. Stress dépassé, état de stress aigu ou dissociation péritraumatique seront ainsi des manifestations dont le traitement aura pour but de soulager la souffrance psychique engendrée et dont le contrôle permettra la diminution du risque d'évolution vers un trouble séquellaire. A moyen ou long terme, d'autres modalités évolutives sont en effet possibles qui pour certaines sont marquées par une forte intensité en terme de souffrance psychique, mais également en terme de chronicité, de résistance thérapeutique et de comorbidité. Parmi ces conséquences psychopathologiques, la modalité évolutive la plus fréquente et invalidante est l'état de stress post-traumatique,

pathologie regroupée au sein des troubles anxieux dans la nosographie et dont un consensus franc se dégage sur les manifestations cliniques cardinales, la fréquence, la sous reconnaissance, la gravité et le coût tant humain que financier.

INTRODUCTION

Parmi l'ensemble des conséquences psychopathologiques de la confrontation à un événement traumatique - violent, soudain et imprévisible -, certaines modalités évolutives sont maintenant bien connues tant dans leur présentation clinique que leur évolution ou les stratégies de prise en charge à fournir, notamment dans les soins dits de première ligne.

Lors de la réaction de stress contemporaine à la confrontation traumatique, le sujet va ainsi développer un large ensemble de réactions - biologiques, psychologiques et physiologiques - utiles, brèves et adaptatives pour les unes mais parfois néfastes, inadaptatives et pathogènes pour les autres [21]. A moyen ou long terme, d'autres modalités évolutives sont possibles qui pour certains sont marquées une forte intensité en terme de souffrance psychique engendrée, mais également en terme de chronicité, de résistance thérapeutique et de comorbidité [11] ; ces séquelles sont essentiellement marquées par un trouble isolé depuis plusieurs décennies et qui, dans les classifications internationales, appartient aux troubles anxieux : l'état de stress post-traumatique (ESPT) ou Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Les travaux dans le domaine de la psychotraumatologie se sont multipliés outre Atlantique dans les années 1980 face notamment à l'ampleur des problèmes posés par la fréquence des troubles psychiques chez des vétérans du Vietnam, qui ont mobilisé l'opinion publique. L'intérêt s'est alors porté progressivement sur d'autres types d'événements traumatiques : victimes d'attentats, de catastrophes naturelles ou accidentelles, d'agressions

diverses et d'accidents de la voie publique. La notion de traumatisme psychique va ainsi progressivement faire son entrée dans différentes familles de pensée de la psychiatrie pour finalement rejoindre également la médecine d'urgence hospitalière, voire pré hospitalière. Qu'il s'agisse de névrose traumatique ou d'état de stress post traumatique, de stress dépassé ou d'état de stress aigu, de sidération ou de dissociation péritraumatique, de dépression comorbide au PTSD ou de dépression post traumatique, nous privilégions actuellement le terme de "syndromes psychotraumatiques" dont un consensus franc se dégage sur les manifestations cliniques cardinales, la fréquence, la sous reconnaissance et la gravité notamment dans les suites d'AVP [10, 20].

STRESS, TRAUMATISME ET TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES

Nécessaire, mais non suffisant, dans sa capacité à générer chez le sujet des symptômes psychiques, la notion même d'événement traumatique appelle quelques précisions dans sa définition même. Les théories psychanalytiques nous ont apporté des contributions déterminantes dans la définition du traumatisme psychique, tout en alimentant une réflexion visant à séparer les éléments liés au stress de ceux relatifs au traumatisme psychique. Ainsi, au cours de cet événement généralement bref et repéré par le sujet, la notion freudienne d'effroi semble primordiale en tant qu'expérience vécue par le sujet comme le signe indubitable d'une effraction ou d'une blessure psychique [19]. Cette expérience d'effroi semble corrélée, et sera par ailleurs spontanément rapportée par le sujet, à deux types d'éléments. En premier lieu, il s'agira pour le sujet d'avoir été confronté lors de l'accident – de manière brutale, inattendue et sur un terrain d'impréparation – à la perspective de sa propre mort, confrontation avec un réel classiquement considéré comme non représenté dans son inconscient. En second lieu, il semble que de cette absence de représentation naîtront de manière transitoire une absence complète d'affect et un vide de la pensée représentant une véritable désertion des mots face à un réel dont il ne devient plus possible de rendre compte [18]. Deux mécanismes se feront ainsi jour et représenteront des pistes étiopathogéniques intéressantes : une vaine tentative de déni ou de refoulement qui conduira aux symptômes tels que conduites d'évitement ou dissociation, mais également une tentative d'inscription dans le psychisme dont l'échec sera à l'origine des symptômes de répétition traumatique.

Signalons également le caractère parfaitement subjectif et individuel du vécu de mort qui rendra un événement tel que l'accident de la voie publique bien davantage traumatogène que traumatique en soi. Cet argument prendra tout son sens en pratique clinique

dès les premiers temps après la survenue de l'événement, y compris dans une logique interventionnelle de médecine de catastrophe ou dans le service d'urgence. C'est ainsi que, bien que confrontés au même événement dans un contexte identique en terme de distance par rapport à l'épicentre ou d'implication "affective" par rapport à des conséquences (blessures de proches par exemple), tous les sujets ne présenteront pas le même impact traumatique et par voie de conséquence pas le même risque de développer des symptômes séquellaires à moyen ou long terme. Ceux pour qui la menace vitale aura été déterminante représenteront une population à fort risque de développement d'un trouble psychotraumatique quand ce risque sera beaucoup plus modéré chez les autres. Les premiers, et si tant est que cette "rencontre avec la mort" puisse être évaluée par des intervenants de première ligne, devront bénéficier d'une évaluation spécifique et d'un intérêt clinique et thérapeutique expert.

EPIDEMIOLOGIE

L'épidémiologie de l'état de stress post traumatique est devenue un domaine relativement bien cerné. Les grandes études demeurent rares en Europe et la majorité des données sont issues de travaux nord américains, effectués en population générale ou en population exposée [11, 15]. Pour l'étude de Detroit effectuée chez des sujets de 21 à 30 ans dont près de deux tiers sont des femmes, la prévalence du trouble est chiffrée à 9.2 % sur la vie entière de la population totale [5]. Dans la NCS (National Comorbidity Survey), la prévalence est chiffrée à 7.8 %, double chez les femmes par rapport aux hommes (10.4 % versus 5.4 %), tout en confirmant la forte comorbidité du trouble, notamment avec la dépression [16]. Les dernières données en date sont issues d'une considérable étude épidémiologique européenne qui chiffre la prévalence vie entière à 2.1 % (ESEMED) [1]. Pour des populations de sujets exposés à un même type d'événement, citons les victimes d'attentats (20 à 30 %), des victimes de catastrophes naturelles (10 à 20 % à 6 mois), des victimes de viol (60 à 70 % à 6 mois, jusqu'à 85 % à 1 mois) [23].

Pour les accidents de la voie publique, moins exceptionnels mais tout aussi potentiellement pourvoyeurs de séquelles psychologiques, les chiffres courent de 20 à 40 % de PTSD 3 mois après l'événement, chiffres élevés assortis d'une rémission également importante puisque estimée entre 40 et 60 % cas à 12 mois [4, 13, 27]. Pour Ursano, un PTSD à 1 mois était confirmé chez 34,4 % de 122 sujets consécutivement admis dans un service d'urgence, chiffre rapporté à 25,3 % à 3 mois pour chuter à 18,2 % à 6 mois [26]. En Allemagne, Frommberger relevait prospectivement chez 179 accidentés de la route un taux de PTSD complet de 18,4 % à 6 mois

[12]. S'ils ont relevés des chiffres comparables dans les premières semaines qui suivent l'accident, Hickling et Blanchard ont poursuivi chez 145 sujets le suivi à 6 mois pour repérer une rémission chez 55 % des sujets dont le diagnostic avait été porté dans sa forme complète, ce chiffre augmentant à 67 % pour les formes subsyndromiques du trouble, 5 autres pourcents s'étant en revanche aggravés [14]. Ces éléments nous donnent un aperçu du profil évolutif du trouble dans le temps. D'autres auteurs ont poursuivis ce but tel Koren qui, avec le recul d'un travail prospectif de plus de 4 ans, constatait que le PTSD demeurerait présent dans plus de la moitié des cas (53%) chez les patients qui en souffraient à un an (26.2 % des accidentés) [17].

EVOLUTION, PRONOSTIC ET FACTEURS DE RISQUE

L'évolution du syndrome demeure fluctuante et dépend de nombreux facteurs liés tant à la précocité du diagnostic qu'à la pertinence des stratégies de soins.

Il s'agit d'un trouble souvent grave dans son intensité symptomatique et préoccupant dans ses conséquences en termes de séquelles et de handicap, et ce tout particulièrement quand son dépistage tardif associe une résistance importante au traitement. En ce qui concerne les AVP, la littérature met en relief une rémission complète à 6 mois comprise entre 40 et 65 %, une moyenne s'établissant aux alentours de 50 % [4]. Sur un recul de plusieurs années, seuls finalement 40 % des sujets guériraient totalement, 50 autres pourcents conservant des manifestations légères ou modérées, sous forme particulièrement de PTSD subsyndromiques, quand 10 % des sujets verraient une aggravation de leur symptomatologie [3]. Malgré une relative hétérogénéité dans leur caractère prédictif, les variables de bon pronostic sont classiquement représentées par un début rapide des symptômes associé à une extinction précoce dans les 3 mois, mais également par certains facteurs d'environnement : bon fonctionnement prémorbide, support social et étayage de qualité, absence de trouble médical ou psychiatrique surajouté.

Chez les victimes d'AVP, près de la moitié des sujets récupèreraient ainsi complètement ou partiellement de leur trouble sans prise en charge spécialisée, mais ceux qui ne présentent pas de rémission dans l'année semblent destinés à une évolution très chaotique et coûteuse en terme de handicap psychosocial, représentant une population dont la souffrance et les besoins psychologiques sont très coûteuses en terme de consommation de soins et nécessitent des stratégies thérapeutiques adaptées longues [7].

Sur le plan biologique, des corrélations biologico-cliniques sont avancées entre des altérations de l'axe hypothalamo-hypophysaire et le risque de survenue,

la sévérité et la chronicisation du PTSD : cortisol de base plus bas et suppression du cortisol plus importante à la DXM chez les sujets présentant un PTSD clinique [22, 24]. Chez des vétérans et des survivants de l'holocauste : excrétion urinaire nyctémérale de cortisol significativement plus basse chez les sujets présentant un PTSD par rapport aux témoins [2]. Si ces éléments ont été relevés chez des victimes dans les suites de tremblement de terre ou de viol, ces données peuvent être généralisables chez des victimes d'AVP. D'autres travaux explorent plus récemment chez les victimes d'AVP le rôle des voies GABAergiques, pour constater qu'un GABA bas physiologique chez un sujet représente probablement un facteur de risque de développement d'un trouble psychotraumatique séquellaire [28, 29].

UNE CLINIQUE SPECIFIQUE ?

Un consensus se dégage maintenant sur les manifestations cliniques cardinales de l'état de stress post traumatique, sa fréquence, sa sous reconnaissance et sa gravité. Cette catégorie diagnostique, dont la critériologie est validée dans divers outils de classification, vient fortement faire référence à la névrose traumatique décrite depuis plus d'un siècle par des auteurs européens. En revanche, ce concept anglo-saxon ne recouvre pas tout l'éventail des troubles pouvant apparaître, de manière immédiate ou différée, chez un sujet soumis à un "événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait une détresse pour quiconque" selon la CIM-10 ou à "l'exposition à un événement traumatique assorti d'une menace de mort ou de blessure et d'un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur" selon le DSM-IV.

La clinique du trouble s'articule autour de trois axes essentiels dont la combinaison symptomatique peut néanmoins être variable.

A l'origine d'une souffrance anxieuse parfois considérable, le syndrome de répétition est au tout premier plan. Il est spontanément décrit par le patient qui dénoncera l'apparition ou l'omniprésence d'images de l'événement, souvent sous la forme d'un véritable film qui s'impose au sujet, spontanément ou déclenché par un stimulus qui le lui rappelle. Des souvenirs ou rêves répétitifs et envahissants, l'impression "comme si" la menace vitale allait se reproduire sont vécus dans un sentiment de détresse psychique intense. Des flashbacks apparaissent et ressemblent parfois à des illusions ou des véritables hallucinations, ils s'associent à des cauchemars traumatiques souvent terrorisant susceptibles d'entraîner des troubles du sommeil massifs. Le contenu est souvent fidèle à l'événement et toutes les modalités sensorielles sont représentées.

Dans le cas d'accidents de la route, le patient verra par exemple l'obstacle surgir et ressentira la perte de

contrôle du véhicule, il entendra les bruits de tôle et les crissements de pneus, sentira des odeurs de brûlé, le tout dans un climat de tension psychique exceptionnel.

Des conduites d'évitement prennent la forme d'efforts délibérés ou spontanés des situations, lieux, conversations ou pensées qui éveillent des souvenirs du traumatisme. Une perte d'intérêt pour la vie courante ou les activités antérieurement investies peut être associée à un sentiment de solitude voire d'abandon ou une péjoration de l'avenir. Un sentiment de détachement est fréquent : impression, en famille, au travail ou en société, de ne pas ou plus être "en phase" ou "compris" par les autres.

Enfin, des symptômes dits d'hyperréactivité neurovégétative, également très gênants pour le sujet et son entourage, se traduisent par un sentiment parfois permanent d'être sur le qui vive, d'être vaguement mais sûrement menacé par une nouvelle catastrophe ou mauvaise nouvelle. Ceci entraîne un état d'attente et d'hypervigilance anxieuse permanente, épuisante pour le sujet. Le retentissement cognitif est systématique et le patient se plaint de troubles de mémoire et de concentration ou de l'impossibilité de mener une tâche à son terme, par exemple parce qu'il est parasité par des flashbacks ou des souvenirs traumatiques. Les sursauts sont caractéristiques de la maladie ; ils sont souvent déclenchés par des bruits souvent banals : claquement de porte, sonnerie de téléphone ou cri d'enfant dans la rue par exemple. Associés aux troubles du sommeil, ces symptômes entraînent souvent des troubles du caractère, une irritabilité ou une propension à la colère ; les patients se disent par exemple en permanence ulcérés par un entourage qui semble ne pas les comprendre.

Concernant la durée des symptômes, précisons que la perturbation doit durer plus d'un mois pour formellement poser le diagnostic, et qu'elle entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Les auteurs européens centrent le diagnostic sur le syndrome de répétition traumatique en le considérant non seulement comme pathognomonique de la névrose traumatique mais également responsable des autres symptômes dits non spécifiques : anxiété, asthénie physique, psychique et sexuelle, troubles psychosomatiques, troubles des conduites [9]. La répétition traumatique est également associée à un état d'alerte, un sentiment d'insécurité, des sursauts, une résistance à l'endormissement, une réduction d'intérêt, une impression d'avenir bouché et de détachement du monde, un retrait social et des troubles du caractère sous forme d'irritabilité [8]. Ces manifestations sont combinées de manière variable selon les sujets et les moments, mais sont

vécues dans un registre de détresse psychique intense associant anxiété psychique (malaise, impression aiguë d'absence de secours), et véritable "orage" neurovégétatif (manifestations somatiques d'anxiété : pâleur, sueur, tachycardie, lipothymie).

Rappelons enfin la possibilité de survenue des troubles de manière différée par rapport à l'accident, cet intervalle de latence étant susceptible de durer plusieurs mois ou années, rendant parfois malaisée l'imputabilité des troubles à un événement particulier.

REPERAGE DES SUJETS A RISQUE

Dans une perspective de prévention secondaire, il est maintenant possible de définir des populations à risque sur des arguments pré, péri et post événementiels.

Pour Brewin, à l'occasion d'un état des lieux préliminaire à la première méta analyse sur le sujet, les travaux réalisés permettent de classer ces facteurs en 3 groupes [6].

La notion de vulnérabilité pré traumatique comprend : sexe féminin, antécédents familiaux de trouble psychique, vulnérabilité génétique ou neuroendocrinienne, trouble de personnalité, trauma antérieur, expériences négatives de vie, faible niveau socio-éducatif et présence de troubles des lignées anxieuses et dépressives antérieures à l'événement.

Des facteurs péritraumatiques ont également été dénoncés, essentiellement liés à l'événement lui-même et aux réactions du sujet à celui-ci : intensité, violence et imprévisibilité de l'événement, intensité des lésions physiques, intensité et type de réactions immédiates à l'événement, présence d'un état de stress aigu, d'une dissociation ou d'une détresse péritraumatique.

Les facteurs post traumatiques : comprennent des données relativement hétérogènes et moins systématiquement étudiées ou relevées : apparition précoce des symptômes, faible support social, lourdeur du handicap physique et autres événements négatifs de vie survenant notamment dans l'année qui suit la survenue de l'événement traumatique.

En 1998, Yehuda résume les liens entre un événement traumatique, des réponses neurobiologiques particulières et le développement d'un PTSD [30]. Concernant l'axe hypothalamo-hypophysaire, l'auteur synthétise d'abord les données validées dans le trouble constitué : diminution de cortisol circulant, augmentation de concentration et de sensibilité des récepteurs glucocorticoïdes, augmentation de sensibilité du feed-back négatif de l'HPA et sensibilisation progressive de tout l'axe HPA. Le système nerveux sympathique, dont l'activation conduit au largage catécholaminergique (adrénaline et noradrénaline) serait quant à lui impliqué très précocement car

contemporain de la réaction de stress initiale survenant dès la confrontation du sujet à l'événement traumatogène. Elle s'intéresse ensuite aux quelques études effectuées à la salle d'urgence pour constater que le développement du PTSD serait largement facilité par une réponse biologique post traumatique intense touchant le circuit de la peur, l'axe HPA et le système catécholaminergique comme l'attestent le caractère prédictif d'un niveau bas de cortisol et l'augmentation de la fréquence cardiaque.

C'est Shalev qui monte en 1998 le premier travail qui ouvrira toutes les perspectives futures dans le domaine [25]. Il inclut 86 sujets (34 femmes et 52 hommes) survivants à un événement traumatogène (85 % d'AVP) pour en surveiller l'évolution sur 4 mois. Le recrutement se faisait dès la salle d'urgence sur des critères d'inclusion classiques. L'évaluation clinique comprenait aux 3 temps de l'étude des outils explorant la psychopathologie générale, la présence d'une dissociation péritraumatique et de symptômes psychotraumatiques, les antécédents de trauma et les réactions immédiates. Y étaient associé des instruments structurés évaluant l'anxiété et la dépression, les troubles psychiatriques présents et vie entière et le PTSD (CAPS) ainsi que des mesures monitorisées et standardisées de la fréquence cardiaque dès les Urgences.

Le diagnostic de PTSD sera affirmé chez 38 % des sujets à 1 mois et 23 % à 4 mois ("groupe PTSD") en comparaison des 77 % de sujets qui ne souffriront pas de ce trouble ("groupe non PTSD"), les 2 groupes ne se différenciant pas sur le type d'événement rencontré. Le groupe PTSD présentait par rapport au groupe non PTSD une FC significativement plus élevée dès les Urgences (96.4 vs 83.3 BPM, $p < .001$) ainsi qu'à 1 semaine (77.8 vs 72.0 BPM, $p < .03$), cette différence disparaissant aux évaluations à 1 et 4 mois. Les analyses de covariance de la FC utiliseront le diagnostic de PTSD comme variable principale après contrôle des variables confondantes (âge, sexe, troubles de l'axe I, sévérité de l'événement, intensité de la réponse à l'événement et dissociation péritraumatique) et permettront d'ajuster les FC dans les 2 groupes. Aux urgences, les chiffres seront établis à 95.1 BPM dans le groupe PTSD versus 84.7 dans le groupe non PTSD ($p < .002$) et à la première semaine à 77.3 vs 72.6 ($p < .09$). En ce qui concerne les autres mesures, les corrélations étaient par ailleurs établies entre la FC et la sévérité de l'événement ainsi que l'intensité des réactions immédiates. Une régression logistique testait l'effet sur le diagnostic de PTSD à 4 mois des variables sexe, âge, antécédents de trauma, sévérité de l'événement, réactions immédiates, dissociation et FC. Seuls la sévérité de l'événement ($X^2 = 0.01$, $p < .04$) et dans une moindre mesure la FC ($X^2 = 9.97$, $p < .002$) présentaient un poids significatif à

l'exclusion de toute autre variable. En revanche, à aucun moment de l'étude la tension artérielle - diastolique et systolique - ne présente de différence entre les 2 groupes ni ne prédit la survenue d'un PTSD.

Si elle présente quelques limitations (mesure unique de la FC aux urgences, pas de détermination minutée du délai entre l'événement, l'arrivée aux urgences et la FC) cette étude établit clairement les liens entre l'hyperadrénergisme des premiers jours qui suivent la survenue d'un événement traumatique et l'apparition ultérieure d'un PTSD.

CONCLUSION

Les conséquences psychologiques de la confrontation à un événement traumatique demeurent un domaine encore trop méconnu du grand public médical bien que les travaux se multiplient dans le champ de la psychiatrie notamment outre Atlantique. Aux confins de la médecine d'urgence et de la psychiatrie, une préoccupation spécifique pour le champ de la psychotraumatologie semble apparaître en France quant au dimensionnement, à l'évaluation clinique, au repérage de facteurs de risque et à l'aide spécifique à apporter aux victimes. Cet enjeu nous paraît d'autant plus déterminant qu'à l'heure actuelle, à côté des données de la littérature internationale, les expériences cliniques de quelques équipes permettent un recul suffisant pour affirmer qu'un caractère systématique du repérage de certains éléments cliniques permettrait des approches psychothérapeutiques et pharmacologiques dédiées ciblées susceptibles de contribuer à une diminution significative d'un cortège de conséquences psychologiques dont on connaît maintenant aussi bien le tribut payé par le sujet que le poids supporté par la société.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004 (420): 38-46.
2. BAKER DG, EKHATOR NN, KASCKOW JW et al. Higher levels of basal serum cortisol in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (5): 992-4.
3. BLANCHARD EB, HICKLING EJ, TAYLOR AE et al. Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behav Res Ther* 1996; 34 (1): 1-10.
4. BLANCHARD EB, HICKLING EJ, FREIDENBERG BM et al. Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behav Res Ther* 2004; 42 (5): 569-83.

5. BRESLAU N, KESSLER RC, CHILCOAT HD et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (7): 626-32.
6. BREWIN CR, ANDREWS B, VALENTINE JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68 (5): 748-66.
7. CHAN AO, MEDICINE M, AIR TM et al. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (2): 175-81.
8. CROCQ L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. *Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. Psychol Med* 1992; 24: 395-401.
9. CROCQ L, DOUTHEAU C, LOUVILLE P. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-113-D-10 1998:
10. DAVIDSON JR, STEIN DJ, SHALEV A et al. PTSD : acquisition, recognition, course and treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004; 16 (2): 135-47.
11. DUCROCQ F, VAIVA G, COTTENCIN O et al. [Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature]. *Encephale* 2001; 27 (2): 159-68.
12. FROMMBERGER UH, STIEGLITZ RD, NYBERG E et al. Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248 (6): 316-21.
13. HICKLING EJ, BLANCHARD EB. The international handbook of road traffic accidents and psychological trauma: current understanding, treatment and law. Oxford, Elsevier Science, 1990, 412 pages.
14. HICKLING EJ, BLANCHARD EB, BUCKLEY TC et al. Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping, and recovery over six months. *J Trauma Stress* 1999; 12 (2): 345-53.
15. HIDALGO RB, DAVIDSON JR. Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 7: 5-13.
16. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (12): 1048-60.
17. KOREN D, ARNON I, KLEIN E. Long term course of chronic posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a three-year prospective follow-up study. *Behav Res Ther* 2001; 39 (12): 1449-58.
18. LEBIGOT F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol* 1997; 155 (8): 522-26.
19. LEBIGOT F. Le traumatisme psychique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2004; 4 (1): 5-11.
20. LECRUBIER Y. Posttraumatic stress disorder in primary care: a hidden diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 1: 49-54.
21. MORGAN CA, 3RD, KRYSTAL JH, SOUTHWICK SM. Toward early pharmacological posttraumatic stress intervention. *Biol Psychiatry* 2003; 53 (9): 834-43.
22. NUTT DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 5: 24-9; discussion 30-2.
23. PRIETO N. Epidémiologie du traumatisme psychique. In: De Clercq M, Lebigot F, eds. *Les traumatismes psychiques*. Paris, Masson, 2001: 66-77.
24. RESNICK HS, YEHUDA R, PITMAN RK et al. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (11): 1675-7.
25. SHALEV AY, SAHAR T, FREEDMAN S et al. A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (6): 553-9.
26. URSANO RJ, FULLERTON CS, EPSTEIN RS et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (11): 1808-10.
27. VAIVA G, BRUNET A, LEBIGOT F et al. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (6): 395-401.
28. VAIVA G, THOMAS P, DUCROCQ F et al. Low posttrauma GABA plasma levels as a predictive factor in the development of acute posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2004; 55 (3): 250-4.
29. VAIVA G, BOSS V, DUCROCQ F et al. Relationship between posttrauma GABA plasma levels and PTSD at 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (8): 1446-8.
30. YEHUDA R, MCFARLANE AC, SHALEV AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry* 1998; 44 (12): 1305-13.

Résilience et traumatisme : y-a-t-il une vie après l'horreur ?

Docteur Clara DUCHET

*Maître de Conférences, Docteur en psychologie clinique
Université Paris 5 Descartes
Laboratoire de Psychologie clinique et de psychopathologie
clara.duchet@univ-paris5.fr*

Résumé

La notion de résilience dérange mais elle a le mérite d'interroger la communauté scientifique : s'agit-il d'un nouvel habillage qui viendrait désigner des processus cliniques déjà bien connus ou bien s'agit-il d'une conception d'un autre ordre qui nous invite à réfléchir autrement, notamment dans le champ du psychotraumatisme ? A travers cet écrit, nous entendons travailler tout d'abord sur les liens qui unissent trauma et résilience afin de bien considérer l'importance des aspects psychodynamiques de ces deux notions. Ensuite, nous ferons le point sur l'état des études et questionnements dans ce champ clinique, avant de proposer des pistes concrètes de travail, tant sur le plan de la recherche que dans le domaine thérapeutique. Enfin, les vignettes cliniques de Romuald et d'Annette nous permettront d'affiner notre approche en mettant l'accent sur l'importance du processus de métamorphose du trauma et de l'horreur pour pouvoir réellement parler de résilience.

MOTS CLES

Résilience – Traumatisme – Thérapies – Facteurs de risque – Facteurs de protection

Introduction

La notion de résilience dérange mais elle a le mérite d'interroger la communauté scientifique : s'agit-il d'un nouvel habillage qui viendrait désigner des processus cliniques déjà bien connus (facteurs de protection et facteurs d'adaptation, mécanismes de défense, "simple" santé mentale, ...) ou bien s'agit-il d'une conception d'un autre ordre qui nous invite à réfléchir autrement, notamment dans le champ du psychotraumatisme ? Avant de proposer des pistes de réflexions pour tenter de répondre à ce premier questionnement, force est de rappeler que le premier intérêt de la résilience est de se situer à un carrefour épistémologique : nous entendons mettre l'accent sur la rencontre des différents courants de pensée autour de la résilience en soulignant l'apport des théories psychanalytiques dans ce domaine enrichi par les approches développementales, comporte-

mentales, éthologiques, socio-éducatives... pour ne citer que ces courants. Ainsi, la résilience est avant tout chose porteuse d'une transdisciplinarité riche d'enseignements. Avant d'entrer plus précisément dans le champ de la résilience, nous proposons de partir de la question du psychotraumatisme qui nous réunit aujourd'hui.

1. De la subjectivité du traumatisme

Evoquons brièvement les premières caractéristiques de l'événement qui fait trauma : sa soudaineté, sa brutalité et sa violence viennent bouleverser les capacités adaptatives, les capacités d'élaboration psychique et de défense d'un sujet. Nous traitons aujourd'hui de l'impact des événements réels, qui surgissent de l'extérieur, c'est-à-dire de la réalité : en rappelant que cette menace externe vient précisément faire irruption et effraction dans le monde interne du sujet, en se logeant dans sa psyché comme un "*corps étranger interne*" (Freud, 1916). Autre caractéristique fondamentale du psychotraumatisme : celui-ci implique une rencontre accidentelle avec le "réel de la mort". La victime a rencontré l'image de sa propre mort : elle a effectivement cru qu'elle allait mourir, voire elle s'est vue morte. Or, pour être résilient, nous enseigne Boris Cyrulnik, il faut d'abord "avoir été mort", nous y reviendrons. Nous souhaitons donc insister sur l'aspect subjectif du traumatisme : l'événement ne devient traumatique pour une personne qu'en fonction de ce qu'il provoque subjectivement chez elle, qu'en fonction de la réalité interne du sujet. Nous parlons de rencontre singulière entre le traumatisme et le sujet.

Dès lors, la question devient : pourquoi certains individus développent-ils des troubles psychotraumatiques tandis que d'autres, soumis au même événement traumatogène, n'en présentent pas (Duchet, 2000) ? Dans les travaux classiques sur le trauma, il faut attendre les années 80 pour noter les premières traces d'interrogations à ce sujet. En 1994, Crocq évoque ces "*sujets psychologiquement indemne*" en admettant que "dans les grandes catastrophes, 70% des victimes s'en sortent sans troubles

psychiques séquellaires autres qu'un mauvais souvenir, bien maîtrisé". Cependant, Crocq nous met en garde : soit ces victimes souffrent mais trouvent cela "normal", soit elles "déclarent s'en être sorties avec *l'âme renforcée*" ; alors dit-il "on peut penser qu'il s'agit là de cas peu ou prou pathologiques". Trois ans plus tard, ce dernier ajoute : "un même événement peut être traumatique pour un sujet et pas pour un autre, à un moment donné, et non traumatique la veille ou le lendemain" (Crocq, 1997). En effet, "*l'actuel ne saurait être envisagé sans le passé*" (De Mijolla-Mellor, in Baccino, 2003) : l'irruption externe du traumatisme ne peut être envisagée et pensée avec le sujet qu'en interaction avec les conditions internes de réception dans sa psyché.

Le cas de Romuald

Romuald, âgé d'une vingtaine d'années, vient nous voir en consultation de psychotraumatisme pour, dit-il d'emblée, "faire le point". Pendant ses vacances à l'étranger, alors qu'il dormait tranquillement sous une toile de tente avec sa petite amie, un individu pénètre par effraction dans l'habitacle pour y dérober un sac contenant notamment l'argent et les papiers du jeune couple. Réveillés en sursaut, ces deniers se lancent à la poursuite du voleur, qui, une fois rattrapé, dégage soudainement une arme à feu et tire. La balle traverse alors la tête du jeune homme, entrant par la tempe et ressortant par son front. L'agresseur s'enfuit avec le sac.

Notre patient ne perçoit pas sur le moment le danger de mort, il continue d'ailleurs à se défendre contre cette idée malgré l'évidence objective de la menace qui a pesé sur sa vie et les suites chirurgicales qui ont interrompu son séjour puis son activité professionnelle. Les seuls troubles relevant éventuellement d'un syndrome psychotraumatique se sont estompés en trois mois : quelques sursauts, une hypervigilance et un évitement annoncé d'autres séjours en camping (seul ce dernier point reste présent lors de la première consultation). Point de syndrome de répétition typique avec cauchemars ou flash-back et l'hypothèse d'une dissociation péritraumatique franche est écartée à l'écoute de son récit. Romuald a objectivement été menacé de mort, cependant l'image traumatique a été rejetée à l'extérieur de sa psyché, ne créant pas d'effraction traumatique à proprement parler. Pouvons-nous pour autant évoquer un processus de résilience ?

2. Du point de vue de la recherche

Les travaux épidémiologiques viennent souligner l'ampleur des répercussions psychopathologiques d'un événement traumatique. Après une guerre, un attentat, une catastrophe collective ou une agression individuelle, 18 à 80% des victimes développent un ESPT et/ou une comorbidité associée (dépression,

anxiété, somatisation, changements de personnalité...). Cependant, mais en toute complémentarité, les études sur la résilience nous invitent à regarder ces données d'une autre manière pour souligner que 20 à 82% des victimes ne développeraient pas de pathologie.

Les recherches sur la résilience proposent alors de s'intéresser aux personnes qui, malgré l'accumulation de facteurs de risque (antécédents familiaux pathologiques, conditions de vie très défavorisées, séparations et maltraitements précoces...), connaissent un autre destin (Cyrulnik, 2003). Ces travaux (Werner, 1993 ; Garmezy, 1993 ; Rutter, 1983-1992, Fonagy, 1994-2001, in Anaut, 2003) se situent le plus souvent dans une perspective longitudinale et suivent le devenir d'enfants nés dans un contexte très défavorable à haut risque pathogénique : ils mettent en évidence qu'une part non négligeable de ces enfants (30 à 70% selon les cas) connaît un développement adolescent et adulte sans pathologie mentale ni inadaptation sociale, qu'ils deviennent des adultes compétents dans leur domaine et "heureux". Cet angle de vue permet enfin de s'interroger sur les ressources de ces individus plutôt que sur leur pathologie.

3. Premières conceptions et définitions de la résilience

Si à l'origine, en physique, la résilience désigne la résistance au choc d'un métal, avec l'idée que ce dernier reprendra sa forme initiale après la secousse, elle entend au contraire insister en psychologie sur la notion de métamorphose, sur la capacité à transformer un traumatisme ! Il faut savoir qu'actuellement, la notion de résilience a fait le tour du monde, déclinée en *resiliencia*, *resilienz* ou bien remplacée par des métaphores : en Norvège, on parle plus facilement de *loevetannbarn*, "l'enfant pissenlit" qui pousse partout, y compris dans des conditions extrêmes ; en Inde, on privilégie plutôt l'image de la fleur de lotus, capable de s'épanouir y compris dans des eaux très troubles (Vanistendael, 2000).

C'est pourquoi le sens du concept en physique est forcément réducteur : si la résilience désigne en partie cette capacité à s'opposer aux pressions et à résister, elle implique en psychologie une dynamique positive dans le sens où elle permet la construction, voire la reconstruction. "La résilience ne se pense pas de manière linéaire, mais de manière systémique et dynamique" confirme Cyrulnik (in Poilpot, 1999). Ainsi la résilience n'équivaut surtout pas à un retour à l'état initial, elle ne signifie ni résistance ni invincibilité ou invulnérabilité (Garmezy, 1993 ; Duchet, 2000) qui renverraient davantage à une "pseudo résilience" (Jouglas, in Baccino, 2003) : "*ce n'est pas la molécule du surhomme*" ironise Cyrulnik (2003).

Les premières définitions de la résilience ont le mérite d'être consensuelles mais l'inconvénient d'être trop larges : "C'est la capacité de bien fonctionner malgré le stress, l'adversité, les situations défavorables" propose Rutter (1985). "Résilier, c'est aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress. C'est surmonter les épreuves et crises de l'existence, c'est-à-dire y résister, puis les dépasser... C'est résilier un contrat avec l'adversité" (Manciaux, in Poilpot, 1999). Si l'on reste sur ces premières définitions de la résilience, le jeune Romuald dont je vous parlais tout à l'heure est assurément résilient. Certes, il consulte, mais c'est parce qu'il se rend compte que cet événement a changé momentanément le cours de sa vie et compliqué quelque peu la vie amoureuse de son couple (sa petite amie a d'avantage perçu la menace de mort et est devenue très pressée d'officialiser leur union). De plus, il doit se rétablir au mieux avant d'envisager la reprise d'un travail en France et a choisi de mettre tous les moyens de son côté. Ce point de vue réducteur sur la résilience reviendrait simplement à souligner l'absence de pathologie chez Romuald après un événement potentiellement traumatique.

Les conceptions de la résilience sont en fait multiples en fonction du point de vue théorique et épistémologique considéré. Les pionniers anglo-saxons de la résilience (Rutter, 1985 ; Garnezy, 1993 ; Werner, 1993) se sont d'avantage attachés à la recherche des facteurs de risque et de protection dans des contextes de vie très défavorables. Ces auteurs ont alors mis en évidence des listes de critères internes et externes favorisant la résilience. C'est dans ce sens que Cyrulnik écrivait déjà en 1999 : "La résilience est un tricot qui noue une laine développementale avec une laine affective et sociale. C'est un maillage".

4. Résilience et trauma

Dans une perspective plus "psychotraumatologique" et plus psychanalytique, un consensus clinique semble se dégager pour affirmer qu'on ne saurait parler de résilience sans faire référence à la traversée du traumatisme (De Tichey, in Manciaux, 2001 ; Crocq, Bessoles, in Baccino, 2003 ; Cyrulnik, 2003). Or, dans ce champ clinique, le "trop plein" d'excitations externes, responsable de l'effraction traumatique, est à mettre en rapport avec l'expérience de la mort inhérente à la rencontre traumatique – nous l'avons déjà souligné (Lebigot, 1997). Que cette mort soit un réel danger physique ou qu'elle constitue une menace de mort psychique : la mort revient sans cesse dans le discours des personnes traumatisées ("j'ai vu la mort", "j'étais mort" ou "je reste un mort vivant"). Ainsi, pour être considéré comme "résilient" potentiel, il faut d'abord

"avoir été mort" (Cyrulnik, 1999). Face à ce vécu impensable et à cette expérience de néantisation, la résilience ne saurait être définie sans faire référence au travail d'élaboration, de mentalisation, de pensée et de rêve (De Tichey, in Manciaux, 2001 ; Scelles, 2002 ; Crocq, Bessoles, in Baccino, 2003), comme mouvements indispensables à l'intégration et au dépassement du traumatisme. Cyrulnik ajoute aujourd'hui l'idée que la résilience est un processus, qui implique que l'homme ait traversé un traumatisme, une déchirure, et qui montre la reprise d'un type de développement. Il utilise ensuite la métaphore de la couture de cette déchirure pour désigner le travail de la résilience, en précisant que cette couture met en jeu des ressources internes et des ressources externes. Dès lors, le cas de Romuald ne nous permettrait pas de faire état d'un véritable processus de résilience !

Vient alors la question du statut de la résilience (Lecomte, 2002) : est-ce une aptitude (Vanistaendel, 2000), un trait (Block et Block, 1980, in Anaut 2003), un processus (De Tichey, in Manciaux, 2001 ; Blatier, in Baccino, 2003), un mécanisme de défense (Hanus, 2001), une source ou un résultat (Masten, 2001, Fortin, Bigras, 2000, in Anaut, 2003) ? Nous ne pouvons développer ici tous ces points de vue divergents et/ou complémentaires mais nous les abordons pour souligner l'importance de la complexité de la résilience et la nécessité de développer des travaux qui nous aideront à éclaircir ces débats.

Levons maintenant l'ambiguïté sur trois points fondamentaux qui sont trop souvent à l'origine de confusions dans le domaine de la résilience :

- a. La résilience ne peut être confondue avec une simple résistance au choc et ne saurait être réduite à un processus d'adaptation (Scelles, 2002) ;
- b. La résilience ne signifie pas absence de souffrance (s'autoriser à souffrir n'est d'ailleurs pas donné à tout le monde...) et les études sur la résilience ne sont pas faites pour montrer que les victimes peuvent s'en sortir seules (Cyrulnik, 2003) ;
- c. La résilience ne dure pas toute la vie... Combien d'hommes sortis des camps nazis, devenus célèbres par leur capacité à transformer leur souffrance et leur passé traumatique, ont fini par se suicider (Bruno Bettelheim et Primo Lévy par exemple). Enfin, ne faut-il pas envisager l'idée qu'il n'y aurait pas forcément *une* résilience mais *des* résiliences ! Ainsi, la résilience serait de plus en plus à définir en fonction du contexte et du domaine auquel on s'intéresse (Lecomte, 2002 ; Bouteyre, 2004).

5. Comment évaluer la résilience ?

En préambule, il s'agit de bien différencier l'étude des facteurs de risque (facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'un comportement déviant,

d'une pathologie), l'étude des facteurs de protection (facteurs susceptibles d'éviter l'apparition des complications précédemment citées), et la recherche des facteurs de résilience. Puisque, nécessairement, la résilience englobe les notions de risque et de protection en se situant à l'interface des deux (Blatier, in Baccino, 2003). L'évaluation de la résilience est un vaste chantier car elle reste dépendante de la définition à laquelle on choisit de se référer (Lecomte, 2002).

Nous insisterons d'abord sur la pertinence de développer des études *longitudinales et prospectives* : ce n'est qu'à l'aide de ces méthodologies que les chercheurs ont pu montrer par exemple que la majorité des enfants maltraités et carencés dans leur enfance ne sont pas devenus des adultes maltraitants ou "déséquilibrés" (Lecomte, 2002).

Ensuite, pour notre clinique psychotraumatique, il nous semble pertinent de retenir un ensemble de variables quantitatives et qualitatives. Voilà ce que nous proposons :

- l'absence de pathologie traumatique figée et invalidante (critère objectivable par des échelles mais non suffisant) ;
- les mouvements et mécanismes de pensée, d'élaboration, de créativité et de transformation qui permettent de donner progressivement sens au vécu traumatique (dimension subjective incontournable et évaluable au cours des psychothérapies, comme à l'aide de tests projectifs et/ou d'entretiens à visée de recherche) ;
- les ressources externes à l'individu en terme de sociabilité, de croyances, d'engagements pour une cause, de recours à la justice, et de *tuteurs* de résilience.

Le cas d'Annette

Pour illustrer cette conception de la résilience, je vous parlerai d'Annette, cette femme dynamique âgée de 76 ans venue nous rencontrer en consultation suite à l'apparition brutale et inattendue d'un véritable syndrome de répétition traumatique survenu plus de 50 ans après les faits. Annette nous raconte qu'elle a été résistante pendant la Seconde guerre mondiale : jolie blonde aux yeux bleus, âgée d'une vingtaine d'année et perchée sur son vélo, elle passait inaperçue alors qu'elle faisait transiter des informations, des explosifs et des armes à des groupes d'hommes en résistance contre l'ennemi nazi. Cependant, un beau jour, des Allemands l'ont attrapée, furieux d'avoir été bernés par cette gamine à qui ils en font fait voir de toutes les couleurs : menaces verbales, coups, insultes pour commencer, puis tortures diverses comme celle de la tête dans l'eau souillée des cabinets pour qu'elle dénonce ses camarades, se terminant par un viol collectif lui

sacrifiant sa virginité. Annette relate ses souvenirs de manière très émouvante, elle a vraiment cru qu'ils allaient finir par la tuer, et pourtant elle s'en est sortie, vivante mais profondément meurtrie. Dans le même temps, son œil brille pour défendre la cause qui était la sienne et celle de sa famille, de ses frères. Sa souffrance ne peut être évoquée que si elle contrebalancée par des messages d'espoirs, de lutte, de confiance profonde dans les autres et dans la vie. Après la guerre, elle n'a jamais parlé de tout ça en détails, elle a caché à ses proches les pires moments de sa détention par les Allemands. Cependant, elle a gardé sa fibre militante et a toujours parlé librement de la guerre et de ses activités de résistante, à ses enfants puis à ses petits-enfants. Elle a même composé un récit romanesque inspiré de son expérience de la guerre. Elle garde précieusement ce manuscrit pour sa descendance : après sa mort, qui voudra le lire le pourra... Le temps nous manque pour tout relater de son histoire. Je préciserai simplement qu'Annette a mené une vie qu'elle qualifie d'épanouie et d'heureuse, elle a rencontré un homme avec qui elle a fondé une famille unie, a exercé en tant qu'institutrice et n'a jamais souffert de troubles psychopathologiques particuliers. Pourtant, son long et apparemment solide processus de résilience a brutalement cédé : au moment où elle a appris par les médecins que les jours de son mari, atteint d'un cancer, étaient comptés. Les nuits qui ont suivi, elle a été réveillée par de véritables cauchemars de répétition, reproduisant précisément des moments de tortures du passé. Elle a ensuite présenté des flash-backs diurnes, des ruminations anxieuses, ainsi que des symptômes d'hyper-vigilance. Si nous ne pouvons manquer de souligner cette incroyable période de latence, longue de plus de 50 ans ; nous nous attarderons davantage sur le fait que la psycho-thérapie a rapidement porté ses fruits et entraîné en quelques mois la disparition de son syndrome psychotraumatique. Si ce développement favorable a été possible, c'est parce qu'il a grandement profité des ressources qu'Annette avait à sa disposition : en terme de mobilisation de mouvements psychiques, en terme de mise en parole de ses émotions, de ses pensées non sidérées malgré la résurgence du trauma, en terme d'élaboration, de créativité (elle s'est remise à écrire dans son journal) et de transformations qui ont permis de donner sens aux vécus traumatiques passé et actuel. Bien entendu, ses ressources externes en terme de sociabilité, de croyances, d'engagements pour une cause ont été d'un grand secours. De plus, elle bénéficiait d'un réseau social et familial précieux et solide. Ainsi, l'expérience de la résilience de certains de nos patients nous permet de poser un autre regard sur nos pratiques...

6. Résilience et thérapeutique : un autre regard sur nos pratiques

Dans un contexte thérapeutique, c'est-à-dire dans nos consultations, s'intéresser à la résilience signifie d'abord autoriser le sujet à adopter un autre regard sur l'événement. Le clinicien va alors chercher, en sus des marques traumatiques, quelles ressources le patient victime a en lui pour dépasser l'expérience traumatique. Une femme, torturée pendant la dictature de Pinochet, se souvient ainsi de ces "fameux moments où nous avons été capables d'être une personne" en évoquant ces scènes où les femmes se maquillaient sous le bandeau qui leur couvrait les yeux en cellule. Sironi (1999) insiste sur l'importance d'identifier ce qui est resté intact de toute atteinte traumatique.

Ensuite, travailler avec la résilience, c'est aussi inscrire l'événement individuel dans un contexte collectif (rappelez-vous, la résilience est un maillage qui se tricote). Un homme torturé dans son pays dira : "j'ai pu m'en sortir à partir du moment où l'on m'a aussi demandé ce qui nous était arrivé". Enfin, la littérature actuelle souligne la difficulté pour les victimes d'événements traumatiques de ne pas subir des processus de re-victimation (au décours par exemple de certaines procédures judiciaires et d'indemnisations) qui substituent parfois l'identité du sujet à une nouvelle identité : celle de victime.

La résilience impose alors au clinicien de penser par delà le trauma tandis que le patient peut se présenter à nous, encore "pris" dans le traumatisme, dans la stupeur, la dissociation ou le discours répétitif. Ainsi, le clinicien a déjà en tête le fait que le traumatisme doit reprendre sa place dans une histoire de vie. Il va alors s'adresser non seulement à la victime de cet événement qui est à l'origine de la demande de consultation, mais aussi à la personne qui vivait avant cet événement et à celle qui vivra avec et après le traumatisme. Le clinicien et le patient chercheront ensemble à reconstruire une histoire dans laquelle prendra progressivement place l'événement traumatique. Mais adopter ce regard, porteur d'espérances, nécessite de combattre un certain nombre de "mythes" qui sont trop largement ancrés dans notre culture : des mythes qui condamnent le traumatisé.

Le mythe de la "prédétermination"

La vindicte populaire qui affirme "qui a bu boira" devient "qui a été battu battra" !

Nous savons pourtant qu'il n'existe pas de transmission transgénérationnelle automatique. Avec le mythe de la prédétermination, on entend "il est fou, il est pathologique... c'est normal, avec ce qu'il a vécu !". Or, nous l'avons déjà mentionné, les études montrent bien que toute personne peut

échapper aux cycles de violence, de pauvreté ou d'échecs connus dans son enfance avec sa famille.

Le mythe du "dommage irréparable"

Toutes les études sur les victimes montrent que des personnes ayant vécu un traumatisme peuvent développer un syndrome psychotraumatique, et toutes ces dernières oublient de souligner qu'un pourcentage non négligeable (70% en moyenne) n'en présentent pas, nous l'avons vu précédemment. Rappelons qu'un événement n'est pas traumatique en soi ! Prenons en exemple ces enfants qui jouent à cache-cache pendant les bombardements d'une guerre, tandis que d'autres, terrorisés, resteront collés à leur mère. Le même événement ne provoque pas les mêmes effets... Mais penser qu'un dommage est irréparable contribue effectivement à le rendre irréparable.

Le mythe de l'identité – la victimation secondaire

Le traumatisme n'est pas une identité. Être victime n'est pas une carrière. Sinon, nous ne sommes pas dans le cadre de la résilience mais dans celui où le sujet réorganise sa vie autour du traumatisme. Certains regroupements de victimes peuvent parfois venir renforcer ce phénomène de victimation secondaire : faire exister la victime et non plus Jeanne ou Pierre qui se cache derrière la victime. Ici, le regard de l'autre, de la société est primordial : plus nous stigmatisons l'enfant battu, l'ancien combattant, le torturé comme une victime, moins nous lui donnons la chance de développer une autre carrière que celle de victime. Regarder l'enfant blessé comme une victime revient à lui donner un deuxième coup et n'aide pas le professionnel du soin ou de la relation à être plus proche, plus empathique, bien au contraire... Comme le disent très justement certaines femmes victimes de viol : "le viol, c'est ce que j'ai vécu et non pas ce que je suis".

Le mythe de la banalisation

C'est en quelque sorte l'envers des mythes précédents puisque c'est affirmer que "rien n'est grave". On est alors sous le coup du déni qui, à moyen et long terme, empêche le travail d'élaboration et de métamorphose du traumatisme. Reconnaître le traumatisme de l'autre, c'est autoriser sa douleur. Comme pour le deuil, le traumatisme entraîne des pertes qui nécessitent un travail de pensée, une élaboration puis une réparation. Rappelons-nous, la résilience n'a jamais signifié "absence de souffrance" mais plutôt "transformation" de cette dernière...

La résilience, dans un contexte traumatique, concerne d'abord l'individu qui continue à penser, à vivre psychologiquement, à rêver et à imaginer malgré

l'horreur... Et stimuler ces ressources chez un sujet, c'est peut-être lui permettre un jour de faire preuve de résilience.

Conclusion

La résilience : phénomène nouveau ou ancien ? Il est certains que ses racines sont anciennes : Ferenczi et Freud (1939) soulignaient déjà les effets positifs de tout traumatisme. Mais ce sont bien les nouveaux développements issus des travaux actuels sur la résilience et le psychotraumatisme qui permettent de réinterroger notamment la psychanalyse, en invitant le clinicien à considérer le patient comme un être en devenir, "confronté aux cliniques de l'irreprésentable, le psychanalyste ne cherchera pas tellement à explorer un espace psychique, mais plutôt à rendre possible la constitution d'un espace psychique" (énonce Korff-Sausse, 2002). De la même manière que nous avons appris à comprendre la clinique des traumatisés en étudiant leur fonctionnement, nous pensons avoir beaucoup à apprendre des personnes faisant preuve de résilience, afin d'enrichir notre savoir et de proposer de nouvelles pistes thérapeutiques, après l'horreur...

BIBLIOGRAPHIE

Anaut M. *La résilience, surmonter les traumatismes*. Paris, Nathan, 2003.
Baccino E, Bessoles P (ss la dir.). *Victime – Agresseur. Traumatisme et résilience ; lien psychique – lien social*. Nîmes, Champ social, 2003.
Bouteyre E. *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*. Paris, Dunod, 2004.
Crocq L. *Les victimes psychiques*. *Victimologie*, 1994, 1 : pp 25-33.
Crocq L. *Stress, trauma et syndrome psychotraumatique*. *Soins Psychiatrie*, 1997, 188 : pp 7-13.
Cyrulnik B, Seron C (ss la dir.). *La résilience ou comment renaître de sa souffrance ?* Paris, Fabert, 2003.
Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris, Odile Jacob, 1999.

Duchet C, Jehel L, Guelfi J.D. *A propos de deux victimes de l'attentat parisien du RER Port-Royal du 3 décembre 1996 : vulnérabilité psychotraumatique et résistance aux troubles*. *Annales Médico-Psychologiques*, 2000, 158 (7) : pp 539-548.
Freud S. *Rattachement à une action traumatique. L'inconscient*. Introduction à la psychanalyse, Paris, Petite bibliothèque Payot, (1916) / 1973 : pp 255-267.
Garmezy N. *Children in poverty : resilience despite risk*. *Psychiatry*, 1993, 56 : pp 127-136.
Hanus M. *La résilience à quel prix ? survivre et rebondir*. Paris, Maloine, 2002.
Korff-Sausse S. *Les processus psychiques de la résilience*. *Pratiques psychologiques*, 2002, 1 : pp 53-64.
Manciaux M (ss la dir.). *La résilience, résister et se construire*. Genève, Cahiers Médico-sociaux, 2001.
Lebigot F. *La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle*. *Annales Médico-Psychologiques*, 1997, 155, 8 : pp 522-526.
Lecomte J. *Qu'est-ce que la résilience ? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe*. *Pratiques psychologiques*, 2002, 1 : pp 7-14.
Poilpot M.P (ss la dir.). *Souffrir mais se construire*. Paris, Erès, 1999.
Rutter M.D. *Resilience in the face of adversity*. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147 : pp 598-611.
Scelles R. *Processus de résilience : questions pour le chercheur et le praticien*. *Pratiques psychologiques*, 2002, 1 : pp 1-6.
Sironi F. *Bourreaux et victimes, Psychologie de la torture*. Paris, Odile Jacob, 1999.
Vanistendael S, Lecomte J. *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Paris, Bayard Editions - Psychologie, 2000.
Werner E. *Risk, resilience, and recovery : perspectives from the Kauai longitudinal study*. *Development and Psychopathology*, 1993, 5 : pp 503-515.

L'inceste père-fille

Docteur Michel LÉVY

Psychiatre, psychanalyste, directeur de la Fedepsy (Fédération Européenne de Psychanalyse et Ecole Psychanalytique de Strasbourg, OING auprès du Conseil de l'Europe)
bellelurette.67@orange.fr

Résumé

Cet article se propose d'aborder un syndrome psychotraumatique avec les outils conceptuels de la psychanalyse. Il s'agit en l'occurrence de la question de l'inceste réel que rencontre de plus en plus fréquemment le psychiatre. Nous y verrons les effets du viol psychique sur l'enfant, et la manière dont la transgression d'un interdit social majeur fait parfois sérieusement vaciller la structure du sujet.

Mots clés :

inceste – traumatisme – transgression – énigme – réel

“*Tu honoreras ton père et ta mère*”, un commandement majeur tiré des tables de la Loi. L'étymologie renvoie à gratifier avec respect, avec haute estime. Encore faut-il que les parents le méritent, là où la politesse de base s'avère parfois suffisante.

Jankélévitch dans “L'honneur et la dignité” rappelle : “*Ce n'est pas d'être humilié qui est honteux, mais d'appeler l'humiliation «honneur». Quand la valeur des valeurs est renversée, on ne peut pas la retourner avec un quart de révolte*”. L'honneur est du côté de ce que Freud a appelé l'idéal du moi, valeur symbolique de dépassement de soi et d'identification ; le déshonneur renvoie à un statut moïque donc imaginaire, à une blessure narcissique parfois hémorragique.

Ainsi cette femme au décours d'un long travail analytique pour avoir subi l'inceste qui susurrerait dans un souffle nouveau “*j'ai enfin retrouvé mon honneur !*”.

Dans la plupart des cas d'inceste il n'y a pas véritablement de stress post-traumatique car il ne s'agit pas d'effroi, de “schreck” freudien, malgré la réalité du trauma. En effet, on n'est pas du côté de la surprise effroyable, de l'inattendu qui prend de court mais plutôt dans le registre du quotidien, du banal, voire du banalisé.

Le père transgresseur est souvent tendre, aimant, délicat, jouant davantage sur la participation de sa fille et sur un “laisser-faire” de l'amour. Cet amour est cependant sans honneur car il est assujéti à un

père incarnant l'arbitraire dans un huis clos familial. La première conséquence sur la victime est pour elle une perte d'une certaine capacité à juger, à discriminer, à faire des différences. Ce sont les instances surmoïques qui autorisent et interdisent, délimitant une frontière et maintenant une zone de tension entre l'autorisé et l'interdit, l'attraction et la répulsion, le désir et l'angoisse, la jouissance et la loi. Cette ligne de partage, héritière symbolique du complexe d'Œdipe, est renvoyée par le discours de l'Autre, par le regard social. L'inceste efface cette frontière qui devient ligne de fuite où se perd le discernement : la victime ne peut plus faire de différence entre les générations alors même que la différence des sexes est maintenue. Il y a une horreur à ne plus comprendre si une chose est bien ou pas pour soi-même. Cette incompréhension est le lieu même d'un viol psychique.

Le père qui commet l'inceste atteint une part spéciale de l'enfant : celle qui est porteuse de l'interdit de l'Autre. En effet, la part secrète de l'enfant, cette part qui se refusait pour savoir déjà l'interdit est bafouée. Il y a donc une déliaison entre le corps et la parole, chacun devenant plus ou moins insignifiant : ceci est bien davantage le lieu du trauma, bien plus que l'acte en lui-même. Quand le surmoi n'assume plus son rôle de protecteur, les limites entre le oui et le non deviennent floues, l'engagement nécessaire à affirmer une parole disparaît. “*Mal nommer les choses volontairement ou pas, c'est ajouter au malheur du monde*” nous rappelle Albert Camus.

Revenons un instant au mythe d'Œdipe. Laïos veut commettre l'infanticide en abandonnant son fils aux chiens en raison de l'oracle d'Apollon (le fils tuera le père). Pourtant une malédiction plane déjà sur Laïos et ses descendants car il avait violé et entraîné la mort du jeune Chrysippe, en transgressant les lois sacrées de l'hospitalité. Œdipe devient donc bouc émissaire pour la faute du père. Le parricide qu'il finira par commettre n'est-il pas le retour de bâton d'un infanticide premier ?

Pourquoi Freud a-t-il laissé de côté cette épisode précurseur ? Pourtant dès 1886, encore neurologue, il découvre à Paris auprès du professeur Brouardel à

la morgue, les abus sexuels sur enfants. Et en 1896, il pense encore que toutes ses patientes hystériques ont été sexuellement abusées. En 1897, avec son fameux "*ich glaube nicht mehr in meine Neurotica*" (je ne crois plus en ma Neurotica), il accède à la réalité de la vie psychique, du fantasme. Pourtant en laissant de côté l'infanticide premier, l'élaboration du complexe d'Œdipe a l'avantage de maintenir l'innocence de l'adulte face au polymorphisme pervers de l'enfant, criminel né sous l'emprise pulsionnel. Rappelons nous aussi le nourrisson cruel de Mélanie Klein, nourrisson avide de dévoration sadique du sein maternel.

Laïos commet d'ailleurs l'infanticide sur son fils pour éviter la réalisation de l'oracle. Plus tard Œdipe s'éloignera volontairement de son père d'adoption pour empêcher la malédiction.

C'est ce double évitement qui va entraîner l'accomplissement de la parole oraculaire : la double négation en mathématique est une positivité.

A l'adulte la droiture et le refoulement des pulsions, à l'enfant la perversité et les fantasmes ! Or Freud souligne aussi que le fantasme se nourrit toujours de fragments de la réalité. L'acte premier de Laïos contre son fils est déjà un geste déplacé, un rôle paternel actif. L'inceste est un geste, une parole, un regard, un sourire déplacé. C'est toujours quelque chose qui dévoile la véracité fantasmatique infantile et qui provoque la honte.

Jocaste quant à elle reste une énigme, celle de la mère qui comme toujours ne voit rien, ne dit rien, ne sait rien. La scène incestueuse est régulièrement transparente pour la mère qui en général laisse faire. Comment y trouve t-elle son compte ? Certains y liront la soustraction au devoir conjugal pour offrir en sacrifice une autre qu'elle-même. Cette mère a-t-elle été choisie par le père pour sa capacité au silence, pour son influençabilité ? S'agit-il d'une complicité tacite signant une perversion du maternel ? Est-elle plus réalistement sous le joug de la pulsion d'emprise exercée par le père sur toute la famille ? L'hypothèse la plus probable reste celle d'une véritable hallucination négative, équivalent peut-être d'une hallucination de désir. En effet on retrouve très souvent des antécédents de violence sexuelle, d'inceste chez ces femmes.

Il faut parfois du temps pour différencier de fausses remémorations, de vraies réminiscences, de souvenirs reconstruits, de certitudes délirantes. Un signe d'orientation diagnostique est la perforation de l'opacité fantasmatique : le trauma est lié à une irruption qui troue ou déchire le champ imaginaire, séparant l'acte réel de son impossible traduction symbolique.

Le sujet sait que quelque chose a eu lieu, mais il ne sait pas quoi, une non advenue symbolique comme s'il attestait d'un événement qui reste cependant

inqualifiable, indicible. Les lacunes imaginaires qui en résultent sont prises alors dans une multitude de mécanismes de défenses traduits par la passion, la mélancolie, l'érotomanie, l'élan mystique, par des points paranoïaques.

La Bible reconnaît que le seul vrai péché est d'introduire un trouble dans la génération. Une fille qui a subi l'inceste sera confrontée de manière particulièrement aiguë au problème de la maternité, sur les questions de la protection d'un enfant, de la transgression, du silence tacite. L'enfant-signifiant ne signifie plus rien, comme si le mot égalait alors la chose. L'enfant –chose devient objet de la pulsion, Lacan dirait que l'enfant se retrouve sur la face réelle de l'objet a (ce petit objet fantasmatique qui cause le désir). Contrairement à la disposition névrotique habituelle, ici il y a trop de père et pas assez de mère. Ce trop érotise la pulsion d'emprise jusqu'à conduire à une fétichisation du non dit, du secret partagé, du linge sale lavé en famille. La transparence dans une famille est toujours d'essence incestueuse. *In-castus* est la négation latine de *castus* qui signifie à la fois éduqué, conforme aux règles mais aussi sans impureté, chaste. Le terme *castus* dérive de *carere*, manquer de (*in-castus*, qui ne manque pas). La transparence offre une visibilité totale, l'absence de manque, le dévoilement du caché, l'impudeur. Le père incestueux n'assume pas le manque-à-être où l'enfant viendrait se nicher car il est semblable aux dieux de la mythologie pour qui l'inceste est une grâce accordée pour eux seuls et leur descendance, comme le note Freud dans "*la question de l'analyse profane*". Plus tard quand il développera le mythe du père de la horde primitive, il y voit encore un père tout jouissant et tout puissant. Quand la culture n'a pas encore ordonné la nature, il ne reste que la loi de l'accouplement. Et Lacan convient qu'il n'y a d'assomption du sujet que dans un corps de manière à ce que la loi de l'interdit se fasse connaître comme identique à un ordre du langage. La transgression de l'interdit perturbe cet ordre en effaçant le "*comme ton père mais pas comme ton père*". Comme le signale Moustapha Safouan dans son étude sur l'Œdipe, le père réel dans sa fonction doit accorder le désir à la loi. Il est un passeur de loi, pas un interdicteur de désir. Ce dernier décollé de la sphère familiale doit aller se faire voir ailleurs. Quand le père s'identifie à la loi, le fantasme protecteur chez l'enfant perd son sens, sa signification. Le corps subjectivé en devient encombrant, le signifiant est balayé par le pulsionnel : il y a une perte de confiance chez la fille. *Cum fidere*, se fier à : comment pouvoir encore se fier à sa propre parole, à son jugement, à sa croyance quand le père a introduit une confusion dans l'ordre de l'interdit et du linge ? Le jugement de condamnation que décrit Freud, instance où devrait aboutir la maturité, n'est plus

envisageable. L'adulte ne devrait plus avoir besoin de refoulement pour être capable de condamner par une morale suffisante à dominer tranquillement l'interdit. Cette position de père idéal symbolique serait celle d'un père d'une morale qui déplacerait toujours le désir vers l'autorisé, le possible, l'ailleurs. L'inceste est nimbé par l'ombre du totalitarisme quand le père cède à sa jouissance.

La victime est violée par un forçage au consentement d'où surgit l'angoisse. Cet affect signera aussi le conflit entre une volonté d'accuser le père pour le punir et le besoin de soutenir sa défaillance. Conflit aussi entre l'amour toujours espéré et la jouissance reçue au cœur de l'incompréhensible, de l'indéchiffrable qui anticipe l'impossible de la représentation.

Tous ces points concourent au suspend psychique, à une sidération hypnoïde facilement repérable chez la victime. La honte viendra freiner les témoignages vécus souvent comme des aveux, avec une minimisation de la situation, une gêne pudique au dévoilement des faits.

Cette honte déclenchera régulièrement des néo-formations phobiques comme autant de tentatives de cicatrisation.

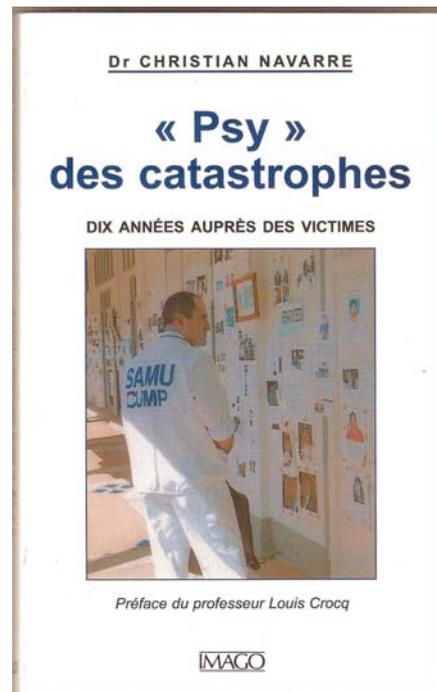
Le sentiment de culpabilité que l'on retrouve également est à double composante : à la fois sous forme de reproche d'y avoir été tout de même pour quelque chose, mais aussi identification à l'agresseur (projection d'un sentiment de culpabilité sur le père abuseur pour humaniser et subjectiver le tableau).

L'humain a facilement une tendance à prendre en charge la faute de l'autre, et à obéir. Le père s'appuie sur cela pour maintenir un assujettissement à sa demande.

Conclusion

L'inceste produit chez la victime un point d'inassimilable, pour Lacan un effet du Réel. Il subsistera une part d'irreprésentable. Le père dans sa fonction est passeur de lois pour permettre le déroulement d'une histoire. Il institue le temps qui viendra découper l'espace maternel. Il barre ainsi la toute présence du premier Autre pour en limiter le pouvoir et la jouissance. On pense en général la fonction paternelle comme coupure mais elle est aussi nouveau cadre, nouvelle limite, comme source d'une liberté gratuite.

La psychanalyse mettra des mots sur la béance. Il s'agira de donner du sens à une histoire suspendue, arrêtée sur image, pour permettre à la fille incestuée de quitter progressivement son statut de victime. Un temps de révolte nécessaire y sera de bon pronostic avant de pouvoir accepter le passé comme inéluctable, pour finalement tourner une page et parfois même parvenir à oublier.



Catastrophes naturelles avec le tsunami, humaines avec la guerre au Kosovo, aériennes avec le *crash* de Charm-El-Cheikh... Une fois pansées les blessures physiques, demeure toujours, pour les rescapés mais aussi pour leurs proches, une intense souffrance psychique : frayeurs, angoisses, pleurs, insomnies et cauchemars, reviviscences visuelles et auditives de l'événement traumatisant...

Face au terrible choc émotionnel résultant de la confrontation directe avec l'horreur, il convient d'apporter, sur le terrain même puis dans les jours qui suivent, une aide psychologique : tel est le rôle des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique. Mais qui sont ces cliniciens volontaires qui interviennent au cœur des drames collectifs ? Quel soutien sont-ils en mesure de donner quand l'autre est plongé dans la confusion, l'hébétéude et le désespoir ? Et comment ces thérapeutes de l'extrême vivent-ils ces missions dont eux-mêmes ne reviennent pas toujours indemnes ?

À partir de nombreux exemples, le docteur Christian Navarre relate l'histoire de ces structures de secours dont il fut l'un des pionniers. Il analyse les différents troubles pathologiques surgissant - de façon brutale ou différée - de ce face-à-face soudain avec la mort, et décrit les recours thérapeutiques proposés aux victimes. Il nous offre ainsi, à travers son expérience et son parcours, un émouvant témoignage sur la vocation et la passion de l'aide humanitaire.

Christian Navarre est psychiatre, chef de service au centre hospitalier de Rouvray (Seine-Maritime). Auteur d'importants articles sur le soutien psychologique, il a participé à de nombreuses missions à l'étranger

Louis Crocq a créé le Réseau National des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique. Il est psychiatre des armées, professeur associé honoraire de psychologie pathologique, Université de Paris V.

Editions IMAGO, Diffusion PUF

Psychiatrie de catastrophe

Docteur Christian NAVARRE

*Psychiatre, Praticien hospitalier, Chef de service de psychiatrie polyvalente
Responsable de l'Urgence Médico-Psychologique de Haute-Normandie
Membre du Comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe
Centre Hospitalier du Rouvray
christian-navarre.rouvray@laposte.net*

Introduction

Comme le rapporte le Professeur Louis Crocq, les catastrophes suscitent des réactions et des comportements d'urgence qui ne sont pas toujours adaptés et peuvent s'avérer néfastes pour la sécurité des personnes, la santé mentale des individus et l'ordre public. Dans l'immédiat, on observe ainsi, à côté des réactions adaptatives de stress normal, des réactions dites de "stress dépassé", telles que sidération, agitation, fuite éperdue et activité automatique. Ensuite, dans les premières heures et les premiers jours, on peut observer des réactions émotionnelles différées et toute une pathologie "postimmédiate", qui peut être éphémère et sans séquelle ou inaugurer des troubles séquellaires. Ultérieurement, vient la phase des séquelles psychiques : névrose traumatique organisée ou, d'une manière plus générale, "syndromes psychotomatiques", improprement dénommés dans les nouvelles nosographies "états de stress post-traumatiques".

La recherche consacrée à cette pathologie, l'inventaire de ses tableaux cliniques, l'exploration des facteurs et mécanismes étiopathogéniques en cause et la mise au point de mesures préventives réductrices et curatives appropriées constituent cette nouvelle discipline qu'est la "psychiatrie de catastrophe". La création en France, depuis juillet 1995, des "cellules d'urgence médico-psychologiques" (CUMP) appelées à oeuvrer dans l'immédiat sur le terrain témoignent de l'intérêt suscité en France pour ces problèmes spécifiques, répondant à des besoins qui n'avaient jamais été couverts auparavant. L'histoire de l'humanité est jalonnée de catastrophes, et le mythe du déluge atteste de l'emprise de la notion de catastrophe sur notre mémoire collective et nos cultures. Les études sur les comportements de catastrophes commencent avec les relations laissées par les témoins et les historiens, dont la première est celle de Pline le Jeune pour la destruction de Pompéi et d'Herculanum en 79 après JC. Aujourd'hui, l'actualité quotidienne nous démontre à travers les médias la grande fréquence de la survenue des traumatismes collectifs.

Clinique

Le stress est une réaction normale et adaptative mais trop intense, répété à de courts intervalles ou prolongé à l'excès, le stress épuise les réserves énergétiques et les capacités de contrôle émotionnel du sujet et donne lieu alors à des modalités de stress dépassé.

Les réactions névropathiques

Les sujets névrosés "colorent" généralement leur stress de leurs symptômes comportementaux. On a décrit ainsi des réactions anxieuses, plus souvent observées d'ailleurs pendant la phase d'alerte qu'une fois la catastrophe survenue, avec incapacité à supporter l'attente, appréhension exagérée, interrogations incessantes, agitation, voire querulence agressive. On a décrit aussi des réactions phobiques, plus souvent manifestées en deuxième réponse à la catastrophe que dans le strict immédiat, dans lesquelles une angoisse incoercible est déclenchée par la présence d'un stimulus phobogène qui rappelle la catastrophe : bruit d'un éboulement, son d'une sirène d'ambulance, vue d'un cadavre, odeur du sang... Ces réactions sont souvent le fait de personnalités phobiques. On a surtout décrit des réactions hystériques, plus souvent manifestées sous forme d'états seconds, que de symptômes de conversion, réactions spectaculaires survenant en général chez des personnalités histrioniques.

Les réactions psychotiques

Bien qu'accréditées par la tradition, les réactions psychotiques sont rares. On peut observer des réactions confusionnelles, avec obnubilation, désorientation temporo-spatiale, hébétude, errance ou agitation. Ces états confusionnels sont le plus souvent dus à une cause neuro-organique, telle que trauma crânien ou souffle d'une explosion ; mais il arrive aussi qu'ils soient déterminés par le seul choc émotionnel. Les états délirants aigus - bouffées délirantes polymorphes ou épisode aigu d'un délire chronique - sont exceptionnels au stade immédiat : plus souvent, ils se manifestent après un intervalle libre de quelques jours ; toutefois, on aurait signalé des modes d'entrée aigus dans la schizophrénie, à

thème délirant de chaos comique ou d'apocalypse nucléaire, déclenchées lors de tremblements de terre, ou le "séisme intérieur" du sujet aurait fait écho au "séisme extérieur" de la catastrophe. Les accès maniaques, en revanche, ont été signalés avec moins de rareté : on a ainsi observé, lors des grandes catastrophes, des individus excités par l'ambiance de désastre, manifestant une hyperactivité logorrhéique et désordonnée et, ce qui fait illusion un moment, se dépensant sans compter parmi les sauveteurs bénévoles. Le cas de figure inverse des accès mélancoliques, avec dépression extrême et conviction délirante d'être responsable de la catastrophe, est exceptionnellement observé dans l'immédiat. Toutes ces réactions psychotiques doivent donner lieu à évacuation accompagnée. Tous les sujets impliqués dans une catastrophe, victimes, témoins, sauveteurs, décideurs, font l'objet d'une réaction de stress. On admet que 15 % des individus présentent une réaction de stress parfaitement maîtrisée, et qu'à l'opposé, 15 % présentent une réaction de stress manifestement dépassé (inhibé ou agité) et inadaptée, voire une réaction névropathique ou psychotique, tandis que les 70 % restants montreraient une réaction apparemment normale et adaptative, mais précaire, à la merci du moindre incident ou germe de panique.

Pathologie postimmédiate

Les désordres émotionnels liés au stress sont, en principe, éphémères et sans suite ni séquelles, même lorsque le stress s'est manifesté sous une forme dépassée ou névropathique. Il arrive toutefois que des sujets – victimes ou sauveteurs - présentent, pendant les jours voire les semaines qui suivent la catastrophe, des troubles anxieux ou dépressifs liés significativement à leur expérience de la catastrophe. La sémiologie décrite insiste sur la lenteur du retour à la conscience normale, avec obnubilation par le souvenir de la catastrophe, impression de percevoir le monde extérieur dans un brouillard, trous de mémoire portant sur des faits récents, sentiment de torpeur ou de détachement, analgésie émotionnelle, voire vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation. A ce trouble de la conscience se joignent des symptômes anxieux persistants et des symptômes dépressifs.

Mais, ce qui pose un problème dans ces états est que l'on observe dans certains d'entre eux la présence de symptômes psychotraumatiques, témoignant que, par-delà le stress, il y a eu trauma : reviviscences fréquentes de l'expérience vécue de la catastrophe, difficulté d'endormissement et cauchemars de répétition, sursauts, état d'alerte, et parfois altération de la relation à l'entourage, avec retrait, mutisme, irritabilité et accès de colère. De tels symptômes relèvent du processus de trauma, et leur présence

dans le tableau clinique soulève la question de savoir s'il s'agit d'une liquidation de trauma en train de s'effectuer, ou s'il s'agit d'une névrose traumatique en train de s'installer.

Ces tableaux cliniques post immédiats, variés en richesse et en intensité de la symptomatologie, peuvent s'estomper en quelques jours ou en quelques semaines, rarement plus (système américain Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM), diagnostic "état de stress aigu", code 308.3 du DSM IV Classification internationale des maladies CIM-10 dans le diagnostic "réaction aiguë à un facteur de stress " code F43.0). Une estimation établie par le Pr L. Crocq sur les 3 000 victimes de l'effondrement de la tribune du stade de Furiani le 5 mai 1992, évalue l'incidence des troubles postimmédiats transitoires à 25 % des rescapés, parmi lesquels moins de la moitié seulement évolueront en syndromes psychotraumatiques chronicisés un an plus tard.

Syndromes psychotraumatiques chroniques – statut nosographique

Les séquelles chronicisées sont bien connues, sous l'appellation classique de "névrose traumatique" et celle, plus récente d'"état de stress post-traumatique", proposée par le DSM (code 309.81 du DSM IV) et adapté par la CIM 10 (code F43.1). Toutefois, cette dernière a jugé nécessaire d'introduire le diagnostic supplémentaire de "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe" (F62.0).

Ces syndromes ne s'installent pas immédiatement après l'événement traumatisant, mais au terme du classique temps de latence, que les anciens (Charcot, Janet, Freud) dénommaient temps d'"incubation", de "médiation", de "contemplation" ou de "ruminantion". Sa durée est variable, de quelques jours (parfois quelques heures) à 6 mois ou plus, et souvent conditionnée par le "moratoire" de l'urgence de danger persistant ou celui du cocon protecteur de l'hospitalisation. Le temps de latence, qui passe pour être cliniquement silencieux, se traduit à l'observation attentive par une modification de l'attitude et du comportement social de la victime, qui peut se montrer soit retirée du monde dans une médiation perplexe, soit plus rarement, anormalement excitée, expansive et joviale.

Le syndrome de répétition est pathognomonique des états psychotraumatiques. Il est une répétition intensément vécue de la scène traumatisante que le sujet n'a pas pu maîtriser lorsqu'elle est survenue.

Altérations de personnalité

Sous-tendant le plan des symptômes, le plan des altérations de personnalité témoigne de la profondeur de l'impact de l'événement traumatisant sur le sujet.

Il se manifeste, selon le schéma célèbre de Fenichel, par un triple blocage des fonctions du moi : fonction de filtration de l'environnement, fonction de présence dans le monde et fonction de relation à autrui. Le blocage de la fonction de filtration se traduit par l'incapacité de distinguer dans l'environnement les stimuli dangereux des stimuli anodins, d'où l'état d'alerte permanent, la prospection et les réveils fréquents au cours de la nuit. Le blocage de la fonction de présence se manifeste par la perte d'intérêt pour les activités antérieurement motivantes, l'éloignement vis-à-vis du monde, l'aboulie et l'impression d'avenir bouché. Le blocage de la fonction de relation à autrui se traduit par l'incapacité à aimer réellement les autres et l'impression de n'être ni aimé, ni compris, ni soutenu par l'entourage et la société, pouvant donner lieu à irritabilité, repli sur soi et dérive sinistreuse. Ces altérations de la personnalité, souvent marquantes peuvent donner l'impression au patient d'un changement profond de personnalité.

Réactions collectives immédiates adaptées

Les catastrophes frappent les communautés dans leur ensemble. Elles apportent le malheur, la désorganisation et la désolation, vécus collectivement. Lorsque la catastrophe survient, les préoccupations et les activités individuelles reviennent de leur disparité fourmillante, pour converger vers la seule inquiétude commune née de l'événement et s'aligner sur des modèles similaires ou complémentaires. C'est dans ces situations qu'émerge l'"âme collective" des communautés et des foules, telle que l'ont identifiée et analysée au siècle dernier des auteurs comme Sighele, Tarde et Le Bon.

Les réactions collectives adaptées sont l'évacuation dans l'ordre, le maintien aux postes de travail et les comportements, organisés ou spontanés, de sauvetage, de secours et d'entraide. Ces réactions adaptées sont caractérisées par le maintien de la hiérarchie (ou l'improvisation d'une hiérarchie de remplacement), l'organisation des tâches et le respect d'une morale de solidarité. Ces réactions sont collectives, en ce sens qu'elles font converger les actions individuelles similaires ou complémentaires, vers une œuvre commune.

Réactions collectives immédiates inadaptées

A l'inverse, les réactions collectives inadaptées sont caractérisées par la dissolution de la hiérarchie, l'absence d'organisation des tâches et l'effacement de la morale de solidarité.

Il s'agit d'abord de la réaction "commotion-inhibition-stupeur" qui, dans les séismes majeurs et les bombardements cataclysmiques, frappe les survivants de stupeur et les meut, confus, sidérés,

inhibés, dans une lente procession d'exode centrifuge, du lieu d'impact vers la périphérie. En général, l'arrivée des secours fait émerger les consciences de leur stupéfaction et arrache les individus à leur torpeur. Il s'agit ensuite de la "panique collective". La panique est une peur collective intense, qui frappe simultanément, ou en vague déferlante, tous les individus d'un groupe ou d'une foule, caractérisée par la régression des consciences à un niveau archaïque, impulsif et grégaire, et se traduisant par des réactions de sidération, d'agitation désordonnée et de fuite éperdue avec violence incontrôlée contre tout ce qui lui fait obstacle.

Par ailleurs, il convient de mentionner les mouvements de convergence du public qui rassemblent, vers les lieux des catastrophes et des sinistres, une partie de la population avoisinante, parents et amis inquiets, sauveteurs bénévoles, journalistes et badauds (pour prendre des photos et glaner des souvenirs), voire mêmes pillards. Ces convergences peuvent perturber l'organisation des secours si les décideurs ne prennent pas des mesures rigoureuses d'interdiction d'accès au site. Ce qui n'empêchera pas un autre comportement de ces "impliqués indirects", qui est l'afflux des appels téléphoniques, avec risque d'encombrement des réseaux, nécessitant, lors des grands catastrophes, la mise en place de centraux téléphoniques d'"écoutants" spécialement formés à recevoir ces appels angoissés.

Chandessais et Crocq ont distingué, dans certaines catastrophes, des comportements différents selon les zones et les phases de la catastrophe : "commotion-inhibition-stupeur" de 6 heures dans la zone d'impact, rumeurs, agitation et paniques dans la zone de destructions sans victimes, inquiétude et convergence dans la zone extérieure ; insouciance ou vigilance lors de la phase d'état préalable, mobilisation ou affolement lors de la phase d'alerte, stress intense avec illusion de "centralité" (chacun se croit au centre de la catastrophe) lors de la brève phase de choc, comportements collectifs adaptés ou sidération, panique ou exode lors de la phase de réaction, et sédation et reconstruction aussi bien qu'émeutes, violence et désignation de "boucs émissaires" lors de la phase de postcatastrophe.

Enfin, il convient de mentionner le comportement des médias, qui sont tenus de remplir leur missions d'information mais qui, pour des motifs de concurrence et aussi parce qu'ils sont plus le miroir de l'âme du public que son guide.

Etiopathogénie

L'étiopathogénie des états psychiques provoqués par les catastrophes relève essentiellement de la

psychopathologie “réactionnelle”, avec ses deux références à l’événement catastrophique et à l’individu ou la collectivité qui le subit.

Réaction de stress

La réaction immédiate de stress, décrite plus haut, est une réaction biophysique quasi réflexe qui échappe à la volonté du sujet, encore qu’avec l’apprentissage on parvienne à la maîtriser en partie. Adapté ou dépassé, même avec des symptômes spectaculaires, le stress simple est immédiat, éphémère et sans séquelles. Lorsqu’il donne lieu à séquelles, c’est qu’il y a eu trauma, et on parle alors de “stress traumatique”. Le trauma peut accompagner aussi bien un stress adapté (rarement) qu’un stress dépassé (plus souvent).

Le trauma est le maître mot de la pathologie séquentielle, et aussi de la pathologie postimmédiate. Alors que le stress relève du registre biophysique, le trauma relève du seul registre psychologique. Le trauma ou “traumatisme psychique” - emprunté par métaphore à la pathologie chirurgicale - désigne une expérience de débordement et d’effraction des défenses psychiques du sujet. Il convient de concevoir ces défenses non seulement dans leur dimension énergétique (selon la célèbre image freudienne de la “vésicule vivante” protégée contre les agressions extérieures par une couche superficielle “pare-excitation”, mais aussi dans leur fonction d’assimiler l’événement en lui conférant un sens. Un même événement peut être traumatisant pour un individu et pas pour un autre : ou encore traumatisant pour un individu tel jour, mais non pas la veille ou le lendemain. La “vulnérabilité” d’un sujet pour développer un trauma dépend donc d’abord de la conjoncture : tel sujet qui résistera à un événement agressif s’il est reposé, bien entouré, bien encadré et bien soutenu moralement, peut vivre le même événement comme traumatique s’il est épuisé, isolé, mal encadré et démoralisé. La vulnérabilité va dépendre en second lieu de la “prédisposition” constitutionnelle ou acquise du sujet à se décompenser : des personnalités névrotiques vont réagir par leurs frayages de conduite et symptômes névrotiques habituels. Enfin, la vulnérabilité du sujet va dépendre aussi de ses “résonances personnelles” : un sauveteur père de famille risque de plus mal réagir devant la mort d’un enfant qu’un sauveteur célibataire.

Psychologie des foules

Comme mécanismes sous-tendant les réactions collectives, on a diversement incriminé : la similarité des réactions de stress individuelles, qui donnerait l’illusion d’une réaction globale ; l’imitation, expliquant la propagation de proche en

proche ; l’effet de suggestion exercé sur les consciences par l’atmosphère de la situation, par certains symboles ou par certains individus meneurs ; la contagion mentale et l’ “âme collective de la foule”, entité distincte des consciences individuelles, et qui viendrait se substituer à elles lorsque les individus sont rassemblés en foule.

Prévention – traitement

Prévention

La prévention doit être entreprise dès l’école, et poursuivie tout au long de la vie du citoyen. Elle comprend les mesures d’information, d’éducation, d’instruction et d’entraînement. L’information a pour objet de faire connaître au public les différentes catastrophes qui peuvent se produire, leurs circonstances de survenue et les dangers qu’elles impliquent pour la vie, l’intégrité physique, les biens matériels et l’ordre social. Elle doit faire connaître aussi les moyens de se protéger contre les catastrophes et d’en réduire les effets. Elle doit être objective et dédramatisante, concourant à dissiper les superstitions et les peurs irrationnelles, par exemple la part mystique de la peur du danger nucléaire. L’entraînement – organisé sous forme d’exercices répétés - familiarise la population avec les gestes et les comportements à adopter en cas de catastrophe.

Lorsqu’une catastrophe est prévisible et imminente, on doit prendre des mesures préventives à court terme, qui sont le rappel de l’information, le renforcement de l’encadrement et d’une manière générale la gestion de crise en phase d’alerte. Toutes ces mesures à court terme font partie du processus global de la “gestion de crise”, qui doit prendre en compte les psychologies des différents “partenaires” de la crise : décideurs, pouvoirs publics, sauveteurs et soignants, médias, population. Dans ce processus de gestion de crise, la gestion de la phase d’alerte revêt une importance primordiale : une alerte mal gérée peut provoquer des paniques ou des exodes sauvages. La diffusion d’informations dédramatisantes et d’instructions simples concourt à apaiser l’angoisse de la population.

Thérapeutique : l’intervention immédiate : cellule d’urgence médiopsychologique

Les “blessés psychiques” ont besoin d’être secourus et soignés sur le terrain même, au même titre que les blessés physiques. En outre, l’expérience a montré qu’une intervention psychologique précoce réduit le risque d’installation de séquelles psychiques. Cette intervention – préparée et programmée à l’avance dans les plans officiels de secours (ORSEC, Plan Rouge, Plan Blanc) - est assurée par la cellule d’urgence médiopsychologique, créée à Paris au lendemain de l’attentat terroriste du 25 juillet 1995,

et devant être étendue à chaque département, avec rattachement organique aux SAMU, qui en assurent la logistique (équipement et transport). Cette cellule, composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers spécialement formés à la psychiatrie de catastrophe et mobilisables selon des tours d'astreinte, doit dépêcher sur le terrain, accompagnant les personnels du SAMU, autant de personnels que l'exige la situation, pour assurer le triage, les soins et les évacuations des blessés psychiques. Dès l'arrivée sur le terrain, ces personnels installent un "poste de secours médicopsychologique" à proximité du "poste médical avancé" des somaticiens, et y examinent, trient et traitent tous les cas psychiques qui leur sont présentés. A la demande des personnels du SAMU, ils peuvent aussi se déplacer pour traiter un blessé sur brancard au poste médical avancé ou une victime incarcérée sous les décombres. Le traitement d'urgence des blessés psychiques repose sur une prise en charge médicopsychologique adaptée aux circonstances, à l'état du sujet et à sa capacité de comprendre et d'exprimer ce qui vient de lui arriver, ce qui implique un abord thérapeutique empathique, rassurant et non intrusif, avec encouragement à la verbalisation de l'émotion. On lui indique les lieux où il pourra consulter ultérieurement si nécessaire. Si besoin, un traitement médicamenteux simple et à petite dose est administré pour réduire les symptômes gênants ou spectaculaires, et le patient peut être surveillé sur place jusqu'à ce que son état se soit apaisé. Selon leur état à la sortie du poste de secours, les victimes peuvent être renvoyées chez elles ou évacuées sur un hôpital.

Traitement de la pathologie postimmédiate

L'intervention postimmédiate auprès des victimes se situe à leur arrivée aux urgences des hôpitaux de l'arrière et, dans les jours qui suivent, dans les services hospitaliers pour ceux qui restent hospitalisés. Le psychiatre de ces hôpitaux ne doit pas oublier d'examiner aussi les blessés physiques, qui ne lui sont pas toujours présentés, et il ne doit pas hésiter à revenir voir des victimes qui n'ont pas manifesté de souffrance psychique à leur arrivée à l'hôpital, mais peuvent commencer à exprimer cette souffrance au bout de quelques jours. La chimiothérapie psychotrope, si elle contribue à réduite les symptômes apparents d'anxiété, d'insomnie et d'inhibition dépressive, ne saurait constituer l'essentiel de la thérapie, qui doit reposer sur la verbalisation de l'expérience émotionnelle, seule capable d'assurer la maîtrise rétrospective de l'événement traumatisant. Cette verbalisation peut être l'occasion d'abréactions émotionnelles parfois spectaculaires, que le thérapeute devra pouvoir

canaliser et exploiter, encore que leurs effets thérapeutiques soient souvent fugaces.

Une autre activité postimmédiate est le debriefing des équipes de secours, y compris des personnels de l'équipe médicopsychologique présent sur le terrain, dans le cadre de la prévention des troubles post-traumatiques. Outre les effets classiques du debriefing, on en attendra, pour ces personnels, la réduction des sentiments d'échec ou d'impuissance, la normalisation des réactions individuelles et la réduction des tensions de groupe.

Le traitement des syndromes psychothérapeutiques chroniques doit être assuré par un thérapeute bien au fait de cette pathologie, qui est encore mal connue des praticiens de la psychiatrie. En France, des consultations spécialisées pour victimes de traumatismes psychiques commencent à se constituer. Au-delà de l'"écrêtement des symptômes gênants d'anxiété, d'insomnie et d'inhibition, par chimiothérapie psychotrope, il faut viser chez le patient la maîtrise et la réappropriation" de l'événement traumatisant. La psychothérapie se fondera sur la verbalisation de l'expérience vécue, dans une parole spontanée, par opposition au "récit" factuel, que le patient tend à réitérer obstinément dans son attachement à la répétition. Dans certains cas, où les perturbations de la personnalité sont importantes, il peut y avoir indication d'une psychothérapie plus profonde, psychanalytique. L'hypnose et les thérapies cognitives et de déconditionnement ont été proposées, avec plus ou moins de succès : leur action thérapeutique repose aussi sur la maîtrise et la réappropriation de l'événement.

L'arrivée en bon ordre des sauveteurs sur le site suffit souvent à réduire les comportements collectifs inadaptés de commotion-inhibition-stupeur, et même de panique. Il faut savoir cependant qu'il est très difficile de juguler une panique une fois qu'elle est déclenchée : des ordres énergiques et bien diffusés et la présence des cadres en uniforme y parviennent parfois.

Réparation – indemnisation

Les séquelles psychiques doivent être reconnues et indemnisées au même titre que les séquelles somatiques, principe qui n'est pas toujours admis par les experts ni même par les victimes, lesquelles ont souvent honte de réclamer une réparation alors que leur corps est intact, par comparaison aux amputés et aux estropiés.

La réparation ne peut être efficace que si la victime est reconnue en tant que telle par tous, si elle est justement indemnisée, mais aussi si la thérapeutique lui a fait assimiler l'événement et récupérer son autonomie.

Conclusion

La psychiatrie de catastrophe est une discipline récente servie par des psychiatres, psychologues et infirmiers en psychiatrie qui se dévouent pour leurs missions.

Il est nécessaire de toujours avoir conscience de sa propre fragilité. Le médecin généraliste garde un rôle fondamental dans ces prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

AUDET J. Précis de victimologie générale Edition Dunod, 1999

BIGOT T. Victimologie des prises d'otages. Psynergie, mars 1991, 2-7

BIGOT T., BORNSTEIN S.J. Schème paradoxal de comportement lors de prises d'otages (syndrome de stockholm). Ann. Psychiatr., 1988, Volume 3, 196-206.

CHARLOT V. Les états de stress post (traumatiques). Les états névrotiques. Ed Upjohn, 1992, 243-260. Chez l'homme : la neurobiologie du stress post-traumatique. Synapse, Juin, 1994, n° 107.

CROCQ L., DOUTHEAU C., LOUVILLE P., CREMNITER D. Psychiatrie de catastrophe Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-113-D-10, 1998, 8 p.

CROCQ L. Les traumatismes psychiques de guerre. Editions Odile Jacob, Novembre 1999.

DAB W., ABENHAIM L., SALMI R., AUCLAIR J. Etat de santé physique et mental des victimes d'attentat. Ann. Psychiatr., 1988, 3, n° 3, 191-195.

DAVIDSON J. Drug therapy of post traumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry, 1992, 160, 309-314.

GAILLARD J. Des psychologues sont sur place... Mille et une nuits, 2003

GLANOWSKI A. Stress post-traumatique des torturés. Abstract Neuro & Psy, 30 avril-15 mai 1991, n° 67, 5-8.

GERSONS B.P.R., CARLIER I.V.E. Post-traumatic stress disorder : the history of a recent concept. British Journal of Psychiatry, 1992, 161, 742-748.

GRAVIER V., BASTITA G., CREMNITER D. Prévention des séquelles psychiques post-traumatique le "debriefing". TheraPsy., 1996, n° 3, Vol. 2, 17-19.

La Psychiatrie de catastrophe. Recenses en Psychiatrie Ardix Medical 1994.

LABBE C., RECASENE O. Le stress de Sarajevo. L'événement du Jeudi, 8 au 14 Juin 1995, 9-10.

LEBIGOT F., LASSAGNE M., MORAUD C., PHAN O. Névroses de guerre chez les casques bleus en ex-Yougoslavie. Synapse, novembre 1994, n° 110, 23-27.

LOUVILLE P. De l'attentat au PTSD, la prise en charge du psycho-traumatisme. Synapse, Janvier 1996, n° 122.

NAVARRE C. Troubles psychiques en temps de guerre. Gazette Médicale de France, 1991, Tome 98, n° 7, 33-35

PRUDAT M. Le service de santé en opération : situation de crise ou de guerre. Le Médecin de Réserve, mars 1996, 14-18.

RIOU S. Le stress des soldats de la Paix. La passivité inhérente aux nouvelles missions militaires de maintien de la paix majore le risque de névrose traumatique. Impact Médecin Hebdo, 26 janvier 1996, n° 307, 73

SOLOMON S.D., GERRITY E.T., MUFF A.M. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. Jama, 1992, Vol. 268, n° 5, 633-638.

SOLOMON Z., TYANO S. Les symptômes de stress aigu dans la population israélienne au cours de la guerre du Golfe. Synapse, Mai 1995, n° 116, 45-52.

La mort est-elle vraiment celle que nous croyons ?

Emmanuelle SISCO

Professeur de philosophie- Bastia
sisco-emmanuelle@wanadoo.fr

Introduction

Les troubles de stress post-traumatique découlent de l'exposition à des événements traumatiques qui provoquent chez l'individu de la détresse ou de l'horreur. Il s'agit, en général, d'événements qui ont impliqué la mort, la menace de mort ou de l'intégrité physique.

Ainsi, ce qui est essentiellement engagé dans la définition des troubles de stress post-traumatique, c'est bien *l'horreur que suscite l'idée de mort*. C'est précisément à cette horreur de la mort que nous nous attacherons ici, ainsi qu'à cette forme d'angoisse qui — contrairement au stress "post" traumatique proprement dit — n'est pas une réaction qui fait suite à l'exposition à des événements particulièrement éprouvants sur le plan de la conscience émotionnelle (du fait, par exemple, de leur très grande violence) mais qui est suscitée par la simple *conscience de la mort*, conscience de la mort que, du simple fait de notre humanité, nous possédons tous en partage. Nous sommes, en effet, ce que les Grecs appelaient des "mortels" c'est-à-dire non seulement des êtres qui vont mourir mais aussi et surtout des êtres qui savent qu'ils vont mourir. Penser la conscience de la mort comme traumatisme premier, fondamental, à l'origine peut-être de tous les autres, ce sera donc considérer la présence d'une angoisse originaire *chez chacun d'entre nous*. Cette angoisse, à la différence de celle que présentent les sujets qui ont pu être confrontés à des événements singulièrement tragiques ou dramatiques, n'occasionne pas de troubles particuliers mais elle se manifeste cependant dans notre façon d'aborder l'existence. En effet, le sentiment de notre condamnation à une disparition intégrale permet de rendre compte du caractère tragique de toute existence humaine : la mort, même si elle est mise à distance par nos préoccupations quotidiennes, ressurgit sans cesse au travers de certaines expériences qui nous rappellent notre rapport intime avec elle.

Ainsi, on pourrait penser que la blessure psychique qui peut naître du spectacle d'événements particulièrement pathétiques ou violents résulte de cette rencontre d'avec la mort en personne, en chair et en os, dans son immédiateté, du surgissement au cœur même de l'existence de ce que nous avons

coutume de fuir, plus ou moins consciemment, et qui se présente généralement à nous de façon indirecte voire même parfois comme une irréalité. Irréalité de la mort. Irréalité en quel sens ? En ce sens que, comme l'écrivait Freud dans ses *Essais de psychanalyse* : "Le fait est qu'il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort, et toutes les fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs. C'est pourquoi l'école psychanalytique a pu déclarer qu'au fond, personne ne croit à sa propre mort, ou ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité."

Il y a, en effet, comme une présence-absence de la mort : nous savons que nous vieillissons, et que ce vieillissement est une progression irréversible vers la mort. Pourtant, si chacun reconnaît abstraitement que sa mort est certaine, nous vivons la plupart du temps sans y penser, comme si nous n'en étions pas réellement convaincus. Rien ne paraît plus impossible à un homme bien vivant que de croire à sa propre mort : je pense autour de ma mort, au sujet de ma mort, j'essaie peut-être d'imaginer les circonstances de ma mort mais j'échoue à la penser puisque celle-ci signifie précisément l'abolition du sujet pour lequel toute pensée est possible. Essayer de penser la mort, ce sera nécessairement penser un événement dans le monde — quelque chose qui se passe — alors même que la mort n'est ni plus ni moins que la disparition même de celui pour qui il y a un monde, de celui pour qui quelque chose se passe. Dans la mort, il n'y aurait donc rien à penser puisque elle est précisément cet objet qui anéantit le sujet pour toujours. La mort n'est jamais saisie qu'indirectement comme constat ou souffrance de la mort de l'autre.

Pourquoi dès lors méditer sur la mort alors même qu'elle vient d'être définie comme un impensable, l'impensable absolu ?

Parce que précisément même si la pensée, le langage, le discours concourent à mettre la mort à distance, il n'en reste pas moins que nous restons obsédés par elle et que nous en avons malgré tout une certaine expérience, expérience qui fait coexister cette inconsciente conviction d'immortalité dont parle Freud et l'horreur que nous avons de la mort.

Horreur que l'esprit humain cherche à masquer en faisant apparaître la mort sous la forme d'une certitude objective du type "tous les hommes sont mortels ; or, je suis un homme; donc je suis mortel", ce qui m'interdit en un sens de penser *ma* mort comme un événement qui me concerne de façon unique et singulière, et en face duquel je me trouve absolument seul et démuné.

Comment donc penser le paradoxe de cette incapacité radicale de l'homme à se concevoir comme mort alors même qu'il est le seul être à savoir qu'il va mourir ?

Pourquoi la finitude de l'homme — c'est-à-dire la condition d'un être qui sait qu'il est fini, cette obligation de vivre avec la mort — suscite-t-elle à la fois la reconnaissance et une certaine forme de déni ? Peut-on réellement affronter la mort si on la regarde en face ?

I. Nier la mort : de l'espoir d'un rallongement indéfini de la vie aux promesses d'une vie dans l'au-delà.

a. Approche biologique : qu'est ce que la mort ?

La mort se présente d'abord à nous comme un phénomène biologique. La biologie la définit ainsi : "la suspension des fonctions vitales et dissolution de l'unité organique". Cette définition scientifique de la mort peut renvoyer à deux conceptions différentes :

- Soit on met l'accent sur les causes internes de mort et on dit que tout est programmé dans le code génétique, c'est-à-dire que la mort est prescrite par le programme génétique lui-même et est donc une partie intégrante du système vivant.

- Soit on met l'accent sur les causes externes de mort et on dit que l'organisme vivant n'est pas "fait" pour mourir mais qu'avec l'accumulation de petites erreurs, la vie finit par s'user, s'effondrer et l'organisme meurt.

Quelque conception que l'on choisisse, il n'empêche que la mort semble le destin inéluctable de tout vivant. Dans nos sociétés contemporaines, on est parvenu à accroître de façon importante la durée moyenne de vie mais cela ne change rien à cette nécessité de fait : la durée de vie est limitée, le vivant se caractérise par un phénomène d'usure progressive et de cessation définitive de ses fonctions.

Cependant, ne pourrait-on pas espérer des progrès de la biologie cellulaire qu'ils nous permettent de ralentir indéfiniment le processus de vieillissement et donc d'usure de l'organisme jusqu'à, peut-être, prolonger également indéfiniment la durée de vie humaine ?

Malheureusement, ou heureusement peut-être, cela ne semble guère possible.

Pourtant, en 1885 déjà, Weismann dans ses *Essais sur l'hérédité et la sélection naturelle* affirmait : "La mort n'est pas un attribut essentiel de la substance

vivante". Serait-il donc possible d'imaginer une vie sans mort ?

Weismann distinguait, chez les êtres pluricellulaires, deux sortes de cellules : les cellules germinales, contenant l'information héréditaire, et les cellules somatiques, effectuant les fonctions vitales. Mais de ces deux sortes de cellules, seules les germinales, dit Weismann, sont potentiellement immortelles parce qu'elles sont capables de se diviser indéfiniment : leur lignée se perpétue donc indéfiniment dans les corps périssables.

En revanche, les cellules somatiques, une fois différenciées pour le travail spécialisé des organes qu'elles constituent, ne peuvent se diviser qu'un nombre limité de fois, ce qui signifie que leur capacité de renouvellement est limitée. Quand donc les cellules du corps sont remplacées petit à petit au cours de la vie parce qu'elles ont fait leur temps dans le corps, le nombre de divisions possibles dans une lignée de cellules somatiques finit par s'user et met un terme à la durée de l'organisme tout entier.

On oppose donc la continuité du plasma germinatif à la mortalité de son support somatique. Ainsi est assurée la continuité de la vie c'est-à-dire l'immortalité potentielle de l'espèce (et c'est donc en ce sens que Weismann peut dire que "la mort n'est pas un attribut essentiel de la substance vivante"). Ce qui se transmet à travers chaque individu, ce qui donc peut être immortel, c'est l'espèce et non l'individu lui-même.

Qu'est-ce à dire ? Le vieil espoir d'immortalité qui traverse à un moment où à un autre chaque être humain ne semble guère compatible avec les données de la biologie : on aura beau faire, la mort de l'individu est une nécessité imposée du dedans. La mort n'est pas tant le corrélat de la vie que celui de l'individualité.

b. Approche anthropologique

La mort est donc d'abord le corrélat de l'individualité : c'est cette idée que l'on retrouve lorsqu'on s'inscrit dans une perspective anthropologique. Ce qui est redoutable dans la mort, c'est justement la perte de l'individualité.

Dans *Le monde comme volonté et comme représentation*, Schopenhauer écrit : "L'horreur de la mort n'est que l'attachement à la forme individuelle de la vie."

Ainsi plus la mort est individualisée c'est-à-dire par exemple, plus l'être disparu est proche et unique, plus la douleur est violente. Lorsque la mort n'est pas individualisée, lorsque la mort est anonyme, on est indifférent. D'après Piaget, l'enfant, avant ses 8 ans environ, n'a pas de conscience réelle de la mort, même s'il éprouve un certain nombre d'angoisses dues aux questions qu'il se pose. La prise de conscience de la mort va impliquer un véritable traumatisme, l'horreur de la mort, parce que l'enfant

traumatisé est réaliste et saisit l'aspect terrifiant que constitue la mort, la douleur engendrée par l'idée que l'individualité est un phénomène éphémère.

Dans *L'homme et la mort*, Edgar Morin écrit : "La conscience réaliste de la mort est traumatique dans son essence même, la conscience traumatique de la mort est réaliste dans son essence même"

Ainsi, le traumatisme est dû au réalisme. D'où le fait sans doute qu'alors qu'avant ses 8 ans, l'enfant ne s'intéresse pas à la religion et à la promesse d'une vie après la mort, il va se sentir concerné dès lors qu'il aura pris conscience de la mort.

On remarque que le besoin d'une certaine forme de religion et ces croyances en une vie après la mort sont présents dans toutes les sociétés humaines, même les plus primitives. Pourquoi ?

S'agit-il d'emblée de se défaire du poids trop lourd de cette conscience réaliste de la mort ? Faut-il penser que l'homme est incapable de vivre ce traumatisme sans une contrepartie qui serait la promesse d'être immortalisé ? Ce qui est, en effet, troublant c'est que le moment même où l'homme reconnaît la mort comme un événement réel est aussi le moment où il la nie comme événement définitif. Reconnaissance et déni donc, comme si la croyance dans l'immortalité était un substitut pour éviter l'horreur de la mort. Le scandale de la mort est émotionnellement trop violent, dangereux pour l'équilibre d'une conscience. C'est pourquoi notre inconscient, dit Freud, ne peut être convaincu de la finitude. La conscience de la mort provoquerait ainsi une telle horreur qu'elle se nierait et se surmonterait dans des mythes. Dans les sociétés archaïques, il n'y a même souvent aucun mot propre pour désigner la mort, parce que la représentation de celle-ci renvoie à celle d'une autre vie : la mort survient mais le mort continue à vivre dans un autre état (l'étymologie même du terme "décès" nous invite à penser le mort comme "celui qui s'en va" plutôt que comme celui qui s'annihile).

On trouve alors deux types de croyance qui objectivent cette déréalisation de la mort :

- *Une conception de la mort comme renaissance* : le mort renaît immédiatement, ou après un temps de latence, dans un autre corps (réincarnation). L'idée serait donc que le principe vital ne meurt pas mais que seul le corps périt. Cette croyance permet d'assimiler la mort à une sorte de sommeil ou encore à une période fœtale comme le suggère le fait que le mort préhistorique est enterré mais en position fœtale, prêt à renaître, avec ses armes et de la nourriture.

- *Une conception de la mort comme survivance* c'est-à-dire une continuation de la vie après la mort, mais d'une vie débarrassée du corps matériel, lequel est d'ailleurs pensé de façon généralement négative, par Platon par exemple, sous la forme du *sôma-sêma*, du corps tombeau qui emprisonne la partie immortelle

de l'homme, l'âme, dans le monde terrestre. La survivance de l'âme sera donc en fait l'accession à la vraie vie, une vie purifiée, purifiée du corps matériel et de ses désirs.

Ces tentatives qui marquent notre refus de la mort et notre incapacité à la penser autrement que comme une autre vie — ce qui est évidemment une façon de la nier encore — renvoient, selon Edgar Morin dans *L'homme et la mort*, à des réactions simplistes, infantiles de l'homme face à la seule chose sur laquelle il sait n'avoir aucun pouvoir : "Toute conscience de la mort provoque toujours des réactions infantiles car la mort est la seule chose hors du pouvoir de l'homme, la seule devant laquelle il reste impuissant entièrement comme un enfant".

Reste que ces croyances en l'immortalité de l'âme, qu'on les qualifie ou non d'illusoires, remplissent une fonction essentielle et nécessaire dans toute culture et donc dans toute société humaine. Au-delà, en effet de leur caractère mythique, elles substantialisent les liens que les vivants conservent avec les disparus : toute culture témoigne d'une forme de survivance des morts. Vivre en société, c'est vivre avec cette humanité constituée de plus de morts que de vivants, c'est réactualiser sans cesse l'héritage de savoirs, de techniques, d'œuvres que d'autres ont fait naître. C'est sans doute la raison pour laquelle, à une plus petite échelle, chacun d'entre nous essaiera de se survivre à lui-même, de laisser une trace, en engendrant, des enfants et/ou des œuvres, lesquels témoigneront de sa présence spirituelle au-delà même de l'absence matérielle.

Rester, en un sens, vivant parmi les vivants, cela importe sans doute finalement plus que les espoirs d'une vie au-delà du monde des vivants.

Pourtant, là encore, ces tentatives qui affirment, souvent inconsciemment, notre désir d'immortalité sont elles-mêmes vouées à l'échec : les œuvres s'effacent avec le temps, et les enfants de nos enfants ne pourront garder éternellement vivant ce qui a fait ce que nous sommes.

Echec donc de toute tentative tendant à faire persister le principe d'individualité au-delà de notre mortelle condition.

Cet échec conduit aujourd'hui nos sociétés modernes à refouler la mort : la négation de la mort s'exprime aujourd'hui non plus tellement dans cette idée selon laquelle la mort ne serait pas vraiment la mort puisqu'elle serait une autre vie — mort renaissance ou mort-survivance — mais plutôt dans le fait qu'on vit dans le culte de l'éternelle jeunesse et qu'on met les morts à l'écart le plus rapidement possible: les pratiques funéraires traditionnelles, veillées, cortège mortuaire, etc...tendent à disparaître et les mourants finissent plus souvent leur vie dans l'espace impersonnel d'un hôpital qu'entourés des leurs, là où ils ont toujours vécu. Séparer l'espace des vivants de celui des mourants et de celui des morts, cela semble

aller de pair avec l'évolution de toute société. Plus la civilisation progresse, plus la société va mettre à l'écart ses morts, comme le matérialise la notion même de cimetière. Les succès que remporte aujourd'hui la crémation témoignent mieux encore de cette mise à l'écart de la mort.

Pulvériser la mort, l'anéantir : est-ce réellement là le chemin ultime pour supporter notre condition ? Mettre les morts à l'écart, occulter la mort elle-même pour pouvoir mieux vivre, cela est-il possible ? Cela est-il souhaitable ? On nous permettra en tous cas de douter de la réussite d'une telle entreprise : toute attitude de fuite devant la mort ne saura empêcher que l'homme reste bien le seul être qui sait qu'il va mourir.

II. Philosophie de la mort : comment aborder la mort si elle est l'impensable ?

“Rappelons-nous le vieil adage : si vis pacem, para bellum”. Si tu veux maintenir la paix, arme-toi pour la guerre. Il serait temps de le modifier : Si vis vitam, para mortem. “Si tu veux pouvoir supporter la vie, sois prêt à accepter la mort”.

Ces mots de Freud dans les *Essais de psychanalyse* nous invitent à accepter la vie telle qu'elle est, c'est-à-dire donc à accepter la mort, à se délivrer de l'illusion d'immortalité. Cette acceptation semble exiger une méditation de la mort que la philosophie s'est bien souvent proposé de prendre en charge : “Que philosopher, c'est apprendre à mourir” ...

a. La philosophie : une préparation à la mort ?

Une thèse bien connue d'Epicure consiste à affirmer que “la mort n'est rien pour nous”. Epicure cherche à démontrer qu'il n'y a pas à s'effrayer de la mort. En effet, il n'y a de bien et de mal que dans la sensation : nous cherchons généralement à éprouver des sensations agréables et nous fuyons les sensations douloureuses. Or, qu'est ce que la mort à l'égard de la sensation ? Un néant de sensation ! La mort étant absence de sensation, elle ne peut en rien nous affecter. Pour être affecté par quelque chose, il faut être vivant, et tant que nous sommes vivants, la mort n'est pas là. La mort n'est donc ni un bien ni un mal. La mort n'a aucun rapport ni avec les vivants, ni avec les morts.

Loin de toute fausse représentation de la mort, ayant compris que celle-ci n'est rien pour nous, nous pourrions donc nous libérer de l'horreur qu'elle suscite et jouir de notre vie mortelle, à tout âge.

Il s'agira donc d'apprendre à être “nonchalant” d'elle, nous dira Montaigne (*Essais* I) : une représentation objective de ce qu'elle est nous permettra de nous accoutumer à son idée tout en nous délivrant de son emprise.

“S'approprier à la mort” donc, et pour cela, il n'y a “rien de tel que de s'y avoisiner”. Cela serait possible au travers de certaines expériences-limites qui nous la font approcher. Montaigne raconte ainsi

comment un grave accident de cheval l'avait plongé dans un état de torpeur et d'engourdissement presque total de ses facultés tant intellectuelles que corporelles, et qu'il avait alors senti la vie s'en aller dans une sorte de bien-être assez paradoxal, dû au relâchement des forces qui tendent inlassablement à maintenir le corps vivant et à le protéger de sa destruction en mobilisant une énergie constante.

Si la vie se définit comme cette force de résistance à la dissolution organique, la mort ou son approche se présenteraient au contraire sous la forme d'un certain relâchement global contre lequel nous n'essaierions pas de lutter car il y aurait comme un plaisir de la conscience à plonger progressivement dans l'inconscience, jusqu'à mourir. Cette description du supposé bien-être ressenti par celui qui plongerait progressivement dans la mort n'est pas sans évoquer ce que Freud décrira comme étant des “*pulsions de mort*” habitant tout homme. Dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud analyse, en effet, la tendance à la mort comme la poursuite d'un instinct tendant à réduire les tensions à zéro, dans un souvenir immémorial du repos propre à l'état originaire.

Bref, il n'y aurait donc aucune raison de redouter la mort : une fois apprivoisée, celle-ci perd son caractère redoutable et n'apparaît plus que comme un long sommeil. La mort n'existe donc pas réellement pour celui qui la subit : elle n'a de réalité que dans l'existence de ceux qui restent.

b. L'existence, absurde ?

Notre problème ne sera donc finalement plus tant de savoir quelle attitude adopter devant la mort comprise comme la simple cessation de la vie mais plutôt de *comprendre ce que signifie proprement l'existence pour un être qui sait qu'il va mourir*. Non plus donc comprendre la mort à partir de la vie mais comprendre la vie à partir de la mort.

C'est précisément à ce problème que s'attache Heidegger dans les paragraphes 46 à 53 de *Sein und Zeit* : la mort n'est pas ici comprise comme la simple cessation de la vie; elle est d'abord une affaire personnelle, le plus propre de mes possibles, qui est en même temps la possibilité annulatrice de tous mes autres possibles. D'où l'idée que, si, comme le disait Montaigne, il n'y a peut-être pas à avoir peur de la mort — comprise comme phénomène de mourir donc comme peur de quelque chose qui se passe —, rien ne saurait nous décharger de l'angoisse de la mort tellement celle-ci est révélatrice de notre être.

L'angoisse se distingue de la peur par ceci que la peur est toujours peur de quelque chose, peur d'un étant alors que l'angoisse est angoisse non devant quelque chose qui est mais devant le néant lui-même.

Heidegger écrit : “L'angoisse est le sentiment de notre situation originelle nous découvrant que nous sommes jetés au monde pour y mourir.”

Dans mon existence quotidienne, j'échappe à cette angoisse parce que je suis plus tourné vers le monde et vers autrui que vers moi-même. Etre dans le monde, c'est, en effet, se détourner de soi, c'est se disperser dans la préoccupation. Je suis un être préoccupé, toujours déjà occupé à quelque chose, j'ai toujours à faire, je suis surmené, sans une minute à moi pour penser (même quand je n'ai rien à faire, je vais chercher quelque chose pour m'occuper).

Mais le fait-même que j'éprouve ainsi ce besoin de me rassurer en me réfugiant dans des préoccupations infinies témoigne du fait que je suis originairement *inquiétude*. Inquiétude de quoi ? Ce que la réalité humaine cherche à fuir en se réfugiant dans une existence impropre, inauthentique, c'est son être envers la mort.

“Dans l'angoisse devant la mort, la réalité humaine est mise en présence d'elle-même, comme livrée à sa possibilité indépassable. Le “on” prend soin de convertir cette angoisse, d'en faire une simple crainte devant un quelconque événement qui approche”.

En comprenant la mort à partir de la rassurante et confortable objectivité du “on” (“on” finira bien tous par mourir un jour), je parviens à nouer avec la possibilité de ma propre mort un rapport de fausse familiarité. Fausse familiarité d'avec la mort qui me décharge du fardeau le plus lourd : l'inquiétude devant l'existence en tant que telle. Pourquoi lier ainsi la mort et l'existence ? Parce que la mort est constitutive de l'existence. Pourquoi ? Parce qu'elle oblige à poser la question du sens de l'existence. Ce que je fuis dans une existence impropre — dans des comportements tout faits, dans l'identification de moi-même à mon métier ou à mes rôles dans la société, dans ma réification en une petite chose stable et sécurisante —, c'est le savoir de ce que je ne suis rien, de ce que je suis de part en part traversé par une puissance d'anéantissement. Pourquoi ? Parce que ma mort peut être, à chaque moment, imminente. “Dès qu'un humain vient à la vie, dit encore Heidegger, il est déjà assez vieux pour mourir”. La réalité humaine est celle d'un être-pour-la-mort. Cette implacable vulnérabilité fait essentiellement de nous des êtres de souci. M'occuper sans cesse, à tout et à rien, me délivre de l'idée de l'imminence de la mort, du fait qu'elle soit possible à chaque instant : je sais bien que je dois mourir mais sûrement pas maintenant car il faut que je termine ce que je suis en train d'écrire, et pas tout à l'heure non plus parce que j'ai un rendez-vous important ; bref, je sais qu'il me faudra mourir mais, pour le moment, je n'en ai vraiment pas le temps. Absorbé dans mon existence impropre qui me cache ma possibilité la plus propre c'est-à-dire justement celle de ma propre impossibilité — l'impossibilité finale d'avoir encore devant soi des possibles —, je me détourne de mon être pour la mort. Seule l'expérience de l'angoisse,

parce qu'elle m'esseule et me coupe de cette fausse familiarité d'avec le monde, est capable de me ramener à moi-même. L'angoisse m'advient lorsque le sens de mes activités ne m'apparaît plus : ce recul par rapport au monde ambiant, ce retour à soi angoissant me révèlent que je n'ai pas le même rapport au temps que les autres étants, que c'est à moi qu'il appartient de décider de ce que je serai, que c'est à moi de choisir, à travers les possibles qui me sont offerts, ceux qui seront les plus à même de donner sens à mon existence. Bref, ce retour à soi angoissant me révèle que être dans le temps pour l'homme, ce n'est pas simplement vieillir, c'est décider de son être et cela, dans la contingence la plus radicale.

Refuser de penser la mort, ce serait refuser toute anticipation, tout avenir puisque la mort est nécessairement présente dans le moindre de nos projets. Le rapport à la mort est donc ce qui structure mon rapport à la réalité, ce qui rend possible mon être au monde propre, ma singularité.

Si je veux connaître une existence authentiquement humaine — c'est-à-dire vivre avec la présence de la mort comme l'exige la conscience de ma finitude — il me faudra donc accepter mon angoisse : la mort est ce qui me menace sans cesse, non seulement lorsque je suis en danger, comme l'animal, mais tout le temps parce que c'est par elle que je me situe dans l'existence, c'est par elle que j'ai toujours conscience de la possibilité de ma propre impossibilité et c'est donc à partir d'elle que se structurent mes possibles.

Conclusion

La *conscience de la mort* pourrait alors se concevoir de façon positive comme *invitation à construire mon existence*. Elle apparaîtrait alors non dans son caractère destructeur — comme ce qui clôt une existence — mais comme ce qui est la condition même de possibilité d'une existence. Exister — et non simplement vivre —, ce sera assumer sa condition de mortel — ce qui est aussi accepter son angoisse, voire même sa terreur, de la mort ; assumer sa condition de mortel parce que seule cette intimité de ma conscience avec la mort permet de me ménager un authentique espace de vie.

Bibliographie

1. Freud, *Essais de psychanalyse*
2. Weismann, *Essais sur l'hérédité et la sélection naturelle*
3. Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*
4. Morin, *L'homme et la mort*
5. Epicure, *Lettre à Ménécée*
6. Montaigne, *Essais I*
7. Heidegger, *Sein und Zeit*

Cas cliniques : La Peinture, mode d'expression du PTSD

Docteur Jean AUDET

Psychiatre d'exercice libéral

Président de la Société Européenne de Victimologie

j.audet@libertysurf.fr

Résumé

Cet exposé est destiné à montrer, à travers quelques toiles, comment les peintres qui ont vécu l'enfer ont pu, avec leur palette, exprimer la reviviscence, l'évitement, l'orage neurovégétatif et surtout la souffrance qui caractérise l'état de stress post-traumatique.

Le meilleur exemple est peut-être celui de Verechtchaguine qui a peint en 1871 l' "*Apothéose de la guerre*". L'œuvre montre des crânes entassés avec un grand souci de véracité. Les horreurs vues au cours de l'expédition de conquête du Turkestan ont entraîné chez lui un tel traumatisme que sa vie en fut bouleversée. Il a attendu quatre ans avant de composer cette toile au-dessous de laquelle on peut lire sur le cadre "*A tous les conquérants du passé, du présent et de l'avenir*". Il a consacré le reste de sa vie, au prix d'un travail de 12 à 15 heures par jour, à un art qui se veut une arme de propagande au service de la vie dénonçant les forces de mort et de destruction.

De même cette succession de toiles intitulées "*Nous ne sommes pas les derniers*" de Zoran Music qui a mis 30 ans, après sa déportation à Dachau, avant de s'exprimer par la peinture, comme si une lente maturation avait été nécessaire pour que l'expérience de sa captivité puisse être étalée au grand jour. La rétrospective d'avril 1995 au Grand Palais a été un choc qui a dépassé le monde de l'art.

Le psychotraumatisme est tout aussi saisissant chez Fautrier dont la série "*Les Otages*" a assuré la célébrité. Durant la résistance, il servait de boîte aux lettres lorsque son ami Jean Paulhan l'avertit qu'il avait été localisé par la Gestapo. Il se réfugia à la clinique du docteur Savoureux à Chatenay-Malabry, au dernier étage de la tour Velléda, là même où Chateaubriand écrivit "*Les Martyrs*". De son atelier, Fautrier entendait les camions de la Wehrmacht sur la route qui conduit au Bois de l'Orme où étaient fusillés les otages. De ces moments insupportables de silence qui précèdent la décharge témoigne "*Otage n° 2*". Il ne s'agit pas d'un corps, mais de blessures ouvertes et ensanglantées, de plaies contuses, de chairs roussies qui déjà viennent à la rencontre de la décomposition.

Mots clés

Évitement, enfer, inconscient, névrose traumatique, mort, psychotraumatisme, PTSD, reviviscence.

"*Apothéose de la guerre*" de Vassili Vassilievitch Verechtchaguine (1871)

Cette œuvre illustre ce que la nosographie psychiatrique appelle "état de stress post-traumatique" nommé autrefois "névrose traumatique".

"A tous les grands conquérants du passé, du présent et de l'avenir". Telle est l'inscription que l'on peut lire sur le bas de l'encadrement de l' "*Apothéose de la guerre*". Cette œuvre, peinte par Vassili Vassilievitch Verechtchaguine en 1871, se trouve à la galerie Tretiakov de Moscou. L'œuvre montre avec un grand souci de véracité une terre désolée, ravagée, envahie par un amas de crânes sur lesquels pullulent des corbeaux charognards.

Verechtchaguine était alors peintre officiel du général Kaufmann qui dirigeait les opérations militaires pour assurer la mainmise de l'empire russe sur les gigantesques étendues de l'Asie centrale. C'était un peintre militaire, ce qu'il est convenu d'appeler maintenant un peintre d'histoire, comme Jacques Callot pour Louis XIII, Van der Meulen pour Louis XIV ou Vivant Denon pour Bonaparte. Il est considéré comme le dernier peintre militaire car, avec le XX^e siècle, les opérations seront couvertes par les grands reporters, photographes et cameramen de guerre. Les peintres alors, dès la Seconde Guerre mondiale, seront sous la mitraille. C'est ainsi que Braque, Derain, Léger et Masson seront blessés de même que Kokoschka dans le camp d'en face ; August Macke et Franz Marc seront tués.

Verechtchaguine naît en 1842 dans une famille de propriétaires nobles. Il quitte en 1860 le corps des cadets de la marine pour étudier à l'Académie des Beaux-arts de Saint-Petersbourg. En 1864, il arrive à Paris chez Gérôme où il acquiert une technique lisse, irréprochable, poussant l'exactitude jusqu'à la perfection, tirant une équivalence photographique du réel. Ce réalisme jusqu'à l'obsession et cette ultra précision étaient justement ce qui était recherché pour un peintre militaire.

Il accompagne donc en 1867 et 1868 le général Kaufmann dans les conquêtes du Turkestan, vaste

territoire qui correspondait aux actuels Turkménistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Kirghizistan et la partie méridionale du Kazakhstan. Il assiste notamment à la prise de Samarkand. Les horreurs vues au cours de ces conquêtes ont entraîné chez l'artiste un tel traumatisme que sa vie en fut bouleversée.

Après la guerre, il cherche à fuir tout ce qui lui rappelle cette période douloureuse et se retire à Munich en 1871. Il est alors assailli par des pensées intrusives, des souvenirs de répétition et des cauchemars entraînant une reviviscence des événements traumatiques s'accompagnant d'un sentiment de détresse psychique intense. Ceci est vécu dans son corps sous forme d'orage neuro-végétatif entraînant une grande souffrance et une altération du fonctionnement social.

Il devient alors un apôtre du pacifisme. Pour transcrire son dégoût, il prend à nouveau ses pinceaux et modifie son style. Il abandonne alors la manière policée et trop académique de son ancien maître parisien Jean-Léon Gérôme pour se rapprocher du réalisme militant du groupe des Ambulants. Il s'agit d'un groupe d'artistes exclus de l'Académie qui s'unirent en 1870 dans une Société des expositions ambulantes proche de la renaissance de l'âme slave et des théories esthétiques du réalisme.

C'est alors qu'il réalise cette toile étonnement cruelle et provocatrice où les crânes humains s'empilent dans le désert en une symbolique et très convaincante pyramide. L'œuvre est composée avec un grand souci de véracité qui se manifeste dans le choix des matières, des couleurs et surtout dans des flous très proches de la vision photographique. Lors d'une exposition collective en 1874 à Saint-Petersbourg, l'*"Apothéose de la guerre"* rencontre un immense succès auprès du public, tant auprès de la presse nationale et des officiers tsaristes que du côté de l'opposition antibelliciste. Le riche marchand Tretiakov, fondateur de la galerie éponyme, achète la majeure partie de ses œuvres.

Verechtchaguine peint alors de façon obsessionnelle au prix d'un travail de douze à quinze heures par jour. Sa production est considérable (il y a 240 de ses toiles à la galerie Tretiakov de Moscou, 70 au musée russe de Saint-Petersbourg...).

Il se consacre alors à un art qui se veut une arme de propagande au service de la vie dénonçant les forces de mort et de destruction. Une telle débauche d'énergie lui valut d'être proposé comme candidat au premier prix Nobel de la paix en 1901. Mais le prix fut attribué à Henri Dunant.

Vers la fin de sa vie, toujours en proie à ses pensées intrusives et ses cauchemars de répétition que les

peintures n'arrivent pas à évacuer complètement, ulcéré par les nouvelles guerres, il se porte volontaire pour suivre le conflit russo-japonais. Il se montre désireux d'être en première ligne (conduite suicidaire ?) afin de reproduire, dans toute leur vérité, les horreurs de la guerre. C'est alors qu'il est tué à Port Arthur en 1904 dans l'explosion du cuirassé Pétropavlosk. Ainsi meurt le dernier peintre militaire. L'avenir est aux grands reporters armés de cameras et d'appareils photographiques.

***"Nous ne sommes pas les derniers"* de Zoran Music (1974)**

Avant le traumatisme

Zoran Music naît en 1909 à Gorizia (Gorica en serbe, Görz en allemand), ville située à l'est de Venise et au nord de Trieste. Possession autrichienne dès le XVI^e siècle, âprement disputée et en perpétuelle quête d'identité, elle est rattachée à l'empire austro-hongrois des Habsbourg à la naissance de l'artiste et devient italienne en 1918 alors qu'il a 9 ans. Music est donc né sur une de ces innombrables failles géopolitiques qui marquent le temps et l'histoire. Il est issu d'une famille de grands vigneron avec un père reconverti instituteur. En 1930, il s'inscrit à l'académie des Beaux-Arts de Zagreb. Il a pour maître le peintre croate Ljubo Babic, lui-même ayant eu pour maître Frantz von Stuck, fondateur de la sécession munichoise. Il est donc influencé artistiquement par une tradition venue des pays germaniques à une période où la peinture d'Europe centrale est tombée dans l'oubli... En 1935, il se rend à Madrid où il étudie Goya, Vélasquez et le Gréco. En raison de la guerre civile de 1936, il quitte l'Espagne pour se fixer en Dalmatie. Il y peint des paysages dépouillés jusqu'à ce que l'irruption de l'armée italienne le refoule à nouveau, d'abord en Slovénie, puis en 1943 à Venise. Il rencontre le peintre Guido Cadorin dont il épousera la fille. Puis il réalise ses premières expositions.

Fin 1943, recherché pour avoir hébergé un chef de la Résistance, il se réfugie à Trieste. En 1944, arrêté par la Gestapo, il est déporté à Dachau.

Le traumatisme

Lorsque Zoran Music arrive à Dachau en 1944, peu de gens savent que le camp de concentration est ouvert depuis le 22 mars 1933, soit moins de deux mois après l'arrivée d'Hitler au pouvoir. Il s'agit du premier camp mis en service par les Allemands pour y enfermer les indésirables, en particulier les juifs, les prêtres et les opposants à l'État national socialiste. Un four crématoire y a été construit en

1940, mais il s'avère insuffisant et un deuxième est bâti en 1942. On y construit également une chambre à gaz camouflée en douche qui ne sera jamais utilisée car les détenus destinés à la chambre à gaz étaient transportés dans d'autres camps. A partir de ce premier camp, le système concentrationnaire n'a cessé de se perfectionner jusqu'à l'extermination systématique de millions d'hommes à Auschwitz, Treblinka ...

Music témoigne de la vie à Dachau : *“Nous vivions dans un monde au-delà de tout ce que l'on peut imaginer. Un monde absurde, hallucinant, irréel - sur une autre planète, peut-être - avec des règles étranges, un ordre précis, cruel, à la limite du crédible. Tout détenteur du moindre pouvoir, si petit fut-il, pouvait t'écraser comme un ver et tu acceptais cette réalité comme si aucun autre ordre n'était possible. Tu en venais à redouter le monde extérieur”*.

Pour conserver une initiative dans ce monde cruel, Music choisit de dessiner en cachette : *“Je dessinais comme en transe, m'accrochant morbidement à mes bouts de papiers. J'étais comme aveuglé par la grandeur hallucinante de ces champs de cadavres. Tout en dessinant, je m'agrippais à mille détails : quelle élégance tragique dans ces corps fragiles ! Des détails si précis : ces mains, ces doigts minces, les pieds, les bouches entrouvertes dans une ultime tentative de happer encore une bouffée d'air. Et les os recouverts d'une peau blanche, à peine un peu bleue. Et la hantise de ne point trahir ces formes amoindries, de parvenir à les restituer, aussi précieuses que je les voyais, réduites à 1 essentiel”*.

Il dessinait notamment les morts qui étaient empilés dehors, tête bêche, gelés par les températures négatives. Il se souvient d'un tas de corps où des vivants se trouvaient empilés parmi les morts et qui avaient bruisé et craqué toute la journée. Le lendemain matin, rien ne bougeait plus.

Il fit plus de 180 dessins et lorsque le camp fut libéré, en avril 1945, il ne put en sauver que 36.

La période post-traumatique

De retour à Venise, aussitôt après sa libération, il se remet à la peinture et reprend le cours de sa vie comme si rien ne s'était passé. Ceci étonne son entourage. Tout est alors merveilleux : *“Enfin une grande lumière”* dit-il. Il tient parfois des propos étranges, parle *“des réminiscences de son enfance oubliée, des icônes, des images dorées recouvertes de perles J'avais l'impression d'avoir déjà vécu une autre vie parmi les arabesques de l'Orient ...”*

Dans cet état hypomane d'enthousiasme et d'exaltation de l'humeur, sa production s'accélère, les connaisseurs le courtisent et le succès grandit. En

1948, il présente deux tableaux à la Biennale internationale de Venise, en 1952 il expose à la galerie de France à Paris, en 1956 il est grand prix d'art graphique à la Biennale internationale de Venise. Et puis en 1970, à l'âge de 61 ans, alors qu'il est en pleine gloire, il surprend tout son entourage en se mettant à peindre, un quart de siècle après, les horreurs vécues durant les mois passés à Dachau. Tout se passe comme si un lent travail de maturation avait été nécessaire. Ceci n'est pas sans rappeler la période silencieuse dite de latence, d'incubation ou de méditation que l'on retrouve entre le traumatisme et l'état de stress post traumatique. La mort est alors partout présente dans ses peintures. Et la série de toiles, qui portent toutes le même titre *“Nous ne sommes pas les derniers”*, est un exemple parfait du syndrome de répétition.

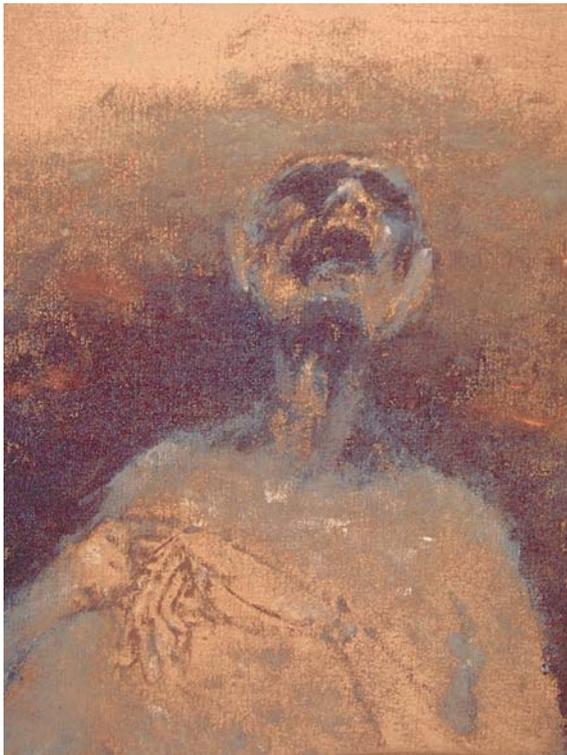
Interrogé sur l'étrangeté du titre *“Nous ne sommes pas les derniers”*, il s'explique ainsi : *“Lorsque nous étions dans le camp, nous nous disions souvent que ce genre de chose ne pourrait plus jamais se produire : “nous étions les derniers” à qui cela arrivait. Quand je revins du camp, la peinture émergea, intacte, après tous les dessins que j'avais faits là-bas. Et je croyais vraiment que tout ce que nous avons vécu là était une chose du passé. Mais ensuite, le temps passant, je vis que le même genre de chose commençait à se produire partout dans le monde : au Viêt-nam, dans le Goulag, en Amérique latine -partout. Et je me rendis compte que ce que nous nous étions dit alors - nous serons les derniers - n'était pas vrai. Ce qui est vrai, c'est que nous ne sommes pas les derniers”*.

“Petit Otage n°2” de Jean Fautrier (1943)

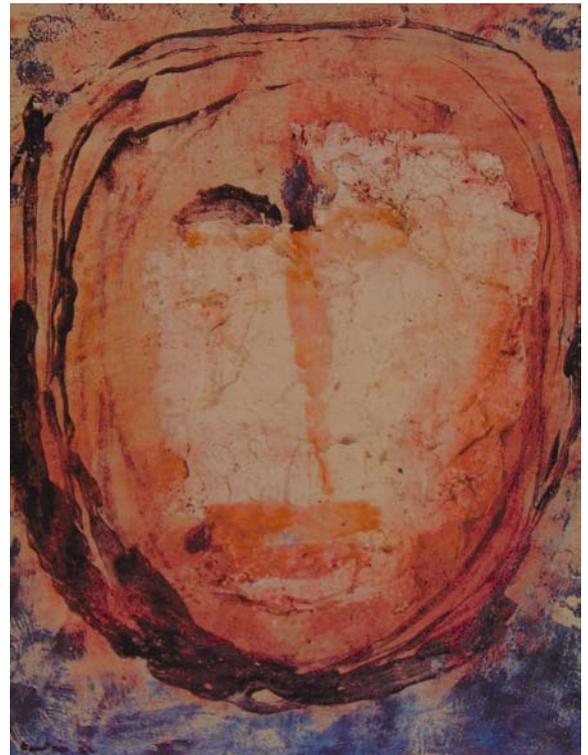
Jean Fautrier servait de “boîte aux lettres” à la Résistance. Sur le point d'être arrêté par la Gestapo, son ami Jean Paulhan, directeur de la NRF, lui signale qu'il est recherché et il passe aussitôt à la clandestinité. Jean Paulhan lui donne l'adresse de la clinique du docteur Savoureux à Châtenay-Malabry qui est une maison de repos pour “intellectuels fatigués”. Cette clinique se trouve dans la vallée aux loups et occupe la maison où Chateaubriand a vécu de 1807 à 1817. Son atelier se situait au fond du jardin, au dernier étage de la tour Velléda, là même où Chateaubriand écrivit *“Les Martyrs”* en 1809.

De son atelier, Fautrier entendait les camions de la Wehrmacht descendre le chemin vicinal qui conduit au bois de l'Orme ou étaient, à intervalle régulier, fusillés les otages. Fautrier ne percevait que les bruits : les roulements de camion, le silence, la décharge, le fracas des balles répercuté par l'écho. De ces minutes insupportables résulte la série des otages, et notamment ce *“Petit Otage n° 2”*.

Vassili Vassilievitch Verechtchaguine (1842-1904) : *Apothéose de la guerre*, peint en 1871, Huile sur toile, 127 x 197 cm, Galerie Tretiakov, Moscou.



Zoran Music (1909-2005): *Nous ne sommes pas les derniers*, peint en 1974, Acrylique sur toile, 65,3 x 54,9 cm, Hirschhorn Museum and sculpture Garden, Smithsonian, Washington DC



Jean Fautrier (1898-1964): *Petit otage n°2*, peint en 1943. Technique mixte sur papier marouflé, collection particulière.

Pour que cette peinture atteigne une telle force, qui en fait un témoignage hurlé, il a fallu réinventer les formes, les couleurs et les matières, s'éloignant autant de l'art figuratif que de l'art abstrait. Il est loin l'enfant prodige reçu à 13 ans à la Royal Academy de Londres. Il utilise maintenant un support de papier marouflé. Il prépare son papier avec un enduit de blanc d'Espagne et le colle, ce qui constitue une croûte dure et inégale permettant une meilleure adhésion aux encres, pâtes et poudres colorées.

Le paroxysme lyrique obtenu nous conforte avec les chairs ensanglantées, les plaies contuses et les blessures ouvertes qui sont un avant goût à la putréfaction à venir.

A l'époque des Otages, en pleine deuxième guerre mondiale, Fautrier était déjà un peintre reconnu, mais

il dérouterait par son caractère novateur et avait du mal à vivre de sa peinture. Il avait déjà connu la première guerre mondiale. Mobilisé en 1917, il a été blessé, gazé et réformé.

Après la guerre, il se fixa à Paris. Il se lance alors dans une peinture fortement réaliste. A partir de 1925, il se met à peindre un monde sombre et funèbre que peuplent des animaux suspendus et écorchés. Il expose régulièrement au salon d'automne (1922), au salon des Tuileries (1924), et dans les galeries Fabre, Zborowcki, Paul Guillaume, Berheim-Jeune, Jeanne Castel.

Après 1930, Fautrier abandonne la peinture à l'huile sur toile pour un support de papier marouflé. C'est dans cet esprit qu'il réalise en 1943 la série des Otages exposée en 1945 à la galerie Drouin à Paris. Cette série le rendra célèbre, reléguant aux oubliettes

ce que l'on exigeait autrefois des peintres d'histoire : les barricades de la Commune, les grandes batailles, le sacre des puissants...

Dans "Les Martyrs", Chateaubriand, avec sa plume légère, raconte comment les premiers chrétiens ont été victimes des persécutions. Dans "Les Otages", Fautrier, au même endroit, avec son écriture épaisse et puissante faite de pâte colorée, témoigne de la pratique barbare qui consiste à se venger sur des innocents devenus otages.

Conclusion

Les œuvres présentées ici, qui ont la mort comme dénominateur commun, ont été faites par des peintres blessés psychiquement dont le souvenir de l'enfer s'est transformé en enfer du souvenir.

Le traumatisme est toujours revécu au temps présent et ne subit aucune transformation. Il n'a pas trouvé dans l'Inconscient de représentation pour l'accueillir, car pour y avoir représentation il faut au préalable une présentation. Chacun sait qu'il va mourir, mais nul n'y croit vraiment car il n'y a pas dans l'Inconscient de représentation de soi comme mort, sauf chez ceux qui ont vécu l'événement traumatique. C'est la raison pour laquelle, pour

réaliser de telles peintures, il faut avoir vécu le traumatisme. Sur le plan pictural, l'expérience vécue apporte un plus à la puissance d'expression. Certes, David n'a pas vu assassiner Marat, Géricault n'était pas accroché au radeau de la Méduse, Picasso n'était pas sous les bombes à Guernica, et cela ne les a pas empêché de fournir des chefs d'œuvres. Mais Verechtchaguine, de même de même que Fautrier ou Music, ont vécu les événements dramatiques et ont été blessés psychiquement, et leur vie, de même que leurs peintures, en a été profondément bouleversée. D'ailleurs, interrogé sur "les désastres de la guerre" de Goya, Music insiste sur l'importance cruciale de l'expérience vécue : *"On ne peut pas transmettre l'émotion d'une situation qu'on n'a pas vécue. Même les plus grands peintres ne sauraient le faire. Je ne sais pas si j'ose le dire, mais Guernica ne me touche pas. Picasso a vécu cet événement de l'extérieur, de loin. Il était bouleversé, c'est certain. Mais quand tu participes, quand tu es dedans, quand tu souffres avec, c'est autre chose"*. C'est tellement vrai que seuls ceux qui ont vécu le traumatisme peuvent, par définition, souffrir d'un état de stress post-traumatique.

Le deuil en médecine

Docteur Jean-Paul CHABANNES

*Psychiatre, Praticien hospitalier
Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier St Egrève
Chargé de cours à l'Université Joseph Fourier de Grenoble
jpchabannes@ch-saint-egreve.fr*

Le deuil a toujours intéressé la médecine surtout dans ses versants psychologiques. Par contre, le deuil n'a jamais en soi été une entité clinique bien définie de laquelle découlerait une conduite à tenir. Et pourtant, nous recevons de plus en plus dans nos consultations de psychiatrie comme de médecine générale des "demandeurs de soins" pour cause de deuil. Cela va du "donnez-moi un petit quelque chose pour faire face" au "Docteur, j'étais déjà fragile mais là je vais devenir un vrai dépressif". Sommes-nous formés à l'examen d'un endeuillé ? ou alors devons-nous prendre cette demande comme banale et donner une réponse elle aussi banale : un médicament ? ou bien encore devons-nous considérer que cela ne relève pas de notre compétence et renvoyer l'impétrant à la gestion de ses turpitudes ? Face à ce qui est un véritable afflux de demandes : perte d'un être cher, divorce, perte d'emploi etc. nous avons pensé qu'il était possible de structurer une réponse médicale puisque la question était posée aux médecins.

I – DEFINITIONS

De manière générique, le deuil est un phénomène d'adaptation à la perte. Ceci pose le problème de plusieurs définitions parmi lesquelles :

- La perte : il s'agit de la disparition par la mort d'un être aimé ou/et de la disparition irréversible d'un objet, d'une fonction, d'une situation.
- La souffrance : c'est une réponse émotionnelle et comportementale liée à la perte. Cette réponse émotionnelle est à teinte désagréable voire invalidante.
- Le deuil : il concerne l'expression volontaire des comportements et rituels liés à la perte.

Le travail de deuil : il est représenté par l'élaboration psychologique qui permettra au sujet endeuillé de recouvrer à terme les fonctionnements adaptés à l'existence (c'est une digestion psychique).

II – DEUIL ET CULTURE

Ce sujet mériterait à lui seul un ouvrage, nous allons donc le survoler dans quelques points seulement énoncés et nous intéressant ici.

D'un point de vue étymologique, la racine est DOL signifiant "la mort qui fait mal".

Problème essentiel, la mort n'est pas, hélas pour nos sentiments, qu'un simple phénomène biologique. De fait, la mort n'est pas vivable avec logique mais avec affect. C'est dans ce cadre que vont s'instaurer des rituels. Ceux-ci sont l'objet des vivants pour ce qui sera du travail de deuil, mais aussi l'objet du mort qui, bien franchement, n'aurait pas pu, de son vivant (sauf exception), accepter de ne pas compter pour autrui.

Ces rituels se situeront donc à 3 niveaux :

- un niveau social
- un niveau religieux
- un niveau culturel.

III – OÙ SE SITUE LE DEUIL DANS LES CLASSIFICATIONS MODERNES ?

Dans le DSM IV, nous retrouvons :

- Perte = situation qui peut être au centre d'une attention clinique. Ainsi est reconnu que face au phénomène de perte, les médecins peuvent être mis à contribution.

- Deuil (Z63.4) : motif possible d'examen. Là encore le clou est enfoncé mais par contre le deuil n'est pas classé en soi comme un trouble spécifique.

Dans la CIM 10, sont identifiés :

- Perte : elle est classée dans les "difficultés liées à l'entourage immédiat y compris la famille". Nous ne voyons pas apparaître là les termes clinique ou examen ou médecine.

- Deuil : classé sous le vocable "réaction de deuil" (F43.2). Le deuil est reconnu comme un trouble de l'adaptation mais il n'est pas reconnu en soi comme une maladie. Néanmoins, apparaît cette notion de trouble qui renvoie à l'éventuelle nécessité de l'intervention médicale.

IV – AVANT TOUT, LE DEUIL EST UN PROCESSUS NORMAL

Il serait anormal de ne pas avoir de réaction de deuil face aux avatars de l'existence. Le processus suit 3 phases qu'il est utile de reconnaître.

1) La sidération qui va de quelques heures à quelques jours. C'est la phase du "*ce n'est pas possible*". Elle est d'autant justifiable que la perte est inattendue, mais elle n'est pas toujours absente dans la chronique d'une mort annoncée. Deux versants d'expression sont plus caricaturaux :

- le déni qui peut être total ou partiel et parfois même avec absence de réponse émotionnelle
- la stupeur, plus ou moins prononcée. Elle s'accompagne parfois d'un sentiment d'irréalité.

Cette phase est de plus en plus courte du fait de l'accélération des processus sociaux qui demandent de manière de plus en plus rapide une réadaptation au réel. Un cas particulier mérite quelque intérêt : la symbiose socialement isolée. Il s'agit de relations extrêmement pathologiques entre 2 êtres qui se confondent l'un à l'autre. Peut être pris pour exemple celui d'un garçon psychotique vivant seul avec sa mère, à l'écart du corps social, et qui ne va pas sortir pendant plusieurs semaines du déni de la mort de cette dernière qui, finalement, sera un jour découverte par le proposé aux postes en état de décomposition extrêmement avancé.

2) L'évidence et la dépression qui va aller de l'événement (après la phase de sidération) jusqu'à environ 6 mois. C'est la phase du "*c'est triste et la vie est foutue*". Il est intéressant ici de pouvoir décrypter les différentes formes cliniques :

- Les formes anxieuses où dominent appréhension de l'avenir et insomnies.
- Les formes dépressives envahies par la tristesse, le pessimisme, l'inhibition psychomotrice, voire même le désir de mourir.
- Les formes avec culpabilité : "*si j'avais su, j'aurais dû lui faire voir des bons médecins...*"
- Les formes hétéro-agressives : "*ces toubibs sont des bons à rien, ils n'ont pas pu la sauver*"; ou "*si ce putain de camion n'avait pas été là...*" comme le chantait Renaud après la mort de Coluche.
- Les formes à hallucinations brèves pendant lesquelles le sujet disparu revient ou parle.
- Les formes à repli social, elles sont plus gênantes car elles risquent de s'éterniser du fait de l'impossibilité d'intervention d'autrui.
- Les formes à symptomatologie physique. Nous assistons par exemple à des recrudescences de douleurs ou à des inquiétudes sur la santé abdominale etc.
- Les formes à quête d'aide qui vont jusqu'à l'envahissement.

3) L'évidence et la reconstruction. Elle va s'étendre sur les 6 mois qui suivent et nous conduire jusqu'à un

an après le deuil. C'est la phase de "*il va bien falloir malgré tout*". Nous assistons alors à une diminution progressive des symptômes de la phase 2 avec néanmoins quelques retours dans les moments de solitude ou au moment de l'anniversaire.

L'ensemble de ce déroulé est normal, il ne doit pas être entravé y compris par un traitement antidépresseur, par contre il doit être accompagné, voire par certains côtés rendu un peu plus confortable. Seront par contre définis comme des deuils pathologiques tous ceux dont le déroulé ne répond pas à cette séquence et sont soit :

- trop prolongés
- trop intenses
- retardés
- inhibés ou inexistantes
- déformés

Tentons de les aborder l'un après l'autre.

V – LE DEUIL PROLONGE

La règle sur laquelle nous pouvons nous appuyer serait la suivante : au-delà de 6 mois la phase 2 doit commencer à régresser. Si bien qu'à 1 an, une phase 2 toujours présente doit générer un examen psychiatrique à la recherche d'un éventuel état dépressif majeur qui pourrait être soit un état antérieur qui a été exacerbé par le deuil, soit un état aigu révélé par l'événement.

Les rites de deuil prolongé ne sont pas forcément pathologiques (porter du noir, fidélité au mort, visites fréquentes sur la tombe) s'il n'y a pas de troubles de l'humeur, de troubles des comportements ou de troubles des conduites sociales.

VI – LE DEUIL TROP INTENSE

Le plus souvent, il s'agit de l'exacerbation de troubles comportementaux ou de personnalité préexistants. Les réactions les plus fréquentes sont celles :

- d'un théâtralisme histrionique pouvant aller jusqu'à un exhibitionnisme émotionnel
- d'une aggravation d'un trouble de l'humeur déjà existant
- du catastrophisme d'une personnalité dépendante n'ayant plus aucun repère auquel s'agripper.

VII – LE DEUIL RETARDE

Avant 15 jours, le sujet doit avoir amorcé la phase 2. Au-delà, le plus souvent, le retard est révélateur d'une importante psychopathologie comme une psychose ou de troubles de la personnalité.

Il faut néanmoins éliminer un deuil retardé par cause iatrogène. C'est le cas quand il y a utilisation trop précoce d'antidépresseurs.

VIII – DEUIL INHIBE OU INEXISTANT

Dans ces cas, il est visible qu'aucun processus ne se met en route et la vie continue comme auparavant. Trois registres de pathologie peuvent être évoqués :

- les psychoses graves
- les déficits intellectuels
- les états démentiels.

Un cas particulier peut néanmoins être retenu : le cas du pervers qui n'a aucune altérité mais la plupart du temps il se montrera quand même en deuil sans l'être en réalité, ce qui donnera des contrastes importants dans sa journée en fonction des interlocuteurs.

IX – LE DEUIL DEFORME

Il peut s'agir d'une simple volonté de nier sa peine que l'on va retrouver chez certaines personnalités qui vivent comme humiliant le fait de s'abaisser à pleurer ou à être triste : le narcissique et le paranoïaque peuvent entrer dans cette danse.

Ailleurs, il faudra surtout s'intéresser au deuil maniaque avec une exaltation et une grande superficialité contrastant avec l'ambiance générale. Cet état peut être inhérent à un véritable état bipolaire mais aussi à une consommation de toxiques.

X – Y A-T-IL QUELQUES FACTEURS PREDICTIFS D'UN DEUIL PATHOLOGIQUE ?

Cinq situations ont pu être identifiées comme particulièrement à risque :

- 1) La soudaineté de la perte qui bouleverse de manière aiguë l'homéostasie sociale.
- 2) L'intensité de la symbiose et de la relation de proximité. C'est souvent le cas quand le sujet disparu faisait corps de manière intense avec l'endeuillé ou quand l'endeuillé dépendait profondément de la survie du décédé.
- 3) La présence de troubles de la personnalité chez l'endeuillé.
- 4) Une situation sociale à venir extrêmement périlleuse.
- 5) Un manque de soutien par l'environnement voire un isolement.

Certains patients cumulent d'ailleurs plusieurs de ces facteurs de risque.

XI – ET POUR LA PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN ?

1) Toujours se souvenir que :

- Il est normal d'avoir une réaction de deuil. C'est ne pas en avoir qui serait plus interrogatif. D'ailleurs, on peut se demander si l'absence de phénomènes de deuil ne devrait pas générer un examen médical un peu approfondi.

- Une réaction normale ne nécessite pas de soins et ceci par définition.

- Un sujet en détresse vient souvent chercher du soutien chez son médecin.

- La diminution des rites et de l'impact religieux accentuée par la matérialité croissante de l'existence amènent l'endeuillé chez son médecin ce qui doit générer chez lui une attitude structurée.

- Un traitement antidépresseur seul n'est pas un accompagnement médical structuré, il peut même être contre-indiqué si posé trop précocement.

2) Parler du deuil avec l'endeuillé et examiner la situation :

- Bien présenter au sujet les phases qu'il traversera de manière inéluctable.

- Examiner la personnalité du sujet.

- Faire le point sur les soutiens éventuels.

- Faire le point sur les difficultés sociales et envisager des ponts avec des gens permettant de les résoudre.

- Rassurer sur le soutien qui dépend de nous :

. s'engager sur ce qui est tenable

. ne pas minimiser la réaction du sujet

. éviter l'apitoiement et le catastrophisme

. développer un bon degré de charisme

3) Examiner l'état du patient :

- En fonction de la phase dans laquelle il est ou doit être.

- En fonction de l'évolution d'une phase à l'autre et dans chaque phase.

- Penser que dans le cas de la phase 2, il faudra à un moment ranger les affaires du mort pour juger de l'impact et de la capacité du sujet à désirer avancer.

4) Puis en fonction de l'examen, plusieurs opportunités s'offrent à nous :

- Réorienter vers d'autres préoccupations (la garde des petits enfants par exemple)

- Reprendre les bons souvenirs et les ériger en "capacité de vie" voire en scénarios qui peuvent se reproduire.

- Responsabiliser le sujet au regard du disparu : "il aurait aimé que"

- Limiter les comportements d'évitement.

- Rappeler assez régulièrement dans quelle phase de deuil nous nous situons.

- Toujours réserver un temps de l'entretien pour parler de toute autre chose : l'actualité, le cinéma... pour juger des réinvestissements et se donner quelques portes ouvertes afin de les stimuler.

5) Il existe quelques cas particuliers :

- Le deuil amoureux : le passage par la haine est souvent un passage obligé mais il ne faut pas le précipiter trop tôt. C'est souvent l'amour qui guérit un deuil amoureux : aider le sujet à s'ouvrir à la vie peut être une conduite médicale.

- Le deuil d'un enfant : il faudra éviter à tout prix l'enfant de remplacement.

- Chez les personnes âgées : la solitude est parfois difficile à rompre, il faudra tenter d'intégrer le sujet à un groupe même s'il faut un peu lui forcer la main. La stimulation ou la responsabilisation de la famille peut être une nécessité.

Il n'en reste pas moins qu'est toujours entier le problème du droit à mourir qui ne nous semble pas être du même ordre d'idée que celle du désir suicidaire chez les personnes âgées isolées et malades.

N'oublions pas qu'il existe des associations de soutien qui peuvent être contactées et qui rempliront parfois un rôle extrêmement positif.

XII – DEUIL ET PSYCHOPHARMACOLOGIE

Ceci nous servira de conclusion.

- Les antidépresseurs ne réduisent pas la souffrance due au deuil, au mieux ils la masquent et risquent de retarder le retour à la norme.

- Evacuer le problème du deuil par une prescription n'est pas réellement un acte médical positif.

- Les traitements symptomatiques peuvent être utilisés pour le sommeil, l'anxiété mais il faut les utiliser avec parcimonie et surtout bien les limiter dans le temps.

- Seul un état pathologique avéré nécessitera un traitement psychotrope structuré.

Le concept de qualité de vie en santé mentale Évaluation des troubles anxieux

Professeur Patrick MARTIN

*Hôpital Saint-Antoine, Département de Psychiatrie, Unité de Recherche,
Université Pierre et Marie Curie, INSERM U677 Neuropsychopharmacologie
patrick.m.martin@wanadoo.fr*

La qualité de quoi ?

Dans le contexte de la recherche en Santé publique et celui de l'évaluation thérapeutique, il est surprenant de constater que, sur le plan pratique, l'intérêt pour le concept de qualité de vie ne remonte qu'à plusieurs dizaines d'années, et ce bien que la psychométrie ait été définie dès la fin du XIXe siècle.

Le caractère abstrait des termes "qualité" et "vie" pourrait expliquer pourquoi l'expression "qualité de vie" fait l'objet d'un tel engouement et se retrouve dans le discours des politiciens, des sociologues, des médicaux, des chercheurs, des médias et du public en général. À l'intérieur même du champ de la médecine, la notion de qualité de vie possède plusieurs acceptions (Martin, 1995).

Depuis les débuts de son utilisation, dans les années soixante, elle a été appliquée aussi bien à la population générale qu'à diverses populations cliniques ou à des sous-groupes spécifiques de population identifiée. Son utilisation en psychiatrie ne représente qu'une possibilité d'application parmi d'autres. Dans ce domaine, la notion de qualité de vie est principalement associée à l'évaluation des soins aux patients psychiatriques au long cours ou dans des situations précises, comme l'évaluation du handicap et, plus récemment, aux essais cliniques (Martin et Peretti, 2004).

Dans les études de recherche clinique, l'utilisation de la qualité de vie comme critère de jugement apparaît de plus en plus nécessaire et s'avère le plus souvent pertinente. Les critères habituels sur lesquels repose l'évaluation d'une thérapeutique, c'est-à-dire l'efficacité clinique et la tolérance, ne sont plus suffisants aujourd'hui. Il est nécessaire de prendre en compte l'appréciation du patient sur son vécu, que ce soit au travers de sa vie quotidienne ou de l'influence de la prise en charge de sa pathologie lorsqu'il est souffrant. Il apparaît essentiel que l'individu soit pris en

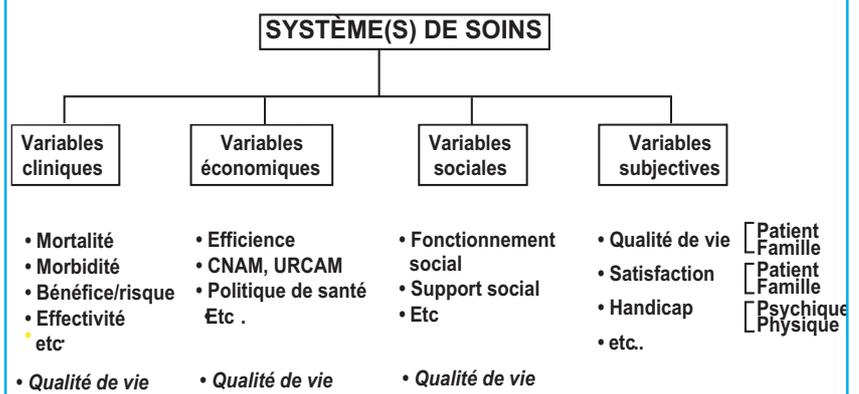
compte dans sa globalité, au lieu d'être limité à l'aspect uniquement somatique.

À l'heure actuelle, il est important de décrire les modalités qui confèrent à toute vie humaine sa "qualité", sinon de définir ce qui pourrait être considéré pour tout individu comme un "idéal de vie" vis-à-vis duquel il se positionnerait à un moment de son existence.

Mais une telle visée philosophique, psychologique voire sociologique, ne peut résumer l'intérêt du concept de qualité de vie pour le médecin. Si un médecin, qu'il soit psychiatre, cardiologue, cancérologue ou spécialiste en Santé publique, s'intéresse à la qualité de vie, c'est bien parce que la médecine et les prises en charge thérapeutique qu'elle suscite sont supposées influencer la qualité de vie des individus, et cela aussi bien dans le sens d'une altération que d'une amélioration. La qualité de vie est une réalité dynamique, changeante, mais pas trop, multi-déterminée, dont l'évolution dans le temps est indispensable à connaître, notamment au travers des interactions qu'elle entretient avec toute démarche thérapeutique pouvant aller également dans le sens d'une évaluation de la qualité de soins. Toutefois, elle est différente du concept de satisfaction des patients. L'appréciation de ce qui est appelé la qualité de vie est donc un des éléments principaux qui doivent contribuer à la décision médicale (Figure 1).

Figure 1

ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE SOINS Intérêts et place de la qualité de vie



D'autant qu'à l'heure actuelle il semble bien admis qu'il ne suffit plus de s'intéresser uniquement à la survie ou au prolongement de la vie d'un patient, mais qu'il faut également s'intéresser à la qualité de cette survie.

L'émergence du concept en médecine est liée, en grande partie, aux deux précurseurs que sont Karnofsky et Katz, qui ont tenté de dépasser la simple étude clinique des maladies pour s'intéresser à l'impact des pathologies en fonction de la vie du patient dans son ensemble. Dès 1948, Karnofsky et Burchinal élaborent une échelle de performance pour évaluer l'état physique de patients cancéreux. En 1963, Katz et Lyerly élaborent une échelle permettant essentiellement d'évaluer les fonctions et les handicaps dans le contexte de la vie quotidienne où la maladie n'était plus le seul facteur, mais devait être pris en compte en fonction du vécu du patient.

En ce qui concerne les troubles mentaux, bien souvent les psychiatres s'attachent à la recherche de symptômes et à leur étiologie. Selon leurs références théoriques, ils s'intéresseront au dysfonctionnement neurobiologique, au fonctionnement psychodynamique, aux relations sociales ou familiales. Là encore, la plupart du temps, ils s'attachent à réduire les symptômes, la souffrance des sujets, mais bien souvent ne se préoccupent pas du confort, du bien-être, voire du bonheur de leurs patients.

Paradoxalement, peu d'études ont été réalisées concernant l'évaluation de la qualité de vie de patients présentant des troubles mentaux, au contraire de pathologies médicales comme les domaines cardiovasculaires ou la cancérologie. Autre paradoxe, c'est là où les difficultés conceptuelles étaient les plus importantes que les études de qualité de vie chez le psychotique ont été les plus développées (Martin, 2001).

Des résultats thérapeutiques qui paraissent aux médecins très favorables ne sont pas toujours appréciés par le patient de la même manière. L'expérience clinique montre que la recherche d'un mieux être ne va pas forcément de pair avec l'efficacité thérapeutique sur la symptomatologie, surtout chez le malade mental. D'où l'intérêt grandissant pour le concept de qualité de vie et pour son évaluation, non seulement dans le cadre de l'évaluation des thérapeutiques, mais également dans la prise en charge des malades et de leur famille.

L'autre question d'importance est de savoir si les instruments qui existent à l'heure actuelle, tant dans la conception que dans l'application, sont vraiment adaptés à l'évaluation de la qualité de vie de ce type de patients, voire d'autres, comme ceux présentant par exemple une maladie d'Alzheimer, une démence, etc. (Martin, 1995).

Comment définir la qualité de vie ?

Il s'agit d'un concept multidimensionnel, qui intègre différents facteurs reliés à des domaines variés et souvent interdépendants de la vie quotidienne en un ou un ensemble d'indicateurs synthétiques.

Il est d'ailleurs essentiel de ne pas confondre la qualité de vie avec le bien-être, même si le bien-être en est une composante importante. La qualité de la vie, ce n'est pas non plus que le bonheur, ni l'absence de malheur. La qualité de la vie, ce n'est pas seulement l'espérance, au contraire, espérer, c'est désirer. Il n'y a pas d'espoir sans crainte, ni de crainte sans espoir. Nous sommes donc malheureux quand nous espérons ce que nous n'avons pas, et quand nous redoutons de perdre ce bonheur. La qualité de la vie ou de l'existence n'est sans doute que rêver sa vie, ou vivre ses rêves.

De la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé, même si celle-ci en est un facteur important : la santé ne suffit pas seule à rendre compte de la qualité de la vie. Tous ceux qui ont appréhendé la notion de qualité de la vie ont clairement distingué ce concept de celui de santé, à l'exception peut-être des médecins.

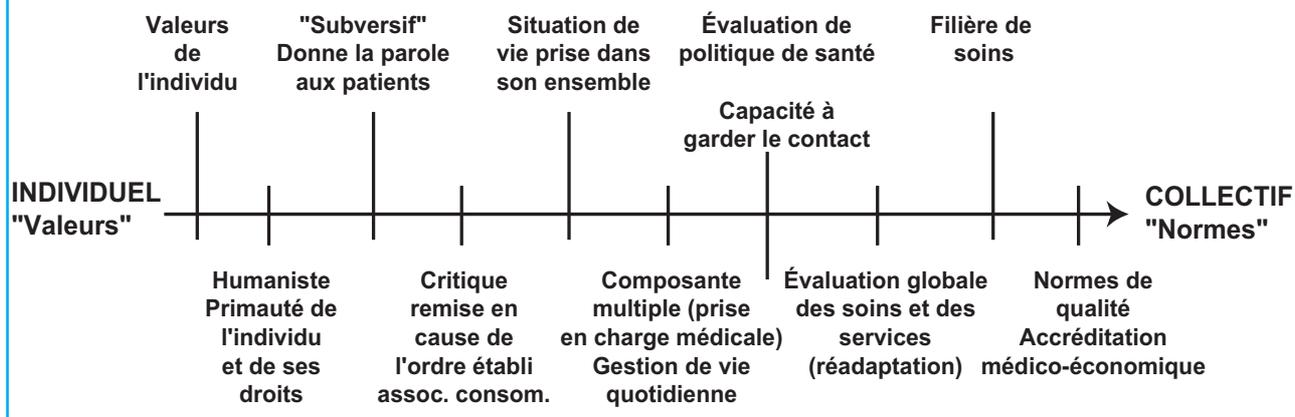
Quelle(s) définition(s) pour la qualité de la vie ?

Proposer une définition du concept de qualité de vie reste un exercice difficile. Intuitivement, la notion de qualité de vie est dotée d'un sens commun mais variable d'un individu à l'autre, et difficilement communicable, reflétant l'expérience, le cadre culturel et les valeurs individuelles. Cependant plusieurs auteurs proposent des définitions du concept de qualité de vie qui varient selon les écoles et selon les objectifs.

En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) élabore déjà une définition de la santé proche du bien-être. L'OMS définit la qualité de vie comme "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes et ses inquiétudes". Le fait de mettre l'accent sur la culture est caractéristique de la démarche de l'OMS, qui vise à développer une mesure transculturelle valable pour l'ensemble du monde. Cette démarche peut paraître tout à fait critiquable dans le sens où les valeurs individuelle et personnelle de chaque individu priment dans sa perception de sa qualité de vie. Enfin, de cette notion d'individualité et de préférence de vie qu'elle qu'en soit les circonstances, l'individu se place aussi dans un environnement sociale qui fait référence à des normes et à des valeurs qui ne sont pas forcément les siennes (Figure 2).

Figure 2

CONCEPT DE QUALITÉ DE VIE : RÉFÉRENCE AUX NORMES ET AUX VALEURS



D'autres auteurs définissent la qualité de vie comme la capacité à satisfaire les besoins perçus par le patient (needs-based model). Cette approche, proposé par Hunt et Mac Kenna (1993) peut être utilisé dans le développement des instruments de qualité de vie.

Ainsi, chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins. Si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée ; s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée. Le point essentiel est alors de comprendre l'importance des besoins perçus par les patients, et non pas les besoins identifiés par les médecins.

Qui doit évaluer la qualité de vie ?

Il s'avère que c'est l'individu ou le patient, qui est le mieux placé pour exprimer la perception qu'il a de sa qualité de vie. Il est le seul qui puisse parler pour lui. Il doit être le seul à éprouver la ou sa mauvaise qualité de vie, et il est aussi le seul à pouvoir apprécier une insatisfaction que personne ne peut dire à sa place.

Il apparaît donc nécessaire de recourir à des auto-questionnaires, de préférence à des évaluations pratiquées exclusivement par des évaluateurs extérieurs. Il s'agit là, en fait, d'un profond changement d'attitude de la part d'un investigateur médical, davantage habitué à faire des évaluations "diagnostics", en fonction de normes, de références ou du moins considérées comme telles.

Il arrive cependant que dans des conditions précises, il soit plus avantageux de recueillir de l'information auprès des personnes qui connaissent le patient sur le plan personnel ou professionnel. C'est le cas

notamment, lorsque le sujet manque de lucidité ou de jugement et que l'expression de son vécu peut être trop altéré, pour que cette source d'information soit suffisante et n'introduise pas de biais.

L'exemple type en est l'expression de la perception de la qualité de vie du sujet schizophrène ou du patient souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il devient alors important de savoir, qui est à même d'évaluer la qualité de vie du patient, le médecin ? la famille ? un enquêteur ? lui tout seul ? (Figure 3)

Figure 3

QUI DOIT ÉVALUER ?

Qualité de vie	Individu	Entourage	Enquêteur
Patient ou l'individu	X	?	X (?) *
L'enfant	X	X (?) **	?
L'entourage		X	?

En fonction de certaines pathologies considérées : schizophrènes, déments, patient souffrant d'Alzheimer

**** En fonction de l'âge ou de l'avis des parents, systématiquement ?**

La même interrogation pouvant également se poser pour l'évaluation de la qualité de vie de l'enfant, où il apparaît plusieurs problématiques, celle liée à l'âge et celle de la pertinence des réponses au regard de la réalité. Pour certains, il doit toujours y avoir une double évaluation. Toutefois, des travaux ont montré que les réponses obtenues étaient souvent divergentes pour ne pas dire opposées. Que faire de deux réponses différentes à une seule question ?

Il ne nous apparaît donc pas aussi évident que ça, que le ou les parents évaluent la qualité de vie de leur enfant même en bas âge.

Bien qu'il nous apparaisse à l'heure actuelle difficile de donner une réponse exacte, il semble qu'un consensus se dégage pour dire que dans le cas du patient schizophrène, ce soit lui et une tierce personne, qui semble les mieux placés pour évaluer sa qualité de vie (Martin et Azorin, 2004).

Par ailleurs, lorsque quelqu'un doit remplir un questionnaire sur sa qualité de vie, la réflexion chez la personne sollicitée, dans le contexte particulier où sa santé est en jeu, peut révéler chez ce sujet différents problèmes qu'ils seraient nécessaire de prendre en compte, à fortiori si le patient souffre d'une pathologie mentale :

- le fait d'être questionné a un impact sur le regard que le sujet dirige vers lui-même : concernant sa valeur ou sur son humeur

- il faut aussi tenir compte de l'impact du passage du vécu à l'écrit, du ressenti au verbalisé, qui constitue en lui-même une épreuve. En effet, savoir et pouvoir le faire ou non est déjà une indication significative sur la qualité de vie du sujet

- la contrainte d'entrer dans un discours de l'autre sur soi, en cochant ou remplissant le questionnaire, permet-elle d'accéder à un discours de soi sur soi ?

En fait, s'il semble probable qu'un évaluateur mettrait en doute la validité de l'information recueillie auprès de personnes qui sont manifestement incapables de comprendre la raison d'être ou la signification des questions qui lui sont posées, l'impact que peut avoir un dérèglement plus léger des facultés mentales ou des fonctions cognitives sur les réponses données par les patients, n'est pas toujours aussi évident. Il a été montré, qu'il existe une corrélation positive entre l'état affectif d'un patient et son évaluation de la qualité de vie.

Comment évaluer la qualité de vie ?

Mesures génériques ou mesures spécifiques : Les avantages et les inconvénients respectifs de ces deux types d'instruments sont d'une manière générale largement décrits dans la littérature (Bowling 1991, Patrick et Deyo, 1989). Toutes les échelles de la qualité de la vie ou décrites comme telles ne sont pas identiques (Figure 4).

Les échelles génériques sont élaborées à partir de questionnaires qui sont évalués dans la population générale. Selon l'objectif qu'elles se donnent, elles ont une sensibilité différente et, même si ces échelles génériques mesurent globalement la même chose, elles ont chacune leurs propres caractéristiques. Ces instruments génériques ne peuvent souvent rendre compte avec détail de la spécificité de chaque pathologie abordée.

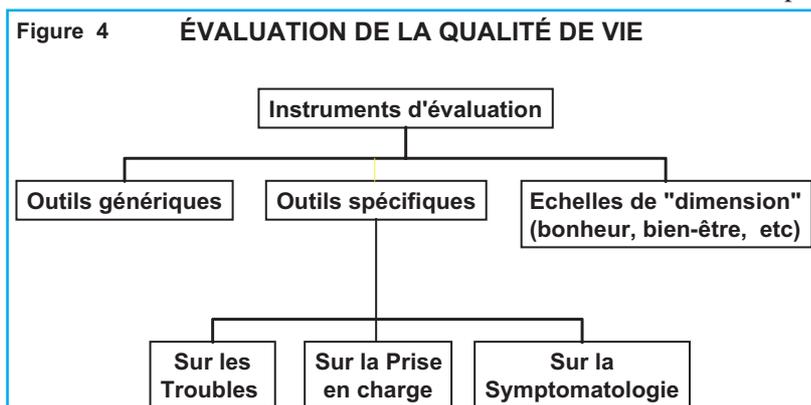
À l'inverse, ce type d'instrument permet des approches plus larges, permettant de comparer les résultats de manière transnosographique, sur des groupes de patients différents voire dans des pays différents (Figure 5).

Les instruments génériques peuvent être divisés eux-mêmes en deux grandes classes : les mesures de profil de santé, les plus fréquemment utilisés, et les mesures d'utilité.

En ce qui concerne ces "profils de santé", il est possible aujourd'hui, selon les auteurs, d'y distinguer, d'une part, ceux pour qui le "profil de santé" reste à l'état d'un indicateur multicritères : aucun jugement global n'est alors pris en compte, seuls les résultats concernant chacun, une dimension différente sont déterminés. Et, d'autre part, ceux pour qui le "profil de santé" s'analyse par la construction d'un indicateur global permettant de synthétiser le résultat, sans tenir compte de dimensions précises.

Quant aux échelles spécifiques, elles sont adaptées aux problèmes particuliers d'une population donnée et cernent les critères spécifiques de cette population. Lors de leur construction, elles sont utilisées dans la population à laquelle elles sont spécifiquement destinées.

Il semble qu'elles présentent plus d'inconvénients que d'avantages. Elles apparaissent le plus souvent comme étant des échelles de santé, voire des index de performances appliqués parfois de manière abusive à l'étude de la qualité de vie. Elles ne mesurent en fait, au mieux, qu'une dimension de la qualité de vie. Puisque c'est la gêne, conséquence de la maladie, et non les symptômes, que l'on cherche à mesurer, devons-nous utiliser des échelles génériques ou des échelles spécifiques ?

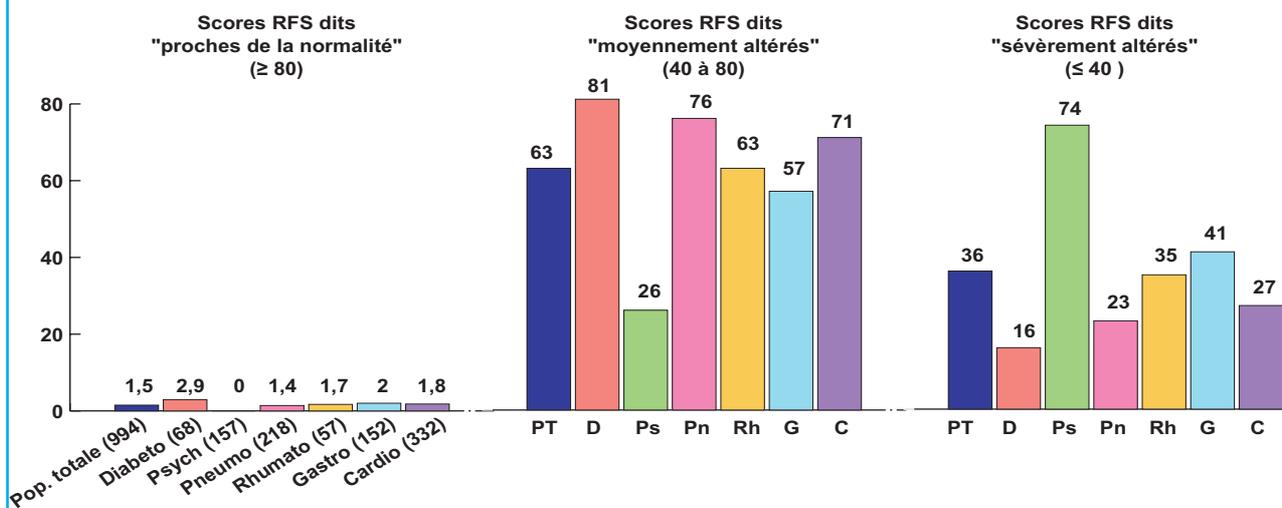


Les avis sont partagés et la tendance serait d'utiliser une échelle générique complétée d'un module spécifique à la pathologie, d'une dimension absente, voire de la prise en charge étudiée(s), et ainsi créés pour la circonstance. L'autre possibilité serait, dans une même évaluation, d'associer une échelle générique à une échelle spécifique.

Enfin, la dernière tendance serait de créer un outil d'évaluation de la qualité de vie, à la fois générique et spécifique.

Figure 5

RÉPARTITION DES SCORES DE QUALITÉ DE VIE (ECHELLE RFS) EN FONCTION DES PATHOLOGIES ET DU DEGRÉ DE DÉTÉRIORATION PERÇU DE LA QUALITÉ DE VIE



Cependant la multiplication des questionnaires reste un facteur limitant de la bonne coopération des acteurs quels qu'ils soient, patients ou évaluateurs externes (Martin et Azorin, 2004).

Quelle appréciation de la qualité de vie de patients souffrant de troubles anxieux ?

Depuis les années quatre-vingts, les recherches sur les troubles anxieux ont évolué de manière importante, notamment en ce qui concerne la nosologie, l'épidémiologie, la neurobiologie sur certains points comme la génétique et, paradoxalement, beaucoup moins par rapport à la prise en charge thérapeutique. A l'heure actuelle, on peut dire que l'anxiété est considérée comme un trouble plutôt que comme un syndrome non spécifique, avec une typologie corrélée avec différentes données neurobiologiques et pharmacologiques.

Dans l'anxiété, comme dans d'autres pathologies psychiatriques, peut se poser le problème de la chronicité du trouble et son impact sur la qualité de vie. Par rapport à la variété des troubles anxieux, peu d'études ont été réalisées évaluant réellement la qualité de vie de ces sujets. En revanche, des approches plus nombreuses ont été réalisées concernant l'impact social ou professionnel pris dans un contexte social. L'impossibilité, chez un phobique, d'effectuer certaines tâches, de rencontrer certaines personnes, de pratiquer des loisirs le mettant en contact avec l'objet phobogène risque d'entraîner un remaniement du système de valeurs du sujet.

La plupart du temps, ces données n'ont pas été recueillies avec de véritables échelles de qualité de vie. Il en est ainsi de l'étude de Markowitz chez des sujets présentant des troubles paniques, ou de Weissman analysant les données a posteriori de l'étude épidémiologique "Epidemiologic Catchment

Area" (ECA) chez des sujets présentant également des troubles paniques.

Au cours de cette dernière étude, Myrna Weissman a tenté d'évaluer la qualité de vie de ces sujets en prenant en compte différents points, comme :

- l'appréciation de leur santé,
- leurs problèmes financiers,
- leurs problèmes conjugaux,
- leurs tentatives de suicide,
- l'éventualité d'une comorbidité alcoolique,
- les thérapies (anxiolytiques et antidépresseurs).

Elle a ainsi pu conclure, non pas à une détérioration de la qualité de vie (absence d'échelle "vraie"), mais le fait que ces "indicateurs" soient corrélés avec la présence d'un trouble panique, montrant ainsi l'impact de ce trouble sur l'aspect relationnel et social des sujets (Weissman, 1991).

Markovitz et al. (1989) ont tenté pour leur part de mettre en évidence les conséquences générées par le trouble panique, comme l'augmentation du risque suicidaire, un abus d'alcool, une altération du fonctionnement social et une augmentation de la consommation de psychotropes, pouvant avoir un impact sur la qualité de vie.

Rickels (1987) a étudié l'éventualité d'un lien entre effets thérapeutiques recherchés, effets secondaires indésirables et des indicateurs de bien-être ou d'appréciation subjective de santé. D'autres études ont tenté de corréliser une amélioration de la qualité de vie de sujets anxieux traités par psychothérapie ou thérapies comportementales.

Récemment, des études de type épidémiologiques ont été réalisées chez le psychiatre et le médecin généraliste pour évaluer la qualité de vie de patients souffrant de troubles anxieux généralisés selon le DSM-III-R (Martin et al., 1992,1993a). Utilisant l'échelle de qualité de vie générique de Jette, validée

en France aussi bien en santé mentale que somatiques (Martin et al 1993b, 1994), les résultats indiquent une altération significative des scores de qualité de vie chez ces patients. Sur l'ensemble de la population anxieuse traitée, les dimensions les plus "atteintes" sont les qualités de vie "émotionnelle", "sexuelle", "état de santé" et certaines sous-dimensions de la qualité de vie sociale.

L'analyse de la qualité de vie en fonction des troubles anxieux diagnostiqués (MINI), permet de mettre en évidence qu'il existe une différence dans l'appréciation par le patient, de leur bonne ou mauvaise qualité de vie (Figure 6). Il est aussi intéressant de noter que les patients souffrant d'un syndrome psychotraumatique présentent une altération de leur qualité de vie plus importante que les autres troubles anxieux et est quasiment superposable à des sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur. Dans cette population, une analyse a été également réalisée en fonction des patients souffrant d'une anxiété avérée et traités soit par benzodiazépines soit par un autre anxiolytique comme ici l'hydroxyzine (Atarax[®]) (Figure 7).

Les résultats observés indiquent que les patients traités par hydroxyzine ont une perception de leur qualité de vie significativement meilleure que ceux traités par benzodiazépines (Figure 7).

Une corrélation entre la sévérité de la symptomatologie anxieuse (HARDS, HAD) et les scores de qualité de vie altérés a été mise en évidence. Il s'avère que dans l'ensemble de la population anxieuse étudiée, plus la symptomatologie anxieuse est dite sévère et plus les scores de qualité de vie sont bas (Figure 8). Ces analyses sur des sous-populations montrent bien l'intérêt des évaluations de la qualité de vie, notamment avec des outils dits génériques, comme le montre les résultats figurant sur la figure 8. En effet, ces résultats montrent que chez des patients souffrant d'une symptomatologie anxieuse avérée, à sévérité de la pathologie identique, une perception différente de la qualité de vie est observée.

Ce qui peut permettre d'avancer la notion que dans les troubles anxieux, la qualité de vie a pour intérêt de réintroduire le patient dans l'évaluation de son propre degré de gêne et par là même, permettre de mieux cerner un diagnostic de ses troubles et, également, de mieux préciser sa satisfaction vis-à-vis des thérapeutiques.

D'autres résultats ont également montré l'impact de différents troubles anxieux, comme la phobie sociale et les troubles obsessionnels compulsifs sur la qualité de vie de ces sujets. Wittchen et Beloch (1996) ont ainsi montré que chez des sujets souffrant de phobie sociale, les scores liés à la dimension sociale de qualité de vie, aussi bien professionnelle que relationnelle, étaient significativement altérés, comme ceux liés à la dimension fonctionnelle. Des

résultats allant dans le même sens ont été également décrits par Bech et Angst (1996). Par ailleurs, Koran et al (1996) ont montré que chez des patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs c'était essentiellement la qualité de vie sociale qui était altérée et à un moindre degré l'aspect émotionnel. Par ailleurs, seule l'altération des scores de la dimension sociale était corrélée positivement avec l'intensité des troubles.

Toutefois, les résultats concernant la qualité de vie sociale, doivent être pris avec précaution dans le sens où l'échelle utilisée, la SF 36 de John Ware, ne comporte pour évaluer cette dimension sociale que deux items.....

Conclusion

A l'heure actuelle, il est évident que le concept de qualité de vie a rejoint le champ de la médecine. C'est à l'heure actuelle un enjeu majeur en santé publique, comme en santé mentale. Les échelles de qualité de vie sont devenues des instruments cliniques à part entière et méritent d'être uniformisées et standardisées dans un souci de meilleure utilisation, soit de manière généralisée, soit par des équipes spécialisées dans le domaine.

La multitude de travaux ou publications montre l'intérêt grandissant pour l'évaluation de la qualité de vie, dès lors qu'elle reste dans une approche scientifique.

L'évaluation de la qualité de vie entraîne également une modification certaine dans les relations médecin/malade, notamment chez le patient qui devient un interlocuteur actif, sensible à l'action du médecin dans ses conduites thérapeutiques. Elle peut constituer une approche plus spécifique pour la prise en charge du patient et doit constituer aussi, la possibilité d'une écoute plus grande du sujet anxieux. Il est également nécessaire d'élargir ce concept à la famille.

De plus, la perception de la qualité de vie et son évaluation peuvent prendre toute leur valeur dès qu'il s'agit de pathologies psychiatriques et, a fortiori, chroniques. Cette variable ne doit cependant pas être considérée isolément, mais doit être intégrée dans une évaluation globale clinique, épidémiologique, voire médico-économique.

Par ailleurs, il s'avère à l'heure actuelle que l'impact de la qualité de vie chez des sujets présentant des troubles anxieux va prendre une importance de plus en plus grande, notamment avec la prise en compte des chimiothérapies non benzodiazépiniques ou autres. L'intérêt d'une détermination de ces thérapies sur un plan économique peut s'avérer des plus efficaces, en tenant compte du gain représenté par l'amélioration de la qualité de vie.

Enfin, l'apport de nouveaux outils d'évaluation ne peut que contribuer à remplir ces objectifs.

Figure 6

**EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE (RFS)
EN FONCTION DES DIAGNOSTICS ACTUELS (MINI)**

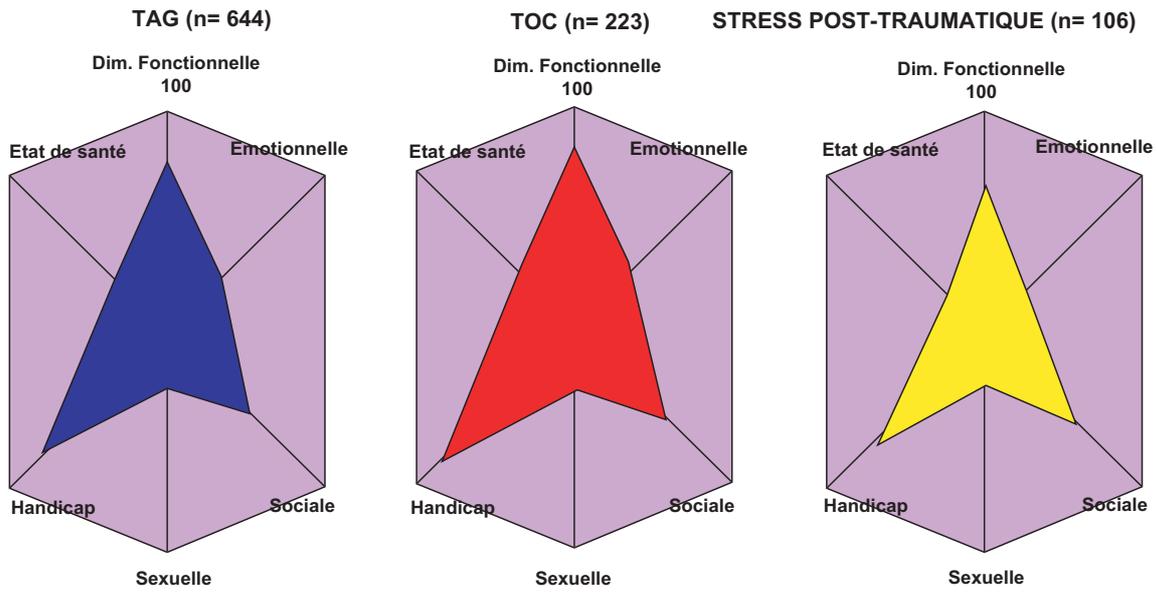
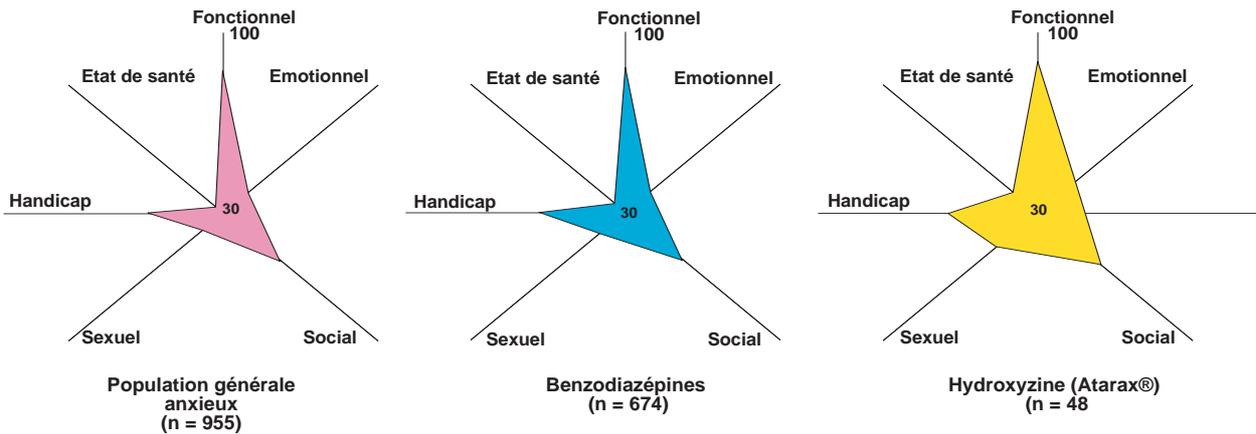


Figure 7

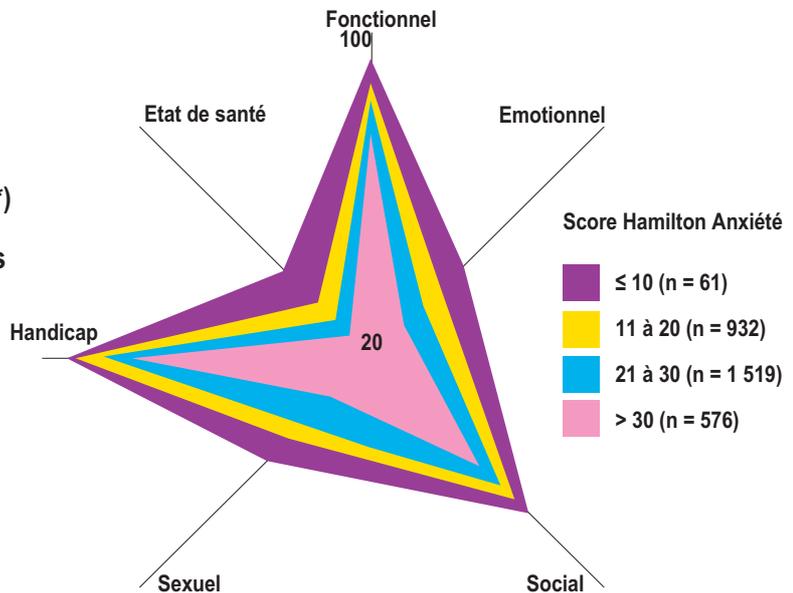
**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE (Échelle RFS*)
chez des patients souffrant de troubles anxieux généralisés (DSM-III-R)
et traités par anxiolytiques**



*Échelle de qualité de vie RFS (Retentissement Fonctionnel et Socio-affectif)

Figure 8

**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE (Échelle RFS*)
chez des patients souffrant de troubles anxieux généralisés (DSM-III-R)
en fonction de la sévérité de l'anxiété (Hamilton Anxiété)**



*Retentissement Fonctionnel et Socio-affectif

Références bibliographiques

- 1 - Bech P and Angst J. Quality of life in anxiety and social phobia. *Int Clin Psychopharmacology* 1996, 11 (suppl 3) : 97-100.
- 2 - Bowling A. *Measuring health : a review of quality of life measurement scales*, Milton Keynes, Open University Press, 1991.
- 3 - Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. IN CM McLeod (Ed), *Evaluation of chemotherapeutic agents*, New York, Columbia press, 1949
- 4 - Katz MM, Lyerly SB. Methods for measuring adjustment and social behavior in the community : I. Rationale description discriminative validity and scale development. *Psychol. Rep*, 1963, 13 : 503-535
- 5 - Koran L M, Thienemann M L, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 1996, 153 : 783-1788.
- 6 - Martin P., Souêtre E., Chignon J.-M. et al. Assessment of quality of life in patients suffering from anxiety, *Clinical Neuropharmacology*, 1992, 15 (suppl 1) : 492.
- 7 - Martin P. Assessment of quality of life in patients suffering generalized anxiety disorders, 9th world congress of psychiatry, Rio de Janeiro, Brazil, June 6-10, 1993a
- 8 - Martin P., Chignon J.-M. Souêtre E., Ades J. Quality of life of patients treated for alcohol abuse or dependence. 146th Annual Meeting, APA, San Francisco, California, May 22-27, 1993b, p. 161.
- 9 - Martin P. Qualité de vie, In *Thérapeutique Psychiatrique, Science et Pratique médicales*, JL Senon, D Sechter et D Richard, Hermann Ed., 1995 : 1029-1045
- 10 - Martin P. Evaluation de la qualité de vie ou de l'existence ? Une perspective à reconsidérer chez le patient schizophrène. In : JP Olié, J Dalery, JM Azorin (eds), *Medicaments antipsychotiques : évolution ou révolution ? Acanthe*. Paris 2001 pp 229-264
- 11 - Martin P et Peretti CS. Evaluation du handicap dans les troubles dépressifs : utilisation du concept de qualité de vie, John Libbey Eurotext, Paris 2004, pp 1-102.
- 12 - Martin P et Azorin JM. Qualité de vie et schizophrénie, John Libbey Eurotext, Paris 2004, pp 1-128.
- 13 - Patrick DL., Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med. Care*, 1989, 27: s217-s231.
- Rickels K. Antianxiety therapy : potential value of long term treatment. *J Clin Psychiatry*, 1987, 12 (suppl) : 7-11
- 14 - Wittchen H-U, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacology* 1996, 11 (suppl 3) : 15-23.

IVe Symposium de Psychiatrie de l'ACESM

Manifestation organisée par le Dr Fabrice SISCO & l'Association Corse, Equilibre et Santé Mentale (ACESM)

Comité de pilotage : Dr Jean-Martin Bonetti, Pr Patrick Martin, Dr Philippe Ristorcelli, Mme Anne Rocchi, Dr Fabrice Sisco, Mme Julienne Storai, M. Henri Storai, M. Guy Verduri



REPENSER L'ANXIÉTÉ,
LA DÉPRESSION,
EN PRATIQUE
COURANTE

Comité scientifique : Dr François Ancheti, M. J.E. Aquaviva (?), Mme Marie Casta (?), M. Franchi(?), Pr Christophe Lançon, Pr Patrick Martin, Pr Michel Patris, Pr Charles-Siegfried Peretti, Dr Fabrice Sisco

SAMEDI 1^{ER} DÉCEMBRE 2007

Hôtel du Département de Haute-Corse - Rond-Point du Général Leclerc - 20200 Bastia

REPENSER L'ANXIÉTÉ, LA DÉPRESSION, EN PRATIQUE COURANTE

Samedi 1er décembre 2007

Hôtel du Département de Haute-Corse
Rond-Point du Général Leclerc - 20200 Bastia

PROGRAMME

Présidents : MM. les Professeurs Jean-Philippe Boulenger et Christophe Lançon

8 h 30	Accueil des participants	14 h 30	Halte au cannabis ! Vecteur d'anxiété et de dépression ? Professeur Jean Costentin (Rouen)
9 h 00	Allocutions de bienvenue de M. Paul Giacobbi, Président du Conseil général de Haute-Corse et de M. François-Dominique de Peretti, chef de cabinet	15 h 15	Le syndrome anxio-dépressif : réalité quotidienne ou vue de l'esprit ? Docteur Jean-Paul Chabannes (Grenoble)
9 h 15	Introduction du Docteur Fabrice Sisco, organisateur	15 h 45	Discussion
9 h 30	Un trouble, deux troubles, des troubles : quelles thérapeutiques ? Professeur Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)	16 h 00	Pause
10 h 00	Somatisation au sein des troubles psychiatriques : quelles prises en charge ? Professeur Christophe Lançon (Marseille)	16 h 15	Troubles de l'humeur et désynchronisation des rythmes biologiques Professeur Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)
10 h 30	Discussion	16 h 45	Vos patients en question : prise en charge du suicidant Professeur Philippe Courtet (Montpellier)
10 h 45	Pause	17 h 15	Discussion
11 h 00	Coprescription antidépresseur et anxiolytique : une stratégie à revoir ? Professeur Patrick Martin (Paris)	17 h 30	Discussion générale avec le point de vue d'un praticien d'exercice libéral par le Docteur François Conraux (Saint-Dié) et Conclusions des Présidents et de l'Organisateur
11 h 30	Les troubles de l'humeur et le "complexe de Barbe Bleue" Docteur Jean-Albert Meynard (La Rochelle)		
12 h 00	Discussion		
12 h 15	Lunch sur place		

**Pour toute inscription
s'adresser à Mme Anne Rocchi
Tél. 04 95 59 00 04 ou
abis.anne@9business.fr**

Le Mot de nos élus

Refonder Bastia

D'après une récente étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies du "Trouble de l'humeur et anxiété" arrivent au premier rang des causes d'invalidité dans le monde occidental, engendrant des effets néfastes sur les relations interpersonnelles, l'éducation et la vie professionnelle. Ce fléau concerne chaque individu, toutes les classes sociales, il est présent en chacun de nous. Ces problèmes apparaissent contre notre gré, car personne ne décide en son âme et conscience d'être déprimé, paniqué ou angoissé.

Ces obsessions qui paralysent la pensée sont difficiles à déloger. Soucieux du bien-être de ses concitoyens, le Conseil Général de la Haute-Corse, ouvre une nouvelle fois grandes ses portes à l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale pour y accueillir, dans sa Salle des Délibérations, ce symposium sur les affections du "Trouble de l'humeur et anxiété".

C'est sur l'initiative du Dr Fabrice Sisco, président de l'ACESM, que se réuniront plusieurs personnalités du monde de la psychiatrie, pour y présenter les dernières avancées scientifiques du thème concerné.

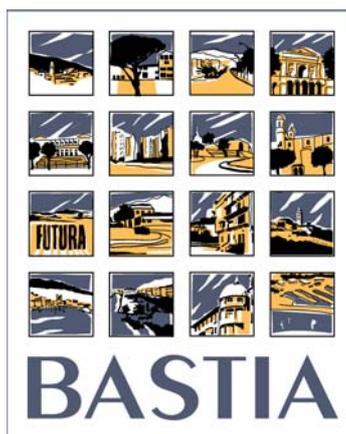
Le Département de la Haute-Corse est heureux d'aider, avec la mise à disposition de ses locaux, tous ceux qui contribuent sans cesse à améliorer notre santé.

Paul GIACOBBI
Député
Président du Conseil Général
de la Haute-Corse

HAUTE-CORSE



CONSEIL GENERAL
www.haute-corse.fr



Notre cité a plus de cinq siècles d'existence.

Elle est née autour du vieux port au milieu du XVe siècle. Au XIX, l'avancement de la vapeur et de la révolution industrielle a nécessité la construction du nouveau port actuel. Sa réalisation a tiré la ville vers le nord, dans un urbanisme très haussmannien, qui contribue à sa beauté et à ses harmonies.

Aujourd'hui, tout l'espace est occupé et surtout le plan d'eau n'est plus adapté aux évolutions des trafics et à la sécurité.

Il faut un nouveau port. Et il le faut au sud, à la Carbonite. C'est une nécessité, pour que Bastia continue d'exister, poursuive son développement et s'affirme dans son rôle de capitale.

C'est aussi une extraordinaire opportunité pour refonder la ville.

Car équipement structurant par essence, un port donne l'occasion de repenser la géographie urbaine. Les "quartiers sud" surgis de terre dans

les années soixante, sans véritable plan d'urbanisme, non seulement seront dynamisés par les activités économiques induites, mais seront remodelés dans leur ensemble, à l'image de ce qui est en cours sur le quartier Aurore.

A l'orée du XXIe siècle, la question du port est l'enjeu majeur pour les futures générations. Ne pas le comprendre, c'est tourner le dos à l'avenir.

A. Rovere
Premier adjoint
au maire de Bastia

Moins de psychotropes en Corse

La prescription inappropriée de psychotropes n'est pas sans risque sur la santé. Outre l'inadéquation de certaines prescriptions faute d'un diagnostic précis, le premier effet est la dépendance aux produits, mais aussi les risques d'accident iatrogène, sans compter l'accidentologie induite par leur consommation (notamment les chutes). Ces derniers points sont d'autant plus sensibles que la population âgée en Corse représente une part importante de la population (19 % contre 16,3 % au niveau national).

Depuis 2005, la convention signée entre les syndicats de médecins libéraux et l'Assurance Maladie prévoit une réduction des dépenses de traitements par anxiolytiques et hypnotiques.

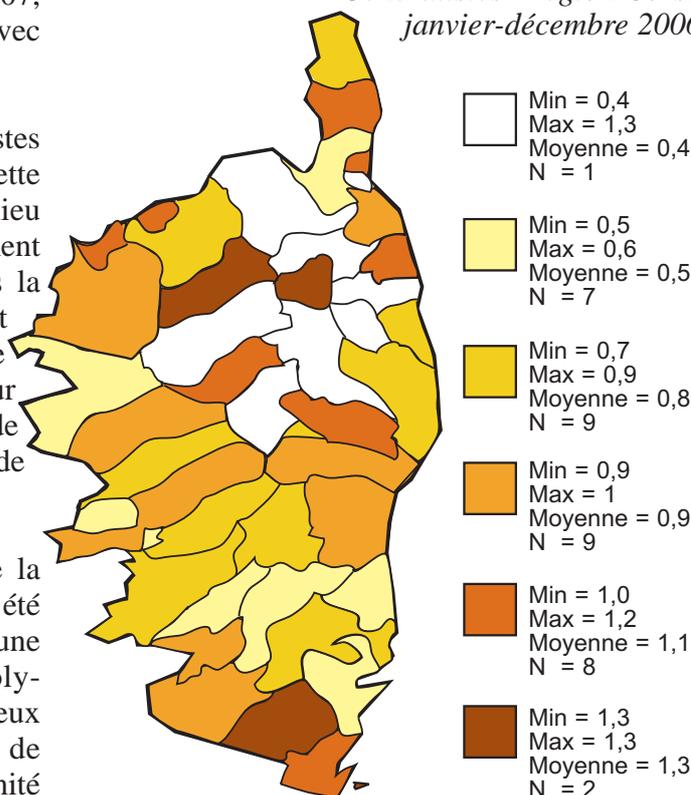
En 2006, l'objectif était une baisse des montants remboursés de - 5%. Les résultats en Corse comme au plan national vont au-delà. En effet, les montants remboursés de psychotropes ont diminué de 9 % dans la région. La Corse a même enregistré un meilleur " score " que le niveau national qui a baissé de 7,1 %. Pour 2007, l'objectif est de maintenir cette tendance avec une baisse de 5 %.

L'accompagnement des médecins généralistes sur ce thème a sans doute contribué à cette baisse. Des échanges confraternels ont eu lieu sur le bien fondé d'une instauration de traitement et sur les règles qui doivent prévaloir dans la conduite du traitement. Les médecins ont également été sensibilisés par la remise de leurs profils de prescription personnalisés leur permettant de se situer par rapport à celle de leurs confrères, lors de la visite des délégués de l'Assurance Maladie.

De plus, dans le cadre de la prévention de la iatrogénie, des échanges confraternels ont été menés avec les médecins traitants ayant une patientèle importante atteinte de poly-pathologies et/ou qui consomme de nombreux médicaments. Les médecins-conseils de l'Assurance Maladie ont ainsi eu l'opportunité

de présenter les recommandations de l'Afssaps et certains outils élaborés par la HAS (recommandations, grilles d'évaluation). Le programme d'échanges confraternels se poursuit sur ce thème au second trimestre 2007, en centrant l'action autour de certaines classes thérapeutiques, définies notamment selon la fréquence des prescriptions et la gravité des risques iatrogènes qu'ils peuvent provoquer : les benzodiazépines à demi-vie longue (dont l'élimination est supérieure ou égale à 20 heures) et les psychotropes notamment les hypnotiques, anxiolytiques, anti-dépresseurs, neuroleptiques et régulateurs thymiques.

Montant moyen d'hypnotiques et de tranquillisants prescrits par C, V, standardisé
Généralistes - région Corse
janvier-décembre 2006



*“Burn out”,
fiscalité,
insularité...*



Chers Confrères,

C'est avec un plaisir renouvelé que l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Corse a l'honneur de parrainer la deuxième édition du séminaire de formation continue organisé par l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale qui se déroulera en fin d'année 2007 à Bastia.

Il est regrettable de constater que, malgré la nécessité d'une formation médicale continue permettant l'actualisation des connaissances cliniques et des nouveaux savoir-faire médicaux, aucun moyen supplémentaire n'a été accordé au médecin libéral.

Au niveau national, aucune mesure compensatoire, aucune compensation fiscale n'existe lorsque le médecin libéral doit cesser son activité pour des besoins de formation continue ou d'évaluation des pratiques professionnelles. Il est vrai que la facture de l'application des 35 heures dans les hôpitaux grève le budget de la santé, les “financeurs”, soucieux avant tout de paix sociale dans les hôpitaux, se moquant d'une population médicale libérale plus “docile” répondant à la fois à la permanence des soins, à la nécessité d'une formation continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles sans aucune compensation financière réelle et avec une charge fiscale jamais allégée. Le “burn out” (ou épuisement lié au travail) reste un avatar réel de médecins libéraux toujours plus sollicités, bien loin des 35 heures démagogiques et ruineuses dont l'addition n'a pas fini d'être réglée par une assurance maladie en déficit abyssal et dont les “responsables” ont bien du mal à accepter les valeurs universelles de la reconnaissance du travail et de l'effort fournis par exemple par le monde médical libéral.

Au niveau insulaire, ces contraintes financières sont accentuées du fait de frais de déplacement sur le continent surajoutés lorsque les thèmes de formation continue traités au niveau insulaire ne correspondent pas aux besoins réels ou n'existent tout simplement pas à l'échelle de notre région.

Nous mentionnerons également les difficultés à trouver des médecins remplaçants et plus encore des associés en particulier dans les zones rurales difficiles.

Voilà pourquoi nous vous convions au séminaire de formation continue de psychiatrie dont le thème “Troubles dépressifs : entre recommandation et pratique courante”, ainsi que la qualité des intervenants vont une fois de plus passionner les différents participants que nous espérons voir nombreux à Bastia pour la fin de l'année 2007 dans un esprit de confraternité et de convivialité que nous sommes certains de retrouver une fois de plus pour cette deuxième année.

Confraternellement,

Dr Philippe RISTORCELLI
Vice-président de l'URML

"La formation médicale continue permet l'actualisation des connaissances et l'acquisition de nouveaux savoir-faire."

TROUBLES DÉPRESSIFS : ENTRE RECOMMANDATIONS ET PRATIQUE COURANTE

Vendredi 30 novembre 2007

**Salle des Séminaires - Hôtel Ostella
Route de Bastia sortie Sud RN 193 - 20200 Bastia**

P R O G R A M M E

Objectifs pédagogiques :

- Prendre en compte les nouvelles démarches et approches thérapeutiques et diagnostiques
- Savoir identifier les symptomatologies somatiques comorbides
- Savoir évaluer les risques de rechute et récurrence
- Savoir gérer la prise en charge et la prescription dans différente population

- 13h 00 :** Accueil des participants
- 13h 30 :** Séminaire
- 13h 30 :** Les troubles dépressifs : approche générale actuelle de la prise en charge
Professeur Christophe Lançon (Marseille)
- 14h 30 :** Dépression et aspects psychosomatiques
Professeur Jean-Philippe Boulenger (Montpellier) à confirmer
- 15h30 :** Pause
- 16h :** Récurrences dépressives : amélioration de la prévention
Professeur Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand)
- 17h :** Dépression, insomnie et sujets âgés :
Pratique courante et recommandations HAS
Professeur Patrick Martin (Paris)
- 18h :** Conclusion

ACESM : OÙ EN SOMMES NOUS ?

Nous vous rappelons que nous sommes une association régie par la loi de 1901, dont le Docteur Fabrice Sisco, psychiatre, praticien hospitalier à l'Hôpital général de Bastia en est le président fondateur depuis sa création, en 2004.

A l'origine, le Docteur Fabrice Sisco a souhaité créer cette association dans le but de fédérer différents acteurs de santé autour d'une réflexion pluridisciplinaire commune, concernant la prise en charge des patients souffrant de pathologies mentales et plus précisément de troubles anxieux, avec le projet développer également ses actions dans le domaine de l'addiction et plus particulièrement celui de l'alcoolisme. Aujourd'hui, nous pouvons dire que nous avons atteint en grande partie notre objectif de regrouper la plupart des acteurs de santé intervenant dans le champ de la pathologie mentale. En effet, cette année nous organisons notre IV^e symposium, où comme chaque année, nous accueillons des spécialistes reconnus sur les sujets abordés.

Ces manifestations scientifiques vont nous permettre également de mettre en place des projets communs avec, notamment, des équipes de recherches universitaires sises sur le continent.

Nous avons par ailleurs voulu étendre notre réflexion à un niveau pragmatique, ce qui nous a permis d'avoir une écoute attentive de la part des URML et nous espérons pouvoir, en collaboration avec eux, mettre en place des actions et des études qui ne pourront qu'être bénéfiques pour la prise en charge de nos patients.

Dans cette dynamique, le développement de nos activités nous a encouragé à ouvrir le conseil d'administration de notre association à d'autres compétences, doublées elles aussi de bonne volonté et d'un dynamisme certain, pour mieux assumer nos objectifs.

Le deuxième grand volet de nos objectifs a concerné le développement d'une réflexion sur les nouvelles données scientifiques, cliniques, voire de santé publique, en développant l'organisation et la mise en place de réunions de formation médicale continue validante en partenariat avec différents universitaires.

Nous est apparue là aussi évidente la nécessité de créer un comité pédagogique et scientifique, afin de nous aider le mieux possible dans l'élaboration de nos actions dites de formation, concernant aussi bien les pathologies mentales de l'adulte que celles de l'enfant ou de l'adolescent.

Et puis nous avons l'aide de nos élus locaux, régionaux et territoriaux pour nous encourager et nous aider dans nos projets. Notre ambition serait d'aller plus avant

avec ces partenaires afin de promouvoir des actions de santé publique.

Les Cahiers de l'ACESM, dont c'est le deuxième numéro, sont également une invitation au dialogue et à la réflexion. N'hésitez pas à nous soumettre vos idées ou cogitations concernant les différents problèmes que nous pouvons rencontrer au quotidien, soit dans la prise en charge, soit dans l'évaluation de la maladie de nos patients, nous les publierons.

La liste ci-après des membres des instances de notre association illustre bien l'intérêt que porte chacun d'entre eux à nos objectifs.

L'ACESM

Conseil d'administration

Dr François Ancheti (Ajaccio)
 Pr Daniel Bailly (Marseille)
 Pr Manuel Bouvard (Bordeaux)
 Monsieur Michel Grossi (Venzolasca), *Trésorier*
 Pr Christophe Lançon (Marseille), *Vice-Président*
 Dr Napoléon Ernest Léopoldi (Bastia)
 Pr Patrick Martin (Paris), *Secrétaire général*
 Monsieur Antoine Paoli (Brando)
 Dr Philippe Ristorcelli (Porto-Vecchio)
 Pr Philippe Robert (Nice)
 Madame Anne Rocchi (Bastia)
 Dr Fabrice Sisco (Bastia), *Président*
 Madame Julienne Storaï (Bastia)
 Monsieur Guy Verduri (Biguglia)

Comité pédagogique et scientifique

Pr Franck Baylé
 Université René Descartes, Paris V
 Pr Daniel Bailly
 Université de la Méditerranée, Marseille
 Pr Jean-Philippe Boulanger
 Université de Montpellier 1
 Pr Manuel Bouvard
 Université Victor Segalen, Bordeaux 2
 M Le Docteur Jean-Paul Chabannes
 Université Joseph Fourier, Grenoble
 Pr Christophe Lançon
 Université de la Méditerranée, Marseille
 Pr Patrick Martin
 Université Pierre et Marie Curie, Paris VI
 Pr Jacques Massol
 Université de Franche-Comté, Besançon
 Pr Michel Patris
 Université Louis Pasteur de Strasbourg
 Pr Charles Siegfried Peretti
 Université Pierre et Marie Curie, Paris VI
 Pr Philippe Robert
 Université de Nice Sophia Antipolis.

Congrès 2006 :

quelques souvenirs...



La salle du congrès, avant la reprise des débats.
Au premier plan : Mmes Emmanuelle Sisco (dr) et Céline Franchi

Ce Ile symposium s'est terminé par un dîner corse entre intervenants.
Ci-dessous, de droite à gauche : le Dr Fabrice Sisco, Président de
l'ACESM, le Pr Louis Crocq et M. Henri Sisco, maire de Miomo.....



....à gauche : Dr Michel Lévy, Mme Crocq, Dr Jean-Paul Chabannes, Mme Vaiva, M. Antoine Paoli ; à droite Pr Michel Patris, Dr Jean Audet, Dr Clara Duchet, Pr Guillaume Vaiva, Mme Emmanuelle Sisco....



....à gauche : Dr Christian Navarre, Dr Sophie Harrois, Mme Céline Franchi, Pr Louis Crocq ; à droite : Dr Patrice Louville, Mme Florence Mattéi, M. Henri Sisco



Remerciements

Nous tenons à remercier pour leur aide précieuse, aussi bien lors de nos manifestations scientifiques que dans la vie de notre association :

Monsieur Paul Giacobbi, Président du Conseil Général de Haute-Corse qui met à notre disposition l'enceinte du Conseil Général, et a su convaincre son Conseil de financer nos "Cahiers",

Monsieur Émile Zuccarelli, maire de Bastia et Monsieur Ange Rovère, maire-adjoint, qui ont bien voulu approuver notre action en nous attribuant une subvention,

Monsieur Ange Santini, président de l'exécutif de l'Assemblée territoriale de Corse, qui nous a grandement soutenus,

Les laboratoires pharmaceutiques Ardix, Biocodex, Eisai, Lilly, Lundbeck, Merck Liplha Santé, Otsuka Pharmaceuticals, UCB Pharma, Organon, Wyeth, qui, par leur participation financière, ont rendu possible la réalisation de ce IVe symposium de Psychiatrie à Bastia,

Monsieur le Docteur Napoléon Léopoldi, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la région PACA,

Monsieur Philippe Ceccaldi, PDG de la compagnie aérienne CCM Airlines,

Monsieur Hervé Valdrighi, de Sixt Location,

Enfin, un grand merci à toutes les personnes qui se sont impliquées dans la réalisation de notre symposium et des Cahiers de l'ACESM : les membres de notre association et Mesdames Marie-Joseph Fontanet, Vivianne Lambert, Marie-Christine Pruneta, Anne Rocchi, Fabienne Siméoni et Monsieur Jean Pascal-Fix.