HAL
archives-ouvertes.fr

Le travail psychique de victime : essai de psycho-victimologie

Pascal Pignol

To cite this version:

Pascal Pignol. Le travail psychique de victime : essai de psycho-victimologie. Psychology. Université Rennes 2, 2011. French. <NNT : 2011REN20043>. <tel-00658758>

HAL Id: tel-00658758

https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00658758

Submitted on 11 Jan 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE / UNIVERSITE DE RENNES 2 HAUTE BRETAGNE
sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne

pour obtenir le titre de
DOCTEUR DE l'UNIVERSITE RENNES 2 HAUTE BRETAGNE

Mention : Psychologie
Ecole doctorale Sciences Humaines et Sociales

présentée par

Pascal PIGNOL

Equipe d'accueil n° 4050
Laboratoire de cliniques psychologiques, psychopathologie et criminologie

Le travail psychique de victime. Essai de psycho-victimologie

Thèse soutenue le 10 décembre 2011
devant le jury composé de :

Louis CROCQ
Professeur associé honoraire à l'Université de Paris 5 René Descartes

Olivier DOUVILLE
Maitre de Conférences en psychologie clinique à l'Université de Paris 10 Nanterre

Bruno GRAVIER
Professeur associé à l'Université de Lausanne. ***Rapporteur***

Christian HOFFMANN
Professeur de psychopathologie clinique à l'Université de Paris 7 Denis Diderot

Denis LAFORTUNE
Professeur titulaire. Ecole de Criminologie. Université de Montréal. ***Rapporteur***

Valérie MOULIN
Maître de Conférences en psychologie pathologique et criminologique à l'Université de Rennes 2. ***Co-directeur de thèse***

Loïck M. VILLERBU
Professeur de psychopathologie et criminologie à l'Université de Rennes 2.
Directeur de thèse

A Corinne,
pour sa patience
et sa présence
dans des moments noirs
dont elle m’a aidé à revenir

A ma fille Camille,
source de vie et d’espoir

A Loïck M. Villerbu,
pour son amitié,
pour m’avoir fait découvrir et aimer
le métier de psychologue,
sans parler de tout ce que lui doit ce travail

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 3

PREAMBULE 10

1. Victime, victimisation… Le mot ferait-il la chose ? 10

2. Une société au risque des victimes ? 12

3. Des professionnels au risque des victimes ? 16

4. Victimologie, psychologie victimologique, psycho-victimologie… ? 21

INTRODUCTION GENERALE 24

PARTIE A : EPISTEME ET EPISTEMOLOGIE DE LA NOTION DE TRAUMATISME PSYCHIQUE 44

PARTIE A - Chapitre 1 – ELEMENTS POUR UNE ANTHROPOLOGIE DE LA VICTIMITE 48

Introduction 49

1.1. La Fin De La Théodicée 51
1. 1.1. Lisbonne, 1755 51
1.1.2. Les fléaux de Dieu 51
1.1.3. Du courroux divin aux désordres de la nature 52

1.2. Citoyenneté. Responsabilité 55
1.2.1. A chacun son lot 55
1.2.2. La laïcisation du mal 56
1.2.3. Le mal social. L'accident 57
1.2.4. Les principales figures de l'accident 60
1. 2. 4. 1. Catastrophes ferroviaires 60
1.2. 4. 2. Les accidents de travail 62
1.2. 4. 3. Les accidents de la vie quotidienne 64
1.2.5. L'Etat providence et la socialisation des risques 64
1.2.6. Prévenir 67
Conclusion 68

1.3. Les violences sexuelles et la question du genre. 69
1.3.1. Les attentats aux mœurs 70
1.3.2. Du viol 73
1.3.3. Entre idéologie et rationalité, la naissance de la médecine légale 74
1.3.4. Du sexe au genre 81

1.4. L'humanité. L'humanitaire. L'ethnos 84
1.4.1. L'irreprésentable 84
1.4.2. La naissance de l'humanité 86
1.4.3. L'impératif de témoignage 86
1.4.4. L'humanitaire 89
1.4.5. L'ethnos 90

1.5. L'invention de la victimité contemporaine 91
1.5.1. La souffrance psychique comme nouveau paradigme 91
1.5.2. Le droit des victimes et la victimologie 94
1.5.3. Le traumatisme dans tous ses états 96
1.5.4. Les figures toujours renouvelées de la victimisation 98
Conclusion 100

PARTIE A - Chapitre 2 –PREHISTOIRES ET HISTOIRE DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE ET DE LA VICTIMOLOGIE 101

Introduction 101

2.1. Aux origines de la névrose traumatique 103
Introduction 103
2.1.1. Un urgent besoin d'expertise 105
2.1.2. Les modèles chirurgicaux de la commotion 107
2.1.2.1. Erichsen et la concussion de la moelle 107
2.1.2.2. Variations anatomo-pathologiques 108
2.1.2.3. Une querelle d'experts : authentique pathologie ou simulation ? 109
2.1.2.4. Le Railway spine, une entité clinique véritable ou artificielle ? 111
2.1.2.5. Herbert PAGE et la neuromimesis 112
2.1.3. La querelle des névroses 115
2.1.3.1. De la chirurgie à la neurologie 115
2.13.2. Les névroses, nouveau modèle du traumatisme 119
2.1.4. De la neurologie à la psychiatrie 137
2.1.4.1. La querelle des névroses : prolongements et ruptures (1880-1914) 137
2.1.4.2. Les pratiques nouvelles de l'expertise 156
Conclusion 182

2.2. Modèles nouveaux du psychisme 184
Introduction : l'héritage de Charcot 184
2.2.1. Pierre JANET et les médications psychologiques 186
2.2.1.1. L'automatisme psychologique et les racines de la conscience 187
2.2.1.2. La place du traumatisme dans la pensée de P. Janet 189
2.2.1.3. L'acte de mémoire 191
2.2.1.4. La médecine psychologique 192
2.2.2. Evolution de la notion de traumatisme dans l'œuvre de Sigmund FREUD 194
2.2.2.1. De l'hystéro-traumatisme au traumatisme névrogène 197
2.2.2.2. Du traumatisme sexuel au sexuel traumatique 205
2.2.2.3. La névrose traumatique revisitée 214
2.2.2.4. De la détresse du nourrisson à l'angoisse de castration 219
Conclusion : le polymorphisme de la notion de trauma chez Freud 224

2.2.3. Sandor FERENCZI : de l'hystérie à la confusion de langue. 225
2.2.3.1. De la clinique avant toute chose… 227
2.2.3.2. Une étiologie traumatique 229
2.2.3.3. La clinique en deux temps du traumatisme chez Ferenczi 232
2.2.3.4. La traumato-analyse 236
2.2.4. Nouvelles réflexions psychanalytiques sur le trauma et la névrose traumatique 237
Introduction 237
2.2.4.1. Otto FENICHEL : un essai de synthèse clinique 239
2.2.4.2. Relectures freudiennes autour du trauma 241
2.2.4.3. Narcissisme et traumatismes primaires 246
2.2.4.4. Jacques LACAN ou le trauma comme rencontre du Réel 247
2.2.4.5. Psychanalyse et « nouveaux » traumas 250

2.3. Naissance et développements de la psychotraumatologie et de la victimologie clinique 256
Introduction 256
2.3.1. Naissance et développements de la psychotraumatologie 256
Introduction 257
2.3.1.1. L'histoire d'une invention 258
2.3.1.2. Panorama de la psychotraumatologie 267
Le faux stress 268
Le stress adapté 268
Le stress différé 269
Les réactions de stress dépassé 269
Stress névrotiques et stress psychotiques 270
Les symptômes non spécifiques 273
La personnalité traumato-névrotique 274
2.3.1.3. Vers une praxéologie de la crise 291
2.3.2. La victimologie clinique **293**
2.3.2.1. De la victimologie criminologique à la criminologie victimologique 294
2.3.2.2. La seconde victimologie 295
2.3.2.3. Pratiques victimologiques 297
Conclusion 302
Conclusion -chapitre 2- : de la victime au victimé 303

Conclusion PARTIE A ***305***

PARTIE B. DU PSYCHOTRAUMATISME AU TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME. PROLEGOMENES A UNE PSYCHO-VICTIMOLOGIE. 309

Introduction ***309***

PARTIE B - CHAPITRE 1 –ESSAIS D'EPISTEMOLOGIE AUTOUR DE LA NOTION DE TRAUMATISME ***311***

Introduction 311

1.1. Vraies querelles, faux problèmes 312
1.1.1. La superposition de deux enjeux 312
1.1.2. Trauma névrotique-Trauma traumatique : un vrai malentendu. 318

1.2. De la pulsion de mort à la tentation létale 324

1.3. Le traumatique entre hasard et déterminisme 330

1.4. Les temps du traumatique : du moment traumatique à l'après-trauma..... 334
Conclusion 338

PARTIE B - Chapitre 2 - LE TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME 340

Introduction 341

2.1. L'après-trauma. Eléments pour une clinique de la victimité 342
2.1.1. La culpabilité, les culpabilités. Un travail de la culpabilité ? 342
2.1.2. Le travail de la honte 344
2.1.3. Les mécanismes de défense 349
2.1.4. La résilience 349
2.1.5. Eléments pour une approche psycho-dynamique du syndrome de répétition 354
2.1.6. La victime et le processus judiciaire 355
2.1.7. Le travail du pardon 357
Conclusion 359

2.2. Epreuves de réalité et travail psychique 361
2.2.1. Deuil et pathologie de deuil chez Freud 362
2.2.2. Du deuil au trauma 364

2.3. Le travail psychique de victime (TPV) 365
2.3.1. Un travail psychique à deux versants 366
2.3.2. La construction juridique de l'auteur et de la victime : culpabilité et responsabilité juridiques 367
2.3.2.1. La responsabilité juridique 370
2.3.2.2. La culpabilité juridique 372
2.3.3. Le versant juridique du Travail Psychique de Victime 376
2.3.3.1. L'imputation 376
2.3.3.2. La qualification 377
2.3.3.3. L'indemnisation 377
2.3.3.4. La condamnation 378
2.3.4. Du plaignant au victimé : la construction subjective de l'auteur et de la victime 379
2.3.4.1. La responsabilité psychique et les normes personnelles 380
2.3.4.2 De la culpabilité psychique : engagements éthiques et valeurs personnelles 382
2.3.5. Des victimes sans auteur ? 386
2.3.5.1. De l'imputation 386
2.3.5.2. De la qualification 387
2.3.5.3. De la réparation 388
2.3.5.4. De la condamnation 388
Conclusion : les 4 dilemmes constitutifs du TPV.....389

PARTIE C. LA CONSTRUCTION D'UN ESPACE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE 393

Introduction *393*

PARTIE C - Chapitre 1 - L'EMERGENCE D'UN DISPOSITIF CLINIQUE 395

1.1. La création d'une consultation spécialisée 395

1.2. Les aléas de la demande d'aide en victimologie-psychotraumatologie 397

1.3. Quelle demande, de quelle forme d'aide ?..... 405

1.4. D'un dispositif psycho-victimologique comme offre d'offres 409

1.5. Fréquentation de la consultation de Victimologie générale 412
Conclusion : une contrainte à penser la diversité 415

PARTIE C - Chapitre 2 - LA CLINIQUE DU TPV LES PROBLEMATIQUES VICTIMALES ET LES SYNDROMES VICTIMAUX, DEFINITIONS ET EXEMPLES.....417

Introduction 418
2.1. Vers une typologie raisonnée des problématiques victimales 420
2.1.1. Les 3 issues possibles au travail psychique de victime..... 420
2.1.2. Une clinique du Travail psychique de victime 422
2.1.3. Positions victimales auto- et hétéro-destructrices 423

2.2. Les problématiques victimales à dynamique auto-destructrice.....425
2.2.1. L'axe socio-moral des normes et de la responsabilité 425
2.2.1.1. Problématiques de la participation..... 425
2. 2.1. 2. Problématiques de la représentation de l'événement 433
2.2.2. L'axe psycho-moral des valeurs et de la culpabilité 443
2.2.2.1. L'enjeu des engagements éthiques : les problématiques victimales du mérite... 444
2.2.2.2. L'enjeu des idéaux et valeurs fondatrices..... 451
Conclusion 458

2.3. Les problématiques victimales à dynamique hétéro-destructrices : à la recherche d'une autre scène 460

Conclusion 465

PARTIE C - Chapitre 3 –LA GUIDANCE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE DEFINITION, PRINCIPES, METHODES 466

Introduction 466

3.1. De la guidance projective à la guidance psycho-victimologique 468

3.2. La question du transfert et du contre-transfert en psycho-victimologie 472
3.2.1. Définitions du transfert et du contre-transfert..... 472
3.2.2. Les principales caractéristiques du transfert et du contre-transfert en guidance psycho-victimologique 476
3.2.2.1. La dimension émotionnelle 478
3.2.2.2. La question de la vérité..... 480
3.2.2.3. Un engagement parfois nécessaire..... 483
3.2.2.4. Devoir tenir une position normative 486
Conclusion 486

3.3. Les principales règles de l'entretien en psycho-victimologie..... 487
3.3.1. Un principe générique : la contextualisation 487
3.3.3.1. Les paramètres de la situation victimale 488
3.3.2. L'entretien initial 493
3.3.3. Les entretiens suivants..... 493
3.3.4. Des consignes 494

3.4. Le processus et les stratégies de changement en guidance psycho-victimologique..... 496

3.4.1. La dynamique de l'entretien 496
3.4.1.1. Chercher l'impasse..... 497
3.4.1.2. Explorer, solliciter des déplacements 497
3.4.1.3. Chercher ce qui fait résistance à l'impasse..... 498
3.4.1.4. La valorisation aux limites..... 499
3.4. 2. Le travail d'historiage 500
3.4.2.1. Questions de terminologie 500
3.4.2.2. Une analyse paramétrique du débriefing 501

PARTIE C -Chapitre 4- CLINIQUE DU TRAVAIL DE GUIDANCE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE 509

4.1. Le travail sur l'axe des normes et de la responsabilité 510
Exemple N° 40 Melle S. ou : quand les normes ne font pas sens 511
Exemple N° 41 Melle Z. : Un essai de travail sur le mode opératoire de l'agresseur 515

4.2. Le travail sur l'axe des valeurs et de la culpabilité 522
Exemple N° 42 Melle Y : un exemple d'étayage par le socio-juridique d'une position subjective défaillante. 522
Exemple N° 43 La confrontation à l'agresseur au risque de méprise ou de malentendu..... 529

4.3. Un exemples de travail successif sur les normes et les valeurs 530
EXEMPLE N° 44 Melle A. : Du « syndrome de Stockholm » au syndrome du risque zéro 530
Exemple N° 45 : Un premier entretien initial avec verbalisation cathartique, 10 jours après une agression physique..... 542
Exemple N° 46 . Mme Z. : un exemple de séquence d'investissement subjectif du parcours judiciaire 547
Conclusion 551

PARTIE D. PROSPECTIVES HEURISTIQUES EN PSYCHO-VICTIMOLOGIE 552

Introduction *552*

PARTIE D -Chapitre 1- LES ATTEINTES A LA PROFESSIONNALITE.....554

I. Approche psycho-victimologique des violences et harcèlements au travail..... 555

1.1. Le champ de la professionnalité 555

1.2. Le harcèlement comme mode opératoire 557

1.3. Un modèle de la professionnalité 558
1.3.1. La Contribution..... 560
1.3.2. La rétribution 565

1.4. Violences et harcèlements au travail 571
1.4.1. Les atteintes à la Contribution 573
1.4.2. Les atteintes à la Rétribution..... 576

Conclusion..... 578

PARTIE D -Chapitre 2- LE CHAMP DE LA CONJUGALITE VIOLENTE 579

Introduction 579

2.1. Le cycle des violences intraconjugales 579
La procédure **580**

2.2. Les dimensions critiques du conjugal..... 582

Conclusion 584

CONCLUSION GENERALE 585

BIBLIOGRAPHIE 593

INDEX DES TABLEAUX.....624

PREAMBULE

PLAN :

1. Victime, victimisation… Le mot ferait-il la chose ?
2. Une société au risque des victimes ?
3. Des professionnels au risque des victimes ?
4. Victimologie, psychologie victimologique, psychovictimologie… ?

1. Victime, victimisation… Le mot ferait-il la chose ?

A consulter les modernes précis de victimologie et de psychotraumatologie, à parcourir les numéros que les revues de psychiatrie et de psychologie leur ont dédié, à recenser colloques et formations qui leur sont consacrées à travers le monde, les choses semblent en la matière assurées : la reconnaissance des victimes et des psychotraumatisés, leur prise en charge en tous lieux et à tout moment de leur histoire, paraissent à notre époque acquis et offrir un contraste frappant avec la longue période qui les a vus systématiquement suspectés de simulation ou encore de fabulation, quand ce n'était pas de comportements délibérément antipatriotiques pour ce qui concernait les périodes de guerre.
Le traumatisme psychique[1] constitue ainsi un chapitre incontournable de tout manuel de psychiatrie et de psychologie clinique dignes de ce nom, et ses particularités cliniques, pourtant longtemps assimilées à de l'hystérie, maintenant acquises grâce à une sémiologie rigoureusement établie. Quant à la psychotraumatologie et à la victimologie, elles sont en passe, si ce n'est déjà fait, de constituer des branches à part entière de la psychologie et de la psychiatrie, tant du point de vue psychodynamique que du point de vue des dispositifs d'interventions.

Les choses sont pourtant moins assurées que ne pourrait le laisser penser ce tableau quelque peu rapide qui, s'il reflète bien une partie de la réalité contemporaine, est pourtant loin d'en appréhender toutes les facettes. Car ce n'est pas sans susciter des controverses toujours actives, voire parfois des positions résolument hostiles, que victimes et traumatisés se voient ainsi accorder

[1] Quelque soit sa dénomination : PTSD, syndrome psychotraumatique, état de stress post-traumatique, névrose traumatique… selon la doctrine de référence du praticien.

une telle place, au point que ce sont parfois ces termes mêmes dont l'usage se voit contesté au titre qu'ils témoigneraient de pratiques du psychisme au service de l'adaptation sociale bien plus que du « sujet ».

En outre, si la référence au traumatisme et à son importance dans la dynamique psychique est ancienne et généralement admise, les courants théoriques et cliniques de la psychologie sont eux loin d'en développer une conception unifiée, et des divergences irréductibles opposent certaines écoles. C'est ce que nous montrera l'étude historique et critique de la notion. Mais au moins les débats, même vifs, peuvent-ils trouver quelque garantie de raison et de sérieux dans la nature (la plupart du temps) scientifiquement construite des arguments avancés, même si l'on observe encore ça et là des positions tenant bien plus, soit du préjugé, soit d'une connaissance pour le moins lacunaire de l'histoire des idées, que de constructions rigoureusement conçues et étayées.

Pour ce qui concerne les victimes, ainsi que les approches s'en justifiant, comme la victimologie, il n'en va malheureusement pas toujours de même. Ce sont quelques uns des aspects les plus apparents des polémiques que le seul usage de ces termes peut parfois engendrer que nous allons maintenant évoquer plus en détails, ne serait-ce que pour justifier de l'importance d'une analyse d'abord historique et anthropologique des représentations contrastées qu'ils suscitent. Car avant de tenter, comme nous allons nous y risquer dans cette thèse, d'argumenter de la nécessité de penser et mettre en œuvre une clinique singulière que nous avons baptisé du terme de psycho-victimologie, encore importait-il de se départir du mieux possible d'un ensemble envahissant de positions idéologiquement parasites participant à rendre encore trop souvent impossibles ou presque les échanges quant à l'opportunité de prendre les victimes comme « sujet » de réflexion et d'intervention.

A l'instar du monde psy, nous verrons que les enjeux engagés touchent à une véritable question de société. Il en est ainsi du terme de victime, le champ qu'il recouvre ne se laissant pas aisément cerner tant il renvoie à des domaines de signification aussi nombreux qu'hétérogènes, et sensibles : justice, social, politique, santé, sécurité…

Car avec la question victimale, comme avec la question criminologique, nous nous trouvons face aux plus contemporaines de nos angoisses et de nos insécurités. C'est dire qu' « idéologie et rationalité »[1], positions politiques, cliniques et disciplinaires se côtoient sans toujours se dire comme telles ni se doter des critères de validité propres à chacune d'elles, n'offrant alors pas toujours toutes les garanties de rigueur que l'on serait en droit d'en attendre, au moins pour ce qui ressortit aux domaines de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychopathologie qui sont les nôtres.

Mentionnons, pour ne pas avoir à les dénoncer sans cesse, deux procédés récurrents en la matière, qui discréditent par avance toute argumentation en retour et montrent à quel point le domaine est « sensible » :

- fustiger une position (clinique, théorique, technique…) qui n'existe que dans l'esprit de ceux qui la dénoncent ; ce que S. Freud aurait dénommé une projection, soit l'externalisation défensive d'une

[1] Pour reprendre le titre d'un texte de G. Canguilhem (1981) : *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris, Vrin.

motion interne réprimée : une modalité de lutter sans le savoir contre ses propres spectres, un retour du refoulé en quelque sorte ;

- dénoncer une position au nom des excès auxquels elle donne lieu chez certains de ses supposés tenants ; n'en pointer que les aspects potentiellement négatifs pour la caricaturer et la discréditer, sans jamais argumenter sur son fond : une forme de suspicion qui, jouant en quelque sorte d'un effet de rumeur, disqualifie *a priori* toute argumentation contraire. Comme l'écrit M. Chollet :

> … il ne s'agit pas tant de produire une analyse constructive que d'occuper le terrain, de faire diversion, d'imposer un sujet pour mieux en évincer d'autres. Le plus souvent, ce discours ne conteste pas frontalement la légitimité d'une cause – qu'il s'agisse de celles des femmes, des immigrés victimes du racisme, des homosexuels ou des Palestiniens : il se contente de relever les propos de certains de ses défenseurs et de s'indigner de leur outrance, qu'il juge indécente et scandaleuse. Sauf que, peu à peu, cette indignation prend toute la place : désormais, quand on évoque une situation de domination ou d'oppression, ce n'est jamais la domination ou l'oppression en elle-même qui fait débat et constitue un objet de préoccupation unanime, mais les dérapages verbaux, réels ou supposés, de ceux qui luttent contre elle. [1]

L'on conçoit que tout débat soit alors vain, parce que par avance forclos. Mais au moins nous faudra-t-il tenter de comprendre comment il peut en être ainsi, comment et pourquoi, aujourd'hui, victimologie et psychotraumatologie peuvent encore provoquer des réactions aussi exacerbées.

2. Une société au risque des victimes ?

En resterions-nous à une querelle de spécialistes que les débats demeureraient (relativement) confidentiels. Or ils débordent aujourd'hui largement le seul cadre de la psychologie pour atteindre à celui d'une véritable question de société. De *La tentation de l'innocence* au *Temps des victimes* via *La société des victimes* ou encore *La concurrence des victimes*, c'est du moins ainsi que la question est de plus en plus fréquemment abordée, pour s'en tenir à quelques ouvrages faisant référence. Les débats houleux autour de la récente affaire Roman Polanski en offrent un exemple remarquable et la nature des arguments échangés, en faveur et en défaveur du sort juridique qu'entendait lui réserver la justice nord-américaine, particulièrement significative de l'irréductibilité de certaines positions et de leurs soubassements idéologiques.

Un terme cristallise les controverses, celui de *victimisation*, dans une acception en elle-même discutée du terme[2] puisqu'elle est ici indexée d'une connotation manifestement péjorative, celle d'une utilisation stratégique et manipulatrice du statut de victime aux fins d'obtention d'avantages indus.

Dans cette rubrique, l'on trouve un catalogue hétéroclite de dénonciations, soit de l'importance excessive accordée aux victimes, assimilée par certain à leur glorification, soit du caractère abusif des

[1] M. Chollet (2007) : Arrière-pensées des discours sur la « victimisation, *Le Monde diplomatique*, *Archives*, sept. 2007.

[2] Dans le vocabulaire de la victimologie il désigne il fait d'avoir été l'objet d'actes délictueux ou non ayant entrainé un ou des dommages personnels.

revendications « victimaires » comme forme de consumérisme. L'on peut ainsi relever pêle-mêle les critiques les plus diverses comme :

- le caractère inégalitaire, versatile, émoussé, déculpabilisant à bon compte de la compassion envers les victimes ;
- un effet de dépolitisation et de déconflictualisation par la victimologie des luttes sociales et politiques ;
- l'intimation à dire publiquement sa souffrance dans une modalité, socialement prescrite, assimilée à une forme d'impudeur ;
- l'affirmation que notre système judiciaire accorderait une foi irrationnelle en la parole des victimes et que des droits excessifs qui leur seraient accordés, référence faite au procès d'Outreau ;
- le risque d'une ustensilisation par le monde politique de la compassion généralisée pour les victimes à fins électoralistes (populisme) ;
- une propension généralisée au « victimisme », pour reprendre l'expression d'Erner (2006), qui ne serait alors l'expression d'un refus de la souffrance ;
- une forme contemporaine d'infantilisme et d'irresponsabilité, la victimisation serait pour certains « la version doloriste du privilège » ;
- une concurrence immorale entre victimes et groupes de victimes aux fins d'obtention d'une reconnaissance autant financière que symbolique ;
- l'invocation d'une « nécessité de l'oubli », sorte de droit à l'amnésie contre les « abus de mémoire »[1].

Dans ce procès en victimisation, la justice contemporaine est particulièrement visée quand elle est suspectée, dans ce qui est dénoncé comme un populisme démagogique, de s'organiser autour du préjudice et non plus du délit ou du crime, et qu'elle tendrait à faire passer au premier plan la dimension civile restauratrice du lien social aux dépends de la dimension pénale centrée, elle, sur le crime et sa sanction. Ainsi C. Eliacheff, et D. Soulez Larivière, dans un amalgame en lui-même significatif entre indemnisation et mérite, reconnaissance des préjudices et glorification de la victime, s'exclament-ils :

> Est-il vraiment sensé de mettre la victime au centre du tribunal plutôt que le prévenu ou l'accusé ? Le contraire est-il encore possible dans une société où le prestige de la victime est supérieur à celui du héros ? Nul ne pouvait prévoir que l'admiration dont jouissent ceux qui luttent pour faire reconnaître leur statut de victime deviendrait bien supérieure à celle qu'on porte aux personnes qui ont le courage de risquer leur vie pour défendre la liberté ou la justice. [2]

A quoi s'opposent, presque point pour point, les thèses de R. Cario qui, avec l'idée forte de « justice restaurative »[3] dont il est depuis longtemps l'actif promoteur, place au cœur du processus judiciaire la reconstitution du lien social notamment par des pratiques de médiation, à la condition préalable

[1] Ce sont Fassin et Rechtman qui mentionnent ce courant de pensée, in *L'empire du traumatisme*, p. 32-33.
[2] C. Eliacheff, et D. Soulez Larivière (2007) : *Le temps des victimes*, Albin Michel, Paris, p.55.
[3] Voir par exemple R Cario, P. Mbanzoulou (2008) : La justice restaurative, in J.-L. Senon, G. Lopez, R. Cario *Psychocriminologie*, p. 397.

bien évidemment, d'une reconnaissance du délit par le présumé auteur[1] et d'un accord des personnes concernées.

Cette même supposée instrumentalisation de la souffrance serait ailleurs au service d'une recherche de reconnaissance dont l'escalade, selon G. Erner (2006), ne ferait qu'accroître les inégalités qu'elle prétend réduire, dans ce qui est alors dénoncé comme une véritable « concurrence des victimes » L'exemple même en serait une forme de surenchère dans la victimisation entre peuples persécutés ou victimes de génocides.

Dans les deux cas, sont pris comme référence les travaux de J.-M. Chaumont sur les conflits qui, dans l'après-guerre, ont opposé les collectifs de déportés les uns aux autres quant à la répartition des réparations allouées. Mais l'auteur, dans une étude historique rigoureuse, démontre avec une grande finesse que, derrière ces revendications, se jouaient en fait des représentations historiques implicites différentes du processus et des objectifs de la politique d'extermination nazie. Et qu'à ne pas avoir su analyser et expliciter en leur temps ces antagonismes de façon pertinente, l'on n'a fait que vainement et douloureusement les alimenter. Ainsi a-t-il pu écrire :

> Sous une unanimité de façade […], des conflits virulents opposent les milieux de mémoire qui représentent les différentes catégories de persécutés par le Reich : déportés juifs contre déportés résistants, Juifs contre Tziganes, homosexuels contre politiques, Juifs antifascistes contre Juifs sionistes. La listes des oppositions et des récriminations est longue et, -outre-Atlantique en particulier- déborde le seul cadre de la criminalité national-socialiste pour englober d'autres groupes de victimes : Juifs contre Arméniens, Juifs contre Noirs, juifs contre Indiens, Juifs contre Tutsis parfois, déjà… [2]

Pourtant, rien de plus éloigné chez J.-M. Chaumont que l'idée de critiquer une telle « concurrence », dont il s'attache à montrer les enjeux identitaires essentiels qui la sous-tendent :

> Il est vrai que, de prime abord, il n'y a rien de plus ragoûtant à voir des groupes se disputer la palme des plus grandes souffrances. La concurrence des victimes semble représenter un phénomène particulièrement mesquin et bas. Et pourtant, sous-jacent aux comptabilités macabres, il y a des enjeux dont j'ai appris peu à peu à découvrir la dimension morale, au sens le plus noble du terme… La compétition pour le statut de victime par excellence peut être réduite à la vaine quête d'un prestige déplacé…. Pourtant la gloriole n'est pas tout. De façon plus fondamentale, il y a également des attentes de reconnaissance issues d'une histoire tragique d'humiliations, d'occultations et de stigmatisation de personnes… [3]

L'histoire de ces « concurrences » prend alors sens d'une histoire de « l'acharnement à être reconnu et de l'enfer qui se crée quand la réponse ne vient pas ». L'enjeu en est la création d'une histoire, histoire qui soit non seulement une connaissance du passé mais aussi une reconnaissance sans laquelle aucune véritable reconstruction ne semble. Les écrits de J. Altounian (2000) sur le génocide arménien en offrent un remarquable exemple.

Ainsi, l'un des paradoxes auquel se heurte toute revendication collective s'appuyant sur une « victimisation » est qu'elle laisse chez certains automatiquement prise au soupçon :

---

[1] Nous reviendrons plus loin sur cette question terminologique d'importance, mais au sens strictement juridique des termes, il n'y a d'auteur(s) et de victime(s) qu'au terme d'un jugement.

[2] J.-M. Chaumont (2002) : *La concurrence des victimes*, La découverte, Paris, p. 9.

[3] *Ibid*., p. 13.

> Si elle se mobilise, si elle fait usage de ressources et a recours au calcul, c'est son statut de victime même qui est fragilisé ; une victime stratège ne peut qu'être cynique, instrumentaliser sa souffrance pour servir son intérêt particulier et redevenir ce que l'on a appelé plus haut une victime douteuse. [1]

Encore plus grave, les mouvements associatifs de victimes participeraient activement d'une dépolitisation de la vie publique, leurs revendications transcendant les oppositions traditionnelles (partis, syndicats…), au profit d'intérêts « particularistes ».

Pourtant S. Lefranc et L. Mathieu, (2009), dans un ouvrage consacré aux mouvements de revendications de groupes de victimes, montrent la difficulté qu'eurent et continuent d'avoir celles-ci à faire valoir des droits qui, bien souvent, n'existaient pas avant qu'elles ne dénoncent ce que leur absence pouvait avoir de problématique. La lutte pour la reconnaissance est alors d'autant plus complexe qu'elle passe en ces cas, d'abord par une prise de conscience par la collectivité de comportements inacceptables qui n'étaient pas jusqu'alors perçus comme tels, d'actes non définis comme répréhensibles ou moralement inacceptables, de formes de préjudices consécutifs n'ayant pas (encore) de réalité collective. Elles doivent ainsi œuvrer à créer le droit qui permettra de faire valoir ensuite leurs préjudices, dans un double travail de revendication. Les exemples sont multiples, comme celui du harcèlement sexuel, du harcèlement moral, de l'inceste, de la contamination par un partenaire ayant connaissance de sa séropositivité…, pour s'en tenir à quelques uns des plus récents acquis des mouvements associatifs de victimes.

La revendication victimale se situe effectivement moins sur le terrain politique traditionnel ou encore des luttes dites sociales (celui au fond de la répartition des richesses et des pouvoirs), que sur celui de la civilité et des mœurs, ou plus exactement de la citoyenneté et de son évolution nécessaire, ainsi que de la traduction juridique de celle-ci. Autre manière de penser et de faire de la politique donc, et non pas mort du politique et de ses luttes.

L'on voit ainsi à quel point toute position victimale peut être chez certains indexée d'un jugement d'ordre moral quant à sa légitimité, selon une rhétorique assimilant toute recherche de reconnaissance d'un préjudice à une forme soit de consumérisme, soit d'irresponsabilité ou d'immoralité ; comme si se poser comme victime représentait une échappatoire à ce qui échoit à chacun, à son destin personnel, et représentait une revendication illégitime dans son principe : une forme d'abus. Vision qui nous renvoie, nous le verrons, à un temps où il revenait à chacun d'assumer avec ses seules ressources les malheurs qui pouvaient lui survenir, soit parce que ceux-ci représentaient nécessairement la sanction morale d'une vie corrompue, soit parce que l'ordre naturel du monde était ainsi fait, et qu'il revenait à chacun de se prémunir du malheur par ses vertus sa prévoyance, ou encore son fatalisme.

Il serait superfétatoire et sans doute vain d'argumenter chacun des points soulevés tant ils tiennent plus du registre des opinions, en elles-mêmes toutes respectables, que de positions scientifiquement argumentées, la part des choses, espérons-le, devant progressivement se faire à mesure que nous avancerons dans notre analyse historique et anthropologique de la formation de la victimité.

---

[1] S. Lefranc et L. Mathieu (2009) : *Mobilisation de victimes*, Presses Universitaires de Rennes, 2009, p. 23.

Mais l'on peut se demander si les auteurs en question ont bien mesuré ce qu'était notre monde avant que les dispositifs de solidarité qui sont aujourd'hui les nôtres et qui ont ensemble construit la « victimité », n'existaient pas ; invitation à faire retour sur un passé proche où les allégations d'abus sexuels de la part des enfants étaient systématiquement suspectées de mythomanie et celles des femmes, d'affabulations hystériques ; les accidentés de conduites antisociales et délinquantes et les soldats traumatisés de comportement antipatriotique et de désertion psychique ; ou encore, pour répondre à l'accusation d'impudeur faite aux victimes exprimant sur la place publique leur parcours, le rôle du silence et du secret dans la perpétuation, au cœur de nos grandes institutions, des maltraitances physiques et sexuelles, etc.

Dit autrement, le risque de traiter ainsi de la victimité serait d'en revenir à une lecture morale dont l'histoire nous montrera que l'œuvre du 19ième siècle a consisté précisément à « dé moraliser » la question et à l'aborder sous l'angle de la solidarité collective.

3. Des professionnels au risque des victimes ?

L'on conçoit alors que ce ne soit pas sans un certain malaise que le monde psy (ou du moins une partie de celui-ci, les autres s'en détournant avec colère, mépris et/ou dégoût) se saisisse de la question victimale, craignant de s'y brûler les ailes.

Ainsi une revue spécialisée intitulait-elle, il y a peu, l'un de ses numéros, « Victimes… et après » [1], laissant certainement au lecteur le soin de lui donner le sens qui lui convenait le mieux, selon d'un côté la signification qu'il accorderait aux trois petits points reliant les deux parties du titre, de l'autre côté à la nature de la ponctuation finale, dont l'absence laissait ouvertes plusieurs possibilités. Selon les options retenues, la signification pouvait en aller d'une interrogation sur l'après-victimisation, à l'exclamation ironique, voire teintée d'indignation, d'en oser faire un sujet de réflexion.

L'éditorial d'ailleurs semblait s'excuser d'avoir proposé un tel thème, évoquant successivement des risques d'incendie dus au caractère « inflammable » du sujet, la désorientation, l'irritation, pour se conclure par un appel à la tolérance et l'invitation faite au lecteur d'exprimer dans un prochain numéro ses sentiments sur la même thématique. Le mérite de la dite revue n'en était que plus grand mais ces précautions témoignaient à elles seules, pour le moins, du délicat du thème. Ainsi F. Landa y écrit-il : « Nous devons peut-être reconnaître une certaine irritation, parfois même une allergie, provoquée par le mot « victime » [2]. Mais c'est pour immédiatement nous mettre en garde contre les risques auxquels de tels *a priori* exposeraient celui qui les soutiendrait :

> Les mots, et ce mot en particulier, demeurent dans un état d'affliction continue, pour le bonheur de ceux qui dénigrent de façon moqueuse le travail de l'intellect, faisant preuve de grande haine à l'égard de toute pensée. Rien de mieux que de se moquer des mots pour annihiler la construction de tout projet culturel. [3]

[1] *Le Coq Héron*, 2008, N° 195.
[2] F. Landa (2008) : Sauver la « victime ». Le 8 août 1945, *Le Coq héron*, 2008/4, N° 195, p. 9.
[3] *Ibid*., p. 9.

Et comme pour définitivement nous convaincre que le terme ne saurait être de ceux dont l'on peut sans vergogne se jouer, l'auteur en marque le champ de deux dates pour le moins lourdes de sens : celle de la conférence Wannsee où fut décidé , par les nazis, de la « solution finale », et celle où voit le jour une figure juridique inédite, le crime contre l'humanité ; comme s'il fallait, pour pouvoir parler des victimes, prendre pour référence les plus extrêmes de ses figures contemporaines.
Pour qui a en mémoire les débuts de l'histoire de la victimologie, le trouble est grand car tout se passe comme si nous nous trouvions dans la situation exactement inverse de celle de Micheline Baril quand, en 1984, elle publiait *L'envers du crime*, où elle s'attachait à sensibiliser le champ judiciaire et social au fait que tout crime suppose des victimes, et que de celles-là aussi il faut s'occuper. Il semble parfois qu'aujourd'hui, nous nous trouvions dans l'obligation inverse de rappeler que si victimes il y a, crime ou à tout le moins dommage, il y a eu.

Il est vrai que certaines positions théoriques se revendiquant de la victimologie ont parfois de quoi surprendre quand, jouant de la surenchère de qualificatifs, toute victimisation tend à être assimilée à une atteinte à un être humain sacralisé. Ainsi peut-on lire les propos suivants concernant le viol, érigé en crime cumulant tous les crimes, crime des crimes en quelque sorte :

> Il stigmatise la confusion des genres au-delà du masculin et du féminin. Il ajoute à la confusion victimaire et criminelle par ses pouvoirs de réactivités à la fois individuelles et sociétales. Le sexe signe l'identité sexuelle non seulement au lieu anatomique du corps, mais dans sa conjugaison du processus même d'identification qui transmet la filiation et la transmission, l'appartenance singulière et communautaire, la complémentarité et l'esthétique. Il fait œuvre de saccage à la culture et à toutes les formes culturelles de la famille, des us et coutumes, du lien social et intersubjectif. Sa barbarie dépasse le sexuel pour détruire les condensés de civilisation patiemment tissés depuis l'aube de l'humanité […] La femme violée porte plainte non seulement auprès de la justice des hommes mais porte sa plainte au sens phylogénétique et ontogénétique du processus d'hominisation (ontogenèse) et d'humanisation (phylogenèse). La plainte est celle du cri de l'animalité subie pour promouvoir les cris du symbolique et de l'esthétique du langage, de la séduction, de la création et du faire de l'amour. Ce n'est pas le sexe qui est détruit dans le viol, c'est l'humanité… Le viol reste la forme la plus aboutie de meurtre sans cadavre et sa condamnation à perpétuité assigne, y compris de façon transgénérationnelle, à une psychose post-traumatique pérenne. [1]

Il n'est pourtant pas aisé aujourd'hui d'échapper sinon aux victimes, du moins à la question victimale, dont nous verrons qu'elle recouvre un champ bien plus vaste et complexe que celui du « traumatique » auquel de nombreux spécialistes s'efforcent de la rattacher. Comme le mentionne Eva Brabant :

> Depuis les années 1980, la figure de la victime occupe une place prépondérante dans le discours collectif. Les médias publient les souvenirs des victimes des génocides, font amplement écho aux revendications des personnes en quête d'indemnités. On entend souvent parler d'enfants abusés, de femmes battues ou violées, de malades victimes d'erreurs médicales, d'exclus de toutes catégories, des jeunes de banlieue, des sans domicile fixe, ou des sans-papiers. [2]

---

[1] P. Bessoles (2008) : *Viol et identité. Un génocide individuel*, MJW Editions, Paris, p. 11.
[2] Eva Brabant (2008) : Penser le trauma, panser la victime, *Le Coq- Héron*, 2008/4,-N° 195, p.43.

Mais que peut bien alors être une victime pour le psy ? En quoi et comment peut-t-elle concerner sa discipline ?

Ni concept, ni entité clinique, elle ouvre à un domaine qui ne lui est ordinairement pas familier et auquel il peut éprouver certain malaise à se mêler, celui des pratiques sociales et judiciaires, *id est* des pratiques normées. L'on est avec les victimes jamais loin de questions de morale positive, de bien, de mal, de juste, d'injuste, de préjudice, de reconnaissance, de demande de réparation, d'évaluation quantitative de la souffrance…, autant d'enjeux qui semblent appeler à un certain parti pris « dans le réel », lieu où il est supposé ne jamais devoir se rendre car la réalité psychique est et doit rester son strict domaine d'exercice, selon une position de principe majoritairement admise.

Le concept de trauma, peut-on pourtant croire, a semblé jusqu'à un certain point offrir une certaine légitimité en situant, comme il le fait, l'approche psy des victimes du côté des retombées psychiques possibles d'une victimisation en termes de pathologie réactionnelle par exemple, s'il n'était lui-même surdéterminé et faisait l'objet de définitions relevant de théories du psychisme aussi irréductibles les unes aux autres que l'après-coup et l'effraction du pare-excitation, pour s'en tenir à la doxa freudienne ; objet de querelles comme celle aux échos toujours actuels qui opposa S. Ferenczi au monde psychanalytique de son temps, le trauma n'est homogène ni dans ses approches théoriques ni dans les pratiques qu'il inspire, même s'il a joué, et continue de le faire chez de nombreux auteurs, un rôle de pont entre le socio-juridique et le psychique, venant justifier l'intervention psy par le risque ultérieur d'apparition (ou bien l'existence déjà avérée) d'un trouble ressortissant de son domaine d'activité et de réflexion.

La pratique clinique auprès des adultes est particulièrement traversée par de tels antagonismes. Ainsi les principes fondateurs de la psychotraumatologie moderne (interventions d'urgence sur les lieux mêmes du désordre sans attendre la « demande », offres spécialisées, invitation à une verbalisation précoce centrée sur l'événement…) font-ils tous, par certains praticiens, l'objet d'appréciations critiques qui les dénoncent comme un « devoir tout dire », un non respect du nécessaire temps d'élaboration de la demande, ou de faire courir le risque d'ancrer chez les victimes l'illusion qu'il existe une réponse déjà là à leur détresse, etc. ; de shunter l'inconscient, en quelque sorte. L'on peut ainsi lire, au titre d'exemple parmi beaucoup d'autres, concernant la pratique du débriefing « à la française », pourtant jugée par l'auteur moins intrusive que la méthode anglo-saxonne, que : « Cependant, il est recommandé de poser de nombreuses questions, ce qui perpétue le versant intrusif, sadique et voyeuriste »[1].

Quant à l'éventuelle implication du psy aux modalités sociales de réparation, elle peut être estimée interférer négativement avec le travail psychique. Prenons les récents propos suivants, développés à partir de l'expérience d'un dispositif d'aide psychologique à destination de victimes de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse, comme les symptômes exemplaires d'un tel malaise :

> Les démarches en vue d'un dédommagement peuvent, par exemple, interférer avec la question de la dette et de la culpabilité, culpabilité que S. Freud considère non pas comme contingente, mais comme résultat direct du processus d'humanisation. […] Une forte suggestion, voire un véritable forçage vers une démarche d'indemnisation peut avoir pour effet de rabattre la problématique psychologique

[1] S. Behaghel (2010) : *Trauma et narcissisme*, PUF Le monde, p. 152.

> autour de la question de la culpabilité inconsciente sur une question strictement comptable, ce qui met à mal la possibilité de dialectiser cette problématique, de lui donner tout son essor. La dette subjective, qui fait notre culpabilité proprement humaine, ne se monnaie pas. […] Concernant la consultation chez le psy, cette rencontre est alors destinée stratégiquement à obtenir une attestation qui, jointe à un dossier d'indemnisation, va permettre de rapporter de l'argent. Nous avons été frappés par le nombre de démarches initiées dans ce but. Heureusement, il peut arriver que la personne en vienne à articuler autre chose dans sa démarche, mais finalement, assez peu de démarches de ce type ont abouti à une demande mettant en jeu la question du désir. Là encore, le sujet trouve un moyen d' « échapper » à une dialectisation de l'événement traumatique. [1]

Dans la plus totale confusion des registres psychique et socio-juridique, l'incompréhension vient de ce que victime s'opposerait à coupable, or personne ne saurait être innocent puisque nous sommes tous « êtres de culpabilité » ; alors, dans un renversement logique stupéfiant, se poser comme victime, c'est-à-dire ici demander réparation, reviendrait à tenter d'échapper à sa propre culpabilité et, au-delà, à la dette subjective qui nous fonde comme « sujet désirant ». Comment, d'un point de vue analytique, peut-on échapper à un processus inconscient, cela ne nous est pas dit…

Mais c'est incontestablement dans le domaine de l'enfance que peuvent s'observer les antagonismes les plus radicaux, émanant de ce que deux impératifs y tiennent, plus encore sans doute qu'ailleurs, une place aussi centrale qu'incontournable : les uns juridiques au nom de la protection de l'enfant, les autres thérapeutiques au nom du devenir psychique de celui-ci.

Deux positions psy s'y affrontent selon qu'est mis en avant un impératif psychothérapeutique pour lequel le processus judiciaire constitue un obstacle ou à tout le moins une gène, ou un impératif de signalement et de protection sans lesquels l'intervention psy sera jugée complice passive des maltraitances.

Pour ce qui concerne la première position, en voici quelques exemples.

Celui d'A. Crivillé qui, dans une conférence plénière au CIFAS 2003 à Bruxelles, tint les propos suivants où l'on voit s'affirmer l'évidence non discutée du primat du soin sur toute autre considération :

> Un courant de pensée dans les milieux de la protection de l'enfance soutiendrait que l'intervention de la justice dans les cas d'inceste, non seulement ne pose pas problème pour les soins à donner à l'enfant victime, mais qu'elle est une prémisse nécessaire pour qu'ils soient possibles. Il faut donc les concevoir ensemble. Pour nous cette démarche oublie la complexité du problème de l'inceste et sert comme défense massive face au troublant pouvoir du séducteur pervers.

L'on peut également citer C. Mormont :

> Dans ce genre de situations, beaucoup d'intervenants jouent un rôle trouble ou nocif en confondant leur mission d'aide à la personne avec une opération de rétablissement de l'ordre public. En ce sens, toutes les interventions psychologiques qui s'appuient sur la judiciarisation comme condition nécessaire ou qui affirment dépendre, pour leur efficacité, de la sanction judiciaire de l'agresseur font, dans leur principe, fausse route.
> Le maintien de la victime dans une attitude revendicatrice est le signe d'un échec de l'aide qui lui a été apportée. Pire, si cette attitude est entretenue et fixée par l'intervenant, celui-ci crée une victime, cette «créature vivante offerte en sacrifice» non pas aux dieux, comme le dit le dictionnaire, mais à une idéologie sociopolitique ou à une motivation inconsciente, névrotique ou perverse, qui

[1] W. Gontran (2009) : Le traumatisme ne s'anticipe pas, il se vérifie, *Journal des Psychologues*, N° 264, p. 38-39.

> s'accomplit au travers de l'identification superficielle à la victime et de l'identification profonde à l'agresseur. [1]

L'on serait tenté de demander à l'auteur de nous dire selon lui à qui s'identifie celui qui suppose une motivation inconsciente névrotique ou perverse chez ceux qui mettent en avant l'importance du droit positif dans le traitement de telles situations.
Ou, dans la même veine, V. Ménéghini, résumant les positions en la matière de l'ARECS et en particulier de F. Chaumon, écrit-elle:

> Y a-t-il une clinique particulière des « traumatismes » ? Franck Chaumon, dans une récente intervention au séminaire d'Evry, avait déjà répondu clairement à cette question : « l'éthique qui préside à nos actes n'est en rien spécifique s'il s'agit de cas de maltraitance ou d'autres configurations cliniques… Nous posons qu'à chaque situation singulière le soignant… se trouvera dans l'obligation de faire face à son acte…, c'est-à-dire qu'il lui reviendra de savoir s'il assume la position transférentielle dans laquelle le place le patient… Rappelons que la seule obligation est de porter assistance à enfant en danger, ce qui est quand même la moindre des choses, mais que l'on est en droit d'exiger à cet endroit plus qu'une simple séparation physique qui peut être nécessaire mais jamais suffisante en elle-même. [2]

A l'opposé, nous nous en tiendrons à mentionner le travail du Centre des Buttes-Chaumont qui, avec F. Nisse et P. Sabourin, n'a cessé, depuis sa création, de développer une approche fondée sur des principes presque opposés, l'intervention psy devant absolument se soutenir d'un « traitement » parallèle, sinon préalable, de la dimension délinquantielle d'une situation, sinon à courir le risque de dupliquer les confusions multiples sous-tendant les violences :

> Sachant que la maltraitance ne saurait être assimilée à une situation clinique mais est du registre du délit, l'éthique se suffit-elle à elle-même et le praticien quel qu'il soit, n'a-t-il son exercice encadré par aucune autre exigence que celle dans laquelle il se trouve transférentiellement placé ? La déontologie, en particulier n'est-elle qu'une partie de l'éthique ? Quant à ce que l'on serait en droit d'exiger vis-à-vis de l'enfant, de qui parle-t-on : du thérapeute, de l'intervenant social ou du citoyen ? [3]

Ces mêmes auteurs affirment plus loin :

> Dans les cas de maltraitances, si par hasard l'affaire n'était pas déjà signalée aux autorités compétentes, malgré l'évidence de la situation transgressive, nous refuserions de démarrer la prise en

---

[1] C. Mormont (1998) : Victimisation. Bénéfices secondaires, Dossier Victimisation, parentalité, toxicomanie, incarcération, *L'Observatoire*, n°18.

[2] V. Ménéghini (2005) : Trauma, fantasme, traumatisme, p 46, In F. Chaumon, V. Ménéghini, *La chose traumatique*, L'Harmattan, Paris, 35-46. Dans le même ouvrage, et dans le même esprit, voir le texte de F. Chaumon : L'acte de parole. A propos de l'obligation de dénonciation des abus sexuels. Il y écrit : « C'est la raison pour laquelle nous dirons que l'éthique qui préside à nos actes n'est en rien spécifique, qu'il s'agisse de maltraitance, de violence sexuelle ou d'autres configurations cliniques. C'est avec l'appui solide de notre expérience, avec la référence à une éthique éprouvée qu'il nous est possible d'aborder la question particulière de ces enfants qui sont nommés aujourd'hui par le code pénal « victimes d'agressions sexuelles » (p. 33) L'expérience et l'éthique, autrement dit, sont du domaine exclusif du praticien et personne ne se trouve dès lors légitimé à débattre de ses choix puisque la légitimité ne peut venir que de lui-même et de la relation transféro-contre-transférentielle qui le lie au sujet. Quant à l'invocation de l'expérience du praticien, Lantéri-Laura a depuis longtemps avec grande finesse relevé qu'elle n'était bien souvent qu'une forme d'impuissance à décrire sa pratique : (1980) Introduction critique à une théorie des pratiques en psychiatrie, *Actualités Psychiatriques* n° 8, p. 15-27.

[3] M. Nisse, P. Sabourin (2004) : *Quand la famille marche sur la tête*, Paris, Seuil.

> charge avant que les faits ne soient transmis au procureur, substitut chargé des mineurs, sous forme d'un signalement. [1]

Ou encore :

> L'idée toute faite que cette prise de position vis-à-vis du judicaire serait comme un « viol psychique », si le secret confié en séance était divulgué, est en fait un amalgame irréfléchi entre le secret partagé et le secret imposé à l'enfant. Ne pas s'apercevoir, au nom d'un respect illusoire de la confidentialité, que c'est justement une des exceptions majeures au maintien du secret professionnel, serait une position hors la loi. [2]

Avec la question victimale, l'exigence d'autres règles que celle, « éthique », de l'abstention à laquelle le névrosé avait contraint Freud se profile, parce que la dimension du droit, au moins autant que celle du désir, y apparaît centrale. L'on perçoit alors bien en retour les risques de dérives auxquelles elle expose un professionnel délogé de sa position traditionnelle de neutralité ; quand l'écoute de la « subjectivité » le confronte à un sujet victime d'atteintes à ses droits telles qu'il ne peut plus les faire valoir ou les défendre, c'est le citoyen qui se trouve en lui, aussi mobilisé.
Reste-t-il place pour une position psy, à la fois respectueuse d'un « devoir d'abstention » fondateur de sa singularité professionnelle, et d'un engagement sans lequel le sujet victimisé risque de vivre « l'aide » psychologique comme un nouveau désaveu ?
C'est alors peut-être sa déontologie plus que son éthique qui devient l'enjeu majeur de cette rencontre : un psy au risque de ses obligations professionnelles.
De ce point de vue, l'approche psychologique des victimes apparaît comme un défi nouveau, une invitation, sinon une intimation, à penser la dimension proprement déontologique du cadre d'exercice.

4. Victimologie, psychologie victimologique, psycho-victimologie… ?

Ces questionnements ne devraient pas avoir de quoi nous étonner tant ils sont, depuis que le psychologue existe, au cœur de son exercice et de sa discipline : son lot quotidien.
L'histoire de la psychologie est l'histoire des rencontres et des inscriptions successives du psychologue dans des champs et des conditions institutionnelles à chaque fois nouvelles Et dans cette confrontation à des populations et des problématiques à l'approche desquelles il n'était a priori pas formé, il s'est trouvé contraint de réinventer à chaque fois ses modalités d'exercice et ses outils d'intervention sur la base de ce qui fait malgré tout sa spécificité et qui tient, selon les travaux de L.-M. Villerbu (1993)[3], à deux références fondamentales :

---

[1] *Ibid.*, p .30.
[2] *Ibid.*, p. 98.
[3] Villerbu L.-M. (1993), *Psychologues et thérapeutes. Sciences et techniques cliniques en psychologie*, L'Harmattan, Paris. Et aussi : « Du sentiment d'obligation dans la pratique psychologique à l'école », colloque annuel de l'association des psychologues de l'enseignement catholique, Plestin-les-Grèves, septembre 2000.

- celle de la clinique comme méthode et modèle d'expérience, qui a participé à déplacer l'objet de la psychologie vers la question du changement ; partant, la discussion psychopathologique n'y a de sens qu'à participer à une évaluation interne au dispositif lui-même, à un « diagnostic de cure » ou, si l'on veut, à l'analyse de la demande, si l'on entend par là celle des conditions possibles de son dépassement. A l'étiopathogénie s'opposera ici ce que nous désignerons par le terme d'**hygiopoïèse** en tant qu'elle est recherche non pas des causes, mais des modalités possibles de dépassement d'un état pathologique, l'origine d'une possible reconstruction, et non la conception de nouvelles entités pathologiques expérimentales ou de nouvelles causalités ;

- celle du cadre pour autant que l'on ne réduise celui-ci, ni à un programme, ni à un dispositif (des conditions de rencontre) mais qu'on le conçoive comme un ensemble de contraintes constitutives d'un espace rendant possible un travail psychique. Celui-ci doit, et ne peut dans les faits procéder autrement, emprunter les formes socialement privilégiées de s'expliquer avec soi-même, c'est-à-dire emprunter aux valeurs à propos et à partir desquelles du manque à être (ou si l'on préfère, de la souffrance) peut s'appréhender et se formuler[1]. L'on ne souffre jamais que de ce qui est socialement réprimé. Sauf à croire que le monde et la société se répètent sans cesse, ces surfaces ou « exutoires » (L.M. Villerbu, 1993) ne sont pas à prendre comme de simples variations phénoménales d'une structure, ou ensemble de structures anthropologiques invariables et extemporanées, la pratique n'ayant alors pas à s'en préoccuper. Elles participent en fait activement à faire <u>du</u> problème et, selon les époques et les cultures, elles sollicitent de façon privilégiée des modalités existentielles très différentes. Un principe persiste alors dans toute position psychologique…

> … est qu'il n'y a de clinique que dans la contrainte et l'obligation à construire un espace de travail "psychique" et que les conditions extérieures qui viendront le définir sont on ne peut plus variées. » Là réside sans doute une des caractéristiques fortes de la psychologie, c'est qu'elle s'est mise au service d'espaces aussi différents que l'école, l'hôpital, la justice. [2]

Le propre de toute pratique psychologique serait son aptitude à faire des pratiques institutionnelles, au service desquelles elle se met, le prétexte à l'élaboration d'un espace clinique animé par la recherche d'un changement psychique. Ainsi, se tenant au plus près des mutations de notre société, les psychologues sont-ils sans cesse sollicités par de nouveaux champs, de nouvelles questions, de nouvelles problématiques, les contraignant à des inventions méthodologiques, techniques, notionnelles incorporant ces conditions renouvelées d'exercice et les caractéristiques des nouvelles populations en charge.

Il en est ainsi, pensons-nous, de celle qui nous occupera tout au long de ce travail, celle de l'aide aux victimes. D'où la proposition de baptiser d'un terme inédit cet essai de construction de ce

---

[1] Nous le verrons dans notre chapitre historique consacré à Freud, il n'est pas anodin, au-delà de toutes considérations onto- et phylo-génétiques que celui-ci soit parti de la question sexuelle tant les problèmes de sexualité (au sens commun du terme) étaient le lot de son époque, en lien avec son caractère pour le moins puritain et répressif en la matière.

[2] L.-M. Villerbu.., *op.cit.*, p. 2.

qui se présente comme une nouvelle clinique, si l'on admet qu'être victime se définit d'une condition particulière (que l'on peut espérer temporaire) de nature socio-judiciaire, politique en quelque sorte, et de ses avatars psychiques possibles : une condition qui peut être psychiquement littéralement intenable et de ce fait est susceptible de ressortir à une approche psychologique, voire psychopathologique.

S'est posé, comme ce fut le cas pour la psycho-criminologie[1], la question de la juste terminologie sous laquelle inscrire ce projet :

- ni psychovictimologie qui serait une modalité d'annexion abusive ;
- ni psychologie victimologique qui serait une psychologie appliquée ;
- ni psychologie de la victime car ce sont les problèmes psychiques attachés à cet état juridique qui nous intéresseront ;
- ni victimologie fut-elle clinique, car il ne s'agit pas à proprement parler d'une discipline consacrée à l'ensemble des questions touchant à la victimité ;

… mais, **psycho-victimologie**, terme sous lequel l'enjeu sera de penser un cadre de d'élaboration et d'intervention qui incorpore les caractéristiques de cette condition socio-juridique pour en faire ressortir les dimensions du travail psychique singulier qu'elle exige : **le travail psychique de victime**.

[1] L.M. Villerbu (2010) : *Dimensions psycho-criminologiques de la « désistance*, à paraître.

INTRODUCTION

GENERALE

Comme son titre l'indique, ce travail se veut un essai, celui de fonder en raisons théoriques et cliniques ce qu'il serait sans doute bien audacieux de qualifier de nouvelle discipline, mais qui semblait nécessiter l'adoption d'un terme nouveau, celui de **psycho-victimologie**.
Il s'y agira en effet de soutenir la nécessité d'aborder, sous un angle renouvelé dans quelques uns de leurs aspects, un certain nombre de questions posées à la psychologie et jusqu'à présent traitées, pour dire vite, sous les termes de traumatisme et de victimité. Et si un long détour par les conditions épistémiques et épistémologiques d'apparition de ces questions, ainsi que par l'histoire des modalités suivant lesquelles elles ont été jusqu'à aujourd'hui théoriquement, cliniquement et institutionnellement abordées, s'est avéré en représenter un préalable incontournable, sa raison et sa matière, si l'on peut dire premières, tiennent à la création d'un dispositif de consultation hospitalier publique spécifique à destination de personnes dites victimes et/ou psychotraumatisées et aux multiples questionnements que son développement a soulevés.
Dit autrement, s'il fallait dégager l'orientation générale de ce travail de recherche, elle pourrait être qualifiée d'essai de **praxéologie,** en l'occurrence l'essai de théorisation d'une pratique psychologique à visée de changement à destination de sujets souffrant de troubles consécutifs à la traversée d'événements et/ou de contextes hors normes. Nous nous y efforcerons ainsi de formaliser les principes d'un accompagnement psychologique à destination de personnes se présentant comme telles, ainsi qu'il s'est inventé en réponse aux impasses psychiques, irréductibles à d'autres problématiques, présentées par celles-ci. Nous nous appuierons pour cela sur des situations cliniques tirées de notre pratique.

Cet essai de théorisation a nécessité un parcours décomposé en quatre grandes parties, qui nous conduira successivement :

- d'un état des questions psychotraumatique et victimale à partir de leur émergence jusqu'à leurs développements actuels. Nous y serons particulièrement attentif, d'une part à la multiplicité des usages et acceptions de la notion de traumatisme, d'autre part à leurs soubassements anthropologiques, que nous nous attacherons à dégager sous le terme de « victimité » ;
- à une discussion critique de certains des points théoriques et cliniques ressortant de cet historique afin d'en dégager l'un des axes constitutifs, celui de l'**après-trauma**, dont nous tenterons

de renouveler en partie l'approche à partir des notions d'**Epreuve de réalité** et de **Travail psychique de victime** ;

- puis à la description du dispositif à visée de changement dans le cadre duquel ont été recueillies les données qui nous serviront de corpus clinique, à l'explicitation des principes essentiels auxquels obéit la pratique sous transfert qui s'y est développée, au développement de la clinique des positions victimales dont elle se soutient, chacun des principaux aspects dégagés donnant lieu à des illustrations cliniques ;

- et enfin, dans une visée prospective, à l'esquisse d'un certain nombre d'axes de recherches pour de futurs travaux en psycho-victimologie, centrés sur l'élaboration de nouveaux outils théoriques et cliniques. Nous donnerons deux exemples de champs ayant suscité un tel travail d'élaboration : celui du harcèlement au travail que nous redéfinirons comme des « atteintes à la professionnalité » et celui des violences intraconjugales.

En **conclusion générale**, nous de mettrons en perspective historique et épistémologique les développements contemporains en matière de psychotraumatologie et de victimologie, pour montrer qu'ils sont illustratifs, et surtout exemplaires, de ce qui se dessine comme un nouveau paradigme en psychiatrie faisant suite à celui des grandes structures, selon la conception de l'histoire qu'en a développée G. Lantéri-Laura. Nous serons alors à même, sur ces bases, d'en préciser certains de ses axes constitutifs.

La **PARTIE A** s'attachera, dans une perspective historique et anthropologique, à étudier l'origine et le développement jusqu'à nos jours d'un ensemble de questions nées d'une reconfiguration générale du rapport de l'homme au mal et au malheur, émergeant à partir de la fin du 18ième siècle dans les sociétés occidentales.

Intitulée **EPISTEME ET EPISTEMOLOGIE DE LA NOTION DE TRAUMATISME PSYCHIQUE**, elle aura pour objectif de dégager les origines d'un champ nouveau que nous qualifierons du terme générique de « traumatique », la notion de traumatisme s'avérant déjà en représenter une modélisation particulière, héritée de la chirurgie.

Ce champ du traumatique se révélera ressortir d'une double généalogie, sociale et politique d'abord, scientifique ensuite, justifiant le découpage de cette partie en deux grands chapitres : « ***Eléments pour une anthropologie de la victimité »*** et ***« Préhistoires et histoires de la psychotraumatologie et de la victimologie ».***

Dans cette histoire à deux faces, nous montrerons que l'émergence du traumatique comme champ nouveau, ainsi que les multiples conceptions théoriques et cliniques telles que son histoire savante fon apparaître, tiennent à deux choses :

- à l'évolution des théories et pratiques développées à son propos ;
- mais également, de façon sous-jacente, à un ensemble de transformations touchant à notre univers socio-moral et donnant lieu à la naissance d'une modalité anthropologique nouvelle de rapport de l'homme au mal et au malheur, la **victimité**. Nous étudierons les principales reconfigurations qu'elle a pu connaître tout au long des 19ième et 20ième siècles.

Le chapitre 1, *« Eléments pour une anthropologie de la victimité »,* a pour objet de montrer que la victime, telle que nous la connaissons aujourd'hui, ne pouvait s'inventer que dans un certain univers socio-moral pour lequel tout fait de dommage impose en retour un devoir de justice et de réparation de la part de la collectivité, selon un principe de solidarité entre ses membres. Elle suppose en outre que ce dommage soit en particulier conçu comme dommage psychologique.
Cette analyse se donnera comme point de départ la catastrophe de Lisbonne en 1855 et les retombées profondes qu'elle a eues sur la pensée occidentale, notamment sur question du mal, en participant à sa reconfiguration sur de touts autres fondements que la théodicée leibnizienne, qui faisait jusque là référence pour en expliquer l'existence au sein du monde conçu comme création divine et supposé, à l'image de son créateur, être parfaite.
Un détour par l'histoire des représentations culturelles des catastrophes nous montrera en effet que, jusqu'à Lisbonne, celles-ci étaient essentiellement appréhendées comme des fléaux que Dieu envoyait aux hommes en sanction de leurs péchés, les invitant à la rédemption.
A cet ordre divin se substituera pour un temps celui de la nature, dont la catastrophe de Lisbonne représente, pour J.-J. Rousseau notamment, l'exemple même : si celle-ci n'a pas d'intentions, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, il revient à l'homme d'en respecter les lois et de se protéger contre ses dérèglements. La nature et ses lois se substitueront ainsi à l'ordre moral divin dans un mouvement de laïcisation de la théodicée.
Le mal s'en trouvera alors redéfini comme **malheur** et se fera essentiellement **accident**, dont, dans le cadre de la société libérale, il appartiendra à chacun de se prémunir par sa prévoyance et, à celui qui s'y trouve confronté de l'assumer comme la contrepartie inéluctable de sa liberté individuelle.
Nous verrons ensuite, à partir d'une catégorie nouvelle d'accidents, ceux liés au progrès industriel et dont les deux formes les plus marquantes pour l'époque sont les accidents de chemin de fer et les accidents de travail, la question devenir sociale et concerner, en termes de responsabilité, l'ensemble de la collectivité. Au terme de longs débats qui occuperont la seconde moitié du 19ième siècle, cette forme d'accident donnera lieu à l'invention d'un principe novateur, celui de la **responsabilité sans faute**. Empruntant au modèle assuranciel ce principe, elle proposera une forme inédite de justice selon laquelle la recherche de faute cède le pas au principe d'une responsabilité collective et d'une répartition de la charge des dommages sur l'ensemble de la collectivité. L'accident supposera alors deux choses : la prédiction statistique de sa survenue engendrant le développement de la notion de risque, et le développement de politiques de prévention dont la visée asymptotique est celle du risque zéro. Nous verrons alors que c'est la généralisation de ces principes nouveaux, et leur application à un nombre de domaines toujours plus nombreux, qui sont à l'origine de la « socialisation des risques » et de l' « Etat providence ».

Le champ pénal représentera un autre espace de formation de la victimité et nous en étudierons l'émergence à partir de l'histoire du viol telle que l'a retracée notamment par G. Vigarello.
Car ici ce n'est pas un devoir de solidarité avec l'idée nouvelle de responsabilité sans faute qui se trouvera en jeu, mais la reconnaissance et la réparation de préjudices occasionnés par des actes fautifs et juridiquement condamnables. Or la sanction des délits a longtemps pris le pas sur toute

autre considération, dans un processus judiciaire où la victime ne se voyait comme telle accorder que très peu, sinon aucune place, hormis celle de plaignant et, quand elle était entendue, de témoin. L'un des enjeux de cette lente évolution en sera les critères de recevabilité d'une plainte et ceux de la reconnaissance de l'existence d'un crime. Alors que la médecine légale, avec notamment A. Tardieu, s'efforcera de fonder l'existence des agressions sexuelles sur des éléments objectivables, la suspicion continuera longtemps de peser sur les allégations des enfants et des femmes. Une notion issue de la psychiatrie et projetée sur l'examen de la crédibilité des plaignants fera longtemps justification scientifique à cette suspicion, la mythomanie d'E. Dupré. Et il faudra qu'un ensemble significatifs de redéfinitions sur le fond s'opèrent lentement dans le champ pénal, et finalement attendre l'après seconde guerre mondiale avec notamment le développement du mouvement féministe et la redéfinition des genres sur d'autres bases que celle naturaliste du sexe, pour que le viol commence à être conçu comme atteinte à la personne justifiant sa sanction pénale, et les dommages qui peuvent s'ensuivre chez ses victimes être progressivement juridiquement reconnus et pris en compte.

Nous verrons ensuite la question du mal réapparaître de façon particulièrement brutale avec les deux grandes catastrophes morales que connaît le 20ième siècle : la Shoah et la menace nucléaire, telle qu'incarnée par Hiroshima et Nagasaki. Leur caractère semblera d'autant plus impensable que l'une et l'autre semblent irréductibles à toute catégorie de l'entendement, ce qui conduira à la conception de la notion de « crime contre l'humanité » et à son corollaire, celle d' « humanité ». Parallèlement, cela donnera lieu chez leurs survivants au développement de multiples pratiques de témoignage mettant particulièrement l'accent sur l'insupportable de la condition qui leur avait été faite. Ils nous rendront collectivement attentifs aux formes de violence caractérisées par la négation de l'altérité, qu'elle prenne la forme du génocide, des guerres civiles, des violences d'état…, ou des multiples et moins apparentes formes d'exclusion sociale. Dans leur prolongement, « l'humanitaire » en naitra avec le droit, puis l'obligation, d'ingérence. Il se concrétisera par des pratiques d'intervention multiformes au plus près des grandes catastrophes désormais dites « humanitaires ».

Enfin nous évoquerons les plus récentes évolutions que va connaître la victimité, qui se caractérisent par une prise en compte de plus en plus générale et systématique des victimes à mesure que note société parcourt tous ses espaces de dangerosité, inventant à chaque fois de nouvelles formes de violence et de victimisations. Le traumatisme, dans une conception extensive deviendra un référentiel fort, signe qu'un déplacement s'est opéré avec l'intérêt de plus en plus systématiquement porté sur ce qui est dès lors désigné et reconnu comme la **souffrance psychique**. Celle-ci correspond au primat désormais accordé à la subjectivité et à un impératif nouveau, plus justement à une forme nouvelle de responsabilité : être soi, se réaliser, mais pour autrui…

Mais il fallait aussi, pour qu'elle prenne la signification qu'on lui accorde aujourd'hui, qu'elle tienne aussi à la réintégration dans la subjectivité des facteurs externes, ou, dit autrement, des effets sur le sujet de la « précarité du monde », c'est-à-dire de tout ce qui fait obstacle à cette réalisation obligée de soi.

La notion de traumatisme, empruntée à la psychologie et à la psychiatrie, fournira à cette reconfiguration générale du mal une expression emblématique, en mettant l'accent sur le caractère

tant socialement intolérable que subjectivement insupportable d'une situation, ou d'une condition faite.

Au plan juridique un même déplacement s'observera, signant le passage du dommage moral au dommage psychique. Nous verrons que ce passage, d'une part participera activement du déplacement du mal d'une question de morale à une question de responsabilité, d'autre part conduira à peu à peu s'intéresser aux victimes et aux conséquences sur elles des faits qu'elles ont subis, en termes notamment de souffrances et de préjudices. Il en naîtra au plan juridique un droit nouveau, le droit des victimes, au plan de la pensée scientifique, la « seconde victimologie ».
Nous verrons ainsi l'ensemble (non exhaustif) de ces mutations dans l'ordre des « mentalités collectives » conférer à la victimité contemporaine sa forme à la fois générale, protéiforme et en constante élaboration à mesure que de nouveaux espaces sociaux de dangerosité et de vulnérabilités seront explorés.

Le chapitre, 2, dénommé « ***Préhistoires et histoire de la psychotraumatologie et de la victimologie »***, sera consacré à un recensement et à un descriptif des principales constructions théoriques, cliniques, thérapeutiques et institutionnelles auxquelles donnera lieu le traitement d'une question dont nous avons relevé plus haut l'origine d'abord sociale : celle de l'impact pathogène de certains événements sur leurs survivants, à partir des situations princeps de l'accident ferroviaire et de travail.
Il s'agira là de procéder à un état des lieux de l'ensemble des théorisations qui se sont élaborées au gré des disciplines, modèles, paradigmes…, s'étant succédés pour en proposer des constructions explicatives, et leur évolution jusqu'à nos jours. Nous y verrons ainsi que les variations notionnelles qu'a connu le traumatique tiennent pour une grande part à ce que chaque discipline, à partir de ses références et de ses modélisations propres, a pu en concevoir et en élaborer.

Chacun des moments de cette histoire a été conçu différemment dans son organisation formelle et son objet, en raison de ce qu'une surface ou une question, ou encore une perspective, y ont été plus particulièrement travaillés qu'une autre. Questions étiologiques, pratiques expertales, pratiques thérapeutiques, dispositifs institutionnels, considérations psychopathologiques et métapsychologiques, n'y tiennent, selon ces temps de l'histoire, ni la même fonction, ni la même importance, ni la même place ni le même intérêt. **Chaque moment historique a ainsi imposé son mode d'analyse**, *a contrario* d'une démarche historique qui aurait consisté à recenser, pour chaque époque considérée, l'état des savoirs en chacun de ces domaines.

Ce chapitre se décomposera en trois sous-chapitres :

Le premier, intitulé ***Aux origines de la névrose traumatique*** sera consacré aux premières constructions médico-scientifiques ayant pour objet les séquelles d'accidents de chemin de fer. L'on analysera ce temps comme celui des premiers essais de constitution d'une doctrine étiologique permettant de faire la part des choses entre véritables troubles séquellaires et simulation

frauduleuse. Nous y verrons ainsi naître le champ du traumatique d'un besoin urgent d'expertise face à la multiplication des recours en justice pour dédommagement par les passagers survivants de ces accidents. Nous verrons que cette première doctrine s'est d'abord formée avec Erichsen et son Railway spine, terminologie témoignant que son inventeur avait tenté d'édifier son entité pathologique en grande partie à partir des circonstances à l'origine de sa survenue, à savoir les accidents ferroviaires. Pour le reste ce sont les connaissances chirurgicales qui feront référence avec le modèle de la commotion physique et des lésions qu'elle est susceptible d'engendrer au niveau de la moelle épinière. D'où le terme même de traumatisme emprunté à la chirurgie.
A mesure que la connaissance du système nerveux s'enrichira, l'accent sera peu à peu déplacé, toujours selon une perspective lésionnelle, sur des atteintes du cerveau, rendant compte de la notion de Railway brain qui supplante celle de Railway spine et de l'apparition d'autres notions nouvelles, comme celle de neuromimesis d'H. Page.

Ce déplacement initiera un second temps d'élaboration du traumatique caractérisé par le passage de modèles chirurgicaux à des modèles neurologiques centrés sur de possibles atteintes du système nerveux, mais toujours en référence au modèle de la commotion ou choc physique. Nous avons dénommé ce second temps ***La querelle des névroses***, car Il correspond au développement de conceptions où le traumatisme se voit progressivement réinterprété, après un travail de démembrement du Railway spine, par sa mise en relation avec des entités pathologiques par ailleurs déjà répertoriées, comme l'hystérie et la neurasthénie. Si la référence en reste le l'étiologique lésionnelle, la référence à l'anatomo-pathologie cèdera la place, faute d'éléments probants de preuve, à une conception de plus en plus fonctionnelle des atteintes. L'évolution de la pensée de Charcot en fournira un exemple remarquable car, avec son concept d'hystéro-traumatisme, le traumatisme ne sera progressivement plus appréhendé que comme un événement secondaire ne faisant que révéler une pathologie ou une prédisposition sous-jacente, la diathèse héréditaire. Cependant, il se verra opposer une conception, certes d'inspiration neurologique, mais conçue cette fois sur le modèle réflexe, mettant l'accent, au contraire de l'hystéro-traumatisme, sur l'importance de la commotion initiale. Cette modélisation donnera lieu à la création d'une entité nouvelle, **la névrose traumatique** d'H. Oppenheim.
Nous relèverons que la préoccupation thérapeutique de ces troubles, bien que très peu évoquée, n'est pas moins présente, parallèlement à ces approches se voulant essentiellement étiopathogéniques.

Enfin, dans un troisième sous-chapitre nommé ***De la neurologie à la psychiatrie***, nous évoquerons un ensemble de théorisations nouvelles correspondant quant à elles au passage de la question du traumatique de la neurologie à la psychiatrie, à partir du travail de démembrement de l'hystérie opéré par Babinski Ce démembrement correspond historiquement à une différenciation plus tranchée des disciplines neurologique et psychiatrique et à un redécoupage du champ de la pathologie entre elles deux. Le champ du traumatique s'en trouvera scindé en deux, ce qui relève d'une dimension proprement émotionnelle de certains chocs se distinguant de plus en plus nettement de ce qui relève de séquelles neurologiques et lésionnelles d'origine commotionnelle.

Du côté des premières, c'est alors la référence aux émotions qui deviendra dominante, mais une émotion conçue sur le modèle physiologiste l'intoxication qui fait alors référence. Le choc initial s'en trouvera redéfini comme une émotion auto-intoxicante, et le traumatique dès lors intégré dans le champ clinique de la confusion mentale.

Parallèlement à un intérêt naissant pour les réactions confusionnelles en cas de catastrophes naturelles et technologiques, un troisième champ clinique fournira à cette conception l'occasion de nombreuses observations, celui des troubles de guerre présentés par de nombreux soldats engagés dans les combats de la guerre de 1914-1918. Ceci conduira certains auteurs à différencier clairement les syndromes émotionnels des syndromes commotionnels.

Nous verrons enfin brièvement comment cette pensée physiologique du traumatique donnera lieu à des prolongements comme avec la notion d'allergie émotionnelle et surtout celle, très actuelle, de stress à partir du Syndrome général d'adaptation de Seyle.

Parallèlement à cet approfondissement de la sémiologie et à la recherche de modèles étiologiques, nous verrons, durant cette période, les pratiques d'expertise connaître un développement inégalé.

Pour ce qui concerne la situation française, la loi de 1898 sur les accidents de travail, en établissant le principe légal d'une indemnisation indépendamment de l'imputation d'une responsabilité, conduira à devoir dissocier deux types de causes, jusqu'alors totalement confondues :

- cause au sens médical, c'est-à-dire une **étiologie,** consistant en l'établissement, sur des critères de scientificité, d'un lien de cause à effet entre une atteinte spécifique de l'organisme et des troubles apparents
- cause au sens juridique du terme, c'est-à-dire une **imputation** de l'événement ayant provoqué le dysfonctionnement comme fait délictuel reprochable à quelqu'un.

La question du traumatique désormais dégagée de ses enjeux idéologiques, ce sera à l'expert que reviendra d'établir ou non ce lien d'imputabilité, l'authenticité des troubles, *versus* leur simulation, perdant de beaucoup de son acuité, même si elle restera un des enjeux de l'expertise. Car la sémiologie s'étant considérablement affinée, l'expert pourra s'appuyer sur des données différentielles de plus en plus établies sur lesquelles assoir son examen et ses conclusions. Dans cette aventure, la névrose traumatique conservera un rôle particulier, celui de permettre d'établir un lien d'imputabilité entre troubles et accident, même si aucun véritable statut psychopathologique ne pourra lui être, pendant encore longtemps, accordé et qu'elle sera conçue comme un « groupement d'attente » jusque récemment. Nous prendrons comme exemple les travaux de Ch. Vibert, l'un des fondateurs de la pratique expertale, le premier en France à s'être intéressé de façon approfondie au domaine des traumatismes et en a développé une doctrine qui fera durablement référence.

C'est également dans ce contexte que nait une notion nouvelle, la **sinistrose**, « état pathologique spécial », que son créateur, E. Brissaud, tentera d'expliquer par les malentendus pouvant naître, chez l'accidenté, de sa méconnaissance de la loi de 1898. Sans toutefois parvenir à lui donner un véritable statut nosographique, il en récusera l'assimilation à des manifestations d'une forme déjà connue de pathologie mentale. Nous verrons ensuite brièvement comment la sinistrose, née de la rencontre obligée par la loi entre accidentés et médecins expert, connaitra différentes interprétations allant de la psychose passionnelle à un trouble réactionnel consécutif à une minimisation, voire une négation,

de l'origine accidentelle de leurs troubles par ceux chargés d'établir la réalité des dommages subis et leur imputabilité à l'accident.

Nous verrons ensuite la question de la simulation trouver un nouveau domaine, d'expression particulièrement sensible, celui des troubles de guerre chez les combattants de la Première guerre mondiale. Il suscitera de très nombreux travaux soulevant la question en des termes identiques, à ceci près que les enjeux en seront bien plus cruciaux.
Ces troubles de guerre seront pour l'essentiel distribués en trois catégories principales : les états confusionnels, la simulation et l'hystérie, une hystérie cependant réduite par Babinski au pithiatisme et qui laisse libre court à son assimilation par beaucoup à une forme de désertion psychique.
Des pratiques de traitements allant des méthodes les plus coercitives à des essais de psychothérapie inspirés notamment des pratiques d'hypnose et de verbalisation à visée cathartique de P. Janet verront également le jour.

Le second sous-chapitre de cet historique sera consacré à ce que nous avons dénommé les ***Modèles nouveaux du psychisme***. Il correspond à l'émergence de modélisations proprement psychopathologiques, c'es-à-dire fondée sur des théorisations du fonctionnement psychique conçu comme tel et non plus référé aux connaissances de l'organisme humain. L'enjeu de ces modélisations déborde de toutes part la question du traumatisme qui se trouve englobée et réinterprétée au regard de ce projet bien plus vaste.
Ce sont deux anciens élèves de Charcot, P. Janet et S. Freud, qui les premiers ouvrent ces voies nouvelles, quoique sur des références et dans des perspectives sensiblement différentes. Tous deux en effet partent de là où en est resté Charcot concernant la question des symptômes hystériques, de leur formation suivant un mécanisme purement idéogène dont il restait à concevoir la théorie et de leur thérapeutique possible.

Pour P. Janet, s'il s'agit de penser le fonctionnement psychique, celui-ci est appréhendé tel qu'on le trouve à l'œuvre chez l'adulte et la perspective de sa formation chez l'enfant n'est pas abordée.
Après avoir très succinctement résumé sa conception générale de la psyché et de sa distinction fondatrice entre processus élémentaires subconscients et processus supérieurs conscients, nous rendrons compte de sa conception du traumatisme psychologique, même s'il n'emploiera que tardivement ce terme auquel il préférera longtemps ceux de choc et d'émotions violentes. C'est un événement non intégré à la conscience, et auquel de façon subconsciente reste « accroché » le sujet qui, chez Janet poursuit son travail torpide et est responsable des symptômes névropathiques.
Le souci thérapeutique est en outre chez lui constant avec le développement de ce qu'il dénomme les « médications psychologiques » et il développera les bases toujours actuelles de la psychothérapie des sujets traumatisés : faire accéder l'événement à la conscience, aider à son élaboration par la parole, susciter la purgation des émotions qui y restaient attachées, conduire à son intégration à la conscience par l' »acte de mémoire » lui conférant alors la valeur d'un souvenir.

Chez Freud, le souci thérapeutique, très présent dans les *Etudes sur l'hystérie*, même s'il ne sera jamais abandonné, laisse rapidement la plus grande part à la réflexion psychopathologique dont, avec la « métapsychologie », il s'efforce en même temps de poser les fondements dans une élaboration théorique de l'appareil psychique à partir de son ontogenèse.

Dans cette perspective, la notion de traumatisme connaitra tout au long de son œuvre plusieurs acceptions sensiblement différentes, sa conception passant de celle initiale, proche de celle de Janet, d'un événement réel non intégré à la conscience et manifestant sa présence dans l'inconscient par les symptômes névrotiques, à celle d'un mécanisme général explicatifs de la formation de l'inconscient.

Nous consacrerons donc un long développement à ces diverses conceptions du traumatisme allant de la neurotica aux dernières élaborations sur l'angoisse, en passant par la conception qu'il proposera de la névrose traumatique comme débordement du pare-excitations et des prolongements métapsychologiques qu'il lui donnera avec la pulsion de mort.

En conclusion de cette lecture, nous proposerons un tableau récapitulatif des différentes conceptions qu'y a connues la notion de traumatisme, et resterons sur la question de savoir s'ils recouvrent des champs cliniques et métapsychologiques hétérogènes où s'ils procèdent d'une série de révisions théoriques à mesure que sa conception du modèle du psychisme évoluait.

Nous consacrerons ensuite un chapitre à Sandor Ferenczi et à ses écrits sur le traumatisme en raison de ce est qu'il est le premier, après Freud, a avoir abordé, dans le cadre de la psychanalyse, la question du trauma sur des bases autres que celles de celles de la conflictualité psychique, du refoulement et de la sexualité infantile. A partir de l'analyse de certains phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans la cure de sujets adultes, nous verrons qu'il mettra particulièrement l'accent sur les effets immédiats psychiquement destructeurs de violences, sexuelles en particulier, que peut subir un enfant et leur désaveu, ainsi que sur les aménagements psychiques au long cours qu'elles peuvent engendrer sur les bases de ce trauma initial. Chez Ferenczi, maltraitances et abus sexuels apparaitront moins être à l'origine de névroses, au sens freudien du terme, que d'un ensemble de confusions psychiques massives et durables en lien avec ce qui a fait initialement trauma : la confusion de langues entre adultes et enfants ainsi que son désaveu et les formes de néo-réalités psychiques pouvant en résulter sur les bases des modalités de survie développées, comme d'identification à l'agresseur, le clivage, la fragmentation…

Nous évoquerons enfin succinctement les développements proposés par la pensée et la pratique psychanalytiques postfreudiennes relatives au trauma et à la névrose traumatique, notamment :

- les apports de par O. Fenichel à la connaissance psychanalytiques des névroses traumatiques ;
-certaines relectures contemporaines de l'œuvre de Freud au regard d'une question redevenue d'actualité avec notamment les états limites, celle du rôle des facteurs endo- et exo- traumatiques dans les pathologies de l'adulte, ainsi que celle de la prise en compte ou non dans l'approche psychothérapique de la relation par certains sujets d'expériences traumatiques infantiles ;
- la développement de la référence au narcissisme et l'invention des « traumatismes primaires » ;
- le modèle lacanien du traumatisme comme rencontre du réel ;

- la rencontre de la psychanalyse avec les « nouveaux traumas » sur le terrain, hors espace de cure, des guerres, catastrophes humanitaires…, et la notion de « tiercéité » qui en naîtra ;
- la question débattue de la névrose traumatique et des éventuelles spécificités de son approche psychothérapique.

Le troisième sous-chapitre aura pour titre ***Naissance et développements de la psychotraumatologie et de la victimologie clinique***. Il sera consacré à l'émergence de deux disciplines nouvelles nées de la prise en compte et de l'intégration progressive à leur réflexion et leurs pratiques, par la psychiatrie d'un côté et par le droit de l'autre, de la dimension socio-anthropologique de la victimité moderne.
Si la psychotraumatologie s'affirme d'abord sur le terrain de la nosographie avec la réhabilitation de la névrose traumatique à partir d'une reprise en considération de l'impact de certains événements sur le psychisme, nous nous attacherons à montrer que ce qui en fait le caractère le plus novateur est son souci constant de proposer des cadres sociaux aux expériences extrêmes, à partir de la situation paradigmatique de la catastrophe collective.
Nous analyserons son émergence comme nouvelle discipline et ses multiples développements à partir de l'œuvre de L. Crocq, qui, à de nombreux égards, est exemplaire de cette redécouverte d'un champ clinique presque totalement abandonné, des bases et objectifs sur lesquelles elle va s'édifier, et des constructions novatrices dont elle sera l'initiatrice.
Nous mettrons ensuite l'accent sur ce qui la constitue comme méthode clinique, à savoir :
- la sémiologie des syndromes psychotraumatiques avec sa clinique en trois temps : le temps de l'immédiat, celui du post-immédiat et celui du différé ;
- l'invention de dispositifs médico-institutionnels de prise en charge comme le dispositif des Cellules médico-psychologiques ainsi que celles de cellules d'intervention de crise et les consultations spécialisées ;
- les méthodes de prise en charge ajustées à la dynamique propre à chacun des trois temps de la clinique, avec notamment l'importance du débriefing. Nous relèverons qu'au-delà de sa dimension de technique d'intervention, il est paradigmatique des principes qui sont au fondement même de la psychotraumatologie, à savoir : l'offre précoce d'offres versus l'attente passive de la demande, la centralité du travail sur l'événement, sa nature d'intervention brève, sa précocité et sa proximité, au plus proche de l'événement, son épistémè plus pédagogique que thérapeutique.

Quant à la victimologie, nous verrons comment elle s'est détachée de la criminologie et de sa perspective première axée la responsabilité et l'analyse des facteurs criminogènes, et dont la victime ne constituait alors qu'un paramètre, pour se centrer sur les victimes, leur prise en compte et leur devenir. La victimologie clinique est ressortie de cette nouvelle perspective de prise en compte des difficultés psychiques des victimes, tant à se confronter au processus judiciaire qu'à surmonter les dommages en particulier psychiques engendrés par les victimisations subies.

Il ressortira de ce panorama de la psychotraumatologie et de la victimologie clinique une différenciation se voulant heuristique entre victime et **victimé**, ce dernier terme pouvant se décliner

en accidenté, sinistré, victimisé…, selon la forme d'événement à l'origine du dommage et les modalités sociales de restauration développées. Il se justifiera de ce que l'objet de ces deux disciplines est le dommage psychique, que les faits aient été on non judiciarisés, le terme de victime quant à lui ne pouvant être employé, comme celui d'auteur, qu'à la conclusion d'un processus judicaire. Il en ressortira au plan pratique de nombreux dispositifs (associatifs notamment) inventant des pratiques novatrices d'accompagnement comme l'accompagnement psycho-judiciaire, les pratiques de groupe…

En conclusion générale de cette vaste partie historique consacrée au traumatique, nous proposerons un tableau récapitulatif des différentes théories développées à son propos.

La **PARTIE B : DU PSYCHOTRAUMATISME AU TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME. PROLEGOMENES A UNE PSYCHO-VICTIMOLOGIE,** se présentera comme une partie charnière entre notre partie historique et anthropologique et la partie suivante, qui sera elle consacrée à la construction d'un espace clinique à visée de changement, défini comme psycho-victimologique. En effet, à partir d'une analyse critique et épistémologique de certaines des constructions notionnelles dégagées dans le chapitre précédent et du constat de l'hétérogénéité des champs cliniques et conceptuels qu'elles recouvrent sous le même terme de traumatisme, elle nous conduira à une réinterprétation d'une partie de cet ensemble à partir d'une notion s'imposant comme centrale, **le travail psychique de victime**.
Elle se décomposera en deux grands chapitres : ***« Essais d'épistémologie autour de la notion de traumatisme »*** et « ***Le travail psychique de victime »***.

Dans le chapitre ***« Essais d'épistémologie autour de la notion de traumatisme »***, nous montrerons que c'est cette polysémie de sens et la multiplicité des champs et usages de la notion de traumatisme, insuffisamment discutée, qui est en grande partie responsable d'un ensemble de querelles toujours actuelles à son propos, nombre des conceptions développées tendant de façon hégémonique à n'en retenir que leur seul abord et leur seule acception. Il en va pourtant avec le champ du traumatique d'une pluralité de questions et d'objets, chaque discipline, chaque modèle, chaque paradigme…, en ayant conçu chacun sa « chose traumatique ».
Dans ***Vraies querelles faux problèmes***, nous croirons pouvoir en trouver un exemple particulièrement significatif dans la controverse ayant opposé S. Freud à S. Ferenczi, que nous analyserons rétroactivement comme procédant d'un faux malentendu tant les deux hommes ne se référaient pas au même champ clinique : Freud, en délimitant celui des névroses de transfert, avait laissé en jachère tout un ensemble de configurations cliniques, dont celles de la « confusion de langue », que précisément Ferenczi avait mis au cœur de sa réflexion, ainsi que celle des névroses traumatiques chez l'adulte. Si le refoulement est bien au cœur de la construction freudienne (Ch. Hoffmann, 1998) c'est, pourra-t-on penser, l'emprise relationnelle qui l'est chez Ferenczi.
Dans ***De la pulsion de mort à la tentation létale***, le prolongement de la réflexion sur la pulsion de mort imaginée par Freud à partir de la question des névroses traumatiques et de la répétition si

singulière qui la caractérise, nous donnera accès à une dimension du traumatique, non comme rencontre du sujet avec la propre mort, mais avec la tentation d'y céder ; d'où le dégagement d'une notion nouvelle, la **tentation létale** permettant, en hypothèse, de rendre compte d'une partie de la clinique psychotraumatique.

Nous aborderons ensuite, dans ***Le traumatisme entre hasard et déterminisme***, la question du hasard et du déterminisme dans la pensée freudienne et relèverons qu'au regard de la réflexion contemporaine sur le trauma, il ressort deux formes majeures de déterminisme : les unes tenant à la singularité de toute histoire, les autres, à la structure même du psychisme. D'où la nécessité de penser, parallèlement au processus d'après-coup dans les névroses de transfert, une véritable « ontologie de l'accident », concernant les névroses traumatiques, pour reprendre à notre compte l'expression de C. Malabou (2009).

Enfin, dans ***Les temps du traumatisme : du moment traumatique à l'après-trauma***, nous relèverons que le terme de traumatisme peut renvoyer, tantôt à une réflexion métapsychologique relative à ce qui peut constituer le moment traumatique, ou encore à ce qui peut faire trauma, tantôt à l'après-trauma, c'est-à-dire à la question des réaménagements psychiques à court, moyen et long terme à laquelle la rencontre, en tant qu'elle a fait rupture, convoque le sujet.

Nous verrons que ceux-ci sont indissociables des modalités de restauration collectivement promues ; ainsi la question de l'après-trauma apparaît intimement liée à la dimension anthropologique de la victimité qui lui offre un exutoire privilégié.

L'analyse de cette vraie querelle en termes de faux problèmes nous conduira à devoir différencier deux registres principaux de questions :

- celles relatives au concept de traumatisme exigeant des constructions métapsychologiques et des modèles étiologiques s'attachant à rendre compte du caractère pathogène de certains événements
- celles relatives aux retombées pathogènes de ce moment inaugural en termes d'aménagements psychiques.

Le chapitre 2, intitulé ***« Le travail psychique de victime »*** sera lui consacré à une mise en perspective de l'une des dimensions constitutive du champ du traumatique précédemment dégagée : l'après-trauma ou encore l'après-coup de l'événement.

Nous consacrerons un premier chapitre intitulé ***L'après-trauma. Eléments pour une clinique de la victimité*** à une revue de la littérature consacré à la clinique psychotraumatique et de l'après-trauma, et recenserons les principales notions développées pour en rendre compte. Nous y examinerons successivement celles de culpabilité, de honte, de mécanismes de défense, de résilience, de pardon, ainsi que la clinique de la relation que ces sujets peuvent instaurer au processus judiciaire, et enfin une approche psychodynamique de la clinique des syndromes psychotraumatiques. Cet examen nous confirmera dans l'hypothèse du développement chez ces sujets d'un travail psychique singulier visant à réduire les effets délétères de l'événement.

Cependant nous relèverons que l'ensemble de ces notions, pour la plupart empruntées à d'autres champs et conçues pour appréhender d'autres processus, apparaissent sur de nombreux points impropres à spécifier ses particularités : surdétermination des notions de honte et de culpabilité,

recouvrement plus ou moins total selon les auteurs de l'une par l'autre, fait qu'elles apparaissent comme des issues symptomatiques dont rien ne nous est de leur possible dégagement, opposition non fondée théoriquement souvent faite entre réalité interne et externe, réalité psychique et réalité judiciaire…

Nous y verrons malgré tout la confirmation de l'hypothèse d'un travail psychique spécifique nécessité par le fait que l'événement a fait problème.

Partant, dans le sous-chapitre ***Epreuves de réalité et travail psychique***, nous emprunterons à S. Freud la notion d'**épreuve de réalité** telle qu'il l'a développée à propos du deuil, et nous l'appréhenderons comme un modèle général explicatif des rapports entre pathologie et événements de vie radicalement différent de celui de la névrose.

Ce modèle, projeté sur la question de l'après-trauma, nous conduira à voir dans l'événement une épreuve de réalité nécessitant un travail psychique singulier que nous dénommerons le **Travail psychique de victime** ; travail d'intégration de l'événement et de ses retombées nécessité par l'impact qu'il a pu avoir sur la psyché et qui peut s'avérer problématique et donner lieu à des modalités pathologiques de développement.

Nous nous efforcerons alors de montrer que les enjeux de ce travail psychique consistent en la constitution de deux positions différenciées, celle d'auteur et celle de victime et que, plus l'impact de l'événement aura été psychiquement destructeur, plus les sujets se trouveront en difficulté pour parvenir à le mener à bien. Analogiquement à la mélancolie signant dans cadre du travail le deuil l'impossibilité à assumer celui-ci, nous formulerons l'hypothèse générale que la clinique du post-trauma ou du post-événement prend sens d'un échec à pouvoir assumer ce travail psychique particulier que représente le travail psychique de victime.

Dans le sous-chapitre suivant, intitulé ***Le travail psychique de victime (ou TPV)***, nous proposerons une modélisation de ce travail psychique à partir d'une analyse du parcours judiciaire conçu en termes de processus de constitution de deux positions, celle d'auteur et celle de victime. En effet, l'analyse des propos spontanés de sujets victimés donne à voir une clinique que nous qualifierons de « clinique du pourquoi » tant y est omniprésent un ensemble d'interrogations souvent sans issues, dont le contenu renvoie aux mêmes questions de culpabilité et de responsabilité auxquelles tente de répondre tout processus judiciaire. Nous verrons cette similitude confirmée par les réactions problématiques de nombreux sujets victimés à certaines des réponses qu'il élabore, hors toute question de justice, au sens commun du terme. Ces questions s'avèreront renvoyer à quatre enjeux distincts : IMPUTER en réponse à la question Qui a voulu et fait quoi ? ; QUALIFIER en réponse à la question Quoi est quoi ? ; REPARER en réponse à Quoi compense quoi ? ; CONDAMNER en réponse à Quoi coûte quoi ?

Nous verrons alors que toute victimisation, qu'elle ait engendré ou non des répercussions psychiques plus ou moins graves, met à l'épreuve les sujets victimés non seulement dans leurs capacités à faire avec les normes et valeurs juridiques communes et plus généralement sociales, mais encore sollicite, sinon met à l'épreuve, leurs normes et valeurs personnelles autour des mêmes questions, dans le

cadre d'un véritable procès intérieur dans lequel ils peuvent tenir simultanément ou successivement toutes les places.
Il en ressortira que l'intégration des réponses judicaire par le sujet victimé et ses élaborations intérieures s'avèrent être les deux faces d'un seul et même processus dont l'enjeu en est **l'essai après-coup de constitution de sa présence à l'événement et à ses retombées.**

Ce que nous enseignera, ainsi défini le TPV, est qu'il renvoie à quatre enjeux sollicitant huit processus psychiques distincts, mais tous nécessaires à la constitution des positions d'auteur et de victimes en tant qu'ils participent à l'élaboration de l'événement en termes de responsabilité et de culpabilité juridique et psychique ; et, par conséquence, quatre modes possibles d'échec partiels à parvenir à les constituer, qui chacun nous permettra de dégager autant de positions victimales problématiques distinctes selon l'enjeu et la question auxquels le sujet victimé reste durablement et de façon problématique fixé. Il en résultera huit modes victimaux possibles d'indifférenciation relative des positions d'auteur et de victime dans une clinique qui se concrétisera sous la forme d'une typologie raisonnée définitoire de huit positions et syndromes.
Nous synthétiserons cette conception du TPV par le **dégagement de quatre dilemmes essentiels sous-tendant ce travail psychique particulier** resituant l'après-coup de l'événement comme une expérience anthropologique singulière se déployant suivant quatre grandes problématiques : l'aléa, la perte, l'irreprésentable, la peine

La **PARTIE C** dont le titre est **LA CONSTRUCTION D'UN ESPACE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE,** sera consacrée à la description détaillée de notre dispositif de consultation spécialisée d'hôpital public à destination de sujets victimés et psychotraumatisés, ses principes et ses règles de fonctionnement ainsi que les pratiques sous transfert d'accompagnements psychologique développés dans son cadre, en réponse aux demandes des sujets s'y adressant et aux impasses psychiques singulières présentées qu'ils peuvent présenter suite à la traversée d'événements et/ou de contextes de vie extrêmes.
Elle est composée de quatre chapitres.

Le premier chapitre, ***« Emergence d'un dispositif clinique »***, montrera, à travers une série d'exemples cliniques, à quelles conditions peut émerger, et quelles formes principales peut prendre la demande d'aide en victimologie et psychotraumatologie, à partir d'une offre de consultation se présentant comme spécialisée en ces domaines. Les questions victimales et psychotraumatiques y apparaitront dans leur diversité et nous serons particulièrement sensible aux modalités selon lesquelles la question victimale s'y pose, c'est-à-dire comment ses usagers (mais également les professionnels leur ayant conseillé de s'y adresser) se saisissent de l'offre qu'elle propose et peuvent la faire siennes en fonction de leurs difficultés. Il en ressortira notamment le fait que la demande est toujours loin de se présenter comment une demande d'aide psychologique, au sens classique du terme.

A la conclusion d'une première phase d'expérience, nous verrons qu'il en est ressorti tout l'intérêt de faire de ce dispositif un dispositif aussi ouvert et ajustable que possible à la grande diversité de demandes qui lui étaient faites. Le problème devenait alors celui, tant d'un point de vue d'une doctrine psychologique que d'une démarche clinique, de concevoir un cadre aussi homogène que possible susceptible de recevoir une telle diversité et d'en saisir quelque chose qui permette d'élaborer avec ces sujets des possibilités de dépassement de leur vécu problématique. Il s'agissait alors de penser l'unicité et la singularité de sa dimension généraliste, non comme la somme ou la mise bout à bout de tous les cadres cliniques déjà à disposition, mais comme une véritable « spécialité » ayant ses règles et sa cohérence propres ; de penser les différences comme les variations d'un principe ou d'un modèle unificateur encore à élaborer, qui donne sens et homogénéité à la variété elle-même, sans pour autant la réduire à un principe univoque.

Le second chapitre de cette partie, intitulée ***« La clinique du TPV. Les problématiques victimales et les syndromes victimaux, définitions et exemples »,*** consistera à définir et à ordonner en une typologie raisonnée les différentes modalités problématiques, cliniquement observables, de soutenir l'épreuve de réalité qu'ont constitué les événements ou les contextes de vie extrême traversés par ces sujets

Si l'après-événement consiste en un temps de résistance à leurs effets délétères, le travail psychique de victime que cela nécessite peut, comme le travail de deuil, s'avérer plus ou moins complexe, douloureux, prolongé, laissant alors place à des manifestations symptomatiques plus ou moins problématiques et durables.

Ce sont les différents enjeux du TPV qui nous permettront de les formaliser, et cela comme autant d'échecs à en assumer les exigences, chaque enjeu pouvant donner lieu à une impasse spécifique, cliniquement autonomisable, ce que nous nous attacherons à montrer à l'aide d'illustrations cliniques empruntées à notre pratique.

Nous verrons que ces issues problématiques peuvent prendre sens, soit de **positions victimales**, soit de véritables **syndromes victimaux**, selon qu'il s'agit de positions temporaires de récupération ou d'organisations durables, enkystées.

Dans cette perspective, nous serons amené à distinguer deux grands types de problématiques victimales, dites **auto-destructrices** et **hétéro-destructrices,** selon que les sujets victimés, soit s'auto-imputent la totalité de la responsabilité ou de la culpabilité de l'événement, soit sont en recherche active « d'auteurs » susceptibles d'en porter tout le poids. Cependant, nous noterons que ces positions sont exceptionnellement fixées durablement comme telles, qu'elles sont donc réversibles et témoignent de toute façon toutes d'une difficulté à différencier de l'auteur et de la victime sur l'un ou l'autre des axes constitutifs du TPV.

C'est ainsi une véritable **clinique du Travail psychique de victime** que nous serons conduit à concevoir, qui prendra la forme d'une typologie raisonnée dans laquelle chaque position critique y trouve sa place et sa définition d'en représenter un mode possible d'échec à soutenir l'un de ses dilemmes. Il en ressortira 8 positions victimales et syndromes victimaux que nous nous attacherons très précisément à définir selon que le sujet :

- reste fixé à la question, ou de la responsabilité, ou de la culpabilité, c'est-à-dire selon qu'il se trouve en difficulté pour normer ou axiomatiser l'événement ;
- reste bloqué où à la question de sa présence à l'événement, ou à celle de la nature de l'événement lui-même.

Chaque syndrome sera baptisé d'un nom visant à en spécifier au mieux les particularités :

- le syndrome victimal d'auto-reproche de motivation complice
- le syndrome victimal d'auto-accusation de comportement complice
- le syndrome victimal de pétrification/vitrification
- le syndrome victimal du défilement perpétuel
- le syndrome victimal de prescience d'une répétition d'échec
- le syndrome victimal d'auto-préconisation préventive ou syndrome du risque zéro
- le syndrome victimal d'auto-sacrifice
- le syndrome victimal des idéaux déçus.

Des exemples cliniques en seront systématiquement donnés, extraits de notre pratique.

Le **chapitre 3**, intitulé **« *La guidance psycho-victimologique. Définition, principes, méthodes* »,** sera consacré à la description détaillée des principes de l'accompagnement sous transfert développé dans le cadre de notre consultation, en réponse à ces impasses et aux fins de leur dépassement.

Dans un premier temps, nous justifierons l'usage de la notion de **guidance** pour définir et qualifier les particularités de ce travail clinique. Récusant le terme souvent galvaudé de psychothérapie, nous prendrons comme modèle de référence celui de la guidance projective, et définirons cet accompagnement comme une **guidance psycho-victimologique**. Ce terme se justifiera, d'une part de ce qu'il s'agit d'un travail orienté dans la mesure où ce sont les enjeux du TPV qui en fourniront la trame, d'autre part de ce qu'il joue sur deux registres susceptibles de s'étayer l'une l'autre, le registre socio-judiciaire (celui des normes et valeurs collectives) et le registre psycho-juridique (celui des normes et des valeurs personnelles).

Ainsi, sans pouvoir être assimilé à un programme car il s'agira toujours de partir des premières élaborations des sujets, nous verrons que l'objet du travail psychique proposé obéit à une contrainte implicite, que les procédures d'entretien mettent activement au travail, celle de « faire de l'auteur et de la victime » à propos d'un événement ou d'un contexte de vie éminemment problématique.

Nous y définirons la guidance comme un travail obéissant à trois temps : un temps d'exploration par le sujet des possibilités de la situation, un temps de mise au travail du sujet qui le conduit à se mettre en impasse, et enfin un temps de mise en impasse par le praticien des solutions en forme d'impasses qu'il s'était données pour soutenir l'épreuve de réalité.

Dans un second chapitre, nous aborderons les spécificités du transfert et du contre-transfert en pratique psycho-victimologique. Pour cela, nous procéderons d'abord à un rapide recensement des principales théorisations du transfert et du contre-transfert en psychanalyse et en psychothérapie. *A contrario* de leurs premières conceptions dans le champ analytique, Il apparaitra que leurs approches contemporaines font du second la condition du premier : le transfert, sa nature et son

développement, tenant à l'ensemble du dispositif de la rencontre, à son cadre, au mode de présence/absence qu'y tient le praticien, à sa théorie… Dans cette conception extensive, nous verrons que le contre-transfert peut alors être appréhendé comme l'ensemble du dispositif clinique conçu et mis en œuvre, et le transfert comme le positionnement du sujet dans et à l'égard de celui-ci.

Nous serons alors conduit à examiner les principales et plus significatives dimensions que ce processus transférentiel revêt en psycho-victimologie, notamment en raison du principe de contextualisation des troubles qui y activement est promue.

Quatre dimensions principales en ressortiront, significatives de la rencontre avec les sujets victimés, et qui confrontent chacune le praticien à des modalités exigeant en retour de sensibles aménagements de sa présence et de certaines de ses interventions. Ces quatre dimensions sont :

- la dimension émotionnelle, presque toujours d'une intensité peu commune et qui exige de la part du praticien de trouver une juste distance entre une neutralité qui semblerait une indifférence insupportable pour le sujet et une sur implication faisant lui perdre toute capacité d'analyse ;
- la place centrale qu'y tient la question de la vérité des victimisations relatées par le sujet. La question ne se posera plus ici en termes de modèle étiologique du trauma, mais du positionnement du praticien à l'égard de ce que le sujet dit lui être arrivé. La croyance, ou non, du praticien en l'authenticité de ce que lui relate le sujet s'avèrera représenter en psycho-victimologie une question incontournable et l'idée qu'il s'en formera revêtir une importance déterminante, dont, presque toujours dépendra le devenir de la relation.
- celle d'un éventuel engagement actif du praticien, dans le réel, face notamment aux désaveux auxquels peut se heurter le sujet dans ses tentatives pour faire valoir ses droits.
- celle de devoir tenir une position normative affirmant explicitement le caractère inacceptable et/ou illégal, au regard des lois et des valeurs collectives, de ce qu'a pu subir le sujet victimé.

Dans un troisième temps, nous détaillerons les principales règles de l'entretien en psycho-victimologie. Nous ferons ressortir ce qui en constitue le principe générique, à savoir la **contextualisation**, c'est-à-dire la recherche systématique d'un événement et/ou d'un contexte actuel ou passé susceptible de rendre compte de la survenue des troubles présentés par le sujet. Cette recherche de contexte passera par une interrogation systématique des situations existentielles traversées et la recherche d'éventuels moments de rupture. Nous verrons en outre que ce travail de contextualisation ne saurait s'en tenir au seul impact d'un événement ou d'un contexte, mais devra également impliquer celui des réactions de l'entourage du victimé (y compris les acteurs du champ social, médical, judiciaire…), dans une recherche d'éventuels facteurs de « traumatisme second », ainsi que celui du mode opératoire et des éventuelles stratégies de décriminalisation de l'agresseur, quand il y en a eu un.

Outre les questions centrée sur cette recherche de contexte, nous détaillerons les modalités de conduite du premier entretien, des entretiens suivants, les consignes et principales modalités d'intervention du praticien (relances, temps de synthèses récapitulatives, reformulations…).

Un quatrième temps d'élaboration sera consacré aux processus et stratégies de changement en guidance psycho-victimologique.

Nous y aborderons les modalités constitutives de la dynamique des entretiens à partir des premiers positionnements du sujet dans la situation. Nous montrerons qu'il s'agit, dès les premiers instants, d'être attentif aux modalités suivant lesquelles le sujet élabore son rapport à l'événement en rendant compte de celui-ci au praticien et comment ce rapport peut faire problème. Et comment alors le TPV, conçu comme guide d'entretien, permet de rechercher et de mettre en expérience, dans la rencontre, d'autres modalités qui fassent alternative à ce rapport problématique.

Nous reviendrons ensuite sur les principales pratiques de récit préconisées par la littérature spécialisée en réponse aux problématiques psychotraumatiques, comme le débriefing et les pratiques de témoignage pour en analyser de façon affinée les paramètres implicites. Nous les mettrons alors en perspective sous le terme de **travail d'historiage** que nous définirons comme un **travail assisté d'élaboration de l'événement** et dont détaillerons les principales dimensions en référence aux catégories de l'analyse existentielle de L. Binswanger, notamment.

Enfin un quatrième chapitre ayant pour titre « ***Clinique du travail de guidance psycho-victimologique »*,** proposera différents exemples de travail de guidance tirés de note pratique de consultation.

Nous y étudierons des séquences entières d'entretien conduits dans le cadre de notre consultation afin de faire apparaître comment des impasses se forment dans le transfert, et comment elles peuvent donner lieu à la proposition d'élaborations alternatives susceptibles d'amener à leur déplacement et à leur dépassement. Nous nous efforcerons à chaque fois de montrer que la centration sur un enjeu vient comme une réponse à une impasse, et comment peuvent alors s'imaginer et se mettre en œuvre diverses tentatives de rouvrir une question close sur un mode d'élaboration figé.

Nous montrerons ainsi comment il est possible de faire jouer, à des fins d'étayage du travail d'historiage et de dépassements des impasses observées, les 4 enjeux constitutifs du TPV ainsi que les deux grande surfaces à partir desquelles ils peuvent être interrogés : le judiciaire d'un côté, la position subjective du sujet de l'autre.

Dans la **PARTIE D**, **PROSPECTIVES HEURISTIQUES EN PSYCHO-VICTIMOLOGIE,** toujours dans une perspective de guidance psycho-victimologique, nous montrerons comment il est possible de concevoir des schémas d'analyse intégrant au plus près les particularités de contextes et modalités relationnelles pouvant donner lieu au développement de relations d'emprise et aux victimisations qui peuvent en être le corollaire.

Obéissant toujours au principe générique de la contextualisation, de tels schémas ont pour objectif de permettre de concevoir des hypothèses compréhensives affinées des modes d'atteinte du lien social dont certains sujets ont pu faire l'objet dans le cadre de telles relations durables et instituées.

Deux espaces relationnels particulièrement engagés dans les problématiques victimales contemporaines nous servirons d'illustration à ce travail d'élaboration approfondie : les relations de travail et les relations de couple conjugal.

Dans un premier chapitre, nous aborderons les premières à partir des phénomènes dits de harcèlement professionnel. Nous définirons ceux-ci en termes d'atteintes à la professionnalité, c'est-à-dire, d'un point de vue psychocriminologique, comme un mode opératoire singulier, ou encore une forme d'attaque de l'altérité au moyen d'atteintes réitérées au mode relationnel unissant durablement les protagonistes, ici la relation professionnelle.
Nous l'appréhenderons donc comme une modalité d'attaque du lien social qui, prenant le professionnel en otage, doit être analysée à travers l'espace dans et par lequel elle s'opérationnalise et opère, à savoir le travail.

Il fallait pour cela concevoir un véritable modèle de la **professionnalité**, c'est-à-dire un modèle des processus internes et externes exigés par cette forme particulière de contribution sociale qu'est l'exercice d'un métier.
Nous serons ainsi amené à dégager les différents processus normatifs constitutifs de celle-ci, valant pour tout exercice, tout contexte et toute forme de relation professionnels. Nous différencierons pour ce faire ce qui ressortit de la Contribution, que nous définirons comme une Politique de l'emploi, et ce qui ressortit de la Rétribution, que nous définirons comme une Economie des gains et des coûts et leur distribution entre professionnels.
Leur analyse approfondie nous conduira à différencier huit processus distincts, constitutifs ensemble de cette professionnalité.
Partant, le harcèlement se définira comme la mise en échec systématique de l'un au moins de ces processus, et huit formes princeps de harcèlement en ressortiront selon celui faisant spécifiquement l'objet des atteintes. Nous définirons et désignerons chacune de ces modalités de harcèlement d'un terme spécifique.

Dans un second chapitre consacré aux violences intraconjugales, nous décrirons brièvement deux outils d'exploration avec les sujets victimés de ces phénomènes : le **cycle des violences conjugales** et un schéma, dit de la **conjugalité**, identique dans son principe à celui consacré à la professionnalité.
Le cycle des violences conjugales y sera utilisé comme un outil, projectif dans son esprit, consistant en la proposition d'un travail sur l'idée de violences analysables suivant une logique de cycle relationnel répétitif.
Le travail de guidance consistera ici en des échanges sollicités à propos d'un graphe à constituer visant à proposer aux sujets une première représentation possible de séquences relationnelles internes au couple et conduisant à la violence et à sa répétition, à différencier la place et le rôle de chacun dans ces séquences, à interroger les modes de régulations internes au victimé face à cette répétition.

Quant au modèle normatif de la conjugalité, il vise aux mêmes objectifs que celui de la professionnalité. Quatre grands paramètres définitoires de cette conjugalité ont pu être jusqu'à présent dégagés : les premiers traitent du Système conjugal comme collectif et supposent la Constitution d'un collectif d'une part, des modalités de différenciation des protagonistes en termes notamment de rôles d'autre part ; les seconds se donne comme objet une Economie conjugale sollicitant des processus de Répartition des moyens dont dispose et des processus définitoires de valeurs communes.

Chacun de ces processus constitutifs du conjugal se trouvent à l'œuvre dans tous les domaines existentiels de la vie du couple : loisirs, investissement de l'espace, relations familiales, amicales, projets d'avenir... Ils peuvent donner lieu à des rapports de force et à des prises de pouvoir de l'un des conjoints sur l'autre. Nous relèverons que certains s'avèrent plus sensibles et plus révélateurs que d'autres, cristalliser les rapports de pouvoir : l'argent et surtout les enfants dont l'on perçoit mieux depuis peu à quel point ils peuvent être l'enjeu de luttes destructrices.

Notre **CONCLUSION GENERALE** enfin, sera consacrée à un bref récapitulatif de la logique de progression de notre réflexion tout au long de ce travail. Nous y mettrons particulièrement en avant le moment clé qu'a constitué dans celle-ci le dégagement des q**uatre dilemmes** constitutifs du Travail psychique de victime, en ce qu'ils nous ont permis d'inscrire dans, et d'ordonner la clinique victimale à une expérience anthropologique singulière et à ses retombées, à savoir la confrontation, imposée par l'épreuve de réalité qu'a constitué l'événement, à des questions critiques de normes et de valeurs.

Nous nous efforcerons enfin de situer la réflexion contemporaine sur le traumatique dans la perspective plus large de la crise contemporaine que traversent la psychiatrie et la psychopathologie et le caractère heuristique qu'elle y tient. Nous y relèverons que le traumatique a toujours été au centre d'un débat dont les termes dans lesquels il s'est posé se sont certes transformés, mais autour d'une question qui a toujours, elle, été la même : celle de l'étiopathogénie prise entre deux pôles antagonistes, celui de l'endogène et celui de l'exogène, celui des rôles respectifs des facteurs internes et des facteurs externes dans les « troubles mentaux ».

En cela, les débats contemporains autour de sa conception, l'accent notamment de plus en plus porté sur l'importance de l'impact psychique de certains événements de vie, sont un révélateur particulièrement éclairant des enjeux de cette crise actuelle. Et, suivant en cela les analyses historiques/épistémologiques de G. Lanteri-Laura, nous formulerons l'hypothèse que les conceptions actuelle du traumatique sont paradigmatiques d'un nouveau paradigme en train de s'inventer, faisant suite à celui des grandes structures, dont nous attacherons à préciser certaines de ses caractéristiques les plus actuellement apparentes.

PARTIE A :

EPISTEME ET EPISTEMOLOGIE

DE LA NOTION DE

TRAUMATISME PSYCHIQUE

PLAN :

-Chapitre 1- ELEMENTS POUR UNE ANTHROPOLOGIE DE LA VICTIMITE

Introduction
1.1. La Fin de la Théodicée
1.2. Citoyenneté. Responsabilité
1.3. Les violences sexuelles et la question du genre.
1.4. L'humanité. L'humanitaire. L'ethnos
1.5. L'invention de la victimité contemporaine
1.6. La subjectivation de l'expérience. L'ère du traumatisme

-Chapitre 2- PREHISTOIRE ET HISTOIRE DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE

2.1. Aux origines de la névrose traumatique
2.2. Modèles nouveaux du psychisme
2.3. Naissance et développements de la psychotraumatologie et de la victimologie

Introduction

Il en est de certaines notions et entités pathologiques dont le domaine de signification déborde de toutes parts leur espace originel de création et de validité car elles passent dans le langage commun où elles acquièrent d'autres sens, désignent et symbolisent de nouvelles sphères de l'expérience et de la pensée, autant individuelles que collectives.

Ceci vaut particulièrement pour le trauma ou le traumatisme psychique, dont l'histoire laisse à penser qu'aucune autre notion issue du monde médico-psychologique n'a eu son destin autant partie liée à sa fonction sur la scène sociale, aussi bien d'ailleurs dans ses moments de développement que dans ses éclipses.

Pour s'en convaincre il suffit de constater le volume exponentiellement croissant, depuis vingt cinq ans, de travaux, d'écrits, de formations, etc., qui lui sont spécifiquement consacrés ainsi que la diversité des domaines s'y intéressant, importance qui contraste pour le moins avec sa quasi disparition de la scène psychiatrique pendant la longue période qui a précédé cette effervescence. La notion de traumatisme, pourtant, n'est pas neuve puisqu'elle est née des premiers essais d'appréhension des troubles consécutifs aux accidents de chemin de fer et du travail, puis intimement associée à la grande révolution à l'origine de la psychologie clinique et de la psychopathologie que fut l'invention de l'inconscient au 19ième siècle ; mais jamais sans doute aucune entité clinique n'avait suscité[1] une telle multiplicité d'usages et connu un tel succès.

Le terme, en tant que concept, relève certes du domaine scientifique : il y trouve son origine et continue d'y être travaillé comme tel. Mais il est également passé dans le langage commun où il vient désigner et donner sens à un certain registre d'expériences individuelles et collectives, est significatif d'un nouveau rapport à l'histoire, donne lieu à des politiques multiples et spécifiques[2]… Il est devenu une catégorie de notre expérience, de notre vision de nous-mêmes et de notre monde ; M. Foucault aurait pu dire qu'il est une catégorie participant de nos modes contemporains de gouvernement.

Ses enjeux sont donc autant psychologiques et psychopathologiques que sociétaux, et la compréhension de ses usages actuels est devenue indissociable d'une réflexion historique et anthropologique sur nos valeurs collectives (occidentales) actuelles.

Retracer l'histoire du trauma suppose alors qu'on en cherche les conditions de naissance et de développement non seulement dans le champ psy et son histoire propre, mais aussi dans le champ social duquel il participe également. Dans ce dernier, nous verrons le trauma psychique avoir partie liée à une figure du monde socio-juridique naissante, la victime, qui comme celle de l'enfant (P. Ariès, 1975) procède et participe d'un ensemble de nouvelles valeurs sous-tendues par « des options morales et politiques »[3] émergeant à partir de la révolution de 1789.

Une histoire à deux faces du traumatisme se dessine alors qui donnera lieu au développement des deux grands chapitres composant cette première partie :

- une histoire des mutations que connaît notre univers socio-moral depuis, pour donner un point de repère, la fin du 18ième siècle et l'avènement des valeurs républicaines. L'analyse anthropologique

[1] Hormis peut-être l'hystérie dans les années 1880-1900. Voir à ce propos L Crocq (1990a) : La névrose fin de siècle.

[2] Fassin et Rechtman ont été les premiers en langue française à attirer notre attention sur ces « usages sociaux » de la notion de traumatisme notamment dans leur ouvrage *L'empire du traumatisme*.

[3] Fassin D. (2002) La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion, *L'évolution Psychiatrique*.

des nouvelles « figures de l'intolérable »[1] qui émergent et s'affirment dans des domaines aussi divers que le travail, l'éducation, la famille, le travail salarié…, durant les 19ième et 20ième siècles sera ici notre fil conducteur. Un terme synthétise cet ensemble apparemment protéiforme de nouveaux objets et de nouvelles politiques : la **victimité.** Ce néologisme se veut désigner autant des états de souffrance liés à des dommages et/ou préjudices que l'obligation qui se fait progressivement nôtre d'en assumer collectivement la charge. Elle est loin cependant d'être réductible au seul sentiment compassionnel et nous verrons que derrière cette sensibilité au fait victimal se profile et s'exprime une dimension anthropologique nouvelle, fondatrice d'une forme de lien social devenue primordiale : la responsabilité. C'est elle que l'on va voir supplanter l'ancienne culpabilité qui régissait le sens de nos existences dans un rapport de nature morale qui nous unissait d'abord et avant tout à Dieu, puis, dans sa « version » laïque, à la nature et à ses lois ; car avec la responsabilité c'est le « contrat social » qui devient premier, avec comme impératif la solidarité incarnée par « l'Etat providence » (F. Ewald, 1986).

Cette victimité et les multiples constructions concrètes à travers lesquelles elle se réalise et auxquelles elle donne lieu constitue, tenterons-nous de montrer, l'arrière-fond socio-anthropologique sans lequel le concept de traumatisme serait sans doute né, mais n'aurait indiscutablement connu ni son succès, ni ses développements multiples actuels. Il en va ici de l'émergence d'un sujet socio-juridique (le citoyen) qui se substitue progressivement au sujet moral (le fils de Dieu).

- Une histoire savante de la naissance et du développement de la notion de traumatisme, tel qu'on la voit apparaître durant la seconde moitié du 19ième siècle et constituer progressivement un enjeu conceptuel, disciplinaire, clinique, thérapeutique… ; une histoire des modalités théoriques et cliniques de construction d'un ensemble de savoirs élaborés à propos et à partir d'une question sociale. Soit comment différentes disciplines scientifiques ont su contribuer, sur la base de leurs méthodes, modèles et savoirs intrinsèques, à la réflexion sur un ensemble de questionnements de nature socio-juridiques, apporter des éléments d'analyse et de réponse à des questions qui leur étaient soumises et pour lesquelles elles n'étaient pas nécessairement préparées. Comment ces disciplines ont-elles su, ou non, faire leur ces questions et les problématiser ? L'histoire du traumatisme est ici l'histoire des constructions multiples auxquelles il a donné lieu, ainsi que des controverses à son propos, controverses dont le développement a partie liée aux disciplines engagées dans le débat et à leurs paradigmes : psychologie, psychiatrie, psychopathologie, biologie, neurologie, pharmacologie... Cette histoire du concept nous montrera à quel point il recouvre non seulement des modélisations très diverses mais aussi, plus récemment, des réalités cliniques et institutionnelles très hétérogènes.

Et à contre-courant des riches travaux historiques déjà à disposition, nous tenterons de montrer que, jusqu'à un certain point, cette histoire prend au moins autant sens à se lire comme une histoire des obstacles à l'émergence de la pensée contemporaine en matière de trauma que comme celle d'un ensemble de savoirs qui, par acquisitions et synthèses successives, ont conduit à l'état actuel de nos

[1] Pour reprendre le titre d'un ouvrage dirigé par Fassin et Bourdelais (2005).

connaissances et de nos pratiques en matière de psychotraumatisme et de victimologie : une histoire des obstacles à l'émergence d'une question anthropologique et psychopathologique singulière sous-jacente –que nous dénommerons l'accident- autant que des résistances de la clinique psychotraumatique à se laisser absorber totalement par d'autres problématiques.

Le premier chapitre sera donc consacré à l'émergence de la victimité. Nous nous efforcerons d'y montrer que le fait victimal n'est pas homogène : il est une construction contemporaine résultant de la convergence en une même figure (fiction) sociale d'un ensemble de préoccupations émergeant en différents lieux de l'espace collectif occidental à partir de la deuxième moitié du 18ième siècle, la victime. L'histoire de sa constitution est donc faite de la convergence de plusieurs évolutions, d'abord indépendantes, dans l'ordre des représentations et des pratiques collectives, des disciplines qui s'y sont intéressées, dans des champs sociaux ayant leurs objets et leur temporalité propres.
Quant au second chapitre, il s'attachera à restituer l'histoire des constructions théoriques, cliniques et des dispositifs cliniques et institutionnels, élaborés en réponse. Les notions de trauma et de victime y seront centrales et étudiés dans les différentes acceptions qu'elles prendront en fonction des paradigmes et modèles à partir desquels elles seront successivement et synchroniquement pensées.

PARTIE A

- Chapitre 1 –

ELEMENTS POUR UNE ANTHROPOLOGIE DE LA VICTIMITE

1.1. La Fin de la Théodicée
1.1. 1. Lisbonne, 1755
1.1.2. Les fléaux de Dieu
1.1.3. Du courroux divin aux désordres de la nature

1.2. Citoyenneté. Responsabilité
1.2.1. A chacun son lot
1.2.2. La laïcisation du mal
1.2.3. Le mal social. L'accident
1.2.4. Les principales figures de l'accident
2. 4. 1.1. Catastrophes ferroviaires
2. 4. 2.2. Les accidents de travail
2. 4. 3.3. Les accidents de la vie quotidienne
2.5. L'Etat providence et la socialisation des risques
2.6. Prévenir

1.3. Les violences sexuelles et la question du genre.
1.3.1. Les attentats aux mœurs
1.3.2. Du viol
1.3.3. Entre idéologie et rationalité ; la naissance de la médecine légale
1.3.4. Du sexe au genre

1.4. L'humanité. L'humanitaire. L'ethnos
1.4.1. L'irreprésentable
1.4.2. La naissance de l'humanité
1.4.3. L'impératif de témoignage
1.4.4. L'humanitaire
1.4.5. L'ethnos

1.5. L'invention de la victimité contemporaine
1.5.1. La souffrance psychique comme un nouveau paradigme
1.5.2. Le droit des victimes et la victimologie
1.5.3. Le traumatisme dans tous ses états
1.5.4. Les figures toujours renouvelées de la victimisation

1.6. La subjectivation de l'expérience. L'ère du traumatisme

Introduction

La signification que revêt le terme de victime dans les cultures grecques et latines est trompeuse, même si elle reste l'une des figures actuelles possibles de la victimité contemporaine. Car sur bien des aspects il y a loin de la victime sacrificielle des tragédies antiques à « notre » victime, figure devenue incontournable de notre espace sociétal, que ce soit dans les domaines juridique politique, social, médical, psychologique…, enjeu et objet de réflexions, de dispositifs et de pratiques multiformes. La victime telle que nous la connaissons ne pouvait s'inventer que dans un certain univers socio-moral pour lequel le fait d'être injustement spolié ou préjudicié impose en retour un devoir de justice et de réparation de la part de la collectivité, selon un principe de solidarité entre ses membres.
L. Crocq, à qui l'on doit plusieurs articles de fond sur l'histoire des représentations de la victime depuis l'antiquité, écrit ainsi :

> En trente siècles, depuis les temps de la Bible et des premières légendes grecques, la société est revenue de son attitude « sacrificielle » à l'endroit de la victime. Dans notre société occidentale et dans le monde civilisé, la société reconnaît la victime en tant que telle, l'écoute, la soigne, lui manifeste sa compassion, lui apporte son soutien matériel et moral, juridique même. Elle l'accueille, aménage son retour dans la communauté des vivants, et des vivants parlants, identifiables comme partenaires d'un dialogue. Elle lui accorde sympathie, justice et réparation. [1]

Il fallait ainsi que de profondes mutations s'opèrent dans notre regard sur le monde et ses désordres, que ceux-ci soient le fait des hommes ou de la nature, pour que naisse et s'impose cette figure devenue centrale dans notre espace sociétal actuel.

Le développement du sentiment compassionnel est souvent mis en avant dans cette émergence, compassion qui, selon Tocqueville, serait contemporaine de la société démocratique, du fait de l'égalité qu'elle instaure entre ses membres. Rousseau avait fait de cette sensibilité à l'égard de la souffrance d'autrui, qu'il dénommait la pitié, un « sentiment primitif », une disposition naturelle formant la matrice à partir de laquelle le lien social se constitue (M. Revault d'Allonnes, 2008) ; mais c'est la société démocratique qui, suivant Tocqueville, lui aurait donné la possibilité de se développer pleinement. Car il faut pouvoir reconnaître en l'autre notre semblable pour s'identifier à sa peine et faire nôtres ses souffrances. D'où son intime parenté avec la valeur nouvelle de citoyenneté promue par la Philosophie des Lumières, puis par le régime républicain s'inventant à partir de 1789 en France.
Nous verrons cependant que faire de la compassion le « moteur » profond du souci pour les victimes est loin de suffire à rendre compte de toutes les dimensions de la victimité contemporaine : car si dans la compassion il y bien identification au vécu de dommage, encore faut-il que le dommage ait une existence socialement reconnue et que l'on s'attache à en rechercher des éléments objectivables qui permettent de le « convertir » en préjudices indemnisables. Or les dommages n'ont longtemps

[1] L Crocq (2005f), *Réflexion sur la victimologie*.

concerné que la seule personne en ayant fait l'objet, charge à elle d'avoir été « prévoyante », c'est-à-dire d'avoir su anticiper la survenue toujours possible d'événements malheureux.

Ce qui va progressivement émerger tout au long du 19ième siècle et rendre compte de l'émergence de la notion de traumatisme et de son importance croissante, est l'impératif nouveau d'une prise en compte collective et solidaire des conséquences néfastes de certains événements sur les personnes les ayant traversés, allant de la catastrophe naturelle à la maladie, en passant par les multiples atteintes aux droits individuels et collectifs.

C'est ce que désigne le néologisme de **victimité** : l'émergence et l'affirmation de nouvelles modalités de penser et d'organiser le rapport de l'homme à l'aléa ou au désordre, à l'accident. Ce souci donnera progressivement lieu à la mise en œuvre d'un ensemble protéiforme de politiques, politiques visant un certain état plus ou moins problématique du social qu'elles s'attachent chacune avec leurs propres modalités opératoires à réduire. En ce sens, la victimité, comme condition possible, est sous-tendue par l'ensemble mouvant des conditions sociales (qui, nous le verrons en détail dans le chapitre 3, supposent leur répondant au plan psychique) de possibilité pour tout un chacun d'advenir comme sujet de droit. Ce pourquoi la victimité doit être conçue non seulement comme un état pouvant concerner tout un chacun, -être victime-, et comme un véritable « régime », au sens d'un mode général de gestion par l'ensemble de la société des phénomènes de victimisation et de leurs retombées individuelles et collectives.

C'est donc l'émergence et la formation de cette victimité que nous allons nous attacher à appréhender, en nous appuyant sur des études d'anthropologie et d'histoire de notre espace moral[1]. Nous prendrons à titre d'exemple quelques domaines dans lesquels la victimologie et la psychotraumatologie se sont inventées et se trouvent aujourd'hui particulièrement engagées, tant au plan théorique et clinique que de la création de dispositifs nouveaux d'intervention. Nous nous intéresserons donc successivement :

- à la catastrophe comme construction culturelle et aux évolutions récentes dans sa conception et son appréhension ;
- aux accidents de travail, au droit nouveau auxquels ils sont à l'origine et à l'extension du principe de ce droit à tout un ensemble de situations ;
- à l'histoire du viol et, à travers lui, à une reconsidération profonde des genres sociaux d'épouse, de mère, d'enfant, de père, de mari, avec notamment l'émergence des maltraitances sexuelles et physiques et leur judiciarisation progressive ;
- à l'émergence et l'affirmation de la catégorie d'Humanité avec son corollaire, le crime contre l'humanité, car avec ces catégories nouvelles, ce n'est plus le genre mais **l'ethnos** qui se trouve être à l'origine d'autres formes de victimité ;
- nous verrons enfin l'ensemble de ces évolutions traversées elles-mêmes par un paradigme nouveau les réinterpréter toutes, la subjectivité, autour et à partir d'une catégorie nouvelle, celle de la **souffrance psychique**.

[1] Cette formulation doit tout ou presque au sous-titre du recueil dirigé par Fassin et Bourdelais et intitulé *Les constructions de l'intolérable*, 2005.

1.1. La Fin De La Théodicée

1.1.1. Lisbonne 1755
1.1.2. Les fléaux de Dieu
1.1.3. Du courroux divin aux désordres de la nature

1. 1.1. Lisbonne, 1755

Il est des événements qui font date au sens où ils nous amènent à repenser le monde. Qui s'étonnera, pour ce qui concerne les conditions d'émergence de la victimité, qu'un tel événement ait été une catastrophe, en l'occurrence la destruction en 1755 de la presque totalité de la capitale de l'empire portugais, Lisbonne, sous l'effet conjugué d'un tremblement de terre, d'un incendie et d'un raz de marée ? Evénement marquant, certes en raison du prestige de la cité, l'une des plus importantes du monde du 18e siècle, capitale commerciale de l'Europe, du nombre de victimes (60 000 disparus sur les 235 000 habitants que comptait alors la ville), de l'émoi et du mouvement de solidarité sans précédent qu'il suscita à traversa toute l'Europe, au point que Michel Serres a pu y voir une première expression de l'idée d'Humanité. Evénement peut-être et surtout en raison des réflexions nouvelles qu'il suscita, relatives à une question majeure qui occupait un chapitre important de la réflexion théologique et philosophique, celle du Mal et de son origine.
Mais pour mieux saisir la portée de son impact sur la pensée occidentale, il est nécessaire de revenir brièvement sur les principales modalités selon lesquelles les catastrophes prenaient jusqu'alors sens individuel et collectif.

1.1.2. Les fléaux de Dieu

Pour la société dite traditionnelle des 17ième et 18ième siècles, les choses, nous dit F. Walter (2008), sont relativement simples et clairement posées :

> Ici le terme récurrent est celui de « fléau ». Il signifie que les désastres s'inscrivent dans un schéma d'explication où intervient la Providence divine attentive à admonester, punir ou corriger les hommes coupables de transgressions. La maîtrise des forces de la nature lui appartient. [1]

Il ne faudrait cependant pas caricaturalement simplifier à l'extrême une telle épistémè, car elle laisse place à des différences sensibles dans l'appréhension des fléaux, selon les cultures religieuses d'abord ; ensuite ne serait-ce que parce qu'existe déjà un ensemble de connaissances empiriques quant aux mécanismes naturels en cause pour lesquelles, par exemple, une épidémie n'est pas exactement la même chose qu'une inondation ou encore la sècheresse et les mauvaises récoltes. Des

[1] F. Walter (2008) : *Catastrophes. Une histoire culturelle XVI°-XXI°siècle*, Seuil, Paris, p. 25.

pratiques différenciées peuvent, à titre préventif ou de gestion, y être associées. Plusieurs représentations peuvent ainsi coexister dans la société médiévale, y compris chez de mêmes sujets et populations.

Il n'empêche, *in fine*, toute catastrophe est là (comme d'ailleurs tout événement bénéfique) pour rappeler à l'homme la Providence et est toujours à comprendre comme un avertissement sinon un châtiment, dans la vision apocalyptique de sa décadence pouvant le conduire irrémédiablement au Jugement Dernier. Il s'agit donc de rappeler l'homme à ses devoirs moraux, le Mal résidant avant tout dans les péchés qu'il commet ; et avec comme unique espoir d'y échapper, la Rédemption.

Dans un tel univers socio-moral, tout est comme cela doit être, au point que l'invention par Benjamin Franklin du paratonnerre, sans doute le premier véritable appareil à même de prévenir un danger potentiel, -un risque-, participe à une désacralisation de la foudre et du courroux divin auquel elle est associée, « au point que certains se demandent s'il est licite de se soustraire ainsi à l'action de la colère de Dieu » (F Walter, p. 115). Les premières pratiques d'inoculation, avec la vaccine, ancêtres de la vaccination, susciteront des réactions similaires : « N'est-il pas impie de provoquer volontairement une maladie bénigne alors que la variole existe pour donner le temps à l'homme de s'amender ? » (Walter, p ; 127) ; ou encore pour des tentatives concrètes de freiner l'avancée de coulées de lave lors d'éruptions de l'Etna.

Un problème majeur résultait cependant d'une telle théologie, celui de devoir justifier l'origine divine du Mal. Car si Dieu est Bonté, comment a-t-il pu concevoir un monde qui ne soit pas totalement à son image et génère tant de souffrances, de malheurs et d'injustices ? C'est la question à laquelle tente de répondre ce que le philosophe et mathématicien allemand Leibnitz (1646-1716) dénomme la Théodicée [1], celle de l'existence du mal dans un monde supposé être à l'image de son Créateur, parfait.

La réponse que conçoit Leibniz à ce paradoxe dans ses *Essais de théodicée* fait, au moment de la catastrophe de Lisbonne, autorité ; elle affirme que, par nécessité, Dieu a dû laisser dans le monde une certaine dose de mal sans laquelle ce dernier eut été encore plus mauvais. Il ne s'agit pas pour le philosophe de soutenir que le monde est parfait mais qu'il contient, comme toute œuvre de la création, une part de perfection mais aussi d'imperfection. Dieu, pour Leibniz, aurait fait de son mieux eu égard à ce qu'il était possible de faire, nous dit R.-P. Droit[2].

1.1.3. Du courroux divin aux désordres de la nature

C'est précisément cette origine divine du Mal que la catastrophe de Lisbonne vient interroger de façon brutale et susciter un renouvellement dans l'approche de la question de son origine.

Deux grands esprits sont au cœur de l'émergence de cette appréhension nouvelle, bien que leurs points de vue se soient opposés à son propos : Voltaire et Rousseau. Mais au-delà de ces deux figures

[1] Leibniz (1710) : *Essais de théodicée*, Flammarion, 2008.
[2] *Leibniz l'universel*, préface à l'édition 2008, Le Monde de la philosophie.

emblématiques de l'époque, c'est semble-t-il « toute l'Europe lettrée qui a disserté sur Lisbonne » (F. Walter, 2008, p. 119).

Parce qu'il exprime avec force les interrogations de son époque, l'histoire a surtout retenu de Voltaire son poème paru en 1856, *Poème sur la destruction de Lisbonne*, où, dans une attaque frontale de la théodicée leibnizienne, il met en cause l'injustice d'un Dieu pouvant ainsi frapper sans raison des innocents :

> Aux cris demi-formés de leurs voix expirantes,
> Au spectacle effrayant de leurs cendres fumantes,
> Diriez-vous : « C'est l'effet des éternelles lois
> Qui d'un Dieu libre et bon nécessitent le choix ? »
> Diriez-vous en voyant cet amas de victimes :
> « Dieu s'est vengé c'est le prix de leurs crimes » ?
> Quel crime, quelle faute ont commis ces enfants
> Sur le sein maternel écrasés et sanglants ? [1]

Mais c'est semble-t-il pour n'y substituer aucune raison ou tentative d'explication : le mal n'a aucun sens sinon celui qu'on lui accorde et c'est avec cela que doit composer l'homme, avec les souffrances que ce non-sens fait naître en lui. Avec Voltaire c'est une forme de fonctionnalisme de l'existence du mal qui est rejetée, cette lecture de l'histoire qui justifie les événements par ce à quoi ils conduisent, et que, dans la célèbre tirade de Pangloss à Candide, il s'amuse à caricaturer :

> Tous les événements sont enchaînés dans le meilleur des mondes possibles : car enfin si vous n'aviez pas été chassé d'un beau château à grands coups de pied dans le derrière pour l'amour de mademoiselle Cunégonde, si vous n'aviez pas été mis à l'Inquisition, si vous n'aviez pas couru l'Amérique à pied, si vous n'aviez pas donné un bon coup d'épée au baron, si vous n'aviez pas perdu tous vos moutons au bon pays d'Eldorado, vous ne mangeriez pas ici des cédrats confits et des pistaches.

Rousseau répondit par une lettre dans laquelle il développa une longue réflexion sur l'irresponsabilité des hommes*, Lettre à Monsieur de Voltaire* du 18 août 1756, et publiée l'année suivante, à laquelle Voltaire répondit indirectement dans Candide (Dupuy, 2005).

Quels arguments oppose-t-il à Voltaire ? Il impute à l'homme non seulement le mal moral mais aussi l'essentiel du mal physique qui ne tient, hormis la mort, qu'à son agitation et son imprévoyance. Car si le mal physique ressortit à l'ordre naturel du monde, il appartient à l'homme de s'en prémunir, en cessant d'abord de croire qu'il est l'innocente victime de ses caprices. Ce qui suggère à F. Walter le commentaire suivant :

> L'intuition rousseauiste constitue assurément une rupture dans la perception du risque. Elle nous projette dans une période nouvelle, non pas en déplaçant unilatéralement vers l'humain la recherche des éléments d'explication du mal quel qu'il soit, mais en mettant en évidence les interactions qui enserrent nature et société. Ce n'est plus Dieu qui punit, mais c'est la frénésie des interventions humaines dans le monde, qui devient contre-productive lorsqu'elle met en péril des équilibres naturels. « Je ne vois pas, écrit le philosophe, qu'on puisse chercher la source du mal moral ailleurs que dans l'homme libre, perfectionné, partant corrompu », alors que le mal physique est inhérent à la création. L'homme n'y a prise, à moins de prétendre, explique Rousseau, « que l'ordre du monde doit

[1] Cité par Dupuy (2005) : *Petite métaphysique des tsunamis*, Seuil, Paris p. 50.

> changer selon nos caprices, que la nature doit être soumise à nos lois, et que, pour lui interdire un tremblement de terre en quelque lieu, nous n'avons qu'à y bâtir une ville ? [1]

S'il serait sans doute très exagéré d'y voir les prémisses de nos modernes politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire, ou encore de prévention des risques naturels, il n'empêche que l'on trouve chez Rousseau les éléments d'une réflexion sur les modalités dont l'homme habite le monde et un premier souci d'anticipation des dangers auxquels il s'expose à ne pas, au moins, tenter de se prémunir, sinon de la Nature, du moins de son insouciance.

> Sans quitter votre sujet de Lisbonne, convenez, par exemple, que la nature n'avait point rassemblé là vingt mille maisons de sis à sept étages et que si les habitants de cette grande ville eussent été dispersés plus également, et plus légèrement logés, le dégât eut été beaucoup moindre, et peut-être nul. Tous eussent fui au premier ébranlement, et on les eût vus le lendemain à vingt lieues de là, tout aussi gais que s'il n'était rien arrivé. [2]

Kosselleck évoque à ce propos un changement dans le rapport de l'homme au temps : jusqu'au milieu du 16ième siècle l'histoire est celle des attentes, attente de la fin du monde sur le modèle du Déluge notamment. Cette perception se modifie progressivement et au lieu de prophétiser l'advenue de ce qui est déjà écrit, l'imminence répétée de la fin du monde telle qu'elle a déjà eu lieu, il s'agit de prévoir l'avenir pour en modifier l'orientation par le progrès et la nouveauté. Et Walter d'ajouter :

> Avec la profanisation, l'homme est seul, sans le secours de la Providence et face à son histoire. Il s'est arrogé l'immense tâche de contribuer à l'éradication des calamités dont il prétend maîtriser le processus et édulcorer la fatalité.[3]

Le séisme n'a pas que détruit la capitale portugaise : un ordre du monde s'en est trouvé également ébranlé, celui fondé sur la Providence divine et tel que la Théodicée s'était efforcée de le penser dans son caractère paradoxal. S'il n'a bien évidemment pas suffi à lui seul à engendrer une telle révolution (la philosophie des Lumières en constitua préalablement une étape essentielle), son écho a été suffisamment fort pour qu'il fasse symboliquement date.
La fin de la théodicée inaugure un autre univers de significations pour lequel les événements qui affectent l'homme, qu'ils soient heureux ou malheureux, s'inscrivent dans une nouvelle représentation du monde fondée sur l'idée de lois naturelles qui, en elles-mêmes, ne sont porteuses d'aucune intention. La nature, à la différence de Dieu, n'exprime aucun message à l'adresse de l'homme, n'a aucune volonté à son égard : ni bienveillante, ni malveillante ; elle suit en quelque sorte son bonhomme de chemin, sa logique propre, qui n'a que faire de ceux qui « l'habitent ». C'est à eux de se prémunir contre ses désordres s'ils en sont dérangés et mécontents. Le « mal naturel ou « physique » ne ressortit pas au « mal moral ».

Mais il faudra une longue et lente évolution pour qu'un autre ordre s'y substitue, sur des prémices sensiblement différentes, que les 19ième et 20ième siècles vont s'attacher à élaborer et formuler dans les domaines les plus divers. **Car si la fin de la théodicée représente une rupture**

---

[1] F. Walter, p. 120-121.
[2] J.-J. Rousseau : Lettre sur la Providence, *in Lettres philosophiques*, cité par Dupuy, p. 41-42.
[3] F. Walter, p. 131.

majeure dans la pensée, il faudra, pour qu'elle se réalise et donne lieu au développement de nouvelles épistémès, qu'un ensemble complexe d'évolutions dans le domaine des mentalités collectives s'opèrent. Il consistera en une série de « dénaturalisations » et de déplacements que l'abandon de la théodicée avait certes préparés, mais qui restaient entièrement à concevoir dans l'ordre de notre espace socio-moral.

Du croyant au citoyen, du citoyen au genre, de l'individu à l'humain, de l'humain à l'ethnie, nous allons voir que nous n'avons depuis cessé de parcourir nos catégories ontologiques pour les dépositiver, c'est-à-dire les libérer des restes de la vision transcendantale qui les avait jusqu'à la théodicée conçues. L'on pourrait reprendre ici les analyses de J. Ellul sur le passage du statut au contrat [1].

C'est ce long cheminement que nous allons dans ce chapitre sommairement nous efforcer de retracer, concernant les domaines qui nous intéressent plus particulièrement parce qu'ils ont chacun activement participé à la constitution de la victimité telle que nous la connaissons aujourd'hui.

1.2. Citoyenneté. Responsabilité

1.2.1. A chacun son lot
1.2.2. La laïcisation du mal
1.2.3. Le mal social. L'accident
1.2.4. Les principales figures de l'accident
1.2.5. L'Etat providence et la socialisation des risques
1.2.6. Prévenir

1.2.1. A chacun son lot

La catastrophe de Lisbonne a beau marquer la fin de la Théodicée, elle n'ouvre pas pour autant immédiatement à une épistémè nouvelle. Certes, au moins pour les philosophes, le sort qui échoit à l'homme n'est plus marqué du sceau de la Divinité et les maux qui l'affectent ne ressortissent plus de la sanction morale. Mais les promesses de la Révolution telles qu'édictées dans les deux textes fondateurs que sont *La déclaration des droits de l'homme et du citoyen* de 1791 et le *Code Civil* de 1806 se sont en grande partie heurtés à la nouvelle raison dominante, la raison libérale : à l'égalité entre citoyens affirmée par la Révolution, cette dernière oppose les principes de la liberté et de la volonté individuelles et ce qui apparaît comme leur corollaire, la responsabilité de chacun face à son sort :

> Le principe de responsabilité désigne une règle de jugement qui est en même temps une règle de justice. Cela tient à ce que l'attribution naturelle des biens et des maux apparaît, pour la raison

[1] J. Ellul (1998) : Le contrat et l'alliance, In LM Villerbu (sous la direction de), *Le contrat en sciences humaines et dans les pratiques sociales et de santé*, PUR, 1988, p. 28-33.

> libérale, comme juste, parce qu'elle tient ce qui est pour ce qui doit être. Il n'y a donc nul besoin d'une action correctrice de la société sur la nature, d'une justice sociale opposée à celle de la nature. [1]

Si le libéralisme naissant pose l'égalité entre citoyens, celle-ci est à entendre dans une stricte et étroite acception : elle garantit un ensemble de droits minimums mais ne contraint à aucune obligation, sinon celle de ne pas empiéter sur la liberté d'autrui. Et si une responsabilité existe bien, dont chaque citoyen doit rendre compte à la collectivité, elle est exclusivement rattachée à la commission d'une faute. Quant à la fraternité et la solidarité, elles sont certes des devoirs au fondement de l'ordre social nouveau, mais il semble exclu d'en faire une source d'obligations légales car, selon ces mêmes principes, le droit ne saurait contraindre quiconque à faire quoique ce soit ; la loi n'a de légitime qu'à faire obstacle à ce qui nuit aux individus et à la collectivité, mais certainement pas d'obliger quiconque à quoique ce soit.

Il en ressort en toute logique « …que personne ne peut se décharger sur autrui du poids de son existence, des coups du sort ou des malheurs qu'il peut subir, sauf au cas où ils auraient été causés par quelqu'un qui aurait enfreint la règle suprême de la coexistence des libertés. » (F. Ewald, p 64). Et même s'il peut être reconnu que des causes non imputables à notre volonté ou à nos actions puissent engendrer des accidents (maladies blessures, catastrophe, guerres…) allant à l'encontre de notre bonne fortune, la responsabilité incombe à chacun d'avoir été ou non *prévoyant* :

> Au premier rang des vertus figure la prévoyance, qui n'est que l'empire exercé sur notre propre sort. La prévoyance est cette vertu, corrélative de la liberté, par laquelle l'homme cesse de vivre au jour le jour, connaît l'avenir et sort de l'immédiateté de l'état de nature. C'est par elle qu'il lui est donné de renverser à son profit le rapport de dépendance qui le lie primitivement à la nature, de s'affranchir des caprices de la fortune, dégager son autonomie et sa souveraineté. [2]

1.2.2. La laïcisation du mal

La philosophie libérale n'a pas pour autant évacué la question du mal, de son existence et de sa nature : elle affirme ainsi de l'homme que... « Quoi qu'il lui arrive, victoires et défaites, il ne peut les attribuer qu'à lui-même » (F. Ewald, 1986, p. 85). Celui-ci fait ainsi partie intégrante de l'ordre du monde ; bien plus, il participe activement de celui-ci :

> Le mal, dans la philosophie libérale, occupe une fonction providentielle. Il n'est pas question d'entreprendre de le réduire définitivement. Non pas que ce soit une tache impossible, mais parce que ce serait une faute. Le mal, l'insécurité, la souffrance, la misère ont une fonction dans l'ordre ; ils ont une « mission » : provoquer leur propre éradication. [3]

Position dont la dialectique subtile emprunte dans les faits à la théodicée, puisque « la possibilité du mal est la condition inhérente à la liberté » comme l'imperfection du monde pouvait être chez Leibniz inhérente à la Création elle-même. Etre un citoyen libre c'est être libre, aussi, d'être

[1] F. Ewald (1986) : *L'état providence*, Paris, Grasset, p. 67.
[2] *Ibidem*, p. 67.
[3] *Ibidem*, p. 86.

imprévoyant, puisque contraindre quiconque à quoique ce soit, y compris à anticiper les éventuels malheurs qui pourraient lui survenir, équivaudrait à atteindre à ce qui fait valeur suprême : la liberté individuelle. La Liberté, par principe, exige d'accepter les égarements auxquels elle peut conduire ; ils en sont même l'expression, presque la preuve concrète de son exercice. Ainsi la liberté est totale ou elle n'est pas.

Mais il n'a pas échappé à la pensée de l'époque que si l'homme se devait d'assumer son propre destin, y compris en anticipant ce qui pourrait faire obstacle à ses projets, il restait bien malgré tout une dimension d'impondérable pouvant le contrarier : qu'il existait bien un mal naturel, certes indépendant des conduites humaines mais cependant tout à fait réel et imprévisible, obéissant tout au moins à des lois en grande partie inconnues.
La théodicée s'est au fond laïcisée : anciennement fait d'une déité, elle est devenue aléa de la nature. Le mal en outre n'a plus pour origine le péché, car il n'est plus question de juger quiconque dans sa conduite tant que celle-ci n'atteint pas à la liberté d'autrui, mais il procède désormais d'un événement fugace : il s'est fait malheur, ou plus exactement **accident.**

> L'accident ne désigne pas un certain type d'événement malheureux parmi d'autres. C'est la forme générale de l'adversité. L'accident renvoie à une expérience du mal où celui-ci, privé de toute substance ou de toute essence, prend une forme atomiste, individuelle, multiple, discrète et dispersée. Partout présent, l'accident a bien une existence, mais il n'a pas d'être. Pas d'extension dans l'espace, il est de l'ordre de la rencontre ; ni dans le temps, il ne dure jamais plus d'un instant… Il se décline à la fois avec les idées de heurt, de choc, de collision et d'aléa, de chance et de malchance : insaisissable, toujours imprévu et imprévisible, l'accident est le seul type d'événement qui menace vraiment la liberté libérale, toujours tendue entre la nécessité de le prévoir et de le prévenir et la conscience de ne jamais pouvoir définitivement réduire la part de l'imprévisible et de l'inéluctable. [1]

Quant à la faute, elle se voit recentrée autour de l'atteinte à autrui et à la collectivité, toute faute commise entrainant une punition de son auteur et la réparation par celui-ci des dommages causés.

1.2.3. Le mal social. L'accident

Cette dualité rassurante opposant la faute à l'accident va pourtant se trouver mise en question par une nouvelle catégorie d'événements accidentels, non imputables aux aléas naturels, mais provoqués au contraire par l'activité humaine elle-même et à ce qui en constitue pour l'époque l'un de ses aspects les plus positifs parce que contribuant au bien commun, la technologie.
Car si, avec l'industrialisation, la société du 19ième siècle découvre avec l'euphorie qui convient le progrès technologique et ses merveilles, elle voit se développer de façon beaucoup plus mitigée, son revers, sa face sombre, à savoir les accidents liés à ses inventions les plus novatrices. Non bien sûr, nous l'avons vu, que ceux-ci n'aient jamais existé avant elle. Mais c'est qu'ils prennent à cette époque un sens sensiblement différent de celui qu'ils pouvaient jusqu'alors avoir ; d'abord parce qu'à la différence des événements naturels comme les catastrophes ou les épidémies, ils sont la conséquence de l'œuvre humaine et apparaissent comme une sorte de contrepartie à des progrès

[1] *Ibidem*, p. 87.

dont l'ensemble de la société bénéficie ; ensuite et surtout parce qu'ils semblent de plus en plus, à tous, iniques. La véritable nouveauté est que ces événements soient devenus inacceptables, effets d'un sort injuste parce qu'immérité.

Devoir penser un accident qui ne soit le fait ni de la nature, ni d'une faute, mais de la société elle-même, de la vie en collectivité et au nom de son bien-être, constituait un nouveau et considérable défi puisqu'il heurtait le principe libéral de la responsabilité de chacun de son sort.

> Voilà que l'imputation naturelle, individuelle, des avantages et des charges n'apparaissait plus tout à fait juste. On pouvait justifier les inégalités, qu'il y ait des riches et des pauvres, dès lors que les riches auraient individuellement gagné leur richesse et les pauvres, non moins individuellement, mérité leur pauvreté. Mais dans la mesure où il apparaissait que les maux se répartissaient selon les lois sociales relativement indifférentes à la bonne ou mauvaise conduite de chacun, c'est le principe de la justice libérale qui se trouvait en question. [1]

Une nouvelle exigence de justice se fait jour dont les fondements restent à poser ; question de justice sociale visant à rétablir ce que la société a engendré malgré elle comme injustices et inégalités, ce d'autant plus que le calcul récemment inventé des probabilités va montrer que les accidents se produisent suivant une régularité statistique implacable et qu'ils échappent ainsi aux comportements individuels.

C'est la technologie de l'assurance, en plein développement, qui va fournir les principes suivant lesquels l'on va s'attacher à corriger ce que les progrès industriels, ou supposés tels, engendraient comme effets indésirables. Dès lors, l'accident sera de plus en plus appréhendé comme un **risque** iatrogène, évaluable, quantifiable et donc assurable :

> Prodigieuse fortune de la notion de risque ! Originellement catégorie de l'assurance, elle allait devenir une catégorie sociale générale. Elle ne sert pas seulement à penser ce qui serait, en soi, des accidents ; c'est plutôt parce que certains événements sont pensés comme des risques qu'ils deviennent des accidents. Le processus d'accidentalisation des événements individuels et sociaux est directement lié à la diffusion de la notion et des pratiques du risque. [2]

Tout ou presque d'un point de vue assuranciel peut se transformer en risque pour autant que le type d'événement en jeu puisse faire l'objet d'un calcul quant à la probabilité de sa survenue.

Mais le fait le plus remarquable est que l'assurance, dans ses principes, propose un mode de traitement des accidents radicalement différent de celui offert par la pratique juridique de la responsabilité fondée sur la faute, sans pour autant véritablement la concurrencer :

> Dans la logique des jugements de responsabilité, le juge part de la réalité de l'accident, du dommage, pour en inférer l'existence de sa cause, dans une faute de conduite. Il suppose que sans faute il n'y aurait pas eu d'accident. L'assureur fonde ses calculs sur la probabilité objective d'un accident indépendamment de toute volonté : peu importe qu'il relève de la faute de l'un ou de l'autre, qu'on eût pu l'éviter, le fait est que quelle que soit la bonne ou mauvaise volonté des hommes, quoi qu'ils

[1] *Ibidem*, p. 90.
[2] *Ibidem*, p. 20.

> aient pu vouloir faire ou ne pas faire, l'accident se produit avec telle ou telle régularité. La raison juridique procède d'une vision morale du monde […] L'attitude de l'assureur est, au contraire, toute de constat : peu importe ce qui serait si…, le fait est qu'il y tant d'accidents de travail ou de la circulation par an, que quel que soit le souhait que l'on puisse formuler, les chiffres se répètent avec une accablante régularité […] Ce qui ne veut pas dire que les accidents soient inévitables, ni qu'ils relèvent d'une quelconque fatalité, mais que leur perception juridique en termes de faute et de responsabilité n'est pas la seule possible et qu'elle n'est peut-être ni la plus pertinente ni la plus efficace. [1]

Bien plus qu'une solution d'ordre technique, l'assurance promeut des principes venant concurrencer ceux de la raison juridique et apporte une solution d'ensemble d'ordre finalement politique.

Elle aura son théoricien, Adolphe Quételet (1796-1874), qui y trouvera les fondements d'une sociologie fondée sur des principes de moyenne arithmétique appliquée à l'étude des phénomènes sociaux appréhendés, non pas dans leurs causes, mais dans leurs régularités, et donnant lieu à des notions comme celle de *l'homme moyen* construit sur des normes statistiques.

Ainsi, la notion juridique de responsabilité, dont le fondement en droit était la faute, se voit profondément infléchie dans le sens d'une « responsabilité sans faute » :

> Le mécanisme général de l'assurance lui a fourni un modèle abstrait débarrassé d'ancrages locaux ou corporatistes, fondé sur les calculs actuariels des risques et permettant un traitement financier rationnel de la répartition de leur charge. [2]

Autant la raison juridique personnalise l'accident en en recherchant la cause sous la forme d'une faute imputable, autant l'assurance la dilue en la rapportant à un fait de régularité dans une population donnée :

> Lorsque le législateur prononce une obligation d'assurance, il avoue le mythe de la volonté juridique. La conduite de chacun, quand bien même elle aurait toujours été immaculée et irréprochable, révèle en elle-même et pour les autres un risque sans doute infime, mais qui n'en existe pas moins. [3]

Et si, pour l'assurance, le risque est collectif, sa couverture l'est également : « l'opération propre de l'assurance est la constitution de mutualités, consciente dans les cas de mutuelles, inconscientes dans celui des compagnies à prime. » (F. Ewald, 1986, p. 176)

Une autre caractéristique de l'assurance est que ce qui est assuré n'est pas le dommage, comme en justice, mais un capital, c'est-à-dire une indemnité nécessairement arbitraire par rapport au préjudice : « l'assurance, la mise en risque du dommage, passe par un dédoublement de ce qui est vécu et de ce qui sera indemnisé. » (F. Ewald, 1986, p. 178) L'indemnité est ainsi forfaitaire, fixée par avance et fonction du capital.

Ainsi l'assurance propose une forme inédite de justice puisqu'elle substitue à l'idée de cause celle de répartition de la charge entre la population des assurés. A la répartition naturelle des biens et des maux auxquels chacun se prémunissait comme il l'entendait, à la division en causes naturelles, aléatoires et causes condamnables des dommages, l'assurance offre une voie nouvelle :

---

[1] *Ibidem*, p.176.
[2] *Ibidem*, p. 176.
[3] *Ibidem*, p. 177.

> L'idée de risque ne désigne pas ce que serait la cause d'un dommage mais la règle selon laquelle on en répartira la charge. L'assurance propose une règle de justice qui n'a plus comme référence la nature mais le groupe, une règle sociale de justice que le groupe est libre de fixer. [1]

1.2.4. Les principales figures de l'accident

Cet Accident, s'incarne au 19ième siècle en deux formes hautement symboliques selon qu'il occupe comme scène la vie civile ou le monde du travail, avec l'usine et l'entreprise. Ce sont les accidents de chemin de fer et les accidents de travail, dont nous verrons dans la partie suivante qu'ils sont à l'origine des premières constructions théoriques autour de la notion de traumatisme. Ceux-ci, selon les pays, leur sensibilité et leurs principes juridiques, vont plus ou moins activement susciter la réflexion et cristalliser les débats.

1. 2. 4. 1. Catastrophes ferroviaires

C'est d'abord à travers les plus spectaculaires pour l'époque d'entre eux, les accidents ferroviaires, que cette sensibilité nouvelle émerge et se forme. L'enthousiasme initial que suscita l'invention du chemin de fer fut en effet rapidement pondéré par la découverte des multiples problèmes de sécurité que son fonctionnement occasionnait : incidents d'exploitation et accidents se multiplient, aussi dramatiques que spectaculaires, comme celui qui frappe le 8 mai 1842 le train Paris-Versailles dans la tranchée de Bellevue près de Meudon et fait 55 morts, dont l'amiral Dumont d'Urville et sa famille. A cette époque les portes des compartiments étaient fermées à clé... L'on découvre également bien tardivement les dangers que peuvent engendrer la présence de troubles mentaux chez les cheminots, comme en témoignent plusieurs interventions, à juste titre alarmistes si l'on en croit leurs observations, de Pactet et Regis[2].

L'accident ferroviaire suscite dès lors une émotion disproportionnée au regard du danger effectif qu'il représente par rapport à d'autres événements dramatiques[3]. Et il n'est pas fortuit que l'un des éléments qui frappe à cette époque le plus l'opinion soit l'arbitraire le plus total qui semble décider du sort de ses victimes : partageant pourtant un même compartiment, les unes mourront de la mort la plus atroce alors que les autres y survivront sans souffrir de la moindre contusion, sans parler de celles qui, pourtant physiquement indemnes, présenteront peu après une kyrielle de troubles tout aussi spectaculaires que mystérieux.

---

[1] *Ibidem*, p. 179.

[2] M.F. Pactet (1914) : L'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer, *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 7ième année ; no 2, p. 44-48 ; no 3, p. 82-86 ; no 4, p. 110.
P. Regis (1914) : L'aliénation mentale chez les mécaniciens et chauffeurs des Compagnies de chemin de fer, *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 7ième année ; no 3, p. 87-93.

[3] Goulven Guilcher a très bien décrit la fascination de l'époque pour ces voyages en train en même temps que la peur qu'ils suscitaient Voir G. Guilcher (2002) : A la folie des chemins de fer, folie de la presse 1844-1845, *Cahiers Victoriens et Edouardiens*, N° 55, p. 81-94 ; Un traumatisme qui pouvait rapporter gros, Plein Sud, N° 3, Mai 1995.

> Ces aspects de l'accident ferroviaire contribuèrent à ce qu'il soit perçu comme un phénomène *moderne* : pas simplement dans le sens où il se produisait dans un moyen de transport moderne, mécanisé, mais aussi parce qu'il apparaissait incarner certains attributs caractéristiques de la condition moderne, de l'existence technologique, industrielle urbanisée, mobile, d'une société de masse. Il déniait aux victimes aucune chance de contrôler leur destin ; il cristallisait en un événement traumatique unique l'impuissance des êtres humains soumis aux technologies qu'ils avaient créées, mais semblaient incapables de maîtriser ; c'était un événement hautement public qui surgissait directement dans les rythmes et les habitudes de la vie quotidienne ; il n'était pas respectueux des classes sociales et des statuts ; il était arbitraire, soudain, inhumain et violent. [1]

Cette sensibilité nouvelle donne lieu en Angleterre à une première concrétisation juridique en 1846 sous la forme d'un texte de loi, le *Lord Campbell Act*, qui autorise les passagers blessés, ainsi que les familles des victimes décédées dans un accident, à demander une compensation à ceux qui, par leur éventuelle négligence, pouvaient en être considérés comme les responsables. Les conséquences en furent doubles.

D'une part une pratique assurancielle se développa à destination des passagers, et naît en 1849 la première compagnie britannique, la *Railway Passengers Assurance Company*, bientôt imitée par de nombreuses autres :

> L'assurance en voyage est une pratique nouvelle dans ce contexte, et son développement prodigieux persuade les âmes craintives qu'il n'y a pas de fumée sans feu. Sur treize sociétés d'assurance fondées entre 1845 et 1850, onze comportent le mot railway dans leur nom, et de nombreux journaux incluent dans leur prix de vente une assurance au porteur contre les accidents de chemin de fer…. La publicité pour les assurances figure sur tous les guides et horaires, les gares sont pleines de placards, et les guichetiers des compagnies poussent à la vente du billet combiné avec le ticket d'assurance (cinq pour cent de commission pour eux et cinq pour cent pour la compagnie) qu'il faut parfois prendre à un comptoir spécial. [2]

D'autre part, il s'ensuivit plusieurs arrêts de cours de justice dans lesquels les compagnies ferroviaires furent reconnues pleinement responsables des dommages dont souffraient les voyageurs accidentés et furent condamnées de verser des indemnisations élevées :

> L'augmentation du nombre d'accidents et la dégradation de l'image des compagnies créent un sentiment d'hostilité qui conduit les jurys à accorder des dommages et intérêts très importants (plusieurs milliers de livres), selon des critères très flottants, dans les années 1850 et 1860. [3]

L'amendement du *Lord Campbell Act* en 1864, en étendant son champ aux victimes d'accidents suscite une nouvelle vague de recours en justice, dont un nombre non négligeable d'entre eux semblent relever de l'escroquerie délibérée :

> Entre 1865 et 1880, une certaine catégorie d'hommes de loi véreux s'associe à des experts médicaux dont les conclusions sont orientées par des dessous de table à valoir sur les indemnités accordées par le tribunal. Ces avocats spécialisés sont bien connus des experts médicaux des compagnies…

---

[1] Ralph Harrington (2001) : The Railway Accident : Trains, trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain , p. 35-36, In Mark S. Micale and Paul Lerner (2001) *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, p. 33-56. Traduction personnelle.

[2] G. Guilcher (1991) Le railway Spine, un traumatisme qui pouvait rapporter gros, ronéo, Colloque annuel de la SFEVE, Sceaux, janvier 1991. p. 1.

[3] G. Guilcher, *ibid.*., p. 5.

> Les victimes sont encouragées à exagérer leurs maux, à en simuler –il suffit de lire les journaux pour trouver des précieuses indications-, les passagers indemnes se prétendent blessés, des personnes n'ayant pas emprunté le train accidenté affirment s'y être trouvées, et, pour mettre toutes les chances de leur côté, se procurent frauduleusement après-coup des billets auprès des voyageurs, ou produisent des faux témoins dûment récompensés. Les jurys étant notoirement sensibles à la pitié, on se fait porter sur un brancard, on parle dans un souffle, on fait exprès de ne pas s'alimenter, ou on simule la folie ou la paralysie pendant parfois plus d'un an, dans l'attente du procès. La détermination de la fortune conditionnant le montant des indemnités, on prétend se trouver à la tête d'une entreprise prospère, alors qu'elle est en faillite ou n'existe même pas. Ici encore de faux témoins permettent d'emporter la conviction du jury, tandis que des experts médicaux titulaires de faux diplômes contredisent leurs confrères en plein tribunal et sèment le trouble dans les esprits. [1]

C'est dans ce contexte, nous le verrons plus loin, qu'émergera comme une nécessité, une forme nouvelle d'exercice, l'expertise.

1.2. 4. 2. Les accidents de travail

Si, de façon relativement simple[2], le système assuranciel offre dans la plupart des cas une solution alternative à la voie juridique, il en est autrement avec l'autre grand type d'accident dont l'importance marque le 19ième siècle : l'accident de travail. Car les enjeux en sont plus complexes, recouvrant en grande partie les luttes sociales et la conquête progressive par la classe ouvrière de droits nouveaux[3].

Pour prendre la mesure du chemin que va devoir parcourir la seconde moitié du 19ième siècle en la matière, il suffit de revenir à l'année 1839 et à un arrêt pris par la Cour d'appel de Toulouse, dont la teneur est exactement semblable à celui de la cour de Lyon en 1836 pour une affaire identique. Ces arrêts venaient en réponse à la demande de réparation faite par deux ouvriers qui avait été blessés par un de leurs collègues au service du même « maître », et en avaient demandé réparation à ce dernier. Les deux Cours avaient rejeté les demandes aux motifs…

> … qu'il y a de la part de celui qui consent à fournir assistance salariée ou officieuse pour un travail quelconque, acceptation des chances de danger qu'il peut présenter […] que les risques que peut présenter leur travail sont compensés vis-à-vis du propriétaire, par le salaire spécial de leur genre d'occupation. [4]

Le domaine des accidents de travail va être ainsi et le catalyseur et le champ privilégié d'élaboration d'un principe juridique nouveau, la **responsabilité sans faute**. Car le débat de fond porte sur la causalité de ces accidents et leur imputabilité.

C'est donc particulièrement autour du problème de la sécurité au travail et de déterminer à qui revient sa charge que se cristallisent les débats. Malgré de très fortes résistances, les années 1840-50

---

[1] *Ibid.*, p. 5.

[2] Mais selon des modalités parfois sensiblement différentes d'un pays à l'autre.

[3] Nous nous sommes ici presque exclusivement intéressés à l'évolution telle qu'elle s'est développée en France. Mais il en a été, à quelques détails près, de même dans de nombreux autres pays à la même époque. L'on peut s'en former une idée pour ce qui concerne l'Angleterre dans l'article suivant : Les accidents de travail en Angleterre, Un projet de loi, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1907, série 4, No 7, p. 170-73.

[4] F. Ewald, op. cit., p. 98.

voient, au niveau des jurisprudences, sa responsabilité progressivement incomber au chef d'entreprise. Une décision de la Cour impériale de Lyon datant du 13 décembre 1854 en offre un exemple significatif : « (cette obligation) exige du patron non seulement de sérieuses précautions pour écarter ou réduire le risque du travail, mais encore toutes les précautions compatibles avec les nécessités de son industrie. » (F. Ewald, p. 195)

Dans cette évolution, un arrêté fait date, l'arrêt Cames du Conseil d'Etat du 21 juin 1895, qui reconnaît pour la première fois droit à indemnisation à un ouvrier de l'arsenal de Tarbes, propriété de l'Etat, victime d'un accident de travail ayant entrainé une blessure dont l'origine était un éclat de métal projeté sous le choc d'un marteau-pilon ; accident banal survenu sans qu'aucune faute n'ait été commise, ni de la part de l'ouvrier, ni de l'Etat. La décision stipulait :

> C'est le service public qui embauche, qui fournit les matières, qui installe les machines, qui règle les conditions de fonctionnement de l'atelier ; si un accident se produit dans le travail, et s'il n'y a pas faute de l'ouvrier, le service public est responsable et doit indemniser la victime. [1]

Ce principe qui, pour un temps, ne valut que pour le service public, va s'étendre, non sans vifs débats, à l'ensemble des accidents de travail avec la loi du 9 avril 1898, qui consacre la responsabilité sans faute de l'employeur en la matière.

> La loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail proposait une toute nouvelle manière de gérer les rapports de causalité-responsabilité. D'un côté, elle inscrivait l'accident dans une causalité objective, où la conduite de l'ouvrier se trouvait objectivée comme élément du processus de production dont il dépend. Causalité purement matérielle qui, par là même, ne pouvait plus laisser place à la subjectivité d'une faute. Et, d'un autre côté, la loi instituait un droit à réparation indépendant de ces relations de causalité, articulé sur une notion renouvelée de la relation de travail. Le risque professionnel, en effet, relève bien plus d'un droit contractuel que d'un droit délictuel : il suppose que l'on conçoive un rapport de « solidarité » des patrons et des ouvriers, au sein du tout constitué par l'entreprise, et, en fonction de cette relation, la distribution respective des profits et des charges.[2]

La loi cependant représente un compromis entre les droits des ouvriers et les intérêts de l'industrie, car si d'un côté le principe de responsabilité automatique de l'employeur est adopté, y compris dans les cas d'accidents imprévisibles et même de faute de l'ouvrier, de l'autre coté le montant des indemnités sera forfaitaire et calculé à partir du taux d'incapacité et du salaire. De plus, il deviendra impossible, sauf cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur, d'intenter une quelconque action en justice contre ce dernier.

Ceci conduira en 1946 à la création de la sécurité sociale qui fera disparaître le lien entre salariés et employeurs puisqu'elle se substituera à ces derniers pour gérer et verser les indemnisations sur le fond constitué par leur cotisation à la branche accidents du travail/maladies professionnelles.

---

[1] Conclusions Romieu-Sirey, 1897, p. 33, cité par F. Ewald.

[2] F. Ewald, *op. cit.*, p. 349-50.

1.2. 4. 3. Les accidents de la vie quotidienne

L'on trouve également la remarquable expression de ce souci nouveau pour l'accident, dans la pratique des ex-voto, objets ou peintures pour les plus riches, billet de quelques lignes pour les plus humbles, comme ceux offert par des survivants de tels malheurs en remerciement à Notre Dame de la Garde de Marseille pour avoir échappé de peu à la mort (F. Reynaud, 1997).
Témoignage d'événements bien loin de ces catastrophes aussi spectaculaires que médiatisés, ils donnent à voir une autre chronique de l'insécurité et du drame, celle des accidents se produisant au cœur même de la vie quotidienne, dans l'espace familier de la rue ou du quartier, dans les activités usuelles et routinières ; événements souvent passés inaperçus, échappant à la rubrique des faits divers tant ils semblent banals, mais qui ont profondément marqué leurs victimes et leurs proches : incendies, emballements de chevaux, épidémies, agressions, tempêtes maritimes dont réchappe un bateau de pêche, etc. en composent l'iconographie riche et émouvante.
En voici quelques uns, parmi beaucoup d'autres : La chute d'Eugène Autard et l'ascenseur de Notre-Dame de la Garde (1992), Un accident de la circulation au cours Belsunce (1897), L'attentat de Pas-de-Laniers (1892), le danger des lampes à pétrole (1883), L'explosion du boulevard Perrier (1885), un acte de banditisme (1884), Une automobile contre un arbre (1884)…

1.2.5. L'Etat providence et la socialisation des risques

La loi de 1898 aurait pu n'être qu'une loi d'exception et le droit nouveau qu'elle promulguait en rester au strict domaine de la législation des accidents du travail. Il n'en fut rien et il suffira de quelques années pour que les principes du droit nouveau s'étendent à deux domaines très différents, -celui des retraites, et celui de la responsabilité de l'Etat-, qui tous deux vont participer à la constitution d'un véritable Droit Social au fondement d'une nouvelle forme de contrat social.
De là le principe d'une véritable sécurité sociale prémunissant tout citoyen, à toute période de sa vie, contre toutes les formes de risques inhérents à la vie commune (les accidents) et, bien au-delà, aux inégalités les plus injustes (maladies, chômage involontaire, invalidité, vieillesse), à charge de la collectivité d'en répartir les conséquences sur l'ensemble des citoyens.

Comment s'opère cette mutation ? Le droit à la retraite avec la loi du 14 juillet 1905 sur *l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables indigents* et du 5 avril 1910 sur *les retraites ouvrières et paysannes*. Même s'il naît dans le prolongement de la législation sur les accidents de travail, il n'en n'est pas la simple extension car il suppose la reconnaissance, non plus d'une perte accidentelle de sa capacité de travail, non plus d'un risque inhérent à une activité particulière, mais celle d'états ou de processus naturels et irréversibles totalement indépendant de la volonté. Il ne s'agit donc plus seulement du principe d'une indemnisation mais de la reconnaissance d'un droit à la subsistance, à la vie, d'un devoir de la société tout entière à l'égard de ses membres.

La responsabilité de l'Etat va également connaître une révision profonde. Durant tout le 19ième siècle, la notion de risque est inapplicable à l'Etat, au nom de sa souveraineté : il s'impose à tous comme puissance publique sans compensation. L'année 1895, avec l'arrêt Cames et la loi du 8 juin reconnaissant aux victimes d'erreurs judiciaires le droit d'entamer une action en dommages et intérêts contre l'Etat, a commencé de mettre en cause cette puissance et le début du 20ième siècle consacrera cette tendance.

> Mais bientôt, on n'aurait plus besoin du recours à la notion d'accident pour penser la responsabilité de l'Etat et l'asseoir sur la notion de risque. Avec les premières lois d'assurance sociale, une notion nouvelle du contrat social se faisait jour. La problématique de la responsabilité se déplaçait sensiblement d'un axe délictuel à un axe contractuel. La question du fait générateur de responsabilité cédait devant la volonté de penser la solidarité des activités et une juste répartition de la charge des dommages qu'elles pourraient occasionner. Conversion évidemment favorable à l'extension de la responsabilité de l'Etat. L'Etat agit en vue du bien commun ; il engagerait sa responsabilité dès lors que ses interventions causeraient un préjudice anormal ou excessif à certains citoyens, dès lors que la charge du service public serait par trop inégalement répartie. Les notions de risque et de répartition des risques devaient servir à penser cette nouvelle pratique de la responsabilité. [1]

Plusieurs situations relevant de domaines très différents convergent à cette époque vers ce principe d'une responsabilité sans faute, au sens pénal du terme, à laquelle se substitue celle de risque attaché au social.

C'est cette nouvelle doctrine que le Conseil d'Etat adopte dans l'affaire de l'explosion d'un dépôt militaire d'armes et d'explosifs au fort de la Double-Couronne le 7 mars 1907. L'explosion est responsable de la mort de 14 soldats et 9 civils, de 81 blessés ainsi que de nombreux dégâts matériels notamment des immeubles détruits. Des recours en vue d'indemnisations furent déposés, auxquels le commissaire du gouvernement proposa au Conseil d'Etat de répondre favorablement en raison des fautes commises par l'autorité militaire dans l'organisation du dépôt ; ce sera l'arrêt Regnault-Desroziers confirmé par l'arrêt Couietas le 30 novembre 1923. La nouveauté est que si le Conseil d'Etat répondit favorablement à ces recours, ce ne fut pas en raison d'une quelconque responsabilité de l'armée mais du risque anormal de voisinage engendré par une grande quantité de matériel dangereux, dans de mauvaises conditions, à proximité d'habitations :

> Ces opérations effectuées dans des conditions d'organisation sommaires, sous l'empire des nécessités militaires, comportaient des risques excédant de ceux qui résultent normalement du voisinage, et de tels risques étaient de nature, en cas d'accident survenu en dehors de tout fait de guerre, à engager, indépendamment de toute faute, la responsabilité de l'Etat. [2]

Le caractère dit accidentel d'un événement laissait encore place à un traitement pénal de ses conséquences en termes de responsabilité pour faute.

La notion de risque, quant à elle, pose l'événement comme la conséquence naturelle toujours possible d'un certain état des choses : l'accident n'est plus accident, c'est-à-dire une anomalie,

---

[1] F. Ewald, *ibid.*, p. 336-37.
[2] Conseil d'Etat, 28 mars 1919, cité par F. Ewald, *ibid.*, p. 337.

puisqu'il devient une possibilité inhérente à la vie collective dont l'Etat a dès lors pour mission de répartir entre ses membres l'ensemble des conséquences qu'il génère inéluctablement.[1]

Ici le raisonnement attribue au fait de voisinage une nuisance, sorte d'iatrogénie propre à la vie collective. Et ne feront l'objet de sanction et surtout de réparation que les nuisances excédant une certaine limite. En d'autres termes, **une norme prend la place d'une infraction** :

> On ne juge plus des conduites selon le principe du partage du permis et du défendu, selon le principe général que l'on ne doit pas se causer réciproquement de dommages, mais par rapport à une moyenne, à l'évaluation du tolérable et de l'intolérable, du supportable et de l'insupportable. Et la responsabilité, abandonnant l'examen de la conduite dommageable pour l'administration du rapport social, perd sa référence morale pour devenir, résolument, sociale. [2]

Ceci n'est pas contradictoire avec le principe de la prévention, bien au contraire : un risque, une fois connu, dont faire l'objet de stratégies prévenant autant que possible sa survenue de par une modification de l'état des choses.

De même, les mutations profondes que le traitement juridico-social des émeutes connaît en ce début de siècle offre un exemple remarquable du passage qui s'opère à cette époque de la morale à la responsabilité, et de la responsabilité pénale au risque social de la responsabilité sans faute de l'Etat.

La loi du 16 avril 1914 sur la responsabilité des communes en cas de troubles et d'émeutes puis celles du 26 décembre 1914 et du 17 avril 1919 sur la réparation des dommages de guerre généralisent ces nouveaux principes régissant la toute nouvelle responsabilité de l'Etat dans des domaines, en particulier celui de guerre, où la tradition excluait de façon radicale que l'on puisse demander réparation à l'Etat de quelconques dommages : car s'il est une situation où l'intérêt individuel s'efface totalement au profit de celui de l'Etat, c'est bien celui de la guerre : sacrifice, abnégation y prennent le pas sur tout autre considération.

Quant à l'émeute, d'infraction à l'ordre social elle devient risque inhérent au social, comme la contrepartie nécessaire d'une liberté dont tout citoyen bénéficie.

> La notion de risque a d'abord servi à penser la situation relativement exceptionnelle des accidents du travail. Au terme d'un débat difficile, il était apparu qu'il pouvait être juste de penser la responsabilité en dehors de la notion de faute et qu'il revenait à la société de décider elle-même, indépendamment des apports de causalité naturelle, des relations d'imputation. Imputer se révélait un acte social ; non seulement il n'y avait jamais d'imputations que sociales, mais il revenait à la société de déterminer la règle de justice à laquelle elles devaient obéir. Dans cette prise de conscience d'un divorce nécessaire entre la nature et la société, il y avait le principe d'une extension indéfinie des notions de risque et de répartition des risques. [3]

Le principe juridique de la responsabilité sans faute issu de la généralisation du principe des pratiques assurancielles n'a depuis lors cessé de s'étendre à une multiplicité de plus en plus diverse de risques et à leur couverture systématique par la réparation des dommages que leur survenue peut engendrer, dans un principe de solidarité élargi. Tout ou presque d'un point de vue assuranciel

---

[1] On trouve dans cette conception de la vie collective l'exact équivalent de la théodicée leibnizienne : elle est un bien mais est par nature imparfaite et donc implique des nuisances.

[2] F. Ewald, *op.cit.* p. 338.

[3] *Ibidem*, p. 342.

peut se transformer en risque, pour autant que le type d'événement en jeu puisse faire l'objet d'un calcul quant à la probabilité de sa survenue

L'expression de « socialisation du risque » regroupe ainsi un ensemble protéiforme de pratiques à visée réparatrice face à des événements dont il est estimé par la société qu'il serait injuste d'en laisser supporter le poids des conséquences par ceux en ayant été victimes, dans la mesure où il n'était pas possible de se prémunir contre eux. L'expression reste cependant ambiguë car ce n'est pas le risque qui est socialisé mais ses conséquences ; quant au terme de risque il semble trop restrictif puisqu'il suppose des dangers déjà recensés comme tels, ce qui n'est pas toujours le cas puisque cette couverture s'étend de plus en plus fréquemment à des situations n'ayant pas encore été appréhendées comme des risques et n'ayant donc pas fait l'objet d'une couverture quelle qu'elle soit.

> On peut considérer qu'il y a « socialisation du risque » lorsque l'indemnisation des conséquences dommageables d'un risque est sans lien avec la responsabilité, ou lorsque le financement de cette indemnisation est, soit *a priori* soit *a posteriori*, déconnecté de cotisations ou de prélèvements individuels, ou encore lorsque la puissance publique est impliquée dans cette indemnisation, même en l'absence de responsabilité directe dans un dommage. La socialisation des risques est l'œuvre commune du législateur, le cas échéant inspiré ou relayé par les partenaires sociaux, du juge et des assurances ou mutuelles. [1]

Elle n'implique cependant pas la disparition des notions de faute et de responsabilité, qui peuvent être ultérieurement recherchées et donner lieu à traitement juridique.

En même temps que le principe de la responsabilité sans faute s'étend, la notion de risque évolue sensiblement : elle infiltre des domaines nouveaux, sa perception se modifie, l'indemnisation des victimes devient un objectif sinon premier, du moins essentiel. Parallèlement, la notion de préjudice acquiert une acception de plus en plus large et diversifiée et se fait non seulement matérielle, physique, mais aussi morale, esthétique, psychologique…

1.2.6. Prévenir

Nous l'avons vu, tout ou presque d'un point de vue assuranciel peut se transformer en risque, pour autant que le type d'événement en jeu puisse faire l'objet d'un calcul quant à la probabilité de sa survenue.

Mais si d'un côté cette extension semble pouvoir être infinie, de l'autre il n'y a au sens strict d'accident que dans la mesure où l'événement est indésirable dans sa nature. Contracter une assurance quant au risque de sa possible survenue n'est au fond qu'un pis aller, et il serait bien préférable qu'il n'advienne pas.

Ainsi, tout système fondé sur l'assurance suppose parallèlement une politique à visée anticipatrice et préventive. La question des accidents de travail en fournit un exemple remarquable : leur prise en compte suppose à la fois leur couverture solidaire et une recherche de sécurisation des conditions de

[1] Conseil d'Etat (2005). *Rapport public « Responsabilité et socialisation du risque »*. Etudes et documents n° 56. La Documentation Française, Paris.

travail sans lesquelles le système assuranciel deviendrait rapidement ingérable parce que d'un coût toujours plus élevé, et l'accident une norme, sinon une fatalité, alors que par définition même il est indésirable.
Ainsi, la politique de prévention des risques est intimement liée à la socialisation des risques et représente son complément indispensable.

C'est de ce souci nouveau que sont nées au 19ième siècle tout un ensemble de politiques sécuritaires, au sens le plus large du terme, puisqu'elles touchaient aussi bien à la santé qu'à la paix sociale et à la prévoyance.
L'hygiénisme en est la forme la plus connue mais il est indissociable, parce que participant du même mouvement, de la création des cités ouvrières (véritable politique de sédentarisation des ouvriers autour de l'usine ou de la mine), des politiques en faveur de la famille, de l'épargne, de la cotisation retraite… Les politiques criminelles y trouvent également leur origine. Ainsi le médecin Villermé présentait dès 1830 dans les *Annales de l'hygiène publique* un premier projet de cité ouvrière fondé sur l'idée de logements sociaux « …réunissant les volontés de prévention (lutter contre la diffusion épidémique), de sécurité (éteindre le foyers de subversion) et de prévoyance (développer chez l'ouvrier le sens de la propriété et de l'épargne en lui permettant l'achat de son logement) ».[1]

La politique des risques contient en creux sa propre utopie, celle d'une cité ou d'une société idéales, où la vie collective se déroulerait sans heurts et sans plus aucun accident.[2]
D'où le mythe du *risque zéro*, sorte de visée asymptotique indissociable de la socialisation des risques ; d'où notre moderne *principe de précaution*, stratégie préventive prise sur la possibilité non encore advenue d'un accident, quelque soit sa nature.

Conclusion

Ce paradigme de « l'assurance tous risques » a profondément modifié notre rapport aux événements funestes qui, de sanction divine de nos écarts moraux, sont devenus des aléas naturels vis-à-vis desquels il convient individuellement de faire montre de prévoyance, pour accéder enfin au statut socio-juridiques d'accidents. C'est d'abord par les accidents collectifs, puis par ceux du travail, tous rançons du progrès technologique, que cette dernière conception a émergé autour du concept juridique nouveau de la responsabilité sans faute, puis s'est développée au point de devenir un mode généralisé de gestion de toutes formes de désordres et de leurs conséquences. Une première figure de la victime, au sens contemporain du terme, en est née, l'**accidenté**.

> Avant que les accidents du travail ne soient indemnisés par des assurances sociales, les salariés devaient se porter en justice contre leurs patrons… L'ouvrier devait faire reconnaître aux yeux de tous que son patron avait « tort ».
> Avec l'assurance accident, ce combat change de nature : il va s'agir pour l'ouvrier d'obtenir un maximum d'argent de son incapacité. A la personne du juge succède celle de l'expert : celui qui vous

[1] (1989) 200 ans de prévoyance, p. 66.
[2] Charles Fourier et ses phalanstères, Fustel de Conlanges et sa Cité antique…

> donnera votre identité assurantielle, qui vous désignera la case du barème où, selon les critères retenus, « objectivement » vous avez votre place. [1]

D'où, nous le verrons en détail plus loin, la naissance d'une victimologie expertale dont il nous faudra retrouver la trace et les développements, rencontre difficile entre la médecine et le droit, chargée d'emblée de toutes les suspicions[2], dont allait bientôt naître la notion de *sinistrose*.

1.3. Les violences sexuelles et la question du genre.

PLAN :

1.3.1. Les attentats aux mœurs

1.3.2. Du viol

1.3.3. Entre idéologie et rationalité ; la naissance de la médecine légale

1.3.4. Du sexe au genre

Il n'était guère concevable de ne pas traiter, dans cette histoire de la constitution de la victimité, du domaine des violences sexuelles tant celles-ci ont été, et restent, l'enjeu de positionnements théoriques, éthiques et cliniques pour le moins contrastés dans le champ de la psychologie et de la psychopathologie. L'on pensera tout particulièrement au rôle des agressions sexuelles infantiles dans l'étiologie des névroses, question toujours débattue. Il n'était donc pas sans intérêt de tenter d'éclairer d'un regard historique et anthropologique ces controverses, ne serait-ce que pour dessiner la toile sur le fond de laquelle elles sont nées, se sont jouées, et continuent aujourd'hui de le faire.

Le champ pénal représente un autre espace de formation de la victimité, suivant des modalités sensiblement différentes de celles que nous avons jusqu'à présent examinées. Car ici ce n'est pas un devoir de solidarité avec l'idée nouvelle de responsabilité sans faute qui se trouve en jeu, mais la reconnaissance et la réparation de préjudices occasionnés par des actes fautifs et juridiquement condamnables. Or la sanction des délits a longtemps pris le pas sur toute autre considération, dans un processus judiciaire où la victime ne se voyait comme telle accorder que très peu, sinon aucune place, hormis celle de plaignant et, quand elle était entendue, de témoin ; si bien qu'un lent et long cheminement sera nécessaire à l'émergence d'un souci collectif pour la victime d'agression et la prise en compte des retombées multiples, dont celles psychiques, dont elle peut durablement souffrir.

---

[1] F. Ewald, *ibid.* p. 178-79.

[2] Revue des accidents du travail. Exagération et simulation des accidents du travail, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 1905, p. 196-99.

Nous allons voir que l'histoire de la constitution du viol, dans son acception contemporaine, est indissociablement liée à celle des statuts socio-juridiques de la femme et de l'enfant et de l'homme, comme père et mari.
C'est donc toute une question anthropologique qui se profile et se travaille à travers cette histoire, celle du découpage de toute collectivité humaine en sous-groupes différenciés ; question des classes sociales, terme que nous reprenons bien sûr à K. Marx mais en en élargissant le sens et le principe à toutes les catégories sociales le composant, renvoyant à des luttes qui ne sont pas qu'économiques. Et c'est tout particulièrement aux critères définitoires des genres et des générations (du moins l'une d'entre elles) et à leur évolution, que nous conduira ce bref historique consacré aux agressions sexuelles.

1.3.1. Les attentats aux mœurs

L'on a aujourd'hui peine à imaginer, tant pour une très grande majorité d'entre nous le fait parait d'évidence que des contacts à caractère sexuel non consentis et, à plus forte raison des rapports sexuels forcés, puissent ne pas être considérés comme des agressions sexuelles ou des viols, et justifier une condamnation pénale de leur auteur.
Cette représentation n'a pourtant pas, loin de là, toujours été la norme, et c'est tout particulièrement aux travaux historiques de G. Vigarello (1998) que l'on doit d'avoir découvert qu'elle était la résultante très récente d'un ensemble de transformations qui, tout au long des 18ième, 19ième et 20ième siècles, se sont opérées de nos représentations quant à :
- ce qui fait délit ou crime ;
- la place de chacun d'entre eux sur l'échelle de gravité des contrevenances aux lois ;
- les critères de recevabilité d'une plainte pour faits de violence sexuelle, de validité d'un témoignage, de la nature et du statut de ce qui peut faire preuve, etc. ;
- mais aussi de la définition des statuts socio-juridiques de l'homme, de la femme et de l'enfant.

Commentant son travail d'historien, il écrit :

> L'enquête révèle très vite, loin de seules comparaisons quantitatives, combien ce sont les limites et le sens du crime, la manière de le définir et de le juger qui sont soumis à l'histoire. La violence sexuelle n'a pas le même contenu juridique à quelques décennies de distance. La sensibilité à la violence n'a pas les critères ni les mêmes degrés, longtemps focalisée sur le statut des acteurs, leur prestige, leur vulnérabilité, admettant longtemps et implicitement une brutalité quasi ouverte envers les dominés. [1]

Il a ainsi fallu en la matière plus d'un siècle et demi pour que certains des nouveaux principes édictés par la Révolution française avec le code de 1810 trouvent leur expression concrète et commencent de se voir juridiquement mis en application.

Nous ne retiendrons de cette « histoire du viol » que les principales mutations ayant conduit à sa conception socio-juridique telle que nous la connaissons aujourd'hui.

[1] G. Vigarello (1998) : *Histoire du viol*, p. 8.

Pour pleinement appréhender ce que le code de 1810 entend réformer et affirmer comme principes nouveaux, il faut ne serait-ce que brièvement faire retour sur l'ordre juridique qui l'a précédé.
Georges Vigarello synthétise ainsi les principes présidant à l'approche judiciaire du viol sous l'Ancien Régime :

> Insensibilité relative à la violence, honte de la plaignante, soupçon sur son consentement, indifférenciation régulière du violeur et de la femme dans une identique faute morale, les obstacles à la plainte sont massifs et les raisons pour euphémiser l'acte le sont aussi. [1]

Dans cet univers où des conflits surgissent et se règlent sur le champ (au sens propre comme au sens figuré) à coups d'épées, la violence physique semble aussi banale que quotidienne : un mode de règlement des désaccords comme un autre. Quant au viol, il se différencie fort peu des autres violences, sinon dans le code où il est durement réprimé. Mais dans la pratique judiciaire quotidienne, il en va tout autrement :

> La violence sexuelle s'inscrit dans un système où la violence règne pour ainsi dire naturellement à propos de rien (à nos yeux), des enfants sont excédés de coups par des adultes ; des femmes par des hommes, ou par d'autres femmes ; des domestiques par leurs maîtres. Parfois l'agresseur casse son bâton, ou son épée sur le dos des victimes, et parfois il la tue. Il paraîtrait bien artificiel, dans de telles conditions, d'isoler le délit sexuel des autres formes d'agressivité constamment présentes, ou latentes dans la vie quotidienne de la société traditionnelle. [2]

Et quand un viol fait, chose exceptionnelle, l'objet d'une procédure judiciaire, sa gravité dépend de différents éléments :

- ainsi l'âge, mais plutôt faudrait-il dire la chasteté, de la victime entre-t-il en ligne de compte, le « ravissement de virginité » étant au principe de gravité du viol en raison des conséquences qu'il a sur le devenir social de la jeune fille. Car la virginité perdue est synonyme pour la victime d'indignité, de honte et de rejet social. A l'inverse, la suspicion de comportements immoraux chez un enfant invalidera par avance toute allégation d'agression de sa part.
- la « qualité » des victimes joue son rôle dans la gravité des sanctions et, plus leur rang social est bas, moins le crime est grave ; inversement, plus celui de l'auteur est élevé dans l'échelle sociale, moins lourde sera la peine, si tant est qu'il soit jugé.

Dans la hiérarchie des crimes, le viol vient d'ailleurs bien loin après les vols de grand chemin dont la gravité tient d'ailleurs moins à la menace qu'ils font peser sur les biens et les personnes qu'au vécu d'insécurité qu'errants et vagabonds suscitent dans les esprits ; et globalement, les atteintes aux biens peuvent être plus lourdement punies que les atteintes aux personnes.

Quant à la conception par l'époque du viol lui-même, elle n'a que de très lointains rapports avec la nôtre : il est luxure avant d'être violence, c'est-à-dire péché, atteinte à la morale en non à la personne. Celle-ci en portera d'ailleurs le poids social souvent bien plus que l'auteur lui-même et s'en trouvera moralement souillée, en plus d'être socialement rejetée.

---

[1] *Ibid*., p.69.
[2] *Ibid*., p.17.

Un autre élément, nous indique Vigarello, tient une fonction centrale dans cette conception du viol : la volonté de la victime et la façon dont celle-ci est appréciée par la justice, question intimement intriquée à celle du statut social des protagonistes ; élément d'autant plus décisif qu'il s'agira d'une femme ou d'un enfant agressé par un homme.
Ainsi « La victime doit montrer qu'elle a, de bout en bout, physiquement résisté » (G. Vigarello, 1998, p. 51), ce que doivent attester des témoins visuels et sonores ; en cas contraire, il lui faudra faire la preuve d'une moralité et de mœurs sans taches. Seul, dans cette appréciation, est pris en compte le rapport physique, qui prime sur toute autre considération comme d'éventuels comportements de pression, menaces, intimidation, violences, ou encore l'usage d'une arme de la part de l'agresseur. Quant aux vécus de peur chez la victime et leurs effets paralysants, ils sont totalement méconnus. Un postulat implicite est ici à l'œuvre, accordant à la volonté et au devoir un poids tels que toute agression subie évoque d'abord la possible faiblesse de celui qui en a fait l'objet, entachant sa plainte du soupçon de son éventuel consentement, de son possible mensonge ou de sa duplicité. Ainsi une certitude presque absolue dicte les convictions : « le viol tenté par un homme seul sur une femme résolue serait impossible pour de simples principes physiques : la vigueur féminine suffit à la défendre » (G. Vigarello, 1998, p. 54).

Considérations anatomiques et rapports de forces imaginaires se doublent chez la femme d'un trait de caractère, d'un trait de nature faudrait-il plutôt dire, le « faux abandon », dont Rousseau écrit : « Ce qu'il y a de plus doux pour l'homme dans sa victoire est de douter si c'est la faiblesse qui cède à la force ou si c'est la volonté qui se rend ; et la ruse ordinaire de la femme est de laisser toujours ce doute entre elle et lui » (cité par G. Vigarello, 1998, p. 56)
Consentement libre et consentement extorqué sont ici rendus quasiment équivalents, laissant libre cours aux représentations sociales attachées à la féminité aux dépends des faits eux-mêmes dans leur matérialité propre : « Tout indique qu'elle n'est pas un sujet : son attitude est prédéfinie ; sa défense n'est pas écoutée. Le raisonnement se fait circulaire : insensibilité relative envers la brutalité, insensibilité d'autant plus marquée que la victime ne semble pas crédible. » (G. Vigarello, 1998, p.57)
Le statut social de la victime joue également d'une autre façon : ainsi, bien que le viol constitue en théorie une exception, une femme ne peut, en son nom propre, déposer plainte car elle n'a pas véritable titre de personne pour le droit, sinon comme « épouse de ». Partant, l'atteinte est avant tout celle subie par son mari, si bien que le *rapt*, entendu comme la privation de sa femme infligée au conjoint, constitue un modèle de représentation dominant du viol comme enlèvement ou vol, reléguant la violence faite au corps de l'agressée à une place insignifiante. Dans cette logique, il est appréhendé comme une sorte d'adultère forcé, et c'est le préjudice causé au mari qui est pris d'abord en compte. Comment penser un crime à l'égard d'un être qui ne s'appartient pas réellement, qui est toujours conçu peu ou prou comme la propriété d'un autre ?

L'on pourrait croire que les attentats commis sur les enfants connaissent un sort plus favorable à leurs victimes. Il n'en est rien, même si leur jeune âge constitue incontestablement un facteur de plus grande gravité du crime. Bien plus, l'enfant est très souvent jugé *a priori* suspect, et

l'on s'attachera à rechercher chez lui une possible « maturité sexuelle » qui, si elle est « avérée », discrédite immédiatement ses allégations pour cause d'immoralité, aux dépends là encore de l'établissement des faits eux-mêmes.

L'intérêt accordé aux conséquences des violences sur les enfants viendra d'un tout autre champ que celui des violences sexuelles, -les violences éducatives-, dont l'émergence est contemporaine d'une limitation juridique de la puissance paternelle. La maltraitance s'inventera à partir de la figure de l'enfant martyr, contemporaine des révisions que connaît la loi sur l'autorité paternelle (Vigarello, 2005). Et il faut attendre la loi du 24 juillet 1889 « relative à la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés », pour que se dessine un nouveau délit, celui des violences éducatives à enfants, ainsi qu'une nouvelle sanction permettant au juge civil de prononcer la déchéance de la puissance paternelle ; et un autre texte de loi n'allait pas tarder à être déposé visant à doubler ce traitement civil d'un traitement pénal possible des mêmes délits[1]. Quant aux violences sexuelles, elles ne commenceront d'être effectivement prises en compte dans leur réalité et leur gravité que très récemment.

Durant tout le 18ième siècle, les pratiques judiciaires à l'égard du viol obéiront à cette configuration générale et un premier grand tournant se produit avec la Révolution de 1789 qui, sur les bases des principes énoncés par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, élabore une vision radicalement nouvelle du droit, même si, Vigarello le montre bien, elle s'appuie sur des évolutions déjà repérables dans la seconde moitié du 18ième siècle. L'on y voit en effet notamment se dessiner timidement une révision de l'échelle des crimes (dans le sens d'une prise en compte plus importante des crimes de sang et des violences physiques) et l'on commence à solliciter la médecine aux fins d'établissement de certains délits sur des éléments plus objectivables (comme la défloration avec l'examen de l'hymen).

1.3.2. Du viol

Mais c'est d'abord une nouvelle vision du droit que promeut la période révolutionnaire parce qu'en en rupture profonde avec l'approche essentiellement morale que l'Ancien Régime avait du viol et plus généralement de tout crime :

[1] Il eut fallu consacrer une même étude à une autre de nos catégories sociales essentielles, l'enfance, dont P. Ariès a si bien su montrer que, loin d'être un fait de nature, il était un âge socialement construit. L'enfance dans sa conception moderne naît du statut particulier et des droits spécifiques qui lui sont accordés à partir du moment où il acquiert une valeur non seulement au sens affectif du terme, mais où l'on conçoit que son devenir tient à l'attention particulière qu'il convient de lui porter, et qu'il se met à faire l'objet d'une visée éducative.
Une vaste enquête conduite en 1891 à la demande des Affaires criminelles et analysée à l'occasion du centenaire de la loi par J-J Yvorel offre une image particulièrement éclairante des pratiques judiciaires en la matière entre 1887 et 1891. Elle en révèle leur caractère éminemment fluctuant car établi sur des critères variables d'une affaire à l'autre : même si trois grandes catégories se dégagent, celle des châtiments légitimes car utiles au maintien de l'autorité, celle des abus de correction, celle enfin des violences illégales et délictueuses. L'on pourra se reporter au numéro spécial très complet de la *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, 1999, N° 2, consacré à la loi du 24 Juillet 1889.

> Elle porte sur une vision nouvelle du droit, une façon largement révisée de désigner la victime et de calculer la peine. Le code révolutionnaire déplace les références du jugement, substituant au thème du péché celui du danger physique et de la menace sociale, s'attachant moins au blasphème qu'au risque pesant sur la communauté. La violence est autrement repérée. L'approche du viol pourrait en être de part en part révisée. [1]

Une ligne de partage se dessine entre le vice privé qui, s'il est librement consenti, ne concerne que ses acteurs, et le crime public en tant qu'il constitue une atteinte à l'ordre social, et non plus moral : le souci de la sécurité se substitue peu à peu à celui de la moralité. Le viol s'en trouve de facto redéfini :

> Il appartient à ce que le code de 1791 appelle pour la première fois les « crimes et attentats contre les personnes », en les distinguant des « crimes et délits contre les propriétés », les deux seules catégories reconnues pour qualifier les « crimes contre les particuliers ». [2]

La victime en voit sa représentation transformée, au moins au plan théorique, moins englobée dans un univers de faute auquel elle participait jusqu'alors. Ensuite, faisant de la personne le seul et unique propriétaire d'elle-même, il s'en trouve redéfini comme une atteinte à la personne propre de la victime. Enfin le principe d'égalité entre citoyens instaure *a priori* une égalité de traitement pour des faits similaires, quelque soit le statut social des protagonistes.

Là encore cependant, un long temps de gestation sera nécessaire entre l'affirmation de ces principes et leur application, temps durant lequel les pratiques antérieures garderont beaucoup de leur actualité. Ainsi Vigarello relève t-il que très longtemps encore l'acte ne sera essentiellement perçu que sous l'angle de son seul auteur et bien peu selon la perspective de sa victime, le non consentement restant un critère différenciateur très relatif entre crime et non crime puisque le consentement libre et le consentement extorqué sont encore grandement équivalents. Quant à l'idée de violence morale, si déterminante dans la compréhension de la difficulté des victimes à se défendre, elle émerge à partir de la seconde moitié du 19ième siècle mais reste de l'ordre de la réflexion juridique, sans véritables effets sur les pratiques judiciaires au quotidien.
Ainsi, à partir de 1880 une nouvelle distinction commence timidement de se former entre les viols sur enfants et les viols sur les femmes, les premiers semblant insensés et incompréhensibles et plus référés à la perversité morale. Mais l'on mesurera le chemin que les esprits auront du parcourir quand l'on sait, qu'encore en 1925, ceux-ci semblaient impossibles en raison de la disproportion entre les organes sexuels adultes et l'anatomie de l'enfant.

1.3.3. Entre idéologie et rationalité, la naissance de la médecine légale

L'on ne soulignera jamais assez le rôle de la médecine légale naissante dans cette évolution, même si ce ne sera pas sans de nombreuses difficultés, hésitations et retours en arrière[1].

[1] G. Vigarello, p. 105.
[2] *Ibid*., p.114.

C'est dans l'intérêt naissant pour le corps et les traces qu'il laisse observer que trouvent leur origine les premières constructions médico-légales :

> La violence sexuelle affleure brusquement à la surface des corps avec ses stigmates chiffrés dans leur forme et leur dimension : ecchymoses, hématomes, traces d'ongles, transposés en indices formulables. Les médecins quêtent ce qu'ils avaient sous les yeux depuis longtemps, les marques de sperme ou de sang, les souillures sur les chemises, les taches sur les couvertures ou les draps. Leur curiosité s'est brusquement creusée. [2]

Auguste Ambroise Tardieu (1818-1879) incarne sans conteste cette discipline naissante, dont l'objet propre s'affirme comme l'apport des connaissances médicales à l'établissement de la vérité en matière judiciaire. Tardieu est le premier à élaborer une approche qui s'attache à sortir des opinions communes pour concevoir une méthode se fondant sur la constitution de données vérifiables et objectivables à partir de la connaissance anatomique et de l'étude approfondies des traces physiques laissées par les agressions sexuelles ; même si ce sera parfois au prix d'une complaisante naturaliste (L. M. Villerbu, 2005b). Son ouvrage, *Les attentats aux mœurs* de 1857, est le premier spécifiquement consacré au domaine.
Il est aussi le premier à prêter attention à la victime et aux conséquences que le viol a pu engendrer chez elle. Il écrit ainsi :

> Le viol, qui offense les sentiments les plus intimes de la jeune fille ou de la femme au moins autant qu'il blesse le corps, détermine souvent une perturbation morale et un ébranlement physique qui altèrent d'une manière plus ou moins grave, plus ou moins profonde, plus ou moins durable, la santé générale. Les accidents qui en résultent sont tantôt immédiats et passagers, tantôt secondaires et prolongés. [3]

Il évoque ainsi, comme ses possibles conséquences, des troubles physiques et nerveux ainsi que des altérations de toute la constitution. Il mentionne également le risque de suicide par honte ou crainte du déshonneur. Cependant, relève Vigarello, alors qu'il sera progressivement admis à la même époque qu'un accident de chemin de fer ou de travail puisse provoquer une névrose traumatique ou des troubles apparentés, il faudra attendre encore de nombreuses décennies pour qu'il en soit de même concernant les violences sexuelles. Les conséquences sur les mœurs dominent encore trop celles sur la vie personnelle des victimes pour qu'il en soit ainsi :

> Le cheminement du crime sexuel dans la conscience individuelle de la victime demeure celui de la honte ou celui des apprentissages dépravés : le danger serait tout entier dans les « déplorables enseignements du vice laissant dans l'âme des victimes un germe de corruption », non dans la souffrance ou l'épreuve subie par un sujet. [4]

---

[1] La discipline, en pleine invention, restera incertaine dans ses fondements parce que très liée aux compétences mêmes du praticien jusqu'en 1893, année à partir de laquelle ne peuvent plus être désignés experts que les médecins inscrits sur une liste établie par les cours d'appel.
[2] G. Vigarello, *Ibid*. p.171.
[3] *Ibid*, p.171.
[4] *Ibid*, p. 238.

Malgré son engagement autant militant que scientifique, malgré son attachement à faire reconnaître et dénoncer, preuves médicales à l'appui, ce qu'il considère comme l'un des plus graves crimes qui puissent exister, Tardieu reste fortement marqué par les évidences de son époque :

> En fait, en homme de son temps, il n'est pas exempt de jugements de valeur, et lorsque pendant une expertise d'enfant violenté, il relève chez la victime des paroles qu'il juge inconvenantes ou immorales, il opère souvent une inversion des rôles : l'enfant victime de violences sexuelles est dès lors désigné comme un être prématurément dépravé pour lequel le médecin légiste ne ressent aucune sympathie. De la même manière, tout type de savoir sur la sexualité, ou tout aveu de masturbation de la part de l'enfant, le fait réagir négativement et le conduit au refus de reconnaître à celui-ci son statut de victime à part entière, comme si ce savoir concernant la sexualité rendait l'enfant complice de ce qu'il avait enduré. [1]

Car le soupçon *a priori* attaché à la victime ne s'en trouve pas définitivement dissipé. Ch. Vibert, expert réputé n'écrit-il pas encore en 1911 : « Quand il s'agit d'une femme qui sait ce que sont les rapports sexuels, et qui est en possession de ses forces, il est impossible de croire qu'un homme seul réussisse à accomplir sur elle un viol » (cité par G. Vigarello, 1998, p 172)

Selon D. Darya Vassigh, un mouvement de bascule s'opère autour des années 1880, à partir desquelles les idées de simulation, de faux attentats à la pudeur, de faux enfant martyr, commencent à occuper le discours médico-légal. Alfred Fournier inaugure ce mouvement en 1880 avec un article intitulé *Simulations d'attentats vénériens sur de jeunes enfants* :

> Il est de l'intérêt public général de révéler les machinations odieuses de certains simulateurs d'un ordre très spécial, machinations peu connues, ignorées même (comme j'ai pu m'en convaincre) d'un certain nombre de nos confrères et qui peuvent aboutir aux erreurs judiciaires les plus regrettables. [2]

Paul Brouardel, Léon Thoinet, A. Motet parmi beaucoup d'autres, tiendront à la même époque des positions semblables. C'est que la loi sur l'autorité paternelle semble avoir suscité de fortes résistances et certains continuent d'accorder bien plus de poids à l'injustice que constituerait pour un homme, et à plus forte raison un père de famille, une accusation d'agression sexuelle infondée, que celle subie par une victime mineure non crue dans ses allégations. Fournier n'écrit-il pas :

> Représentez-vous la situation terrible faite à un honnête homme sur lequel fond tout à coup l'accusation imméritée d'un attentat abject. Représentez-vous cet homme, jusqu'alors estimé, qui, d'un instant à l'autre, par le fait d'une inculpation mensongère, descend au dernier échelon du déshonneur et de la dégradation morale. [3]

Avec E. Dupré ce doute va se trouver justifié par des constructions psychologiques et pathologiques rendues possibles par l'évolution que connaissent les modèles en psychiatrie. Si bien dans le même temps où la médecine légale tente de se constituer sur les bases de l'analyse rigoureuse des éléments matériels à disposition, une notion comme celle de *mythomanie* vient réintroduire un

---

[1] D. Darya Vassigh (1999) : Cent ans de répressions des violences à enfants. Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité Le cas des médecins légistes de la fin du 19ième siècle, *Rhei*, *Revue de l'enfance irrégulière*, numéro 2, 1999, http://rhei. Revues.org.
[2] A. Fournier (1880) : cité par Vaasigh p.499.
[3] Fournier, cité par Vaasigh p. 499.

questionnement et une perspective dont précisément Tardieu avait tenté de dégager l'examen expertal, celle de la crédibilité du plaignant, aux dépends de la recherche de preuves matérielles concernant le crime lui-même.
En lieu et place, l'on voit apparaître à partir de 1880 une position que l'on pourrait dire purement politique/idéologique, puisqu'au lieu de se doter de critères fiables d'évaluation de la parole du plaignant, elle privilégie des critères de sexe et d'âge renvoyant *in fine* la valeur de son témoignage à son statut social.

La mythomanie naturelle de l'enfant selon Dupré

L'on peut s'étonner qu'un compte-rendu détaillé de la théorie de la mythomanie selon Dupré prenne place dans ce chapitre dédié à l'analyse historique/anthropologique des conditions d'émergence de la victimité, et non dans celui consacré aux modélisations psychologiques et psychopathologiques.
L'on peut certes aborder ses travaux du point de vue de l'histoire de la psychiatrie comme un développement de la thèse de la dégénérescence et, de ce point de vue, comme son opérationnalisation : la *constitution* représente la manifestation actuelle, chez un sujet donné, d'une hérédité transmise. Mais c'est aussi que la mythomanie, nous allons le voir, vient servir une position idéologique forte, contre les révisions légales du droit paternel. Ainsi, à l'opposé des tentatives d'édification d'une médecine légale scientifique fondée sur l'établissement matériellement attesté des faits, Dupré continue de mettre au cœur du procès la question du témoignage et du témoin, de la crédibilité respective de l'accusé et de ses accusateurs, sur des critères de statut social et d'honorabilité.

Ernest Dupré (1862-1919), est médecin des hôpitaux de Paris à partir de 1899, professeur agrégé à la Faculté. Il devient médecin-chef de l'Infirmerie spéciale du dépôt en 1913 où il succède à Legras. Il publie en 1905 *La mythomanie. Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbide*, transcription d'une série de leçons cliniques qu'il donne sur ce thème la même année.
Par le terme de mythomanie ou de mythopathie Dupré désigne « la tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires », …

> … tendance constitutionnelle qui pousse certaines catégories d'individus à mentir, à simuler et à inventer, par l'activité pathologique de l'imagination créatrice, des fables et des situations dépourvues de réalité objective sous forme, soit de récits oraux ou écrits, soit de simulations d'états organiques anormaux, qu'on peut considérer comme mensonges objectifs. [1]

C'est dans la période de l'enfance que Dupré va chercher les racines de cette tendance, période où « … elle représente un état physiologique et résulte de l'exercice normal des fonctions psychiques. » :

[1] E. Dupré (1905) : *La Mythomanie, étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides*, Clinique des maladies mentales. Institut de médecine légale et de psychiatrie, Paris, p.5-6.

> Mais à cet âge l'activité cérébrale, encore à ses débuts, manque aussi bien dans le domaine sensoriel que dans le domaine psychique, des leçons de l'expérience et de ces corrections que le contact éducateur de la réalité apporte incessamment aux premières impressions des sens et aux premières créations de l'esprit : elle manque de ces données de comparaison et de contrôle qui sont les sources naturelles de l'esprit critique et représentent, en face des fantaisies de l'imagination, des éléments réducteurs dont le nombre et l'influence croissent avec l'âge. Les mêmes raisons, manque d'expérience et de réflexion critique, expliquent l'extrême suggestibilité de l'enfant. [1]

Partant, au-delà de la puberté, les tendances mythiques de l'enfant disparaissent pour laisser place au fonctionnement normal.

Cette tendance, bien que normale, peut selon Dupré être à l'origine de formes pathologiques, qu'il convient alors de désigner du terme de mythomanie, que l'on peut observer chez l'enfant comme chez l'adulte. Chez les uns et les autres, elle consiste en une exagération de la tendance normale à la fabulation, exagération dont il faut chercher la cause dans la dégénérescence mentale :

> Mais ce qui caractérise essentiellement la mythomanie pathologique, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, c'est non seulement l'exagération et la persistance de l'activité mythique, mais encore et surtout l'association de cette activité maladive à des tares intellectuelles, affectives et morales qui commandent l'évolution du syndrome mythopathique, inspirent les actes et dirigent la conduite des sujets, et confèrent ainsi à la mythomanie, une gravité sociale, un intérêt médico-légal de premier ordre. Au lieu de se manifester comme chez l'enfant normal, comme une espèce de sport imaginatif et sous la forme innocente du jeu spontané d'énergies psychiques exubérantes, l'activité mythique est mise au service, chez les sujets anormaux, de tendances vicieuses, de perversions instinctives ou d'appétits morbides ; elle se manifeste ainsi comme un mode particulier d'activité intellectuelle, dirigée par des sentiments pathologiques et représente alors, non plus un instrument de jeu, mais bien une arme de guerre, d'autant plus dangereuse que le malade est plus intelligent. [2]

Partant, Dupré dégage quatre formes principales de mythomanie, selon la tendance pathologique dominante à laquelle cette activité naturelle se trouve associée : médisance, calomnie, hétéro-accusations, participent à la construction de fabulations dirigées contre autrui et destinées à « perdre la victime choisie par l'auteur du complot ». Les « faux enfants martyrs », les « petits accusateurs criminels qui dénoncent leurs parents», en constituent également de redoutables figures et sont bien évidemment pour l'auteur à l'origine des fausses histoires d'attentats à la pudeur.

Dupré précise que « toutes les qualités spécifiques de la « mentalité animale » y sont consacrées : patiente et ténacité, ruse et sournoiserie, ingéniosité, férocité.

> Ce sont ces qualités ancestrales qui revivent et prédominent chez les débiles jeunes, s'associent chez eux aux instincts destructeurs… On comprend par là que la mythomanie, sous ses différentes formes : mensonge, simulation, fabulation, soit l'arme de choix employée par les enfants et par les femmes, pour satisfaire, soit les besoins de leur défense, soit, en cas de perversité des instincts, leur penchant inné à l'agressivité et à la destruction. [3]

Mais un autre facteur essentiel est dégagé par Dupré, « la suggestion étrangère qui alimente et enrichit toujours, déforme souvent, et crée parfois de toutes pièces la fable racontée par le petit sujet. Lasègue, Bourdin, Brouardel, Motet, P. Garnier, ont tour à tour insisté sur le rôle de la suggestion dans l'édification du roman accusateur chez les enfants » (E. Dupré, p.24). La littérature

[1] *Ibid.*, p. 9.
[2] *Ibid.*, p. 16.
[3] *Ibid.*, p. 20.

de l'époque offre des exemples se voulant édifiants, d'ailleurs souvent repris d'auteurs en auteurs, d'enfants alléguant d'agressions sexuelles dont la matière a été suggérée souvent involontairement par des adultes, et dont le dénouement est invariablement le même : une autorité médicale a l'attention attirée par un élément lui semblant suspect et parvient à faire reconnaître à l'enfant son mensonge.

Quant aux procédés employés par le médecin, ils ne sont jamais discutés comme tels et leur caractère pour le moins suggestif n'est jamais lui-même questionné. Ainsi Dupré écrivait-il à propos d'une situation de cet ordre : « Finalement, pressé de questions, le garçonnet avoua que tout n'était que mensonge dans ses dires, et qu'il n'avait raconté toutes ces histoires qu'à force de s'en entendre demander et même exiger l'aveu par ses parents. (p. 26)

Un autre exemple, donné par Fournier, en offre une illustration d'autant plus détaillée que les procédés employés sont totalement justifiés, selon leur auteur, par l'erreur judiciaire qu'ils ont permis d'éviter, pour le suspect s'entend. Précisons en outre qu'il ne disposait d'absolument aucun mandat judiciaire et n'avait pour tache que de soigner l'enfant, hospitalisé dans son service. Il justifie ainsi son action :

> La chose était grave puisque l'honneur d'un homme, d'une famille peut-être, se trouvait en jeu. Mais comment pénétrer le mystère ? Comment démêler le vrai du faux et faire la part de l'un et de l'autre dans cette ténébreuse affaire ? Je m'y essayais cependant, me disant qu'après tout, avec l'adresse, de la patience, de l'obstination, je parviendrais bien peut-être à avoir raison d'un petit cerveau de huit ans. Je procédais par un siège en règle et par voie de captation, pardonnez-moi le mot. J'attaquais la place par force amitiés, complaisances, compliments, etc. Quelques gourmandises, quelques pièces de monnaie, réussirent à nous gagner la confiance et l'amitié de la petite malade. J'abrégerai. Une poupée aux yeux mobiles décida de mon triomphe. Vaincue par cette irrésistible munificence, l'enfant finit, avec beaucoup de peine et après beaucoup de temps, par raconter qu'elle n'avait pas été touchée par un monsieur, mais que sa mère, à trois reprises, lui avait frotté la partie avec une brosse à cirage, en lui défendant bien d'en rien dire à personne et en la menaçant de recommencer si elle le disait, etc.
> Ce qui suivit fut alors très simple. Maître de la vérité, je mandais à l'hôpital la mère de l'enfant ; je lui fis part de notre découverte, en ajoutant que, si elle ne retirait pas sa plainte, j'aurais l'obligation formelle d'aller raconter au juge d'instruction l'histoire de la « brosse à cirage ». [1]

Et il conclut ainsi sa magistrale démonstration :

> Médecin je n'avais qu'à traiter l'enfant ; on ne m'en demandait pas d'avantage. Pour éclairer ma religion, pour m'instruire et instruire mes élèves, je suis allé plus loin. J'ai voulu, et cela sous la condition de ne pas dépasser les limites du respect dû à l'enfance, -j'ai voulu, dis-je, connaître l'étiologie exacte des accidents que j'avais sous les yeux, et j'y suis parvenu on sait comment en me doublant du rôle inquisiteur du juge d'instruction. De cela je suis loin de me repentir, puisque tout le monde (le simulateur à part), en a profité. [2]

L'extrême suggestibilité de l'enfant, la paresse de sa volonté, son inconscience des conséquences de ses accusations, participent ensemble de son activité mythopathique naturelle. Et l'on voit au passage ce qu'il en était alors des « limites du respect dû à l'enfant ».

---

[1] A. Fournier (1880) : *Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants*, p. 520.
[2] *Ibid.* p. 506.

Quant à la mythomanie chez l'adulte, elle est tout naturellement pour Dupré le résultat de la persistance de l'activité mythique de l'enfant, représentant en cela « un mode d'infantilisme intellectuel ».

Qui sont les mythomanes adultes ? Généralement des jeunes gens, des femmes et des jeunes filles. Et quand ce sont de jeunes hommes, ils présentent fréquemment « des stigmates corporels et psychiques d'infantilisme ou de féminisme ». Ses formes sont les mêmes que chez l'enfant, altération de la vérité, mensonge, fabulation auxquelles il faut ajouter la simulation :

> En tant que manifestation mythopathique, la simulation peut donc être considérée comme une fabulation en activité, systématiquement exécutée, par la mise en jeu et avec la complicité de toutes les énergies physiques et psychiques de l'organisme, par certains sujets prédisposés à ce mode d'activité mythopathique. [1]

Trois modalités de mythomanie se retrouvent : vaniteuse, maligne, perverse, la modalité maligne s'exprimant plus fréquemment chez la femme par la production d'« hétéro accusations calomnieuses », dont les « hétéro accusations génitales ». L'exemple le plus souvent évoqué était celui de Melle de Morel qui, en 1835, accusa de tentative de viol le lieutenant de la Roncière, ayant simulé dans sa chambre la mise en scène de l'agression. « Le malheureux lieutenant, complètement innocent, fut condamné à dix ans de réclusion, effectua sa peine entière à Clairvaux, et ne fut réhabilité qu'en 1849. »

Le texte de Dupré se conclut tout naturellement par un ensemble de recommandations médico-légales à destination des experts :

> Le témoignage de l'enfant doit toujours être considéré, sinon comme irrecevable, au moins comme extrêmement suspect, et n'être accepté que sous bénéfice d'inventaire et de contrôle.
> On doit toujours rechercher, chez l'enfant, les éléments de la suggestion étrangère, volontaire ou involontaire, de la part de l'entourage : parents, maîtres, etc. Les magistrats ne devraient, en aucun cas, accorder au témoignage de l'enfant, une valeur effective ou morale que celui-ci ne peut comporter ; et le devoir du médecin-légiste est d'éclairer les magistrats sur le peu de valeur probante que comportent, à toutes les phases de la juridiction, les témoignages ou les renseignements émanés de l'enfant. [2]

En dernier lieu, afin que la justice se prémunisse des risques de mythomanie, Dupré préconise un recours systématique à l'expertise médico-légale du « sujet accusateur » :

> En présence d'accusations criminelles, émanées de certains sujets et dénonçant certains attentats, les magistrats devraient toujours « soupçonner le danger et donner la parole à l'expert » (Garnier). Le transfert du domaine judiciaire dans le domaine médical de ces affaires aurait évité bien des erreurs judicaires… [3]

A la même époque, paraît un texte très proche dans son esprit de celui de Dupré, cette fois exclusivement consacré aux « hystériques accusatrices », reprise, dans une perspective également

---

[1] E. Dupré, *op.cit*, p 31.
[2] *Ibid.*, p.65.
[3] *Ibid.*, p.65.

médico-légale, de certains des traits caractère de l'hystérique tels que la psychiatrie les avait décrits depuis longtemps (P. Garnier, 1903).

Dans leur article consacré à l'évolution du concept de mythomanie, T. Haustgen et M-L Bourgeois (2007)[1] offrent plusieurs exemples particulièrement parlants de cette conception de l'hystérie comme maladie de la simulation, préfigurant le pithiatisme de Babinski pour lequel elle ne sera plus que simulation d'une autre maladie. Ils citent notamment les thèses de Falret qui, en 1866, écrit :

> Un fait principal, essentiellement caractéristique chez les hystériques, c'est l'esprit de duplicité et de mensonge. Ces malades sont de véritables comédiennes ; elles n'ont plus grand plaisir que de tromper et d'induire en erreur. Les hystériques qui exagèrent jusqu'à leurs mouvements convulsifs (lesquels sont souvent en partie simulés), travestissent et exagèrent également tous les mouvements de leur âme, toutes leurs idées et tous leurs actes. Elles affichent à chaque instant des sentiments qu'elles n'ont pas, elles jouent la douleur comme la gaîté, l'amour comme la haine.

Ils citent encore Legrand de Saulle, qui situe dans le troisième des quatre degrés formant pour lui l'hystérie, les mensonges, tromperies et dénonciations calomnieuses, aux côtés des attaques de sommeil et des dédoublements de la personnalité.

L'on imagine sans peine ce que de telles conceptions viendront servir de positions conservatrices d'un l'ordre établi, se voulant immuable parce que jugé naturel, des genres et des générations : femme (comme enfant), hystérique et plaignante fabulatrice sont quasiment synonymes dans une équation qui laisse peu de place la recevabilité d'une plainte, voire l'invalide par avance totalement tant le présupposé naturaliste est fort. Ni la femme, ni l'enfant, dans cet ordre social ne sont *a priori* crédibles et il faudra encore longtemps pour que des critères de véracité, obéissant à des règles précises de recueil et de validation s'imposent. Ainsi, selon P. Le Maléfan :

> Il est peu de dire que la mythomanie fut un signifiant majeur du discours social et psychopathologique au moins jusqu'aux années 1970 et qu'il a longtemps fonctionné comme l'un des modes privilégiés de reconnaissance stigmatisante de l'enfant et de sa parole. [2]

1.3.4. Du sexe au genre

Il faudra encore de nombreuses décennies et les grands bouleversements des mœurs des années 1970 pour que les principes émergés au 19ième siècle deviennent effectivement opérants.

A l'origine de cette transformation profonde de la société, se trouve le mouvement féministe, qui va trouver dans les violences sexuelles, leur reconnaissance juridique et leur appréhension en termes d'enjeux de pouvoir entre sexes, un levier fort.

Ce sera désormais moins le procès du violeur que celui du viol qu'il s'agira d'instruire en tant que ce dernier participe, s'inscrit et prend sens d'un rapport de domination homme/femme qu'aucune raison naturelle ne justifie. Le problème est un problème de société et relève d'une répartition

[1] T. Haustgen et M-L Bourgeois (2007) : L'évolution du concept de mythomanie dans l'histoire de la psychiatrie, *AMP*, 165, p. 334-44.

[2] P. Le Maléfan (2006) : Dupré, père de l'enfant menteur appelé aussi mythomane ou un trouble des conduites au temps de la doctrine des constitutions, *L'évolution psychiatrique*, 71, p. 447-471.

inégalitaire des places et des pouvoirs entre les sexes. L'appartenance à l'un ou l'autre et la « fatalité physiologique » que cela implique, les fonctions sociales auxquelles elle est sensée prédisposer, ne sont que des rationalisations naturalistes d'une idéologie fallacieuse au service d'un ordre politique visant à maintenir, en l'état, un ensemble de privilèges attachés à la masculinité. Il faudra désormais parler de genres pour bien marquer la nature politique des « sexes », contre leur naturalisation.

La dénonciation des violences conjugales et de l'inceste prennent le même sens, parce que le couple et la famille sont les espaces par excellence d'apprentissage et de maintien de cette captation du pouvoir par un seul genre : là où le rapport de force peut se jouer au plus intime de la relation et où surtout, peut-être, se transmettent de génération en génération avec le plus de force les stéréotypes sociaux. En outre, la domination est aussi sexuelle, elle s'enseigne et se reproduit très précocement, et l'émancipation des femmes passera aussi par la conquête de leur sexualité propre.

Le procès d'Aix en Provence en 1978 représente en France un révélateur et un catalyseur de cette mutation profonde dans la conception des genres :

- pour la première fois il y est fait référence avec insistance à la souffrance psychique des victimes, aux atteintes graves et durables que le viol peut entraîner. Le viol s'y redéfinit partiellement d'être non seulement une violence de nature sexuelle, mais aussi une atteinte majeure à la personne, à la libre disposition de son corps comme propriété inaliénable. Nous reviendrons plus loin sur ces premières références faites aux conséquences psychiques sur les victimes ;
- le rôle actif qu'y prennent les victimes dans la légitimité de leur plainte, victimes non seulement de viol, mais aussi d'une société inégalitaire entre sexes qui a rendu possible la commission de celui-ci. Comme pour la question de l'avortement et de sa légalisation, le procès est devenu pour partie un procès politique ;
- au plan plus strictement juridique, sera au cœur des débats la question cruciale de la définition des faits et, partant, des critères de consentement, ou plutôt de non consentement, et où ce qui sera finalement considéré comme signant le viol est, outre la pénétration, « la transgression du refus ». Cela débouchera rapidement sur la loi de décembre 1980 redéfinissant le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise ». Plusieurs textes de loi ultérieurs confirmeront cette tendance devenue forte.

Ce combat idéologique va également se jouer sur un autre terrain, celui des théories du psychisme, et s'en prendre en particulier à la psychanalyse freudienne ; car le féminisme, posant le problème dans un autre espace que celui de la psychologie, celui de la morale sociale et du droit, ne pouvait que voir dans le modèle freudien du trauma une sorte d'ennemi idéologique à combattre puisqu'il rabattait, selon les analyses féministes, la totalité du problème sur une question d'économie psychique, hors tout enjeu de réalité, au point que l'existence ou non de violences à l'origine des troubles était devenu une question n'ayant plus guère de sens.

Partant, il pouvait dénoncer en la psychanalyse une alliée objective de positions sociales dont il s'attachait à dénoncer le caractère profondément inégalitaire ; et de voir dans ses thèses relatives au caractère fantasmatique des récits de traumas sexuels une idéologie consistant à exclusivement « psychologiser » un problème avant tout politique, c'est-à-dire à imputer au sujet, même fut-ce de façon inconsciente, les troubles dont il souffrait.

> La dissimulation par les psychiatres et les psychanalystes de la vérité sur les abus sexuels devint le leitmotiv des protecteurs de l'enfance maltraitée, établissant une continuité dans la conspiration du silence des premiers psychiatres, d'Esquirol à Freud.[1]

De même, le féminisme a pu voir dans le privilège accordé au « phallus » dans la maturation une forme d'autant plus insidieuse que subtile de valorisation des critères de masculinité aux dépends de ceux de la féminité.

Que cette critique *a posteriori* ait pu être injuste à l'égard de Freud n'enlevait rien à sa pertinence au sens où, une fois la question du trauma dégagée de ses enjeux politiques, toute doctrine continuant d'assimiler à une névrose les troubles consécutifs à une agression sexuelle ou à un inceste se faisait le soutien objectif de positions conservatrices dans un débat devenu de société. Ou bien il revenait aux courants de la psychologie incriminés d'œuvrer à l'élaboration d'un corpus clinique et notionnel permettant de clairement distinguer troubles névrotiques et troubles consécutifs à des violences effectives ; ou bien de se déclarer incompétents en une matière ne relevant pas de son domaine.
En outre, les enjeux de toute prise en charge psychologique de ce qu'il fallait dès lors désigner comme des victimes au sens juridique du terme, s'en trouvaient également déplacés puisqu'une telle prise en charge devenait une sorte de prolongement naturel de l'action judiciaire dans un processus général de restauration ; à l'opposé de l'idée de psychothérapie véhiculant peu ou prou la représentation d'un sujet (au moins en partie) responsable de ses troubles. Son objet même, ses constructions et ses méthodes, ne pouvaient que se déplacer, sinon encore une fois à risquer d'assimiler implicitement séquelles traumatiques et psychonévrose.

De même quand J.-M. Masson, dans *Le réel escamoté*, ouvrage pour le moins polémique, fait le reproche à Freud et à ses « exécuteurs testamentaires » et historiens officiels comme Jones d'avoir littéralement caviardé une part non négligeable des lettres de Freud à Fliess, il ne s'insurge pas seulement contre le fait qu'ait été soustrait à la communauté scientifique un matériel historiquement important, mais aussi qu'ait été gommé tout ce qui dans cette correspondance semblait avoir trait aux hésitations de Freud quant à la réalité des abus sexuels sur enfants : de défendre, au prix d'un détournement, la thèse du caractère fantasmatique de ces allégations, contre un certain nombre d'évidences, pour la défense d'un certain ordre social fondé sur la toute puissance paternelle. La thèse de Masson quant aux raisons d'un tel caviardage serait qu'il aurait visé à cacher ce qui ne serait qu'un recul de Freud face aux résistances que sa neurotica suscitait ; recul parce que Freud ne pouvait pas ignorer la réalité des abus sexuels relatés par ses patients, ne serait-ce que

[1] D. Fassin, R. Rechtman, *op. cit.*, p. 127.

parce que lors de son séjour à Paris chez Charcot, il avait assisté aux leçons de médecine légale que dispensait P. Brouardel à la morgue et dont l'un des thèmes était celui des violences sexuelles à enfants.

Que la thèse soutenue par Masson soit contestable sur de nombreux points n'est pas ici la question[1], et c'est plutôt celle de ce qui au fond fait pour Masson *scandale* qui nous intéresse. Certainement la persistance de positions psychothérapiques se revendiquant de Freud et se refusant à admettre la réalité de tels abus ; mais moins au titre de théories que des positions politiques dont elles se font le soutien, involontaire sans doute, mais le soutien malgré tout. C'est peut-on penser le primat non discuté apporté au sujet psychique par rapport au sujet de droit qui interroge et qui heurte. **Ce n'est pas fantasme contre réalité mais psychologie contre droit** car, pour le regard moderne, continuer de ne pas se préoccuper, avant toute autre considération, du caractère fantasmatique ou de réalité d'abus sexuels à enfants, revient à continuer de privilégier un regard et une approche strictement psychologiques, aux dépends de ce qui en font un délit ou un crime.

La préoccupation thérapeutique à destination des victimes viendra peu après, mais elle n'est pas première. Le discours et les pratiques « féministes » se veulent avant tout dénoncer l'aliénation politique d'un genre par un autre ; et si souffrance il y a, elle trouve d'abord son exutoire sur le terrain de la lutte pour la conquête d'une égalité des droits, et non dans l'espace intime de la consultation.

Cependant très vite des centres se mettront en place afin de prendre aussi en charge les retombées psychiques des violences sexuelles. Une clinique nouvelle s'en inventera, comme celle des violences conjugales et de leurs cycles.

1.4. L'humanité. L'humanitaire. L'ethnos

1.4.1. L'irreprésentable
1.4.2. La naissance de l'Humanité
1.4.3. L'impératif de témoignage
1.4.4. L'humanitaire
1.4.5. L'ethnos

1.4.1. L'irreprésentable

Aurions-nous oublié la question du Mal que le 20ième siècle se serait chargé de façon particulièrement violente de nous la rappeler :

[1] Voir notamment l'article de F Gantheret (1988) : Habemus Papam !, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 38, p.47-72.

> La Shoah et la menace nucléaire, ces deux monstruosités que nous a léguées le 20ième siècle, ont en commun d'avoir précipité le mal moral dans le monde de la nature, réalisant une sorte de double satanique de la théodicée. Avant Lisbonne, même les tremblements de terre dépendaient du mal moral, puisqu'ils représentaient le châtiment d'une transgression éthique. Dans l'ère ouverte par Auschwitz et Hiroshima, la mise à mort programmée de dizaines de millions d'innocents passe désormais pour un fait de nature. Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement ? Rien dans ce que nous appelons la morale ou l'éthique n'est assez fort pour supporter le poids de l'énormité du mal qui s'est manifesté au siècle que nous venons de quitter. [1]

La mise au même plan de ces deux catastrophes morales a pu être vivement contesté au titre de qu'elles étaient sous-tendues par deux projets radicalement différents : la fin de la guerre contre le Japon justifiant l'usage de la bombe atomique comme « un mal nécessaire », et l'extermination systématique et méthodiquement organisée de peuples entiers, en particulier le peuple juif.

Ce qui pourtant justifie ici leur assimilation est que chacune à sa façon nous a précipités dans l'imminence de notre fin comme espèce, dans un processus de destruction entièrement déterminé par nous-mêmes. La catastrophe finale est déjà là et nous en serons les probables responsables. Or chacune prend sens pour le 20ième siècle d'en avoir réalisé dans leurs principes deux des modalités possibles :

- la fin physique de l'espèce, la disparition désormais à tout moment possible de toute vie sur terre, voire de la terre elle-même ;
- l'abolition de toute limite morale, jusqu'au droit de nier, pour ce qui concerne les camps d'extermination, l'appartenance d'un peuple à l'espèce humaine et d'organiser sa disparition.

Evoquant Günther Anders, le premier penseur sans doute à avoir ainsi rapproché Hiroshima d'Auschwitz, Dupuy affirme :

> Il n'a pu faire cela que parce qu'il a compris comme Hannah Arendt et sans doute avant elle, que, passés certains seuils, le mal moral devient trop grand pour les hommes qui pourtant en sont responsables et qu'aucune éthique, aucune rationalité, aucune norme que les hommes puissent se donner n'a la moindre pertinence pour évaluer ce qui s'est passé. [2]

Comment dire l'indicible, sinon en faisant de ces catastrophes préméditées la mesure même du mal ? Car tout essai d'explication qui les rapporterait, et donc les réduirait, à des catégories de l'entendement, en abolirait leur caractère de mal absolu. Toute échelle de mesure en relativiserait *de facto* l'horreur.

L'on sait les controverses qu'ont suscitées les positions d'H. Arendt quant aux motifs d'un Eichmann à avoir participé sans états d'âme à l'œuvre d'extermination nazie. Là où la vision morale traditionnelle du mal supposait, soit son irresponsabilité, soit sa monstruosité, elle met à jour une effarante et paradoxale banalité, une forme de conformisme sans imagination, peu soucieux d'autrui plus par défaut d'empathie que par véritable hostilité. L'on conçoit ce qu'a pu avoir d'insupportable cette disproportion radicale, monstrueuse en elle-même, entre l'énormité morale des actions commises et le caractère dérisoire de leurs motifs, tels qu'Arendt les avait analysés.

---

[1] J.-P. Dupuy (2005), *op.cit.*, p. 70.
[2] *Ibid*., p. 80.

Aujourd'hui encore, ces questions suscitent des positions fortes, comme en témoigne la polémique récente qu'a provoquée une exposition publique conçue autour des 4 photographies prises clandestinement d'Auschwitz par des déportés appartenant sans doute aux Sonderkommandos, ces équipes de déportés chargés de « travailler » aux fours crématoires (G. Didi-Huberman, 2003). Les débats sont ainsi loin d'être clos quant à la légitimité de toute tentative de représentation de ce que furent les camps et de l'éventuelle forme que l'on peut lui donner.

Il fallait bien pourtant tenter de trouver de nouvelles formules à même d'appréhender, malgré tout, quelque chose de ce qui semblait ne pouvoir ressortir à aucune catégorie de l'entendement et de la morale.

1.4.2. La naissance de l'humanité

L'une est juridique et invente un crime nouveau, le « crime contre l'humanité », tant les catégories usuelles du droit ont semblé totalement dérisoires pour qualifier une œuvre criminelle d'une telle envergure mais surtout d'une telle nature. La question était de déterminer l'objet de l'intention criminelle, à quoi elle avait été attentatoire, et quelles valeurs à la démesure de son projet il était possible d'y opposer.

Un crime nouveau est né de ces tentatives, à la définition balbutiante. Il apparaît avec le Procès de Nuremberg en 1945 et vise « l'assassinat, l'extermination, la réduction en esclavage, la déportation, et tout autre acte inhumain inspirés par des motifs politiques, philosophiques, raciaux ou religieux et organisés en exécution d'un plan concerté à l'encontre d'un groupe de population civile » (Wikipedia).

Ainsi est née l'*Humanité*, dans une acception juridique qui ne vise pas à spécifier les caractéristiques de l'espèce humaine, mais à affirmer une forme de citoyenneté commune à tous les êtres humains, hors toutes appartenances : une condition transcendant toutes les conditions ; des droits et une justice s'appliquant à tous, au-delà de toutes les formes de différences.

1.4.3. L'impératif de témoignage

En apparence à l'opposée de cette tentative axiologique de mise en forme juridique de l'impensable, s'affirme au long du 20ième siècle, comme une nécessité intérieure autant qu'un devoir à l'égard d'autrui, une modalité nouvelle de « survivance » à l'expérience vécue de « l'inhumain » : le témoignage. Sans doute nul autre que R. Antelme a su en restituer l'urgence et le besoin impérieux auxquels il obéit :

> Il y a deux ans, durant les premiers jours qui ont suivi notre retour, nous avons été, tous je pense, en proie à un véritable délire. Nous voulions parler, être entendus enfin. On nous dit que notre apparence physique était assez éloquente à elle seule. Mais nous revenions juste, nous ramenions avec nous notre mémoire, notre expérience toute vivante et nous éprouvions un désir frénétique de la dire telle quelle. Et dès les premiers jours cependant, il nous paraissait impossible de combler la distance que

> nous découvrions entre le langage dont nous disposions et cette expérience que, pour la plupart, nous étions en train de poursuivre dans notre corps. Comment nous résigner à ne pas tenter d'expliquer comment nous en étions venus là ? Nous y étions encore. Et cependant c'était impossible. A peine commencions-nous à raconter, que nous suffoquions. A nous-mêmes, ce que nous avions à dire commençait alors à nous paraître inimaginable. Cette disproportion entre l'expérience que nous avions vécue et le récit qu'il était possible d'en faire ne fit que se confirmer par la suite. Nous avions bien affaire à l'une de ces réalités qui font dire qu'elles dépassent l'imagination. Il était clair désormais que c'était seulement par le choix, c'est-à-dire encore par l'imagination que nous pouvions essayer d'en dire quelque chose. [1]

Il n'est pas étonnant que cette nécessité de témoigner ait été particulièrement forte chez les survivants des camps d'extermination nazis : extermination conçue sur le mode de la plus familière des usines. Il s'agissait de faire disparaître comme l'on fabrique des biens de consommation : organisation rigoureuse du temps, travail à la chaîne, rentabilisation des équipements, organisation du travail, recyclage des « déchets », etc., une véritable industrie mise au service d'un effacement, d'une disparition se voulant totale et définitive de peuples jugés indésirables sur terre, rejetés hors de « l'espèce humaine » : même plus des étrangers. Bien plus :

> La destruction des vies s'accompagne d'un projet de déshumanisation systématique du sujet et de sa mort[2] : c'est cette expérience-là, faite par ceux qui n'ont pas survécu, qui est indicible. Elle n'a pas eu de témoin, à la fois parce que les victimes n'ont pas survécu et parce que le projet nazi incluait l'absence de témoins et la destruction, chez les victimes, de la possibilité de s'éprouver humain parmi les humains, de parler et de se parler en présence d'un visage. Le problème des « Sonderkommandos », si justement posé par Primo Levi, permet de comprendre en quoi la suppression des témoins n'est que l'aspect le plus visible d'un projet consistant à compromettre les victimes et les faire disparaître comme telles. [3]

L'on comprend alors mieux en quoi la « survivance » peut ne tenir, chez beaucoup de ceux qui déjà ont survécu de façon improbable à la volonté d'extermination, qu'à la seule possibilité de témoigner ; *id est* moins celle de contribuer à la construction d'une vérité historique objective ou se voulant telle, -même si elle y participera de façon essentielle-, qu'à tenter de rendre réel, ou plus exactement authentifiable, l'événement : en en construisant une mémoire, c'est-à-dire une représentation partageable et dès lors transmissible. Là ne réside pas la moindre complexité de cette modalité de témoignage…

> …comme récit en première personne authentifié par celui qui raconte et qui garantit, par l'acte même le constituant comme témoin, l'existence de l'événement raconté. Une telle définition suppose d'aborder le témoignage au titre, non pas seulement d'un récit, mais d'un acte, un acte engageant la responsabilité du témoin mais aussi celle du ou des groupe(s) recueillant le témoignage, et, plus largement, celle de l'ensemble humain. [4]

Ou encore, écrit le même auteur :

---

[1] R. Antelme (1957) : *L'espèce humaine*, Tel, Paris, p. 9.

[2] D'où le mode de résistance qu'en conçut Viktor Frankl, celui de surtout ne pas se laisser déposséder de sa propre mort, à la différence du « Musulman » ; voir *Un psychiatre déporté témoigne.* Il en concevra sa Logothérapie.

[3] J.-F. Chiantaretto (2001) : Le témoignage et la figure du témoin survivant : une approche plurielle. Réflexions à partir de Primo Levi, *L'Evolution. Psychiatrique*, 66, p. 438.

[4] *Ibid.*, p. 438.

> Nul témoin, du registre historique jusqu'au registre juridique, ne peut être considéré tel un spectateur qui raconterait en toute liberté ce qu'il a vu. Il est doublement impliqué : par ce qu'il a vécu, par ce qu'il engage de lui-même en témoignant, mais il est aussi doublement responsable, au sens d'avoir à répondre : dans la relation à ceux qui sont impliqués par son témoignage, dans la relation à ceux auprès desquels il témoigne. En d'autres termes, il raconte ce que nul autre ne peut raconter à sa place et engage sa responsabilité de sujet parlant, c'est-à-dire de sujet en relation, quant à la vérité de ce qu'il raconte. Le témoigné participe de la subjectivité du témoin tout en la transcendant. [1]

Mais de quoi témoigner ? Il existe un paradoxe inhérent à toute tentative de rendre compte, à soi comme à autrui, de *l'extrême* d'une expérience ou d'une condition faite.
L'idée d'inhumanité ou de déshumanisation nous est ici de peu d'aide, car c'est bien parce qu'elle atteint à l'homme, avec des procédés que seul l'homme est capable de concevoir, qu'elle reste du registre de l'humain. Celui-ci n'a pas de contraire ou de négatif : l'inhumain, dans son horreur même la plus absolue, reste précisément humain parce qu'il vise et touche à ce qu'il y a de plus humain. Qu'il le rabaisse, qu'il l'humilie, qu'il l'aliène, qu'il nie ses droits les plus fondamentaux ou le prive de ses besoins les plus élémentaires, il continue de dire l'humain en le déniant à l'autre.
Qu'est-ce qui alors fait l'extrême, l'insupportable autant que l'inacceptable ? Rechtman nous suggère que ce serait « ce point où quelque chose de la condition humaine fut précisément altéré dans la rencontre avec un intolérable absolu », « … ce point au-delà duquel la condition humaine ne serait plus tenable » (p. 166) ; quand être humain n'en vaut plus la peine, quand ayant été amené par la violence subie à trahir les plus fondamentaux de ses engagements[2], quand plus rien n'a de valeur sinon peut-être encore le refus vivre l'intolérable.
Ceux qui ont survécu seraient finalement ceux qui ont su mettre la volonté de survivre au dessus de toute autre considération et ont su s'absenter de l'insupportable du quotidien ; et de cela il n'est pas facile de rendre compte, ni d'en revenir…

Une telle expérience est-elle partageable et comment ? La question vaut d'autant plus d'être posée que ce qui pourrait encore, peut-être, réconcilier le survivant avec lui-même, c'est que cette expérience de l'intolérable, il lui soit possible, non de la partager en tant que telle, mais de témoigner de sa possible existence et des ravages qu'elle produit chez celui qui l'a vécue : que l'expérience intime s'y fasse illustrative et démonstrative du caractère insupportable de ce que la condition endurée peut engendrer d'effets mortifères.
La nouveauté[3] est ici que c'est la subjectivité qui se fait témoin de la condition d'humanité bafouée, mais une subjectivité dépouillée de l'expérience personnelle, une subjectivité sans subjectif.
Partant, le témoignage ne vaut que par l'effacement de toute référence personnelle ou, si celle-ci subsiste, ce ne peut être qu'au titre d'exemple, d'illustration singulière d'une loi généralisable à l'humanité ; une expérience subjective à la portée universelle, ou se voulant telle, exemplaire d'une condition extrême faite non à un homme mais, à travers lui, à l'humanité toute entière : l'expérience du franchissement des limites qu'il s'est donné, et des effets que cela peut engendrer.

---

[1] *Ibid.*, p. 441.
[2] A devoir par exemple transgresser certains tabous, comme l'a montré F Sironi chez les victimes de tortures (F. Sironi, 1999).
[3] Il existe une histoire du témoignage et la forme que prennent les récits de l'expérience des camps, a dû s'inventer (voir R. Waintrater, 2003).

1.4.4. L'humanitaire

Cette humanité aura bientôt sa politique, **l'humanitaire,** avec le grand principe qui en fonde la forme contemporaine : d'abord un droit puis, pour certains, une « obligation d'ingérence », à l'encontre de toute souveraineté nationale. Celle-ci représente la mise en œuvre pratique de « l'humanité » comme condition ; et puisqu'elle transcende toutes les différences, tous les particularismes, sa politique sera de s'adresser à chaque homme, au nom d'un droit universel supérieur à tous les droits locaux. Un principe de solidarité s'affirme, analogue à celui qu'inventa la France du 19ième siècle, à ceci près qu'il vise à s'adresser à tout être humain.
La pratique humanitaire a une histoire et celle que nous connaissons aujourd'hui n'est pas née de rien[1]. Il lui a fallu en subvertir les formes traditionnelles, incarnées notamment par la Croix-Rouge et se concevoir sur de nouveaux principes : montée en puissance des organisations non gouvernementales (ONG), interventions d'urgences (avec la notion de « crise humanitaire ») en cas de catastrophes et de guerres, sans-frontiérisme, fonction d'alerte et de témoignage des violations des droits de l'homme partout dans le monde, médicalisation puis psychologisation de la souffrance.

D. Fassin et R. Rechtman (2007) , dans leur ouvrage *L'empire du traumatisme*, se sont particulièrement attachés à retracer le mouvement très récent qui a conduit à concevoir la santé mentale comme un besoin aussi fondamental que les autres besoins élémentaires traditionnellement assurés par l'humanitaire.
C'est semble-t-il le tremblement de terre de 1988 en Arménie qui fait catalyseur et qui révèle, comme une évidence, la nécessité d'une prise en charge de la souffrance psychologique des populations sinistrées.
La *psychiatrie humanitaire* allait en naître et cela bien avant que la notion de traumatisme ne vienne en asseoir une certaine forme de légitimité. De nouveaux humanitaires (les psy) pour des missions et des modes d'intervention spécifiques à destination de ce qui se réfléchit comme des nouveaux besoins, complémentairement à ceux plus traditionnellement couverts par les missions humanitaires.

Cette psychiatrie va se déployer très rapidement sur de multiples terrains et domaines d'intervention, découvrant les problèmes inhérents à son exercice ainsi que ses méthodes, à la mesure des populations auxquelles elle sera confrontée. Son champ débordera très vite celui d'une psychiatrie de l'urgence et de la catastrophe (comme il existe une médecine de catastrophe dont R. Noto fut l'actif promoteur[2]) pour s'intéresser à ce qu'il est difficile de désigner d'un terme générique, celui de « traumatismes » même au pluriel, qui, bien que communément adopté, semble souvent réducteur au regard de la complexité des problématiques et des enjeux en cause : victimes de catastrophes naturelles, populations de réfugiés, survivants de génocides, victimes de violences d'état, populations sous la guerre, enfants-soldats…, justifieront chacune l'invention de dispositifs et d'approches cliniques originales au croisement de disciplines comme la psychologie, la sociologie, la

[1] Voir P. Ryfman (2008) : *Une histoire de l'humanitaire*, La découverte, Paris.
[2] Voir à ce propos : Audet J., Katz J.-F (1999) : *Précis de victimologie générale*, Dunod, Paris.

psychopathologie, la psychanalyse, l'anthropologie. Comme nous n'y reviendrons pas, l'objet de ce travail étant ailleurs, mentionnons, pêle-mêle, quelques travaux de référence : M.R. Moro (2002) ; O. Douville (2008) ; C. Lachal (2006) ; C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, M.R. Moro (20 03); B. Doray et C. Louzoun (1997) ; F. Maqueda (1999, 2008)…

1.4.5. L'ethnos

Mais comment et sur quoi fonder un droit transcendant tous les droits locaux, comment penser un homme hors toutes singularités, défait de sa culture, quand l'on sait que la conception même de l'Homme connaît d'infinies variétés ? Comment s'entendre sur la définition de l'humanité et de ses droits quand toute tentative se heurte au fait que toutes les collectivités humaines, d'une part n'en partagent pas nécessairement le projet, d'autre part, si elles le partagent, n'en développent pas nécessairement la même conception et n'y mettent pas les mêmes priorités.

Cette pensée de l'universalité recèle une forme de paradoxe dont elle n'a pas tout de suite pris conscience, qui tient à ce que, pour s'exercer, elle se trouve contrainte de concevoir la diversité humaine comme l'une de ses caractéristiques constitutives. Car les frontières ont beau en théorie être des lieux de rencontre (F. Maqueda, 2008)), en pratique elles prennent bien souvent la forme de mûrs et participent au contraire d'un refus de toute altérité ; et, intérieures à une communauté, elles se font ghettos ou multiples modalités d'exclusion ou de « fracture sociale », quand ce n'est pas une volonté génocidaire, de « meurtre du frère » plus que du père, ou encore « destruction de l'ensemble des repères symboliques qui font tenir la langue, la mémoire et le corps » laissant ceux qui sont saisis par cette mélancolie du lien « pris dans des violences et des sidérations, des inhibitions redoutables » (O. Douville, 2006, p. 214).

Ce sont les « conflits », entre guerres civiles et génocides[1], comme ceux de l'ex-Yougoslavie et du Rwanda qui, entre autres choses, rappelleront ce que le projet humanitaire avait un instant oublié : que nos frontières ne sont jamais que des compromis historiques transitoires et toujours révisables, et qu'il n'est d'humanité que dans la diversité de ses cultures.

[1] Pour une discussion approfondie du terme de génocide et de celui d'ethnocide, voir J.M. Chaumont (2002), *op.cit.*

1.5. L'invention de la victimité contemporaine

> Cependant, cette légitimité nouvelle de la victimologie et l'acception désormais sereine des troubles post-traumatiques résultent moins d'une révision des théories psychiatriques et psychanalytiques que de la normalisation de la question des victimes et de la diffusion de la représentation du traumatisme dans le monde profane… Ce sont les victimes qui justifient la victimologie, et non l'inverse. (Fassin et Rechtman, *L'empire du traumatisme*, p. 190)

PLAN :

1.5.1. La souffrance psychique comme nouveau paradigme
1.5.2. Le droit des victimes et la victimologie
1.5.3. Le traumatisme dans tous ses états
1.5.4. Les figures toujours renouvelées de la victimisation

Auschwitz et Hiroshima ont incontestablement participé à l'effondrement de la conception strictement morale du mal. Partant, la sanction des coupables ne pouvait plus se justifier uniquement de la seule monstruosité de leurs actes, mais aussi et peut être surtout du poids de leur responsabilité au regard des autres hommes, et d'abord de ceux qui en furent les victimes directes. Si le procès de Nuremberg, en 1945 n'a laissé presque aucune place aux survivants et privilégié la production de documents écrits, celui d'Eichmann, en 1960, marque un virage dans la place qu'y tiennent les victimes dans le processus pénal, laissant une large part à leur témoignage, non seulement aux fins d'établissement des crimes, mais aussi dans l'expression du caractère hors tout entendement du sort qui leur avait été fait.

Cette place nouvelle participe et témoigne tout à la fois de ce qu'à la souffrance morale, émanation de la centralité de la question de la faute, était en passe de se substituer une toute autre souffrance, la **souffrance psychique**.

Le traumatisme, devenu désormais psychologique, va y trouver une importance débordant de toutes parts le seul domaine de la psychopathologie et des pratiques expertales et de soin, pour devenir une catégorie générale de l'expérience commune.

1.5.1. La souffrance psychique comme nouveau paradigme

S'il faut en croire Marcel Gauchet (1992), il faut remonter au début du 19ième siècle pour trouver les premiers éléments de développement d'un processus général de transformation radicale

de la « figure du sujet humain », dont notre individualité moderne est l'aboutissement. Son émergence est contemporaine de l'affirmation du principe de la liberté individuelle comme nouveau fondement de la citoyenneté et de l'affranchissement qu'elle exige du poids des contraintes collectives qui caractérisaient l'ordre ancien. Paradoxalement, alors même qu'elle semblait pouvoir dégager l'homme de ses anciennes oppressions, elle engendre une autre forme d'aliénation :

> Cette image de la souveraineté du dedans correspond historiquement à une phase de compromis : pour s'insérer dans le travail de contestation de l'ordre imposé du dessus, elle n'en suppose pas moins secrètement l'appui de cette obligation d'appartenance que par ailleurs elle contribue à ébranler. De sorte que l'advenue des individus émancipés se traduit en profondeur par la ruine des fondements de la possession de soi. L'homme délié de l'assujettissement au collectif est l'homme qui va devoir se découvrir intérieurement asservi. [1]

Ainsi la folie, qui apparaissait jusqu'alors comme une forme radicale, extrême, de l'altérité, réintègre-t-elle l'homme comme une possibilité inhérente à sa nature même. D'où la « découverte de l'inconscient » (avec de multiples variantes terminologiques) que l'on trouve au cœur de cette nouvelle modalité de penser l'homme, inconscient venant dire une intériorité fondamentalement divisée, qui ne peut que s'échapper à elle-même. La liberté individuelle fondée sur la conscience et la volonté, à peine affirmée au fondement de la société nouvelle, se découvre un adversaire d'autant plus redoutable qu'il restera par définition à jamais inconnu. Bien avant la psychanalyse, ce paradigme s'est formé à partir des connaissances scientifiques nouvelles relatives aux origines de l'homme, à son organisation somatique et aux lois réglant son activité (M. Gauchet, 1992). La psychopathologie naissante y a également contribué à partir de l'étude des névroses, sur les bases d'abord de l'étude des phénomènes hypnotiques et somnambuliques (H. F. Ellenberger, 1994).

Les sciences humaines pouvaient dès lors prendre la place laissée grandement vacante par les sciences morales. De là tenons-nous en grande partie notre fascination collective pour la « réalité » psychique :

> Au lieu d'une âme inséparable de la notion de péché, une nouvelle catégorie désigne le dedans de la personne : l'esprit, la psyché, le mental, bref, l'intériorité cachée, dissimulée, mais manifestant son existence par des signes multiples, Sacrée comme l'âme, c'est un tabou pour les modernes qui ne peuvent la manipuler sans risque. L'intériorité est une fiction qu'ils ont fabriquée pour dire ce qui se passe à l'intérieur de nous. Mais cette fiction est aussi une vérité : nous y croyons comme d'autres croient en la métempsychose ou au pouvoir magique des ancêtres.[2]

S'ouvrait ainsi l'histoire du sujet et de la subjectivité, dont l'exploration détaillée déborderait très largement notre propos.

Venons-en immédiatement à ce qui apparaît comme l'une des conséquences récentes de ce primat accordé au sujet, et qu'Ehrenberg a dénommé « la fatigue d'être soi ». Il s'interroge :

---

[1] M. Gauchet (1992) : *L'inconscient cérébral*, p. 13-14.
[2] A. Ehrenberg (1998) : *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, p. 17-18.

> Pourquoi et comment la dépression s'est-elle imposée comme notre principal malheur intime ? Dans quelle meure est-elle révélatrice des mutations de l'individualité à la fin du 20ième siècle ? [1].

Sa réponse est qu'elle une maladie de la responsabilité :

> La dépression amorce sa réussite au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites, les règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignent aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé devant des normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même. Conséquence de cette nouvelle normativité, la responsabilité entière de nos vies se loge non seulement en chacun de nous, mais également dans l'entre-nous collectif. [2]

P. Bruckner ne dit pas à sa manière autre chose lorsqu'il relève :

> Comment ne pas voir en effet que la victoire de l'individu sur la société est une victoire ambiguë et que les libertés accordées au premier –libertés d'opinion, de conscience, de choix, d'action- sont un cadeau empoisonné et la contrepartie d'un terrible commandement : *c'est à chacun désormais qu'est dévolue la tâche de se construire et de trouver un sens à son existence*… [3]

Ce n'est alors plus, selon A. Ehrenberg, « l'autorisé et l'interdit » qui dictent nos conduites, mais « le possible et l'impossible » dans une normativité non « plus fondée sur la culpabilité et l'interdit, mais sur la responsabilité et l'initiative ». (p.16) C'est ce pourquoi de la notion de **souffrance psychique** s'est progressivement substituée celle de souffrance morale car elle correspond au primat accordé à l'intériorité comme lieu topique de son origine.

Mais il fallait aussi, pour qu'elle prenne la signification qu'on lui accorde aujourd'hui, qu'elle ne tienne aussi à la réintégration dans la subjectivité des facteurs externes, ou, autrement dit, des effets sur le sujet de la « précarité du monde », c'est-à-dire de tout ce qui fait obstacle à cette réalisation obligée de soi :

> Parler de souffrance psychique revient alors à inscrire dans le langage l'incorporation subjective des inégalités sociales objectives. Ce qui permet à D. Fassin une exégèse éclairante : *« lorsque le psychiatre, le psychologue, l'éducateur ou l'assistant social, désignent comme souffrance psychique les symptômes ou les sentiments qu'exprime une personne, ils produisent un effet social qui implique l'individu concerné mais aussi au-delà de lui la condition qui est la sienne. La tristesse, l'acte agressif ou la consommation de drogues, se trouvent interprétés dans un langage qui lie le social et le psychique. »* Comment se fait-il qu'une souffrance en rapport avec la condition sociale soit qualifiée de « psychique » alors qu'elle correspond assez exactement à « la souffrance d'origine sociale » décrite par Freud dans malaise dans la civilisation ?... Tout se passe comme si, à notre époque, cette souffrance d'origine sociale, ordinairement déniée, réapparaissait maintenant en force sur le mode de l'affect douloureux.[4]

Tout se passe effectivement comme si s'opérait une réincorporation de la dimension sociale que le primat quasi exclusif accordé dans un premier temps par la psychologie au sujet et à la subjectivité, avait occulté comme dimension constitutive de l'être. Nous sommes désormais également en souffrance de ne pouvoir advenir à la réalisation de nous-mêmes pour autrui.

---

[1] *Ibid.*, p. 9.
[2] *Ibid.*, p. 10-11.
[3] P Bruckner (1995) : *La tentation de l'innocence*, Grasset, Paris, p. 33.
[4] J. Furtos (2001) : Précarité du monde et souffrance psychique, *Rhizome*, N° 5, p. 3.

1.5.2. Le droit des victimes et la victimologie

Le droit, dans ses textes, dans son exercice et ses dispositifs, a été le premier interpellé. Il en a été conçu de nouveaux délits, de nouvelles procédures judiciaires, mais également un droit nouveau, le « droit des victimes » (R. Cario, 2006).

La naissance de la « seconde victimologie » en est l'expression forte et la concrétisation. D'abord dans la droite ligne de la criminologie et de ses questionnements, son objet premier fut la responsabilité des victimes dans la commission des crimes et il fallu que de nouveaux impératifs s'affirment pour qu'elle déplace ses questionnements sur les retombées de ceux-ci sur celles-là.

Si Gassin dénomme cette seconde victimologie, criminologie victimologique, Lopez (1997) emploie lui le terme de victimologie générale, mettant l'accent sur l'extension de son intérêt bien au-delà des seules victimes d'infractions pénales. Reprenant les propos d'E.A. Fattah, il la définit ainsi :

> Cette discipline, relativement nouvelle, s'est transformée d'une Victimologie de l'acte à une Victimologie d'action, d'une Victimologie centrée sur le rôle et les prédispositions victimogènes de la personne lésée en une Victimologie appliquée, soucieuse d'améliorer le sort de la victime en offrant à celle-ci l'aide, l'appui et le dédommagement nécessaires pour alléger ses souffrances. [1]

C'est donc une victimologie appliquée mais aussi militante, politiquement engagée, qui émerge, et qui s'est appuyée pour cela sur divers mouvements associatifs, au plus près de multiples luttes pour la reconnaissance de droits nouveaux.

Une figure incarne cette rupture, Micheline Baril, professeur de Victimologie, et chercheur à l'école de Criminologie de Montréal, fondatrice de l'*Association québéquoise Plaidoyer-Victimes*. Elle se présente comme la tenante d'une victimologie engagée contre le traitement fait aux victimes par le système judiciaire, les professionnels et plus globalement la société. Partant du constat que les victimes sont les grandes oubliées d'une justice exclusivement préoccupée par les auteurs, elle promeut activement un autre regard sur celles-ci :

> Protagoniste oubliée ou méconnue, la victime n'en est pas moins une composante de la réalité criminelle. C'est largement par les victimes que l'existence des crimes nous est connue. Le crime a des répercussions concrètes sur des personnes, des groupes, des organismes, des entreprises. [2]

L'étude qu'elle entame en 1978 et qui aboutira à la publication en 1984 de *L'envers du crime*, ouvrage se voulait répondre aux questions suivantes : « Qui sont les victimes ? Y a-t-il des caractéristiques qui différencient les personnes qui ont été lésées par un acte criminel de celles qui ne l'ont pas été ? Ces caractéristiques varient-elles selon la nature du crime ? » (M. Baril, 2002, p. 33). Ce déplacement fondateur donne lieu à des questionnements inédits :

> Comment se déroule un acte criminel du point de vue de la victime ? Les définitions légales des crimes correspondent-elles aux expériences vécues par les personnes agressées ? Comment et dans quelle

[1] E. A. Fattah (1980) cité par G. Lopez (1997), *Victimologie*, Paris, Dalloz, p. 61.
[2] M Baril (2002) : *L'envers du crime*, Paris, L'Harmattan, p.33.

> direction une victime peut-elle influencer le cours des événements ? […] Quels sont les effets des crimes sur les personnes qui les subissent ? … D'un intérêt particulier pour les criminologues, la question de l'impact de la victimisation sur les attitudes à l'égard du crime et du système de justice est liée à l'analyse des fondements du droit et de la justice. Les victimes optent-elles pour la vengeance ou pour la réparation des torts causés et dans quelle mesure la société se doit-elle de prendre en considération les désirs des victimes ? [1]

La dimension psychologique est relativement seconde dans les premiers temps de ce déplacement, même si des offres d'aide psychologique spécifiques vont rapidement s'inventer et se mettre en place. Car cette victimologie s'est également faite clinique quand elle s'est intéressée, parallèlement aux droits et à leur reconnaissance, aux conséquences médico-psychologiques des victimisations et à leur prise en charge, même si la principale réponse sociale à apporter doit d'abord et avant tout consister en la reconnaissance de droits propres aux victimes et leur application. Tout ou presque, de ce point de vue, restait à faire comme le démontre ce constat, fait par R. Cario sur la situation en France :

> Dans les textes juridiques, on cherchera en vain une définition de la victime, qu'il s'agisse d'une personne physique ou morale, d'une atteinte individuelle ou collective. Sans autre précision, la victime est synonyme de partie lésée, de plaignant ou de personne ayant subi un préjudice, de partie civile (expression dorénavant générique). Plus heureusement, le Code de procédure pénale désigne les détenteurs de l'action civile devant les juridictions répressives comme toute personne ayant « personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction ». Le mot même de victime n'apparaîtra, semble-t-il, qu'en 1970 dans ce même Code à propos du contrôle judiciaire et a peiné à s'y inscrire pleinement. La généralisation de l'expression sera plus tardive en droit pénal, au travers des dispositions générales et spécialisées du nouveau Code pénal institué par les lois du 22 juillet 1992. C'est donc le critère légal de l'infraction qui institue en victime la personne atteinte dans son corps, son honneur ou ses biens. Plus spécifiquement encore, certaines personnes sont les victimes de leur propre transgression de la loi pénale comme, par exemple, en cas d'usage de produits toxiques.[2]

En France, c'est un mouvement d'opinion similaire à celui initié par M. Baril qui est à l'origine de l'INAVEM, l'*Institut national d'aide aux victimes et de médiation*, créé en 1986 sur les bases d'un rapport rédigée par une commission composée R. Badinter en 1982 (Lopez, 2010).

Conçue sur le modèle associatif, elle regroupe 150 associations réparties sur toute la France, subventionnées par la Chancellerie, le fond interministériel à la ville et les collectivités locales. L'INAVEM a certes promu la création de nouvelles associations, mais elle s'est appuyée sur un tissu déjà existant d'associations majoritairement de bénévoles aux statuts, aux buts et aux fonctionnements très divers ; si bien qu'elles n'offrent pas toutes les mêmes prestations, comme la médiation, l'aide à la réinsertion, le contrôle judiciaire, le Service d'aide aux victime d'urgence (SAVU), des missions d'administration *ad hoc*, des permanences en commissariat, en service d'urgence, en médecine légale… L'INAVEM s'est cependant dotée d'une Chartre en 1993 et d'un code de déontologie en 1996, qui tendent à harmoniser les pratiques et concourant à une professionnalisation de l'aide apportée (900 salariés pour environ 400 bénévoles, tous ayant suivi une formation INAVEM) (G. Lopez, 2010).

---

[1] M. Baril, *op. cit.*, p. 33-34.

[2] R. Cario (2006) : *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration du lien social*, vol. 1, 3° éd., L'Harmattan, Paris, p. 27-28.

D'une part, la création de l'INAVEM accordait une reconnaissance officielle forte aux mouvements associatifs engagés dans la reconnaissance des droits de victimes puisque cela engageait l'Etat à le financer et à lui déléguer un certain nombre de mission d'information, de soutien et d'accompagnement de celles-ci dans le processus judiciaire. Cela supposait sans doute en outre, de façon plus implicite, que l'INAVEM joue une sorte de rôle, sinon de médiateur, du moins de relais entre usagers et institutions et professionnels du droit et qu'elle se fasse jusqu'à un certain point l'écho auprès des seconds et de leurs instances des éventuelles difficultés auxquelles pouvaient se heurter les premiers dans le processus de reconnaissance de leurs droits.
Ensuite, comme fédération officielle, elle ne pouvait que poser un certain nombre de conditions ou exigences (dans le fonctionnement, la nature des prestations, la qualité des intervenants…) en contrepartie du label « INAVEM » :

> L'INAVEM allait justement devenir la structure réunissant l'ensemble de ces associations, fédérant leurs attentes, régulant leurs missions et leurs territoires d'intervention, articulant les relations avec les pouvoirs publics et délivrant également les indispensables habilitations autorisant les subsides de l'Etat. [1]

La professionnalisation des acteurs qui s'en est suivie a conduit à une réflexion sur les souffrances victimales, sans que la notion de trauma n'y soit d'abord centrale, car ce qui était à son horizon était un accompagnement original que l'on peut qualifier de psycho-juridique, sur lequel nous reviendrons dans les parties suivantes.

1.5.3. Le traumatisme dans tous ses états

C'est dans une notion empruntée à la psychologie et à la psychiatrie que cette figure de l'intolérable va trouver son expression forte : le traumatisme.

> Cette rencontre, si l'on peut dire, entre la reconfiguration de l'expérience de l'anéantissement et le langage psychiatrique de l'intolérable est le produit de deux histoires parallèles qui se sont croisées au milieu des années 1970 ; lorsque, d'une part, l'impératif de poser un fondement « naturel » à la condamnation morale de l'horreur a trouvé dans le nouveau paradigme de la souffrance psychique la confirmation des limites du tolérable, et que, d'autre part, la redécouverte par la psychiatrie américaine des troubles post-traumatiques, au cours de cette même période, est venue sceller un nouveau rapport entre le régime de vérité de l'intolérable et la narration traumatique. [2]

Ce que la notion de traumatisme opère, c'est cette subjectivation de l'expérience extrême qu'elle vient certes objectiver, mais surtout à laquelle elle vient donner la consistance d'une réalité presque unanimement admise et partagée. Le « langage nouveau » du traumatisme est d'abord l'expression d'une reconnaissance sociale.
L'impératif à dire prend alors dans cette perspective anthropologique un tout autre sens que celui d'une forme exhibitionniste ou impudique de parler d'une expérience intime ; il vient solliciter

[1] D. Fassin et R. Rechtman, *op.cit.*, p. 179.
[2] *Ibid.*, 167-168.

l'expression et le partage d'une condition spoliée, dessaisie d'elle-même, d'une subjectivité empêchée et des effets délétères de ce dessaisissement.

> Dans ce nouveau paradigme de la souffrance psychique, il apparaissait évident qu'une expérience humainement intolérable était également une expérience psychologiquement intolérable.[1]

Dans une telle perspective, le rescapé est un survivant mais aussi celui qui garde la trace mémorielle de l'expérience pathogène. C'est précisément cette marque, ou trace, que vient désigner et objectiver le traumatisme et cela en lien non avec une morbidité personnelle mais avec l'insupportable d'un événement ou d'une situation.

> L'idée d'un intolérable absolu, indépendant des particularités de chaque sujet, indépendant de la volonté des uns et des autres, seul produit, pourrait-on dire de l'événement, se noue précisément à la possibilité d'en évaluer les conséquences. Des conséquences qui affectent directement la condition de l'humain et qui se marquent dans une trace indélébile, souvent indicible, qui cependant rendrait compte du franchissement d'une limite radicale. [2]

Aux Etats-Unis, la reconnaissance viendra de l'appui d'une psychiatrie en crise, accusée de toutes parts de conservatisme et en recherche de nouvelles légitimités. Celle-ci introduit en 1970, dans le cadre de la troisième version révisée de son manuel diagnostic, le DSM, une entité clinique nouvelle : le Post Traumatic Stress Disorder ou PTSD.

A mainte reprise critiqué, tout comme les bases conceptuelles et cliniques de l'ensemble du DSM, par une grande partie de la psychiatrie française au reproche de sa vision essentiellement symptomatique des troubles mentaux, le PTSD se présente comme une entité plus soucieuse de se positionner vis-à-vis de certaines questions sociales que de rigueur psychopathologique. C'est du moins ainsi que D. Fassin et R. Rechtman proposent d'analyser son émergence et son succès, notant les liens profonds qui l'unissent à deux problèmes auxquels est alors confrontée la société nord-américaine : la guerre du Vietnam et les séquelles psychiques avec lesquelles en reviennent nombre de vétérans, et les violences à l'égard des femmes.

Concernant les conséquences des secondes, elles soulevaient, selon J. Herman (1992), des problèmes bien plus complexes que les troubles de guerre depuis longtemps connus de la psychiatrie militaire, car d'une part elles étaient tues, pour ne pas dire déniées, d'autre part et surtout parce qu'il n'existait pas de nom pour dire « la tyrannie de la vie privée » :

> La rencontre avec les aspirations des mouvements féministes allait justement offrir à la psychiatrie américaine, comme plus tard avec les mouvements homosexuels, l'occasion de démontrer sa nouvelle capacité à épouser les besoins de la population et plus particulièrement des couches opprimées par l'ordre social qu'on lui reprochait d'avoir toujours servi. [3]

Le PTSD participe ainsi d'une rupture avec le paradigme de la névrose :

---

[1] *Ibid.*., p. 169.
[2] *Ibid.*, p. 167.
[3] R. Rechtman (2005) : Du traumatisme à la victime, In D. Fassin et P. Bourdelais (sous la direction de), *Les constructions de l'intolérable*, La découverte, Paris, p. 183.

> L'abandon du paradigme psychanalytique s'accompagne d'un abandon équivalent de la recherche de l'affect traumatique, de la traque de la vérité, de la fraude ou de la simulation…. Ce ne sont plus les mouvements intrapsychiques qui signent le traumatisme, pas plus que la conjonction entre une personnalité fragile et un événement qui lui serait apparu intolérable, mais, à l'inverse, il s'agit désormais d'un événement intolérable venu ébranler les capacités normales de résistance du psychisme. Plus besoin d'investiguer les profondeurs de l'âme, plus besoin de chercher des facteurs favorisant dans la personnalité ou dans l'histoire du sujet, l'événement est désormais le seul responsable de la pathologie. Le soupçon a définitivement disparu. Le traumatisme n'est plus la marque d'une faiblesse psychologique, d'une lâcheté que d'une éventuelle complicité, ainsi le gain pour les victimes est, à l'évidence, considérable puisqu'il éclipse enfin la douloureuse introspection narrative.[1]

La nouvelle entité PTSD se soutient donc de deux opérations : elle désigne et objective une souffrance, elle impute celle-ci non plus à une maladie ou à un conflit interne, mais à un événement et/ou un contexte psychiquement destructeurs.

1.5.4. Les figures toujours renouvelées de la victimisation

Le féminisme, sur des terrains de lutte aussi variés que le droit à l'avortement, la contestation du pouvoir masculin, le viol, l'inceste, les violences conjugales, etc., a ouvert la voie à de nouvelles façons de penser le politique. Avec lui, le droit devient un terrain privilégié pour des combats et des revendications concernant des enjeux qui ne sont plus seulement sociaux et économiques, mais aussi et surtout « de société ».

Ainsi, sous la pression de multiples sous-groupes, collectivités, populations minoritaires ou non, au titre de l'affirmation et de la défense de leurs droits (droits nouveaux et spécifiques comme ceux de l'enfant, droits non appliqués ou appliqués de façon non égalitaire comme ceux des femmes) notre société est en train de parcourir un à un depuis quelques années tous les espaces qui, par excès ou carence, par abus ou négligence, participent à engendrer et/ou perpétuer de multiples formes de dangerosité et de vulnérabilité. Dans un processus toujours actif, l'on assiste au développement d'une attention croissante :

- à différentes populations (femmes, enfants, handicapés, homosexuels, personnes âgées…) ;
- à différents espaces institutionnels (écoles, institutions pour enfants, armée, hôpitaux, prisons, entreprises, maisons de retraite…) ;
- à des formes de comportements et d'usages ressentis de plus en plus comme étant violents (machisme, sexisme, ségrégations multiples dans l'accès à différents droits, pratiques se voulant initiatiques comme le bizutage…) ;
- à des formes d'abus jusqu'alors non repérées (racket, harcèlements se déclinant en mobbing, bullying…) [2].

Notre société semble ainsi progressivement se revisiter dans toutes ses dimensions au regard des impératifs socio-moraux contemporains.

---

[1] Rechtman, *op.cit.*, p. 184.

[2] Pour se faire une idée très complète de ce que recouvre aujourd'hui le champ de la victimologie voir notamment : Audet J., Katz J.-F, 1999 ; R. Cario, 2006 ; G .Lopez (1997, 2010).

Mais encore, avec la catégorie d'Humanité, les enjeux se mondialisent et donnent lieu à une attention :

- aux grandes catastrophes naturelles qui suscitent des mouvements internationaux de solidarité jusqu'alors inconcevables, comme le séisme en Turquie du 17 aout 1999, celui de Bam (Iran) le 26 décembre 2003 (dont la citadelle entièrement détruite vient de finir d'être restaurée), le Tsunami du 26 décembre 2004, etc. ;
- à ce que l'on dénomme les violences d'états (J. Puget et coll., 1989 ; F. Sironi, 1999, 2007) ;
- les guerres ;
- les génocides…

Une nouvelle « catégorie » de victime s'en trouve à chaque fois « inventée », faisant ensuite progressivement l'objet de stratégies préventives et postventives [1] : victimes de harcèlement sexuel, au travail, de voisinage, victimes de racket, de sexisme, de racisme, de discriminations diverses, de violences conjugales, des liens sectaires (L. M. Villerbu et C. Graziani, 2000 ; J.-L. Swertvaegher, 2003 ; etc.), symétriquement d'ailleurs à l'invention de l'agresseur, abuseur, manipulateur, pervers narcissique…

Ces stratégies se réalisent bien évidemment dans des politiques générales mais prennent aussi la forme de guides à usage individuel,

- les uns invitant à se prémunir contre les manipulateurs (I. Nazare-Aga, 1999, 2004 ; R.-V. Joule et J.-L. Beauvois, 2002 ; G. Lopez, 2009, parmi beaucoup d'autres),
- les autres, à usage des victimes et aussi parfois des professionnels, à gérer tant au plan juridique que psychologique les conséquences des différentes formes de victimisation : enfance (S. Lawson, 1996 ; H. Romano, 2004 ; N. Catheline, V. Bedin, 2008), agressions sexuelles (C. Morbois, M.-F. Casalis, 2002), inceste (I. Aubry, 2009), ou encore généraliste (A. Sabouraud-Seguin, 2001 ; G. Fischer, 2003 ; C. Damiani et C. Vaillant, 2003…) ; violences intraconjugales (J. Broué et C. Guèvremont, 1989 ; D. Welzer-Lang, 1992 ; D. G. Dutton, 1996 ; K. Souffron, 2000 ; S. Torrent, 2001 ; I. Coté et *al,* 2005 ; M.-F. Hirigoyen, 2005 ; L. Daligand, 2006 ; B. Prieur, S. Guillou, 2007 ; etc.)

Il en est de même pour le traumatisme : celui-ci ne tient plus son développement possible aux avatars de l'ontogenèse et au passage obligé par les différents stades de maturation psycho-sexuelle, mais, vient désormais désigner un risque psychique et se décline en autant de formes de violences possiblement à son origine : traumatisme de l'inceste, du viol, du harcèlement, de l'accident de la circulation, de la prise d'otage, de la torture, des violences d'état...

Ce sont ainsi nos valeurs collectives qui vont se trouver à chaque fois interpellées et, sous le couvert de la reconnaissance des victimes, se développe un profond mouvement d'affirmation du droit des personnes et des communautés. Car plus rien ou presque dans notre monde n'est plus donné d'évidence, plus aucune essence positive ne vient rationaliser nos constructions sociales : tout

[1] Terme de plus en plus usité notamment au Canada pour désigner les pratiques visant à prévenir la récidive, pratiques distinctes de la prévention qui vise, elle, à empêcher la survenue des comportements ciblés.

se discute, se contractualise, se conteste ; tout exige une entente (du contrat dirait Jean Gagnepain, 1988) dont la mise en cause est toujours à tout moment possible. Dans une telle société, le droit ne peut qu'être omniprésent au titre d'un tiers garantissant les engagements pris, quand il y en a eu, ou contraignant, par ses jurisprudences, à les mettre en forme quand ils font défaut. Deux formes essentielles de revendication en ressortent :

- celles des « lésés de la justice », émanant d'ayants droits injustement traités revendiquant un traitement juste de leur cause

-celles des « exclus du droit », revendiquant un accès à celui-ci qui leur est refusé.

La « concurrence des victimes » (J.-M. Chaumont, 2002) y trouve là ses racines profondes et si l'on a pu critiquer la judiciarisation croissante de notre société, au moins doit-on lui reconnaître le mérite d'ouvrir à des arbitrages et des reconnaissances jusqu'alors impossibles. Comme l'a relevé C. Jonas : «… d'une certaine manière, la victime n'existe que lorsque sa situation est reconnue par la société. La meilleure reconnaissance sociale possible est l'existence d'un texte répressif qui, en quelque sorte, définit la situation de victimisation.» (C. Jonas, 1996, p. 47).
Le traumatisme psychique à chaque fois, y jouera la même fonction que joua en son temps la névrose traumatique en pratique expertale : l'affirmation d'un lien d'imputabilité entre un événement et un tableau clinique, non plus alors sur la base des stigmates physiques, mais de troubles exclusivement psychologiques (D. Fassin et R. Rechtman, 2007).

Conclusion

Tout à la fois nouvelle dimension existentielle et nouvelle modalité de rendre compte à soi-même et à autrui d'un certain registre d'expérience, la victimité, pour émerger comme telle dans les configurations multiples que nous lui connaissons, obéit à deux mouvements :

- celui d'une « dés essentialisation », ou d'une « dé naturalisation », de nos catégories constitutives du sujet et de ses appartenances sociales, dans le passage d'états de nature à des états sociaux : de l'individu au citoyen, du citoyen au genre, du genre à l'espèce, de l'espèce à l'ethnie. Chacun de ces passages a nécessité et produit, pour se réaliser, des modes renouvelés de penser les questions et de les mettre en problèmes : de la compassion à la solidarité, de la culpabilité à la responsabilité, du mal au malheur, de la prédestination à l'accident, de la prévoyance à l'état providence, de la nature au droit… ;
- celui du primat récemment accordé à l'expérience subjective de l'expérience victimale. La souffrance est devenue avant tout psychique et c'est sur les bases de ce paradigme nouveau que la victimité s'est reconfigurée autour notamment des notions de traumatisme et de victime, qui viennent à la fois dire un mode valorisé de dommage et sa prise en charge.

L'intolérable comme refus collectif, et l'insupportable comme expérience intime, en forment les deux grandes figures.

PARTIE A

- Chapitre 2 –

PREHISTOIRES ET HISTOIRE

DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE

ET DE LA VICTIMOLOGIE

PLAN :

Introduction

2.1. Aux origines de la névrose traumatique
Introduction : Un urgent besoin d'expertise
2.1.1. Le modèle chirurgical de la commotion
2.1.2. La querelle des névroses
2.1.3. De la neurologie à la psychiatrie

2.2. Modèles nouveaux du psychisme
Introduction : l'héritage de Charcot
2.2.1. Pierre JANET et les médications psychologiques
2.2.2. Evolution de la notion de traumatisme dans l'œuvre de Sigmund FREUD
2.2.3. Sandor Ferenczi : de l'hystérie à la confusion de langue
2.2.4. Nouvelles réflexions psychanalytiques sur le trauma

2.3. Naissance et développements de la psychotraumatologie et de la victimologie
Introduction
2.3.1. La psychotraumatologie
2.3.2 La victimologie clinique

Introduction

L'on doit aux premiers praticiens et chercheurs contemporains à s'être intéressés aux problématiques psychotraumatiques d'avoir su montrer, recherches bibliographiques approfondies à l'appui, que le domaine était loin d'être nouveau et qu'il avait donné lieu depuis le 19e siècle à une

somme importante de travaux. La psychotraumatologie moderne, en même temps qu'elle s'inventait, se découvrait une histoire :

- histoire marginale par rapport aux grands courants de la psychiatrie et de la psychopathologie, mais histoire riche malgré tout de travaux cliniques et théoriques aussi nombreux que remarquables dans leur modernité ;
- histoire méconnue pourtant, dont l'enseignement et la clinique semblaient avoir oublié les leçons et perdu la tradition, à quelques très rares exceptions près ;
- histoire à éclipses, des périodes fécondes laissant place à des phases de presque oubli ;
- histoire à décrypter, à reconstituer, à écrire puisqu'elle n'avait jamais été jusqu'alors conçue comme telle.

Cette histoire peut se concevoir au moins de deux façons, certes complémentaires, mais distinctes dans leur logique :

- comme la lente et progressive découverte du champ psychotraumatique en psychiatrie et en psychopathologie jusqu'à sa reconnaissance ces dernières deux décennies ;
- mais aussi, *a contrario*, comme celle des multiples résistances et obstacles l'ayant empêché d'émerger comme telle.

La première a pour objectif principal est de montrer la nécessité de dégager le champ du traumatique de celui des psychonévroses, en particulier, d'en démontrer les particularités sémiologiques et psychopathologiques et d'en concevoir de nouvelles pratiques et de nouveaux dispositifs. Son inconvénient est de partiellement méconnaître les conditions épistémiques et épistémologiques sur lesquelles ont pu se concevoir ses développements.
La seconde, quant à elle, vise moins un recensement des savoirs et savoir-faire acquis que l'analyse de leurs conditions de constitution, et à montrer qu'il existe autant de modélisations du « traumatique » (et de ce point de vue un tel terme est déjà le résultat d'une construction) qu'il n'y a de modèles à pouvoir en dire quelque chose. Son objectif est d'appréhender au prix de quels renoncements, déplacements, modalités de dépassement des résistances, inventions théoriques et cliniques, etc., les constructions contemporaines ont pu se développer. Ou encore : de quel paradigme nouveau procèdent-elles et participent-elles au développement ?

A partir du problème des accidents ferroviaires et de travail à l'ère industrielle, nous serons ainsi amenés à examiner comment est née la nécessité d'en penser juridiquement et médicalement les conséquences et leur gestion, et comment la chirurgie, la neurologie puis la psychiatrie et enfin des modèles nouveaux du psychisme comme la psychanalyse, ont été amenés, à partir de leur postulats et conceptualisations disciplinaires propres, à en proposer différentes théories et conceptions, sous le terme désormais générique de traumatisme.
Nous verrons ensuite comment l'émergence et la généralisation de la victimité comme nouvelle dimension sociale/existentielle et impératif généralisé de solidarité, va participer à une reconfiguration générale des savoirs et des pratiques, donnant lieu, du côté de la médecine et de la

psychologie à l'émergence et l'affirmation de la psychotraumatologie, et du côté de la criminologie née de la rencontre du droit et de la psychologie, à la victimologie.

2.1. Aux origines de la névrose traumatique

PLAN :

Introduction

2.1.1. Un urgent besoin d'expertise

2.1.2. Les modèles chirurgicaux de la commotion

2.1.2. 1. Erichsen et la concussion de la moelle
2. 1.2.2. Variations anatomo-pathologiques
2. 1.2.3. Une querelle d'experts : authentique pathologie ou simulation ?
2. 1.2.4. Le Railway spine, une entité clinique véritable ou artificielle ?
2. 1.2.5. Herbert PAGE et la neuromimesis

2.1.3. La querelle des névroses

2.1.3.1. De la chirurgie à la neurologie
a) Putnam et Walton : Du Railway spine au Railway brain
b) Le démembrement clinique de la concussion de la moelle
2.1.3..2. Les névroses, nouveau modèle du traumatisme
a) Charcot et l'hystéro-traumatisme
b) La neurasthénie
c) Hermann Oppenheim et les névroses traumatiques

2.1.4. De la neurologie à la psychiatrie

2.1. 4.1. La querelle des névroses : prolongements et ruptures (1880-1914)
a) De l'hystéro-traumatisme au pithiatisme
b) L'étiologie des maladies mentales entre hérédité et milieu pathogène
c) Le modèle de l'intoxication par le choc et la confusion mentale
d) La clinique nouvelle des émotions confusionantes
e) La psychiatrie de guerre entre commotion et émotion
Une différenciation clinique heuristique : syndromes commotionnels et émotionnels
f) Quelques retombées de l'évolution de la physiologie
Le modèle de l'allergie émotionnelle
Le stress et le syndrome général d'adaptation de Seyle

2.1.4.2. Les pratiques nouvelles de l'expertise
a) Les accidents du travail et l'expertise en milieu civil
La névrose traumatique en pratique expertale. L'exemple de Ch. Vibert
Une entité nouvelle : la sinistrose d'E. Brissaud
Usages et mésusages de la notion de sinistrose
La névrose traumatique : un groupement d'attente à la recherche de ses fondements
b) Pithiatiques et simulateurs : logiques de l'expertise en milieu miliaire au temps de la première guerre mondiale
Le spectre de la simulation

Traitements
La psychanalyse sur le front des névroses de guerre
L'invention d'une nouvelle psychiatrie, la psychiatrie de l'avant

Conclusion

Introduction

Une lecture éclairée de certains traités chirurgicaux et des travaux des premiers aliénistes, comme celle proposée par C. Barrois (1988), G. Briole et al. (1994) et L. Crocq (2001b, 2005d), révèle qu'il existait dès le début du 19ième siècle (pour s'en tenir à l'époque moderne) un savoir clinique empirique relatif au pouvoir hautement perturbateur de certaines situations et événements sur l'esprit de ceux qui s'y étaient trouvés confrontés : guerres, accidents, agressions, catastrophes… [1]
Ils mentionnent les observations des chirurgiens napoléoniens Larrey, Percy, Desguenettes qui décrivirent, notamment sous le terme expressif et imagé de « vent du boulet », des états de confusion et de stupeur chez certains soldats ayant été exposés au souffle des projectiles tirés par les canons adverses. Ils citent également P. Pinel qui, dans son *Traité médico-philosophique* de 1809, offre de nombreuses descriptions d' « émotions morales » à l'origine de cas d'aliénation mentale ; mais c'est pour les rapporter aux quatre grandes formes que celle-ci peut prendre pour lui, à savoir la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme. L Crocq (2005d) relève également que, parmi les 430 cas recensés par Paul Briquet dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* de 1859, les deux tiers concernaient des femmes et des enfants battus et que, dans les « causes déterminantes » de l'hystérie, il mentionnait la frayeur et les mauvais traitements.

Mais il a fallu que se pose avec acuité un problème d'ordre juridique et *in fine* sociétal –celui de la reconnaissance et de l'indemnisation des troubles consécutifs à certains événements dits accidentels chez leurs survivants- pour que la médecine s'intéressât spécifiquement à la question et se voit dévolue la tâche d'établir (ou d'infirmer) la possibilité d'un lien de cause à effet entre un événement accidentel et l'apparition des troubles observés.
Il s'agissait principalement des accidents de chemin de fer, puis dans un second temps des accidents de travail, dont l'une des caractéristiques communes, particulièrement énigmatique pour l'époque, était qu'ils semblaient pouvoir être à l'origine d'états pathologiques aussi graves et symptomatiquement polymorphes que totalement disproportionnés par rapport au caractère bénin des blessures physiques observables qu'ils avaient éventuellement occasionnées.
Dès lors qu'invités à titre d'experts à donner leur opinion éclairée sur ces états dans les débats juridiques opposant les victimes aux Compagnies ferroviaires et à leurs experts, chirurgiens puis neurologues et psychiatres eurent à se doter de critères aussi objectifs que possible pour apprécier les situations qui leur étaient soumises. Or s'agissant d'un domaine jusqu'alors inexploré, tout ou presque restait à penser et à construire tant au plan clinique qu'étiopathogénique.

[1] Pour des études très complètes, l'on se reportera aux différents travaux historiques que L. Crocq notamment a consacrés à la période de l'Antiquité et du Moyen-âge.

C'est ainsi qu'entre 1865 et 1890 plusieurs modélisations virent le jour, chacune tentant d'établir un lien de causalité scientifiquement valide entre troubles observés et accident.
Ces différentes tentatives théorico-cliniques s'affrontèrent parfois avec force, donnant lieu à ce que l'on peut considérer comme un premier moment, fondateur et polémique, de l'histoire (ou plus justement de la préhistoire) de ce que, bien que conscients de l'anachronisme que constitue pour ces années l'usage d'un tel terme, l'on dénommera par commodité la psychotraumatologie.
Les travaux d'Hermann Oppenheim voient le jour dans ce contexte historique et offrent d'autant plus d'intérêt qu'ils représentent l'une des premières tentatives (et sans conteste la plus élaborée) d'édification d'une pathologie distincte de l'hystérie, de nature psychique et d'origine exo-traumatique, sur des bases qui ne soient pas celles de l'anatomo-pathologie et de la lésion organique localisée. S'opposant à Jean-Martin Charcot qui défendait la thèse de l'hystéro-traumatisme (et en deçà de l'étiologie héréditaire), Oppenheim soutient l'idée de névroses particulières qu'il baptise d'un terme dont il est l'inventeur, les névroses traumatiques.
Sur quelles bases une telle tentative pouvait-elle alors s'édifier, sachant que la distinction entre psychique et somatique est à l'époque encore bien floue et peu établie ?, c'est ce que nous allons nous attacher à reconstituer.

2.1.1. Un urgent besoin d'expertise

Les conséquences sanitaires de ces drames ferroviaires auraient pu ne susciter ni plus ni moins d'intérêt que celles engendrées par d'autres formes d'accidents si elles n'avaient été à l'origine de nombreux litiges juridiques opposant les accidentés aux compagnies ferroviaires ; si bien que la nature précise des dommages dont se plaignaient ces victimes devint une question juridique centrale à l'origine d'une pratique systématique de l'expertise, d'où des débats juridiques pouvant aller jusqu'à la caricature :

> De tels cas voyaient invariablement les médecins des plaignants attester du sérieux de l'état dont ils se plaignaient, la profondeur de la souffrance des victimes et le caractère lointain de tout espoir de guérison, alors que la compagnie ferroviaire appelait des experts médicaux pour établir que les blessures de la victime étaient inexistantes ou grossièrement exagérées. [1]

Il devenait donc urgent de disposer de connaissances fiables en la matière car de nombreuses questions restaient irrésolues : les troubles allégués relevaient-ils d'une véritable pathologie ou bien fallait-il y voir, comme le soutenaient les compagnies et leurs experts, la simulation soigneusement préparée d'états pathologiques, une escroquerie en quelque sorte ? Et si pathologie il y avait, devait-on, comme le plaidaient ces accidentés, l'imputer à l'accident lui-même ; et si oui, suivant de quels mécanismes étiopathogéniques ?

---

[1] R. Harrington (2001) : The Railway Accident : Trains, trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain, p. 38-39 (traduction personnelle), In Mark S. Micale and Paul Lerner (2001) *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, p. 33-56.

Entre janvier et mars 1862, le *Lancet* publie une série de 8 articles consacrés aux effets de la santé sur les usagers des trains, *The influence of Railway Travelling on Public Healph*, thème d'actualité que l'on trouve traité dans différents pays, dont la France avec l'étude du Dr Duchesne en 1853, dont les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* publient en 1859 un résumé détaillé.[1]

La question des accidents ferroviaires y tient une place de choix et est traitée par le Dr Waller Lewis, médecin-officier de la Poste britannique, qui avait conduit en 1859 une étude relative aux effets du train sur la santé des postiers ambulants. Il avait déjà à l'époque relevé qu'un certain nombre de ces agents ayant été impliqués dans des accidents et collisions souffraient d'un ensemble de symptômes significatifs : troubles du sommeil, rêves d'accidents, instabilité vasomotrice, acouphènes, intolérance aux voyages en train, sans présenter de blessures physiques apparentes (M.L. Cohen, 1996).

Dans un premier essai de synthèse, deux types de symptômes ou d'effets sont distingués et décrits par le Lancet : les premiers, conséquences immédiates de l'accident, consistent en des blessures, fractures et contusions de gravité variable, mais dont la nature et les moyens de les soigner sont connus ; les seconds surviennent quant à eux plus tardivement, de façon souvent insidieuse, comme des troubles de la mémoire, des étourdissements, douleurs au dos et à la tête, picotements aux extrémités… Leur atypicité, leur caractère énigmatique et inexpliqué, conduisirent à les qualifier de « fonctionnels » :

> Le terme fonctionnel est fréquemment utilisé pour décrire ces désordres, terme indiquant que l'on pensait que la blessure était localisée dans l'équipement nerveux contrôlant la fonction des organes affectés plus que la substance des organes eux-mêmes ; une explication qui donnait du poids à la suggestion du journal que l'origine de ces désordres résiderait dans une atteinte nerveuse, peut-être produite par la concussion violente des centres nerveux durant le choc. [2]

Les connaissances médicales de l'époque offraient deux grands types d'hypothèses pour en rendre compte : celle, lésionnelle, de blessures de la moelle ou du cerveau et celle, physiologique, de troubles de la fonction nerveuse, pour laquelle le Lancet semblait pencher. Les débats étaient lancés.

---

[1] Bibliographie : M. Duchesne Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. - 1859. - série 2, N° 12, p. 16-28.
Pour une revue internationale de la littérature sur cette question, l'on peut également se référer à l'étude du Dr P. Pietra-Santa : Etude médico-hygiénique sur l'influence qu'exercent les chemins de fer sur la santé publique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1859, série, N° 12.

[2] R. Harrington (2001) : The Railway Accident : Trains, trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain, p. 40 , In Mark S. Micale and Paul Lerner (2001) *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, p. 33-56, traduction personnelle.

2.1.2. Les modèles chirurgicaux de la commotion

2.1.2.1. Erichsen et la concussion de la moelle

Il revient à John Eric Erichsen (1818-1896), chirurgien londonien, d'être le premier à publier en 1866 un ouvrage exclusivement consacré à la question des séquelles d'accidents ferroviaires sur la santé, *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*, ouvrage d'autant plus important qu'il sera le seul jusqu'en 1881 à traiter du sujet.

Auteur du manuel de référence *The Science and Art of Surgery*, considéré comme l'un des pionniers de la chirurgie moderne, Erichsen avait été régulièrement invité par la justice à donner son avis d'expert en dommages corporels dans des affaires d'accidents, et c'est à partir de sa riche expérience en la matière qu'il développe sa thèse.

S'agissant de dégager une pathologie nouvelle et spécifique, celle-ci est conçue, selon la tradition, d'une part sur un travail sémiologique s'attachant à décrire de la façon la plus rigoureuse possible la symptomatologie propre à ces troubles, d'autre part sur des hypothèses étiologiques. Voici, restitué par Allan Young, le tableau clinique tracé par Erichsen :

> Erichsen décrit le patient accidenté « typique » comme étant initialement calme et sans symptômes. Les effets de l'accident commencent à apparaître une fois arrivé chez lui. Un débordement émotionnel survient. Il éclate en sanglots, devient de façon inhabituelle volubile et nerveux. Il ne peut pas dormir, ou s'il y parvient, se réveille soudainement avec une vague sensation d'alerte. Le jour suivant il se plaint de se sentir tremblant et meurtri partout. Une semaine plus tard il ne peut plus faire d'efforts et se remettre à une activité. Alors que les (hypothétiques) lésions spinales se développent, il devient de plus en plus blafard, souffreteux et anxieux. Sa mémoire se dégrade et ses pensées deviennent confuses ; il est agité et irritable ; il a des battements à la tête et des vertiges ; il souffre d'une vision dédoublée et de photophobie ; son audition est soit hypersensible soit affaiblie et il est perturbé par un bruit fort et incessant ; sa posture s'altère et sa démarche devient chancelante ; la force de ses membres diminue, parfois jusqu'à la paralysie ; il fait l'expérience d'un changement et d'une perte de sensation comme des engourdissement ou des picotements ; ses sens du goût et de l'odorat sont également affectés ; son pouls est faible, normalement lent dans les premières étapes de la maladie et anormalement rapide dans les dernières ; il souffre de douleurs locales et d'une forte sensibilité de la colonne vertébrale. [1]

Erichsen développait en outre un schéma étiologique suivant le postulat général de lésions organiques internes, quand bien même la majorité des patients observés ne laissaient apparaître aucun signe patent d'atteintes physiques susceptibles d'étayer cette hypothèse.

Quant à la nature des supposées lésions en cause, Erichsen s'orientait vers l'idée d'une concussion (ou commotion) de la moelle épinière entraînant une atteinte de la substance médullaire. Quant à l'absence troublante de blessures physiques observables, il l'expliquait par l'existence d'atteintes internes provoquées par la violence du choc ou des secousses externes, à savoir des saignements, des meurtrissures ou des inflammations de la colonne vertébrale. L'inflammation subaiguë, ou

[1] A. Young (1995) : *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, New Jersey, p. 16, traduction personnelle.

myélite, ainsi produite avait alors selon lui pour conséquence un changement dans la structure du cordon médullaire, cause de tous les troubles nerveux observés. Erichsen escomptait bien que les examens *post-mortem* de victimes d'accidents ferroviaires décédées de leurs blessures confirmeraient ses hypothèses, et il procédera à chaque fois que cela était possible à des autopsies, dont les résultats furent semble-t-il loin de lui apporter confirmation de ses hypothèses.
L'on a coutume de trouver cette théorie sous le nom de *Railway spine* (littéralement « colonne du chemin de fer » !), terme semble-t-il déjà couramment employé avant son ouvrage, et qu'il récusait, lui préférant celui de *Concussion of the Spine*.

Erichsen puisait dans les faits à deux sources : la première était les travaux d'un autre chirurgien, Sir Benjamin Brodic qui, en 1837, avait déjà développé l'hypothèse étiologique d'une concussion de la moelle à partir de l'observation de patients présentant des symptômes de grande faiblesse nerveuse suite à un violent choc au dos sans blessure organique grave (Harrington, 2001) ; la seconde provenait de ses propres travaux sur les chocs chirurgicaux, auquel un chapitre de son ouvrage de 1859, *The Science and Art of Surgery*, était consacré :

> Les effets du choc consistent en une perturbation des fonctions de la circulation, de la respiration, ou du système nerveux, l'harmonie dans l'action des grands organes étant désorganisée. A la réception d'une blessure sévère, la victime devient froide, faible, tremblante ; le pouls est faible et irrégulier ; il existe une grande dépression mentale et une anxiété ; l'état perturbé de l'esprit se révèle dans l'expression et dans l'incohérence de la parole et de la pensée ; la surface du corps se couvre de sueur froide ; il se produit des nausées, parfois des vomissements et un relâchement des sphincters… Dans les cas extrêmes, la perte des forces caractérisant le choc peut être si grand qu'elle s'achève par la mort. [1]

L'idée était en effet communément partagée par les chirurgiens de l'époque qu'un choc violent à un endroit du corps pouvait se transmettre à d'autres parties de l'organisme, notamment aux organes internes, ce qui supposait par ailleurs qu'il existât une structure anatomique reliant l'ensemble, le système nerveux. Quant au mécanisme de la commotion à d'autres zones corporelles que celles directement touchées, il restait relativement mystérieux. Erichsen proposa cependant de le comparer à celui que connaît un aimant qui, frappé d'un coup violent, perd sa force magnétique ; dans les cas d'accidents ferroviaires, le choc engendrerait une perturbation générale des grandes fonctions de l'organisme via les modifications des tissus nerveux qu'il occasionnerait.

2.1.2.2. Variations anatomo-pathologiques

L'ouvrage d'Erichsen connut un grand retentissement, y compris chez un public profane passionné par ces questions. Du côté des spécialistes, ses positions vont faire référence pour de nombreux praticiens qui y virent un véritable guide pratique dans un domaine où régnait jusqu'alors le plus grand flou.

[1] J. E. Erichsen, (1859), cité par A. Young (1995) : *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, New Jersey, p. 14, traduction personnelle.

Jusque tardivement, elles auront de fervents tenants, comme S. V. Clevenger, neurochirurgien de Philadelphie qui, en 1889, fait paraître simultanément aux Etats Unis et en Angleterre, un volumineux ouvrage intitulé : *Spinal concussion : surgically considered as a cause of spinal injury and neurologically restricted to a certain symptom group, for wich is suggested the designation Erichsen's disease, as one form of the traumatic neuroses*, dans lequel il soutient les hypothèses étiologiques d'Erichsen avec une telle ferveur qu'il préconise de rebaptiser le trouble du nom de ce dernier…
Cependant, à la différence d'Erichsen, mais dans une logique explicative similaire, S. V. Clevenger suggérait que…

> …les phénomènes irritatifs et hyperesthésiques proviennent d'engorgements des capillaires, tandis que les anesthésies et les paralysies sont le résultat de contractions et d'anémies de ces mêmes vaisseaux ; les phénomènes cérébraux n'échappent pas à l'explication et c'est la non-décussation du sympathique qui rend compte de la présence des anesthésies et des paralysies du côté qui a subi le choc. [1]

Comme Erichsen, il n'apportait aucun véritable élément de preuve à ses hypothèses et escomptait bien que les progrès médicaux futurs les confirmeraient de façon irréfutable.

A mesure que les connaissances en la matière s'enrichissaient, d'autres hypothèses anatomo-pathologiques furent formulées comme la méningo-myélite avec Erb, ou la sclérose multiple avec Westphal, chacune se voulant rendre compte de l'ensemble de la symptomatologie observée.

2.1.2.3. Une querelle d'experts : authentique pathologie ou simulation ?

Un des effets les plus immédiats des thèses d'Erichsen fut la caution médicale qu'elles apportèrent aux plaintes déposées par les voyageurs accidentés, ce que ses détracteurs ne manquèrent pas de lui reprocher. Durant les dix années suivantes, les compagnies anglaises durent ainsi verser près de 11 milliards de dollars de dédommagement et les compagnies nord-américaines furent confrontées à un phénomène similaire. Les statistiques judiciaires de l'époque montrent ainsi que, dans près de 70% des affaires, raison était donnée aux plaignants et que les décisions n'étaient que très rarement annulées en appel. En Californie l'on compta à la même époque 248 verdicts en faveur des plaignants contre 36 en leur défaveur et au New Hampshire, 147 positifs et 22 négatifs (E Caplan, 2001).

Cet accroissement des cas reconnus de concussion de la moelle par la justice contribua à la création, autour de 1880, de plusieurs associations régionales de chirurgiens travaillant pour les Compagnies. La première d'entre elles fut fondée en janvier 1882. Une cinquantaine d'autres virent rapidement le jour et, en juin 1888, plus de 200 membres d'entre elles se rencontrèrent à Chicago et fondèrent la *National Association of Railway Surgeons,* la NARS (E. Caplan, 2001).

---

[1] S. V. Clevenger (1890), cité par A. Cullerre (1891), Des névroses consécutives aux accidents, *AMP*, N° 13, p. 266.

L'objectifs de ce regroupement était d'organiser une forme de résistance aux positions jugées par trop hégémoniques d'Erichsen, non seulement parce qu'elles étaient d'un coût considérable pour les Compagnies, mais également parce que les avis des chirurgiens experts se trouvaient presque toujours rejetés alors qu'ils étaient persuadés de la justesse de leur expertise ; leur honneur professionnel était en quelque sorte atteint et ils entendaient bien le défendre.
La NARS s'attacha donc à offrir un soutien logistique et moral à ses membres appelés à témoigner, ainsi qu'à leur fournir des arguments scientifiquement étayés pour contrer des requêtes estimées abusives : « Ayant la bonne information, les chirurgiens espéraient neutraliser les témoignages d'experts offerts par les neurologues et autres experts médicaux qui assistaient souvent les plaignants. » (E. Caplan, 2001, p. 70)

Quant à la teneur de ces informations, elles ont suivi au plus près les avancées des connaissances concernant les troubles couverts par la notion de concussion de la moelle. A mesure que la réalité des troubles ainsi que leur origine fréquemment strictement psychique, apparaissaient de plus en plus évidente aux yeux de tous, y compris à la majorité des chirurgiens experts de la NARS, la question de la thérapeutique prit une importance croissante à partir des années 1890.
L'ironie, souligne Caplan, est que les chirurgiens experts de la NARS, estimés conservateurs et rétrogrades par les collègues indépendants, vont jouer un rôle important dans le développement de pratiques thérapeutiques alors naissantes, certains d'entre eux estimant même qu'elles devraient être obligatoires. Selon E. Caplan (2001), J. H. Green, chirurgien de Compagnie de l'Iowa, fut semble-t-il l'un des premiers à reconnaître le rôle de la « suggestion » dans les traumatismes ferroviaires et à se référer aux travaux de Charcot et Bernheim sur l'hypnose et la suggestion dans la cure des traumatisés.
La même référence à la suggestion servit cependant chez d'autres chirurgiens, comme on le verra plus loin en Europe, à renforcer leur refus de reconnaître l'existence de troubles causés par un traumatisme, invoquant l'étiologie héréditaire comme le soutenait Charcot.

L'on ne s'en étonnera pas, la première des critiques que l'association fit à Erichsen fut celle de ne pas avoir intégré à son approche du *Railway spine* la possibilité de la simulation et d'avoir laissé le champ libre, voire donné caution, à nombre de requêtes judiciaires frauduleuses.
Ainsi, le chirurgien bostonien Manning Hodges (1827-1896) est le premier à publier en 1881 un article mettant en avant l'importance des facteurs « psychologiques » dans la survenue et la pérennisation des troubles, à l'encontre des thèses somatiques d'Erichsen. Son propos n'est pas de contester l'idée que les accidents ferroviaires soient à l'origine des troubles observés, mais de soutenir que ces accidents n'en sont qu'une cause possible parmi beaucoup d'autres. Ce qu'il met par contre en avant est le constat que les symptômes attribuables à ces accidents ferroviaires soient considérablement plus durables que ceux causés par d'autres événements traumatiques[1] ; et d'en conclure que cela ne peut provenir que des possibilités d'obtenir des indemnités pécuniaires exorbitantes (E. Caplan, 2001).

[1] Constat étonnamment similaire à celui sur lequel s'appuie Brissaud en 1908 pour justifier sa « sinistrose ».

Mais il serait erroné de croire que l'importance accordée à la question de la simulation n'ait tenu qu'à l'ampleur des enjeux économiques en cause : elle témoigne plus profondément d'un problème théorique propre à l'époque, celui de devoir rendre compte de comportements anormaux qui, d'une part ne soient assimilables à aucune des formes reconnues d'aliénation mentale, d'autre part résistent aux modèles étiologiques organiques à disposition. Or tant que l'évidence s'impose à tous que les conduites humaines ne ressortissent que de la volonté consciente du sujet, tant que l'idée d'un inconscient, fut-il « cérébral » dans sa nature (M. Gauchet, 1992), n'est pas émergée ou encore tant que le fait psychique n'a pas d'existence propre, la simulation s'offre comme une explication pour le moins cohérente à des troubles par ailleurs difficilement explicables. P. Janet (1892) ne dit pas autre chose quand il écrit quelques années plus tard à propos de certaines conceptions encore trop admises de l'hystérie : « Peut-être serez-vous un jour convaincu que cette fameuse simulation n'existe que dans l'esprit des médecins incapables de comprendre un fait moral. »

L'on peut dire que ce modèle de pensée atteindra une forme d'apogée avec le travail de Dupré sur la mythomanie en 1909.

2.1.2.4. Le Railway spine, une entité clinique véritable ou artificielle ?

C'est sur un tout autre terrain que le *British Medical Journal* du 1er décembre 1866 porta, non sans ironie, ses réflexions critiques, celui des bases (que l'on qualifierait aujourd'hui d'épistémologiques) sur lesquelles Erichsen avait autonomisé son entité clinique :

> Les seules différences, aussi loin que nous puissions regarder, qui peuvent être trouvées entre les pathologies ferroviaires et les autres sont purement incidentes, et renvoient à leur aspect légal. Un homme, dont la moelle est commotionnée dans un train, entreprend une action contre la compagnie, et a ou n'a pas d'importantes indemnisations. Un homme qui tombe d'un pommier et souffre d'une commotion de sa moelle n'a pas la même chance : aucune compagnie de train contre qui intenter une action en justice. [1]

Car l'une des ambiguïtés d'Erichsen était bien d'avoir tenté d'édifier son entité pathologique en grande partie à partir des circonstances à l'origine de sa survenue, à savoir les accidents ferroviaires, amalgamant ainsi des considérations étiopathogéniques et juridiques : que l'on puisse pénalement imputer à un accident (ou plutôt à son responsable éventuel) l'origine de certains troubles n'autorise pas à penser que ces mêmes circonstances puissent être la cause de lésions à ce point singulières qu'aucunes autres conditions ne soient à même de les engendrer.

Erichsen restera pourtant attaché à ce point de vue et tentera à plusieurs reprises de l'étayer, notamment dans la seconde édition sensiblement révisée de son texte en 1875. Mais vu le peu de données cliniques en faveur de lésions localisées (les examens *post-mortem* n'ont pas fourni les preuves escomptées) il va mettre en exergue la violence particulière des chocs provoquée par ces accidents, ainsi que des facteurs que l'on qualifierait aujourd'hui de psychologiques :

[1] *British Medical Journal*, 1er déc. 1866, cité par R. Harrington (2001), *op.cit.*, p. 45, traduction personnelle.

> Dans aucun accident ordinaire le choc ne peut être aussi important que celui qui survient sur les voies ferrées. La rapidité du mouvement, le nombre important de personnes blessées, la soudaineté de l'arrêt, l'absence de secours des accidentés et les perturbations naturelles de l'esprit qui doivent perturber les plus braves sont autant de circonstances qui nécessairement accroissent considérablement la gravité des effets sur le système nerveux. [1]

Mais comment concevoir un choc psychique autrement que sur le modèle du choc physique ? Pour cela il eut fallu un modèle, même rudimentaire, de l'appareil psychique autre que sur la forme d'une simple analogie avec le somatique, ce dont il ne disposait pas.
Malgré tout Erichsen apparaît comme un véritable précurseur car c'est à partir des questions qu'il a ouvertes que de nouvelles hypothèses purent se formuler. Il avait ainsi initié un nouveau champ clinique et de nombreux auteurs vont suivre les chemins qu'il avait commencé de défricher. Cela passera notamment par un véritable démembrement de l'entité erichsenienne, telle que l'hystérie le connaîtra quelques années plus tard avec notamment Babinski.

2.1.2.5. Herbert PAGE et la neuromimesis

C'est également à cette question que s'attache à répondre Herbert W. Page. Collègue d'Erichsen au *Royal College of Surgeons* de Londres et consultant pour la *London and Western Railway Company*, il est considéré comme le premier auteur à avoir proposé une théorie purement psychique du choc provoqué par les accidents ferroviaires. En 1883 il publie son premier ouvrage à partir de l'étude de 234 cas d'accidentés dont nombre d'entre eux, là encore, ne présentent aucune lésion apparente.
Deux grandes lignes d'arguments critiques à l'égard des thèses d'Erichsen sont avancées par Page : la réduction de la pathologie à un seul facteur étiologique, la commotion de la moelle, et la non prise en compte des facteurs mentaux, tout particulièrement le rôle de la peur et l'importance de l'indemnisation. Il affirmait ainsi :

> Des causes purement psychiques pourraient expliquer le fait très remarquable qu'après une collision ferroviaire, les symptômes de choc général sont si communs, et si souvent sévères, chez ceux qui n'ont reçu aucune blessure corporelle ou qui ont présenté de petits signes de collapse au moment de l'accident. [2]

Quant au rôle joué par la possibilité d'indemnisation, il l'argumentait de la façon suivante :

> La connaissance d'une compensation possible…. tend, presque dès les premiers moments de la maladie, à colorer l'évolution et l'aspect du cas, avec pour devenir chaque jour qui suit une partie et un élément de la blessure dans l'esprit du patient, et affecter involontairement ses sentiments et ses sensations à l'égard des souffrances qu'il doit ressentir… Même dans les cas parfaitement authentiques… les actes de compensation sont un élément puissant de retard de la convalescence,

[1] J. E. Erichsen (1866), cité par R. Harrington (2001), *op.cit.*, p. 45, traduction personnelle.
[2] H. W. Page (1883), cité par E. Caplan (2001), Trains and Trauma in the American Gilded Age, p. 61, In M. S. Micale and P. Lerner, *Traumatic Past*, Cambridge University Press, p. 57-77, traduction personnelle.

> comme le prouvent des exemples innombrables où la vitesse avec laquelle la guérison survient dès que le règlement des dommages pécuniaires est effectué.[1]

Cependant, H. Page concevait parfaitement qu'à côté des cas de fraude délibérée il existât des situations où le désir de compensation puisse jouer de façon non volontaire et non consciente, et d'autres cas encore où l'indemnisation, même effective, puisse n'avoir aucun effet positif sur l'évolution de la maladie. Il en donne l'exemple suivant, précisant que l'obtention d'une pension deux ans après l'accident n'eut aucun effet positif sur les troubles :

> [SW] reste couché pendant plusieurs jours après l'accident dans un état de grande dépression nerveuse, avec de la fièvre et un pouls rapide, incapable de manger ou de dormir. Il souffrait en même temps d'une détresse liée au fait qu'un ami assis à côté de lui dans le compartiment avait été tué ; et ceci semblait constamment peser sur son esprit. Les blessures corporelles progressaient rapidement vers la guérison… Mais même après deux mois, sa condition mentale montrait une perturbation émotionnelle extrême. Il se plaignait de souffrir constamment de dépression de l'esprit, comme si une peine le gênait. [2]

Page s'appuyait sur les travaux de deux auteurs portant sur des domaines très différents :

- ceux de John Furneaux Jordan sur les chocs chirurgicaux ;
- ceux de James B. Paget sur la neuromimesis.

Comme Morris, John Furneaux Jordan accordait un rôle non négligeable à la peur dans les chocs opératoires en raison de l'observation courante que leur intensité n'est pas toujours proportionnelle à la gravité des blessures. Il obtient en 1866 un prix pour sa publication intitulée *Shock after Surgical Operations*. Mais ce sont ses travaux sur les conséquences des accidents qui servent de référence à Page. J. F. Jordan écrit ainsi en 1873 :

> La principale caractéristique des blessures ferroviaires est la combinaison d'éléments psychiques et corporels dans la causalité du choc, d'une façon telle que les premiers, ou éléments psychiques, sont toujours présents dans leurs formes les plus intenses et violentes. Les incidents d'un accident ferroviaire contribuent à former une combinaison des circonstances les plus terribles qu'il est difficile pour l'esprit de concevoir. L'ampleur des forces de destruction, la magnitude des résultats, le danger de mort imminent pour de nombreuses personnes et l'absence d'espoir d'échapper au danger, donnent naissance à des émotions qui en elles-mêmes sont amplement suffisantes pour produire un choc, voire même la mort elle-même … Tout ce qui peut avoir les effets les plus puissants sur le système nerveux est à l'œuvre dans un accident de chemin de fer, et ceci sans tenir compte de l'étendue ou de l'importance de l'atteinte physique. [3]

Page reprend ce constat à son propre compte et écrit :

> …et le même élément mental explique pourquoi des gens qui souffrent de membres cassés ou broyés dans des accidents de chemin de fer arrivent à l'hôpital dans un état de choc caractéristiquement plus sévère que celui dont souffrent des personnes avec des blessures similaires d'autres origines. [4]

---

[1] H. W. Page (1883), cité par A. Young (1995) : *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, New Jersey, p. 17, traduction personnelle.
[2] H. W. Page (1883), cité par A. Young (1995), *ibid.*, p. 18, traduction personnelle.
[3] J.F. Jordan (1873), cité par R. Harrington (2001), *op.cit.*, p. 43, traduction personnelle.
[4] H. Page (1883), cité par A. Young (1995), *op.cit.*, p. 17, traduction personnelle.

La seconde source théorique à laquelle puise Page est une série de travaux publiés en 1873 par un autre chirurgien britannique, James B. Paget (1814-1899), portant sur la « neuromimesis » (A. Young, 1995), terme qui désigne un phénomène survenant dans des circonstances particulières et rares, amenant des patients à présenter des symptômes imitant certaines pathologies. Transposant cette théorie aux accidents ferroviaires, Page formule l'hypothèse selon laquelle la peur serait à même de provoquer « des symptômes nerveux par la voie d'états hypnotiques volontaires » ; d'où l'apparition, mais aussi la possible disparition, des troubles répertoriés par Erichsen sous le terme de Railway Spine. H. Page concevait très clairement la neuromimesis comme un mécanisme volontaire, à la différence de Paget qui l'avait décrite comme un phénomène involontaire ; ce faisant, il laissait la porte ouverte à l'hypothèse insistante de la simulation consciemment jouée à des fins d'escroquerie, même s'il semblait ne pas y souscrire et évoquait un processus s'apparentant plus à une imitation non intentionnelle de la part de l'accidenté.

Il serait pourtant exagéré de faire de H. Page le premier tenant d'une explication purement psychique du trauma ; car si l'émotion, en l'occurrence la peur, semble constituer pour lui la cause première des troubles, ce qui continue d'importer pour lui c'est la recherche des atteintes somatiques engendrées par celle-ci. Et, récusant fermement les thèses d'Erichsen quant à la localisation spinale et lésionnelle des atteintes, il ne cessa de s'attacher à rechercher la nature de celles-ci, persuadé qu'étaient sans doute en cause des perturbations chimiques ou nerveuses secondaires (Harrington, 2001).

Il n'empêche, malgré l'oubli rapide dans lequel semble être tombée l'hypothèse neuromimétique, Page représente un jalon important dans l'histoire des premiers essais d'autonomisation des pathologies traumatiques ; car son travail est à la charnière des modèles chirurgicaux essentiellement fondés sur l'hypothèse des lésions organiques anatomopathologiquement circonscriptibles et des constructions neurologiques mettant l'accent sur les troubles fonctionnels des fonctions supérieures corticales. Il inaugure ainsi un recentrement significatif de la question étiologique de la moelle vers le cerveau, le passage du Railway spine au Railway brain, avec la proximité que cela introduisait avec certaines pathologies mentales (entendues comme corticales) telles l'hystérie[1].

Jusqu'à lui, le domaine des accidents de chemin de fer était l'apanage presque exclusif des chirurgiens et, à travers eux des théories somatiques. En portant l'accent sur l'importance de la peur dans la genèse des troubles, Page eut l'immense mérite pour de nombreux neurologues de proposer une vision alternative aux positions organicistes jusqu'alors dominantes, sans pour autant invoquer de façon systématique la simulation quand celle-ci ne pouvait être prouvée.

[1] Plusieurs auteurs, comme H.F.Ellenberger (1994), ont assimilé H. Page à un tenant de la thèse de l'hystérie, ce qui semble aller bien au-delà de sa pensée, ne serait-ce que parce que ses références étaient du domaine de la chirurgie bien plus que de la psychiatrie.

2.1.3. La querelle des névroses

2.1.3.1. De la chirurgie à la neurologie

Il n'est pas fortuit que l'hypothèse névrotique survienne au moment même ou l'on commence à se détacher des premières modélisations d'inspiration essentiellement chirurgicales privilégiant l'explication lésionnelle pour s'intéresser à la dimension émotionnelle du choc, renvoyant elle à des désordres du système nerveux, donc au sens strict du terme pour l'époque, au champ des névroses.
L'on pourrait d'ailleurs s'étonner que nous n'ayons jusqu'à présent fait mention chez les auteurs d'aucune référence explicite à l'hystérie. Dans les faits, Erichsen a soulevé l'hypothèse mais pour la récuser immédiatement. Page quant à lui la mentionne, sans toutefois l'assimiler au Railway spine.
C'est que sa conception dominante comme « folie hystérique » en faisait une forme d'aliénation mentale héréditaire, ce qui excluait *a priori* alors toute hypothèse étiologique de nature commotionnelle. Cependant, la neurologie, forte de ses succès dans la compréhension de certains troubles, commence à investir un domaine jusqu'alors l'apanage des médecins aliénistes et, à l'image des travaux de Charcot, à projeter ses modélisations sur le champ des névroses. En outre, les progrès effectués dans les méthodes cliniques d'examen commencent à ouvrir à des différenciations sémiologiques de plus en plus affinées qui participent à la redéfinition des entités pathologiques. Les névroses vont s'en trouver progressivement remaniées dans leur appréhension et leurs contours (P. Bercherie, 1983).

Les premiers neurologues à s'intéresser au domaine du Railway spine ne manquent pas de relever des similitudes entre certains de ses symptômes et ceux des névroses, reprochant d'ailleurs souvent aux chirurgiens non seulement d'avoir grandement et de façon peu objective surestimés les cas de simulation, mais encore d'avoir investi dans un domaine clinique qui n'était en fait pas le leur et dont ils ne maîtrisaient pas les subtilités. Ainsi en 1891 A. Cullerre, se faisant l'écho des positions du neurologue bostonien C. Knapp, pouvait-il écrire :

> Nous voyons trop à chaque instant combien les phénomènes psychiques les plus caractérisés sont méconnus ou faussement interprétés par des hommes d'ailleurs instruits et même savants, quand ils manquent de l'initiation nécessaire… il faut un neurologiste doublé d'un psychologue pour comprendre quelque chose à ces mille désordres nerveux qui succèdent aux accidents… [1]

La porte s'ouvrait alors sur un nouveau débat, celui de la nature des troubles névrotiques en jeu, inaugurant ainsi un second chapitre de la préhistoire de la psychotraumatologie, celui constitué par le développement de constructions d'inspiration neurologique.

[1] A. Cullerre (1891), *op.cit.*, p. 270.

Toutes les hypothèses vont être évoquées et, selon les auteurs et les cas étudiés, l'on verra formulé tantôt le diagnostic d'hystérie, tantôt de neurasthénie, d'hystéro-neurasthénie, voir même de neurasthénie hypocondriaque (A. Cullerre, 1891)…

Mais la grande controverse quant à la nature des troubles répertoriés sous le terme de Railway spine opposera les tenants des thèses défendues par l'Ecole de la Salpetrière affirmant avec Charcot « qu'ils ne sont souvent que de l'hystérie, rien que de l'hystérie »[1], à ceux développant la thèse d'une pathologie spécifique, comme le psychiatre allemand Hermann Oppenheim qui, à partir de 1884, invente une névrose nouvelle pour en rendre compte, la « névrose traumatique ».

C'est tout l'enjeu de ce second grand temps de l'histoire de la psychotraumatologie.

a) Putnam et Walton : Du Railway spine au Railway brain

Entrouverte par Page, la voie est véritablement commencée d'être explorée par deux médecins neurologues américains, George L. Walton et James Jackson Putnam (1846-1918) qui soutiennent à partir de 1883 l'idée d'une étiologie cérébrale, et non plus spinale, des troubles jusqu'alors désignés sous le terme de Railway Spine et que Walton, en toute logique, suggère de rebaptiser *Railway brain* (1883, 1884).

Là où Page s'en était tenu à développer l'hypothèse de facteurs mentaux dans la production des symptômes neuromimétiques, Putnam d'emblée évoque des troubles de nature hystérique ; une hystérie qui n'est pas simplement synonyme de vagues troubles fonctionnels, mais la manifestation d'atteintes de certains centres nerveux scientifiquement établies par les travaux modernes des neurologues, au rang desquels figure bien évidemment Charcot.

L'élément clinique qui autorise Walton et Putnam à faire le lien entre Railway spine et hystérie est l'existence dans un certain nombre de cas d'une anesthésie ou d'une hémianesthésie, signe alors considéré comme quasi pathognomonique de cette névrose. Ch. Vibert (1887, 1888), dans son *Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer*, offre une traduction complète du premier article de Putnam dans lequel trois exemples cliniques détaillés sont présentés[2].

Putnam y reprend à son propre compte les conclusions de Manning Hodges qui, dans son travail de 1881 préconisait de distinguer dans ce qu'Erichsen considérait indifféremment comme des « spinal concussions », les cas présentant des lésions organiques de la moelle (et souffrant très certainement de myélite ou de méningite) et ceux où l'on n'observait que des troubles fonctionnels. Il affirme alors :

> De plus récentes investigations limitent la part des lésions organiques, qui sont très rares dans les cas où il a eu seulement commotion. En même temps, je crois que les cas où il s'agit uniquement de troubles fonctionnels sont susceptibles eux-mêmes d'une classification. Quelques-uns au moins de ces cas peuvent être attribués, sans crainte d'erreur, à l'hystérie, terme qui grâce aux travaux de Charcot

[1] J.-M. Charcot : *Œuvres complètes. Leçons sur les maladies du système nerveux*, Dix-huitième leçon, tome III, 1890, p.254-255.

[2] Ch. Vibert, dans son long article intitulé « Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer », *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série 3, partie 1, N° 18, déc. 1887 ; partie 2 : 1888, N° 4, offre une traduction complète de l'article de Putnam de 1883.

> et de ses élèves, a perdu le caractère vague qu'il avait autrefois pour revêtir une signification plus précise et plus pratique. [1]

Et de préconiser :

> Dans un cas de commotion présentant des symptômes aigus (quelle que soit leur gravité apparente), il faut rechercher soigneusement s'il existe des troubles fonctionnels se rapportant à l'hystérie, et s'ils n'en donnent pas l'explication de l'état du patient. [2]

b) Le démembrement clinique de la concussion de la moelle

Une seconde conséquence de cette « neurologisation » la concussion de la moelle et de son réexamen sous l'angle de perturbations du système nerveux en est la redélimitation de ses contours. Les travaux de Philip Coombs KNAPP (1858-1920), médecin neurologue à Boston et enseignant les maladies du système nerveux à la *Harvard Medical School* en offrent l'exemple même.
D'emblée les positions de P. Knapp sont polémiques au sens où il entend se démarquer nettement tant des positions d'Erichsen que de celles de Page. Il écrit en introduction de son premier article sur la question :

> Il est plutôt singulier que les deux travaux les plus élaborés sur ces affections du système nerveux qui sont supposées faire suite à des blessures aient été écrites par des chirurgiens et se soient appuyées sur des données procurées par des accidents de train. L'un de ces travaux dont l'influence n'est pas encore morte, s'appuie sur des idées concernant la pathologie du système nerveux datant de vingt ans et traite des formes d'atteintes du système nerveux central sous le terme trompeur de « concussion de la colonne vertébrale » ; l'autre, qui se lit comme le travail d'un plaideur attitré des compagnies ferroviaires, discute cas après cas de ce mystérieux trouble nerveux sans aucune mention de la condition des réflexes. [3]

A partir de l'étude de 12 cas personnels dont il s'attache à dégager la symptomatologie, sa première tâche consiste à discuter les principales hypothèses ayant été jusqu'alors émises par ses devanciers concernant leur étiopathogénie pour les récuser toutes une à une :
- affections organiques bien définies (tabès dorsalis, myélites, pachyméningite, hémorragie ou abcès de l'encéphale, paralysie agitante, chorée…) ;
- commotion pure de la moelle telle que supposée par Erichsen ;
- l'hystérie de Charcot avec laquelle il ne parvient à trouver aucune ressemblance ;
- les hypothèses de Walton et Putnam, tenants des positions de Charcot en faveur de laquelle ils avaient avancé l'existence chez les accidentés d'hémianesthésies ;
- la neurasthénie.

Il s'attache particulièrement à contester la thèse de l'hystérie et affirme, après une étude attentive des cas présentés par Charcot, Rendu, Poupon, Lyon ou Berbez, qu'il s'avère incapable de trouver

---

[1] J. J. Putnam (1883), cité par Ch. Vibert (1887) : Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 18, p. 328.
[2] J. J. Putnam (1883), cité par Ch. Vibert, *ibid.*, p. 330.
[3] P. C. Knapp (1888) : Nervous affections following injury, *Boston Medical and Surgical journal*, vol. CXIX, No 18, p. 421, traduction personnelle.

aucune ressemblance entre ceux-ci et ses propres observations, ne retrouvant jamais les caractéristiques de la grande hystérie et tout son cortège de symptômes présentés par les patients décrits par ces auteurs. Il conclut:

> Le diagnostic de ces états n'est pas difficile et, dans les cas rapportés plus haut, ils n'étaient pas observables. J'ai déjà rencontré de tels états – grande hystérie, monoplégie hystérique et névrose articulaire ; mais je n'ai encore jamais vu ces conditions résulter d'un traumatisme. [1]

Il en conclue que les Railway spine ou brain sont un rassemblement clinique composite dans lequel il s'attache à faire le tri et à distinguer cliniquement et étiologiquement différents états, par ailleurs connus de la médecine. Il en vient ainsi à repérer différents cas de figure : névrites périphériques, troubles purement psychiques liés à la violence des émotions, symptomatologies évocatrices de la neurasthénie, lésions organiques des centres nerveux, auxquelles il ajoute une hypothèse plus personnelle également formulée par Westphall en Allemagne et que reprendra également en France C. Vibert (1890), celle dans certains cas de possibles scléroses miliaires disséminées consécutives à de petites hémorragies ou concussions des centres nerveux.

Pour conclure, P. Knapp synthétise ainsi ses positions :

1. la commotion de la moelle, dans le sens strict du mot, quoique probable, est encore douteuse.
2. L'entorse du rachis, l'irritation spinale, la névrite périphérique, sont des complications fréquentes.
3. le traumatisme peut non seulement donner naissance à de graves lésions mécaniques du système nerveux central, avec des symptômes immédiats, mais aussi à un processus dégénératif chronique de marche insidieuse.
4. le traumatisme peut aussi donner naissance à diverses affections fonctionnelles du système nerveux, y compris les psychoses, la neurasthénie et l'hystérie.
5. l'hémianesthésie n'est pas caractéristique de l'hystérie ; elle se rencontre aussi dans d'autres états.
6. Les troubles psychiques : anxiété, hypocondrie, dépression, émotivité, incapacité d'appliquer l'attention, peuvent exister seuls, ou joints à d'autres états morbides.
7. la neurasthénie est souvent produite par le traumatisme ; l'hystérie rarement.
8. la neurasthénie et l'hystérie peuvent être surajoutées à une maladie organique, et obscurcir le diagnostic.
9. il existe un complexus symptomatique vraiment typique, avec troubles psychiques, paresthésie, lenteur et faiblesse des mouvements, exagération des réflexes. Ce complexus n'est pas rare, et est dû probablement à des lésions organiques.
10. le pronostic de cet état est grave. L'amélioration s'observe quelquefois, mais la guérison complète est exceptionnelle.

Dans un second article publié un an plus tard, *On methods of examination in medico-legal cases involving suits for damages for real or supposed injuries to the brain and spinal cord,* P. Knapp (1889) s'attache à décrire de façon détaillée et exhaustive la symptomatologie permettant selon lui au clinicien d'assoir un diagnostic différentiel sûr. Il y répertorie dans toute leur variété les symptômes

[1] P. C. Knapp (1888), *ibid.*, p. 450, traduction personnelle.

psychiques, les symptômes moteurs, les réflexes, les symptômes sensoriels, les symptômes thoraciques, abdominaux, génito-urinaires. Ceci lui permet d'opposer au problème posé par la simulation la rigueur de l'examen clinique du spécialiste :

> On suppose souvent que dans la majorité de ces cas il y a fraude ou tout au moins énorme exagération ; que la plupart des symptômes sont simulés et que les patients guérissent, aussitôt l'indemnité obtenue. Mais les neurologistes les plus récents ne fournissent aucun appui à cette théorie. Les suppositions de fraude et les cas de simulation nous sont fournis par des chirurgiens et souvent par des chirurgiens de chemins de fer dont le parti pris est trop évident. La pratique du chirurgien le familiarise surtout avec les phénomènes objectifs les plus accusés ; il est rarement expert en neurologie, aussi ses habitudes d'esprit le rendent-elles incapable d'apprécier à leur entière valeur des signes légers qui ont, aux yeux du neurologiste, une haute signification diagnostique. [1]

Ce que P. Knapp opère ainsi, c'est, avec toute la rigueur sémiologique nécessaire, un véritable démembrement de l'entité conçue par d'Erichsen.

2.13.2. Les névroses, nouveau modèle du traumatisme

a) Charcot et l'hystéro-traumatisme

C'est pour des raisons et dans une perspective sensiblement différente des chercheurs dont nous avons jusqu'à présent résumé les travaux que Charcot va rencontrer la question des traumatismes ferroviaires et prendre part, d'ailleurs très occasionnellement et de façon pour le moins péremptoire, au débat sur leur existence et leur nature ; car ce qui est au cœur de ses préoccupations c'est l'hystérie et ses symptômes, moteurs en particulier, leur étiologie et leur modalités de survenue, dans un projet d'édification d'une véritable cartographie de la moelle épinière et de ses fonctions (Bonduelle, 1996). Quant aux conséquences d'accidents, quelque soit leur nature, elles ne viendront pour lui qu'au titre d'illustrations cliniques d'une thèse dont les enjeux sont bien plus vastes.

Les circonstances historiques de la rencontre entre Charcot et la grande névrose sont bien connues : c'est d'abord moins par intérêt scientifique que parce qu'il est nommé en 1870 directeur du quartier des « convulsionnaires » de la Salpêtrière où il est médecin depuis 1862, qu'il entame une sorte de seconde carrière de médecin et de chercheur tournée essentiellement vers l'hystérie. Ce quartier, récemment séparé et entièrement distinct de celui des aliénés, regroupait des hystériques et épileptiques non atteints de détérioration mentale, au nombre d'environ 120.
C'est fort de la méthode clinique et anatomo-pathologique qui lui a valu ses succès dans l'étude de nombreuses pathologies neurologiques, notamment les atrophies musculaires, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques…, qu'il aborde avec confiance un domaine qui lui est pourtant presque totalement étranger, celui de l'aliénation mentale. L'année 1870 le voit donc inaugurer son cours, consacré d'abord aux maladies du cerveau et de la moelle épinière, et c'est à partir de 1871, que la

[1] P.C. Knapp (1889), cité par A. Cullerre, *op.cit.*, p. 269-70.

question de l'hystérie va devenir progressivement centrale et faire l'objet de leçons de plus en plus nombreuses.

Il serait ici hors de propos de retracer pas à pas le chemin parcouru par Charcot, comme ont su si remarquablement le faire M. Gauchet et G. Swain (1997). Il nous suffira de retenir deux dates charnières : la première est l'année 1877 avec la crise que connaît alors le modèle ovarien et épileptique de l'hystérie ; la seconde est 1882 avec les observations relatives à l'hystérie masculine.
Suivant en cela Briquet, Charcot oppose d'emblée les phénomènes paroxystiques aux stigmates permanents. Parmi ceux-ci, l'anesthésie occupe une place particulière car presque toujours, selon ses observations, elle se superpose aux paralysies et autres contractures, et seule sa disparition complète garantit pour lui la guérison (P. Bercherie, 1983, p. 65). Ca n'est pas un hasard si Charcot aborde l'hystérie d'un point de vue essentiellement neurologique et néglige la plus grande part des signes de la « folie hystérique » telle que la tradition psychiatrique s'était attachée à les dégager. Ce qui l'intéresse, c'est ce qui recèle potentiellement le plus d'intérêt pour le neurologue, à savoir les symptômes moteurs :

> La contracture comme l'atrophie musculaire font partie de ces symptômes chroniques intéressants dont Charcot espère prouver la subordination à une lésion de la moelle épinière […] C'est sur ce fond d'investigations anatomocliniques qu'il faut situer la leçon sur la contracture hystérique. C'est d'abord la contracture, avant l'hystérie, qui intéresse Charcot, ou plus exactement la contracture hystérique comme une parmi d'autres contractures. [1]

L'objectif est en conséquence de montrer que ces atteintes musculaires périphériques comme les contractures, mais également les atrophies, doivent en fait être rattachées à des lésions spécifiques de l'axe spinal, dans un essai de « neurologisation » de l'hystérie. Se trouve alors logiquement soulevée la question de la localisation de ces hypothétiques lésions et, s'appuyant notamment sur ses observations relatives à la maladie de Parkinson lui ayant montré que dans certains cas les tremblements débutent à l'endroit où le corps a subi un traumatisme, il en vient à concevoir le possible rôle d'une « cause mécanique » dans la survenue des stigmates locaux de l'hystérie. Cette cause mécanique, c'est ce que les chirurgiens britanniques ont dénommé « traumatisme », terme qu'il reprend à son propre compte. Ainsi, parallèlement à des causes générales comme la fatigue ou la maladie, la sollicitation excessive du système nerveux par des shocks, émotions violentes ou traumatismes, peut participer activement à l'éclosion des symptômes hystériques. C'est alors toute la conception ovarienne de l'hystérie qui se trouve mise en cause puisque les manifestations de la névrose ne se trouvent plus subordonnées à un organe mais peuvent se manifester en tous lieux du corps suivant le point d'impact de ces traumatismes mécaniques ou émotionnels.

Mais il lui faut alors répondre à une nouvelle question : pourquoi de tels traumatismes, la plupart du temps bénins ou sans effets notables chez la majorité des personnes, ont-ils chez les hystériques un tel pouvoir d'éclosion ? La réponse viendra avec la réactualisation d'une notion dont l'usage avait presque totalement disparu de la pensée médicale : la diathèse. M. Gauchet et G. Swain précisent :

---

[1] M. Gauchet, G. Swain (1997) : *Le vrai Charcot*, Calmann-Lévy, Paris, p. 42.

> La diathèse, c'est quelque chose qui n'est pas la maladie, mais qui donne la maladie, le contraire de la lésion localisée, quelque chose comme le terrain, une disposition générale à la maladie, quelque chose qui a à voir avec la « constitution » ou l'hérédité. [1]

La notion de diathèse vient ainsi permettre de résoudre le problème que pose l'absence de lésions observables dans l'hystérie :

> La diathèse, comme la dégénérescence, c'est la réponse métaphorique la plus élégante qu'on puisse trouver à la nécessité de penser une cause qui échappe à la localisation. La « diathèse », c'est une sorte de lésion inlocalisable, une lésion non lésionnelle, si l'on veut, une lésion « constitutionnelle » et non localisée, un état général, une tendance de l'organisme. [2]

L'hystéro-traumatisme naît alors du dégagement de l'hystérie de sa conception ovarienne. Ceci est passé par le développement d'une conception à la fois diathésique et traumatique, dans une double dynamique selon laquelle le traumatisme n'a de pouvoir véritablement traumatique que parce qu'une diathèse hystérique latente vient faire d'un choc extérieur, qu'il soit physique ou psychique, un agent provocateur ; et à l'inverse il n'y a de diathèse que dans sa révélation comme état général latent prédisposant à de tels accidents que parce qu'un événement vient avec sa force disruptive la révéler et en actualiser tout le potentiel morbide. Et dans cette construction liant indéfectiblement hystérie et traumatisme comme les deux faces ou versants d'un seul et même processus morbide, le traumatisme…

> …est cette « action mécanique » susceptible de déclencher les accidents de l'hystérie locale, en particulier la contracture permanente et d'apporter ainsi la première révélation de la diathèse hystérique jusque-là restée latente. [3]

Le deuxième temps de constitution de l'hystéro-traumatisme vient quelques années plus tard, à partir de 1885, après une période durant lequel Charcot se consacre tout particulièrement à la question du somnambulisme et de l'hypnotisme, à la faradisation, l'application de métaux en divers lieux du corps, l'utilisation de vibrations sonores… Ces multiples expériences vont peu à peu lui montrer que ces stigmates sont mobiles, peuvent apparaître et disparaître, mais également se déplacer, soit spontanément, soit au moyen de ces divers procédés.
Cette seconde étape dans l'édification de sa théorie de l'hystérie ne va pas mettre en cause la première, en tout cas pas le déterminisme traumatique :

> Les phénomènes d'hyperexcitabilité neuromusculaire dîment convoqués et redémontrés au cours de ces leçons ont rendu familière l'idée que des excitations de divers ordres suffisaient à déclencher la contracture : non seulement la disproportion des effets par rapport à la cause n'est pas un argument, mais elle est un des plus sûrs indices que l'on est en présence d'une hystérie traumatique. Ce n'est donc pas le fait du traumatisme qui va constituer une nouveauté en 1885 –il est un acquis solidement établi. C'est l'explication de son mode d'action -l'éclaircissement de ce qui se joue dans ce mystérieux intervalle entre la minceur de la cause et le spectaculaire des effets. [4]

---

[1] *Ibidem*, p. 85.
[2] *Ibidem*, p. 86.
[3] *Ibidem*, p.136.
[4] *Ibidem*, p. 138-139.

C'est qu'en effet l'hystérie ne se laisse pas aisément appréhender par le modèle anatomo-pathologique : la réversibilité des phénomènes d'hystérie locale a fortement ébranlé la thèse lésionnelle. Cependant Charcot, restant fidèle à ses conceptions, ne renonce pas à ce paradigme mais doit réviser la conception qu'il s'en faisait jusqu'alors et imaginer une « lésion corticale dynamique », certes réversible, mais produisant néanmoins les mêmes effets qu'une lésion physique avérée. Qu'on ne s'y trompe pas, les thèses de T. Ribot qui vont dès lors souvent servir de référence ne sont pas une concession à la psychologie et un renoncement à la neurologie : **car il faut bien entendre que pour Charcot la psychologie n'est rien d'autre que la physiologie d'une partie du cerveau », en l'occurrence le cortex.**
Cependant, presque pas à pas, s'impose à lui l'idée que c'est moins le choc traumatique et la supposée atteinte lésionnelle, fut-elle fonctionnelle et qui lui serait consécutive, qui seraient responsables des phénomènes hystériques locaux, que ce que ce choc a comme effets sur le fonctionnement du psychisme.

Comment en est-il arrivé à une telle conclusion ? C'est d'abord le cas d'un homme dénommé Pinaud qui souffre d'une paralysie du bras gauche ne correspondant à aucune des formes répertoriées de paralysie organique, et pour laquelle toutes les hypothèses ont été explorées. A la suite d'une série d'attaques déclenchées, il se réveille un matin ayant retrouvé l'usage de son bras. Dans un but pédagogique, lors de l'une de ses leçons, Charcot va tenter de reproduire artificiellement cette paralysie. Il y parvient pour 24 heures et, fait remarquable, contrairement à l'habitude, la suggestion n'est pas faite sous hypnose mais à l'état vigile. Si cet exemple lui sert à démontrer qu'il est possible, d'une part de différencier les paralysies hystériques des paralysies organiques autres, d'autre part à saisir la similitude entre la paralysie hystérique et la paralysie suggérée, il ouvre à la question du mécanisme commun à ces deux dernières. Car il subsiste un point inexpliqué d'importance : si les symptômes sont identiques, leurs modalités de production sont aussi dissemblables que possible, - un agent traumatique d'un côté, - une suggestion verbale de l'autre.
Le second cas, étudié en mai 1885, est celui d'un nommé Porczenska, cocher de fiacre âgé de 25 ans. Jeté à bas de son siège par l'emballement de son cheval, il développe dans les jours suivants une paralysie du bras droit qui pose question à différents spécialistes. Charcot étudie donc le cas avec une particulière attention. Ayant écarté les principales hypothèses de lésions nerveuses articulaires, spinales ou cérébrales d'origine traumatique, il se voit contraint de concevoir une autre piste qui, pour le neurologue qu'il est avant tout, n'est envisageable que dans le strict cadre de processus ayant un substrat organique. Mais autant l'absence de lésion même dynamique ou fonctionnelle (c'est-à-dire sans localisation), est-elle inimaginable, autant cette paralysie échappe aux schémas connus. Ses caractéristiques conduisent cependant Charcot à imaginer une lésion localisée dans l'écorce grise de l'hémisphère cérébral opposé à la paralysie. Mais ce qui préoccupe là encore Charcot c'est que, comparant cette paralysie à une paralysie similaire présentée par un autre patient, mais induite sous hypnose, il se heurte à un problème qu'il n'avait pas imaginé et qui semble insurmontable : comment deux symptômes en apparence exactement similaires, ont-ils pu être

engendrés par deux causes aussi différentes, un traumatisme d'un côté, une suggestion hypnotique de l'autre ?

Toute une série d'expériences nouvelles va suivre, au cours desquelles la suggestion verbale est remplacée par un agent analogue au traumatisme initial, en l'occurrence la ***suggestion par un choc.***

> On a ainsi un équivalent artificiel du mécanise traumatique qui permet d'en pénétrer les voies intimes, ou du moins de formuler une hypothèse vraisemblable à leur endroit. Le parallèle donne à discerner que ce qui agit dans le traumatisme, c'est non pas le choc physique, mais ce que Charcot appelle dans ses notes *la suggestion par le choc.* Chez les hystériques, le coup sur l'épaule détermine « l'idée d'impuissance morbide du membre », laquelle, en fonction de « l'obnubilation du moi », peut se fixer dans l'esprit, y régner sans partage et acquérir « assez de force pour se réaliser objectivement sous forme de paralysie ». C'est l'occasion pour les hypothèses forgées à propos des paralysies psychiques de surgir au grand jour. De même, peut-on penser, ce sont en réalité les représentations mentales du mouvement qui ont été affectées chez nos deux traumatisés, lorsqu'ils ont chuté. Il faut simplement supposer en outre que l'accident, de par l'émotion ou le « choc nerveux » qu'il a occasionné, les a plongés dans un état mental équivalent à « l'état cérébral » des hystériques en somnambulisme. [1]

D'une action purement mécanique du traumatisme externe sur l'organisme, Charcot passe donc à l'idée d'une idée, c'est-à-dire à celle d'un processus d'intériorisation. Un élément nouveau s'est ainsi subrepticement introduit dans le raisonnement comme condition pour parvenir à rendre compte de l'ensemble de ces observations cliniques : **l'idéation,** dont M. Gauchet fait l'équivalent de la découverte par Kepler en 1604 de l'image rétinienne qui bouleversa radicalement l'idée millénaire d'une « vision réceptive » mettant l'âme au contact direct avec le monde et ses objets. Kepler montre que c'est par une opération complexe, interne à l'organisme, et non par un accès direct et immédiat à celui-ci, que nous accédons au monde, non plus tel qu'il est mais tel que notre organisme nous permet de le percevoir. Ici l'événement pensé se substitue à l'événement advenu, et c'est dans ce pensé de l'événement que le traumatisme s'inscrit. Une semblable révolution s'annonce concernant l'hystérie, mais ce n'est pas Charcot qui en élaborera les fondements.

> On sait que la production d'une image ou autrement dit d'une représentation mentale, quelque sommaire et rudimentaire qu'elle soit, du mouvement à exécuter, est une condition préalable indispensable à l'accomplissement de ce mouvement. Or il est vraisemblable que chez nos deux hommes [Pinaud et Porczenska] les conditions organiques qui président normalement à la représentation de cette image mentale ont été profondément troublées, au point de la rendre impossible ou pour le moins très difficile, en conséquence d'une action d'inhibition exercée sur les centres moteurs corticaux, par l'idée fixe d'impuissance motrice ; et c'est à cette circonstance surtout que serait due, au moins en grande partie, la réalisation objective de la paralysie.[2]

Toute la question de l'origine de l'idée fixe en sera la suite et le prolongement naturel.

> Charcot lui-même n'ira pas beaucoup plus loin, spéculativement parlant, que la mise en évidence de ce phénomène de « l'hystéro-traumatisme » dans lequel c'est la représentation interne induite par le choc externe qui est en fait déterminante. [3]

---

[1] *Ibidem*, p. 156.
[2] *Ibidem*, p. 158.
[3] *Ibidem*, p. 156.

Une porte s'était ouverte sur l'exploration des phénomènes psychiques dits « automatiques », non contrôlés, à partir de la notion d'idée fixe. Quelques années plus tard, Janet et Freud vont s'y engouffrer.

Mais en attendant, il convient de revenir sur la place de l'hystéro-traumatisme dans les débats sur la concussion de la moelle et autres Railway spine et brain. Charcot a évidemment eu connaissance des controverses concernant ces troubles, et cela à partir du moment où l'hypothèse hystérique a été soulevée pour en rendre compte. Les cas publiés d'accidentés étant plus fréquemment ceux d'hommes, c'est l'occasion pour lui réaffirmer ses positions quant à l'hystérie masculine. C'est donc de ce point de vue qu'il va au décours de certaines leçons livrer son opinion sur le sujet. Ainsi :

> Tout récemment, l'hystérie mâle a été étudiée, en Amérique, par MM. Putnam et Walton, principalement à la suite des traumatismes et plus spécialement des accidents de chemin de fer. Ils ont reconnu, avec M. Page, qui s'est également occupé de cette question en Angleterre, que beaucoup de ces accidents nerveux désignés sous le nom de *Railway-spine* et qui, d'après eux, seraient mieux appelés *Railway-brain*, sont, en somme, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, simplement des manifestations hystériques. On comprend, dès lors, l'intérêt que prend une pareille question dans l'esprit pratique de nos confrères d'Amérique. Les victimes des accidents de chemin de fer demandent tout naturellement des dommages intérêts aux Compagnies. On plaide ; des milliers de dollars sont dans la balance. Or, je le répète, souvent c'est l'hystérie qui est en jeu. Ces états nerveux, graves et tenaces, qui se présentent à la suite des « collisions » de ce genre et qui mettent les victimes dans l'impossibilité de se rendre à leur travail ou de se livrer à leurs occupations pendant des périodes de plusieurs mois ou même de plusieurs années, ne sont souvent que de l'hystérie, rien que de l'hystérie. [1]

Il écrira encore :

> Par les mots de *Railway-Brain*, *Railway-Spine* on crée un mot faux en nosographie. Il n'y a qu'une neurasthénie comme il n'y a qu'une hystérie. Il est impossible, dans l'examen objectif de plusieurs neurasthéniques, de distinguer les traumatisés de ceux chez qui la névrose a évolué spontanément. En effet, ce traumatisme dont, au dire des auteurs, viendrait tout le mal, ce traumatisme sur lequel on se base pour constituer une maladie ou névrose traumatique, peut être nul. Un de nos malades faillit être écrasé par un tonneau qu'il descendait dans une cave, cet homme n'a eu qu'un doigt abîmé, le traumatisme a été peu de chose, mais le choc a été énorme. Cet homme, au lieu d'être un prédisposé à la neurasthénie, était un prédisposé à l'hystérie. C'est là ce que les anglais ont appelé *Nervous Shock*, et les allemands *Shrecklaemung*. M. Page raconte des cas semblables. [2]

Nous reviendrons plus loin sur la portée de la position de Charcot en faveur de la thèse de l'hystérie mais une question affleure à la lecture des leçons de la Salpetrière : entre les premières femmes hystériques étudiées au début des années 1870, hospitalisées pour la plupart depuis de longues années, et ces hommes présentant des paralysies et autres symptômes suite à des accidents de travail, y a-t-il véritablement homogénéité ? C'est ce que laisse indirectement penser la remarque suivante, formulée par H. Ellenberger

---

[1] J.M. Charcot (1890) : *Œuvres complètes. Leçons sur les maladies du système nerveux*, Dix-huitième leçon, tome III, p.254-55.

[2] J.M. Charcot (1889) : Les accidents de chemin de fer, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 21, p. 129-130.

> C'est ainsi que la fréquence de l' « hystérie masculine » avait augmenté en France, du moins en tant que diagnostic, et qu'il y avait maintenant à Paris deux espèces d'hystérie masculine : la forme « classique » (dans laquelle l'hérédité était considérée comme le facteur étiologique principal), et la forme « post-traumatique » (où l'hérédité jouait un rôle moindre ou nul). A Vienne, l'existence de l'hystérie masculine « classique » n'était mise en doute par personne et il est complètement inexact que Meynerd en ait nié l'existence. [1]

La question se pose alors si, passant de « l'hystérie féminine » à « l'hystérie masculine », Charcot n'a pas changé au moins en partie de population de référence et s'il n'a pas théorisé sous cette dernière entité l'exact équivalent clinique de la névrose traumatique d'Oppenheim. L'absence de tout une part en effet de la symptomatologie classique, comme les grandes crises, la nature et la gravité des accidents au point de départ des troubles, le laissent fortement à penser.

L'on ne saurait refermer ce chapitre consacré à Charcot sans évoquer ne serait-ce que brièvement, un autre aspect de son travail, et non des moindres. Parallèlement à ses recherches, il poursuivait son exercice de médecin et la Salpêtrière tenait aussi sa réputation aux soins qui y étaient prodigués, qui attiraient, par leur qualité, des patients parfois venant de très loin. L. Crocq en a ainsi synthétisé les principes :

> Sur le plan thérapeutique, il tente d'arrêter les crises par la pression subite et énergique des « points hystérogènes » que sont en particulier les ovaires chez la femme et le testicule chez l'homme ; il réduit les stigmates (les conversions) par l'excitation faradique des membres paralysés ou anesthésiés ; il combat l'insomnie par la prescription de bromure ou de chloral ; il prescrit l'isolement et le repos et il cherche à modifier l' « état mental » du patient par suggestion (« ce qu'une suggestion a fait, une autre suggestion peut le défaire »), parfois exercée sous hypnose légère ou profonde (somnambulisme). Mais en outre il a recueilli ou fait recueillir l'histoire de ces malades, ce qui constitue l'amorce même de la relation de confiance psychothérapique. [2]

b) La neurasthénie

Si l'hystérie et, dans une bien moindre mesure la névrose traumatique, se disputaient le champ des pathologies traumatiques, d'autres névroses furent également souvent invoquées, comme la neurasthénie et cette entité hybride dénommée « l'hystéro-neurasthénie » par Charcot, terme justifié par le fait que certains tableaux cliniques présentaient une combinaison de symptômes des deux lignées sémiologiques.

Sous le nom de *neurasthénie*, le psychiatre nord-américain Georges Beard décrivit en 1869 un trouble dont la principale caractéristique est de se présenter comme un épuisement physique et psychique accompagné d'une hypersensibilité et de multiples troubles fonctionnels.

La notion sera reprise par Charcot en 1885 qui y consacrera une séance spéciale de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (Crocq, Sailhan, Barrois, 1983a).

Les principaux symptômes en sont (Crocq et Sailhan, 1983b) :

- une sensation de fatigue physique intense ;
- des troubles sensoriels divers ;

---

[1] H.F. Ellenberger, *op.cit.*, p.460.

[2] L. Crocq (2005) : Prise en charge des syndromes psychotraumatiques dans l'histoire, In Vaiva, Lebigot, Ducrocq, Goudemand, *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Masson, Paris, p. 15-23, p. 16.

- des troubles sensitifs ;
- des troubles de la motricité ;
- des troubles neuro-végétatifs ;
- des troubles fonctionnels ;
- des troubles de la vigilance et du sommeil ;
- un syndrome biologique.

Dans « Les obsessions et la psychasthénie » de 1903, P. Janet reprendra en partie sous le terme de psychasthénie la sémiologie de la neurasthénie en en recentrant la compréhension sur sa dimension psychique autour de trois traits essentiels : le sentiment d'incomplétude, la perte de la fonction du réel, la baisse de la tension psychologique (L. Crocq et Sailhan, 1983b ; G. Lanteri- Laura, 1994)
Beard avait en outre distingué deux étiologies possibles, l'une traumatique, l'autre en lien avec l'hystérie. Et, reliant la neurasthénie au mode de vie américain il en avait fait une névrose typiquement américaine :

> Ce mode de vie impliquait un redoublement de travail, de prévoyance et de ponctualité, une accélération de la vie (les chemins de fer, le télégraphe), en même temps que le refoulement des émotions (« un processus «épuisant »).[1]

La neurasthénie va tenir dans le champ des névroses de guerre une place similaire, comme chez A. Gilles qui lui consacre en 1916 un long article dont il introduit ainsi le propos :

> Nous allons essayer d'analyser ici un état de dépression, voisin des états neurasthéniques, qui se manifeste sur la ligne de feu chez ceux qui en ont subi les bombardements répétés, chez ceux, surtout, qui ont été soumis de longs mois aux conditions précaires de la vie des tranchées. Empruntant à ses circonstances sa forme particulière, cet état de dépression, plus nerveux qu'organique, plus encore psychique que nerveux, est constitué par de multiples symptômes qui, chacun en soi, sont relativement discrets mais qui ensemble, par leur fixité et leur constance, arrivent à créer un malaise diffus peut-être, mais tenace, capable de diminuer sérieusement la résistance de qui en pâtit. [2]

Mauvais sommeil, promiscuité, inactivité et sensation du risque permanent en forment la toile de fond.
L'on peut penser que ce qui était appréhendé comme neurasthénie correspond aujourd'hui à la dimension dépressive de certains tableaux de syndromes psychotraumatiques[3].

c) Hermann Oppenheim et les névroses traumatiques

L'œuvre d'Oppenheim survient également à l'époque où le modèle mécanique du trauma a montré son incapacité à rendre véritablement compte de phénomènes émotionnels dont l'on perçoit de plus en plus clairement l'importance. Reste que si les auteurs ont beau évoquer le rôle de la peur,

---

[1] H.F. Ellenberger, *op.cit.* p.276.
[2] A. Gilles (1916) : Etude sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu, *AMP*, N° 7, p. 209.
[3] Ph. Birmes et all. font de l'hystéro-neurasthénie un précurseur du PTSD : L'hystéro-neurasthénie traumatique dans les Leçons du Mardi du Pr Charcot : opposition à la névrose traumatique mais anticipation du trouble de stress post-traumatique ?, *AMP*, 2005, 163, p. 336-43.

de l'effroi, des émotions violentes, rien en même temps ne permet de penser selon quelles modalités celles-ci peuvent agir sur les fonctions physiques normales. Il y a là un impensable sur lequel viennent buter ces les premières élaborations. Quant à l'œuvre de Charcot, elle n'a fait que complexifier le schéma étiologique originel, mais pas véritablement les prémices sur lesquels il s'édifiait, puisqu'il restait dans le cadre d'une pensée anatomo-pathologique en quête d'une lésion explicative. Le paradoxe du modèle hystéro-traumatique est que le traumatisme peut être indifféremment mécanique ou émotif et qu'il ne tient finalement qu'une place secondaire, uniquement déclenchante, dans l'apparition des troubles par rapport à la diathèse sous-jacente dont il vient révéler l'existence.

Il restait donc en quelque sorte une place vacante pour une théorie qui mette en exergue la dimension proprement émotionnelle/traumatique de l'accident, dont l'importance n'avait cessé d'être relevée par les auteurs. Il revient à Thomsen et Oppenheim en 1884, puis à Oppenheim seul, d'avoir su être les premiers proposer une thèse fondée sur des positions antithétiques à celles de Charcot en donnant une place centrale au traumatisme émotionnel. Mais il fallait pour cela littéralement inventer une pathologie nouvelle sur des bases épistémologiques sensiblement renouvelées.

a. Le contexte des accidents de travail

Le contexte social et juridique dans lequel les travaux d'Oppenheim trouvent place est très poche de celui qui fut à l'origine du Railway spine, à ceci près que l'opportunité en est moins la question de l'indemnisation des victimes d'accidents ferroviaires que celles d'accidents de travail.

C'est en effet le problème des conséquences sur la santé de ceux se produisant dans le cadre du travail qui, en Allemagne, mais aussi en France[1], fait l'objet depuis un certain temps de débats passionnés au plan politique et juridique, et également médico-légal avec, comme il en était pour les conséquences des accidents ferroviaires, la question récurrente de la nature énigmatique des troubles observés et de leur simulation frauduleuse toujours possible.

Du côté germanique, un ensemble de mesures est pris visant à désamorcer le pouvoir grandissant des organisations ouvrières, dont, en 1884, la législation Bismarck sur l'assurance des accidents et, cinq ans plus tard, la reconnaissance par le *Bureau Impérial de l'Assurance* du droit à compensations pour les troubles nerveux consécutifs à un accident cause d'inaptitude au travail. Cet acte fut rapidement rendu responsable de ce qui parut à certains constituer une véritable épidémie de « névrose de pension » (Rentenneurose) :

> La reconnaissance légale de la névrose traumatique inaugurait d'un problème qui allait préoccuper les administrateurs d'assurances, les bureaucrates, les leaders syndicaux, les patients traumatisés et les médecins pour les trente six années suivantes (jusqu'à ce que la décision soit annulée en 1926. [2]

[1] Concernant le contexte français, voir l'incontournable historique que F. Ewald a reconstitué des débats politiques ayant abouti à la loi de 1898 sur les accidents de travail. Concernant les polémiques qui lui ont fait suite au plan médico-légal, l'on peut se référer au chapitre qu'y consacre Y. Guyot (1914) dans son ouvrage *L'industrie et les industriels*, Paris, O. Doin et fils Ed.

[2] P. Lerner (2001) : From Traumatic Neurosis to Male Hysteria, p. 150, In Mark S. Micale and Paul Lerner (2001) *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press.

Les obstacles administratifs s'opposant à l'obtention d'une pension étaient tels qu'ils semblent avoir été eux-mêmes à l'origine de troubles contre lesquels s'alarmèrent également les critiques qui en conçurent ironiquement une nouvelle forme de névrose, « la névrose de lutte pour une pension » (Rentenkampfneurosen).

b. Hermann Oppenheim[1]

H. Oppenheim naît en 1857 d'une famille juive allemande aisée de la province de Westphalie. En 1881 il passe ses examens doctoraux avec les plus hauts honneurs et entame la même année sa formation de psychiatre à Berlin sous la direction d'Eduard Lewinstein. Celui-ci, comme l'autre mentor d'Oppenheim, Carl Westphal, avait été l'étudiant de Wilhelm Griesinger, reconnu comme l'un des fondateurs de l'école allemande de psychiatrie. Après une année, il rejoint l'hôpital Charité attaché à l'université de Berlin et devient l'assistant de Westphal qui a succédé en 1869 à Griesinger à la très prestigieuse chaire de psychiatrie de Berlin et à la direction de la clinique.
C'est à partir de 1884 qu'Oppenheim se consacre à l'étude des névroses et entame une correspondance avec Jean-Martin Charcot. Deux ans lui sont ensuite nécessaires à compléter sa thèse d'habilitation intitulée *Importance du choc dans les pathologies du système nerveux*. C'est à cette époque qu'il développe sa théorie de la névrose traumatique à partir de ses observations de patients accumulées pendant cinq années à la clinique et qui le convainquirent progressivement du caractère psychique de nombreux symptômes consécutifs à certains accidents de chemin de fer et de travail en usine.
En 1884, un article conjointement rédigé avec Thomsen pose les premières bases de la future névrose traumatique : *Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Arzte und Studieren* et, en 1888 parait son texte majeur, *Die Traumatischen Neurosen,* qui s'appuie sur l'étude approfondie de 42 patients issus de la classe laborieuse berlinoise, la plupart employés des chemins de fer, d'usine ou de la construction, tous ayant été victime d'un accident de travail, dont 16 cas d'accidents ferroviaires.

c. Die Traumatischen Neurosen

La préface de l'ouvrage est l'occasion de préciser son objectif : présenter « des troubles du système nerveux provoqués par des blessures qui ne relèvent pas d'une atteinte directe des organes nerveux centraux ni de l'appareil nerveux périphérique, mais qui sont engendrés par des traumatismes, au sens large du terme. » [2]
Troubles difficiles à repérer, à ne confondre ni avec l'hystérie, ni avec la neurasthénie pas plus qu'avec la simulation vis à vis de laquelle Oppenheim se montre très critique, troubles insuffisamment étudiés et dont la connaissance s'appuie bien trop souvent, comme chez Erichsen, sur des cas d'accidents de chemin de fer ; et d'ajouter que le manque de connaissances des névroses fonctionnelles et des psychoses chez certains médecins a conduit à des diagnostics et des conclusions erronés.

[1] Pour une biographie très complète d'H. Oppenheim, voir G. Trehel (2005).
[2] Traduction des extraits de l'ouvrage d'Oppenheim : A. Hirschelmann et P. Pignol

Retraçant brièvement l'historique des travaux germaniques en la matière, Oppenheim mentionne notamment :

- les travaux de Rigler qui, bien que selon lui trop influencé par Erichsen, soutient l'hypothèse étiologique de la myélite et quand celle-ci ne rend pas compte des symptômes observés, à la simulation dont Oppenheim conteste la pertinence ;
- ceux de Moeli ;
- l'hystéro-traumatisme de Charcot.

Une part importante de l'ouvrage est consacrée à la description clinique détaillée des 42 cas constituant le corpus clinique d'Oppenheim. L'on y retrouve globalement la même litanie de symptômes physiques que chez Erichsen ou encore Knapp. Par comparaison avec l'importance accordée aujourd'hui au vécu de l'événement, et malgré l'introduction de la notion d'effroi, l'on ne relève que de très rares notations quant aux émotions éprouvées par les patients durant l'accident. A titre illustratif, voici un bref résumé de trois cas : les cas 26 et 28, car d'une part Oppenheim s'y réfère par la suite à plusieurs reprises, d'autre part parce qu'ils offrent les descriptions les plus détaillées de troubles « psychiques » proposées par l'auteur, et enfin le cas 33, caractéristique de la population étudiée.

Cas 26 : il s'agit d'un chef de gare de 58 ans qui a 12 ans d'ancienneté. Une lanterne de signalisation lui est tombée sur la tête d'une hauteur de 5 mètres. Il a perdu conscience pendant plusieurs minutes, puis a pu rentrer seul chez lui. Dans les jours suivants, il souffre de faibles maux de tête et son entourage remarque des changements dans son état psychologique. Au travail, il est devenu prudent à l'extrême et est rapidement suspendu de ses fonctions. Le patient décrit lui-même les trouble suivants : des vertiges, un tangage quand il marche, une vision brouillée, des tremblements et une anxiété générale. Son sommeil est agité et traversé de rêves lourds ; il a des attaques de panique en pleine nuit durant lesquelles il sort impulsivement de chez lui en courant et peut aussi marcher pendant des kilomètres le long des voies de chemin de fer. L'examen clinique confirme les tremblements, mais révèle que ceux-ci diminuent lorsque le patient ne se sent pas observé.

Cas 28 : il s'agit d'un ouvrier qui se coince la main dans une ponceuse métallique. Il perd son petit doigt et les quatre autres restent coincés et gravement traumatisés. Trois ans auparavant, cet homme a déjà connu un accident analogue où c'est son bras gauche qui est resté coincé dans une porte. Un traitement électrique a bien soigné son bras. Le patient se plaint de douleurs généralisées, surtout dans le bras gauche, au point de ne plus pouvoir toujours s'en servir, de tremblements et d'un état de faiblesse généralisée. Oppenheim relève un état psychique anormal, une logorrhée ; le patient se montre en outre très revendicatif, si ce n'est agressif à l'égard des médecins. La cicatrice de son doigt amputé est très sensible et Oppenheim évoque à son propos un phénomène de rayonnement-réflexe.

Le cas 33 est celui d'un ouvrier de 44 ans qui se coince la main droite entre deux meules. Le fait à noter est que les douleurs, contusions…, sont soignées de façon satisfaisante mais qu'apparaît

parallèlement une autre série de symptômes : des palpitations cardiaques, des difficultés d'élocution, des pertes de mémoire, une baisse des facultés intellectuelles ainsi que des crises de tremblement avec perte de conscience, qui partent toujours de tremblements dans le bras droit (celui de la cicatrice) et peuvent se produire 5 à 6 fois dans la journée pendant plusieurs semaines, puis totalement disparaître. L'on constate également une baisse de la capacité auditive. Aucun antécédent psychiatrique personnel et familial.

L'on peut s'étonner du peu de place accordé par Oppenheim dans ses descriptions cliniques aux symptômes renvoyant au choc émotionnel et aux perturbations qui s'ensuivent, alors même qu'il entend y accorder une place étiologique centrale ; ainsi, les états d'angoisse sont mis au même plan que les troubles dits moteurs comme les tremblements qui sont, eux, systématiquement recherchés et relevés.

Cependant, dans le chapitre suivant (p. 122-132) consacré à une réflexion synthétique sur la symptomatologie présentée par ces patients, il s'attache à faire ressortir l'importance de la perturbation psychique. Il ne manque alors pas de relever que l'attention médicale est focalisée sur les signes somatiques alors même que les troubles névrotiques peuvent se déclencher sans que l'on puisse clairement en établir ni les débuts, ni l'origine précise, car un décalage dans le temps est observable entre le traumatisme physique et l'apparition de ceux-ci. Les douleurs invoquées renvoient certes à des traumatismes physiques, mais les « plaintes subjectives » comme l'angoisse, l'agitation, la tendance à être vite effrayé, se retrouvent avec fréquence ; de même que des altérations psychiques, notamment des troubles de l'humeur d'ordre « hypocondrio-mélancolique » à l'origine de sensations corporelles désagréables, de l'irritabilité, des états anxieux, auxquels sont associés des troubles du sommeil, des tremblements. Il mentionne également quelques pertes de conscience accompagnées ou non de crises d'épilepsie, celles-ci allant du simple tremblement, aux tics compulsifs, aux spasmes, aux paralysies, ainsi que des troubles de la sensibilité. Ces paralysies ont des caractéristiques qui les distinguent nettement de celles observables dans des maladies organiques matérielles du cerveau, ou encore de la moelle ou du système nerveux. Oppenheim évoque plutôt des états de tension anormaux des muscles et des tendons.

Quant aux troubles du langage, il n'est jamais, selon Oppenheim, rencontré d'aphasies classiques mais des troubles de l'articulation dont des bégaiements en assez grande fréquence.

En outre, concernant les troubles de la sensibilité, ils paraissent atypiques car ils ne correspondent pas aux lésions connues du cerveau ou de la moelle.

Enfin, dans la plupart des cas, l'accident a provoqué une agitation psychique importante liée selon lui à l'effroi qu'a ressenti l'accidenté et à la sidération dans laquelle il l'a plongé. Oppenheim note que certains blessés ne veulent pas reconnaître avoir été effrayés, si bien que le degré d'effroi est parfois difficile à évaluer alors même qu'il constitue un critère déterminant.

Il évoque également la sidérodromophobie (du grec « sidero »: fer, « dromo » : chemin, « phobos » : effroi), terme qu'il semble emprunter à Rigler, en précisant qu'elle est provoquée par les moments qui rappellent à l'esprit le souvenir de l'accident.

Fait suite un chapitre consacré à « L'être et la genèse des névroses traumatiques », dans lequel Oppenheim développe sa conception de l'entité nouvelle.
Peu importent les lésions de la moelle, le véritable siège de la maladie est le psychisme car l'on ne se trouve pas dans le cas de figure de changements anatomo-pathologiques avérés, mais de perturbations de nature fonctionnelle. Il s'agit d'un traumatisme psychique dans lequel l'effroi, ou le trouble psychique qui survient au moment de l'accident, ou encore est lié à celui-ci, joue un rôle suffisamment important pour qu'il engendre une altération psychique durable. « Cette altération peut trouver son expression dans des paralysies ou des douleurs persistantes, des sensations anormales, qui créent des représentation pathologiques », écrit-il, en même temps que ces représentations puisent dans les sensations anormales : « La représentation de la paralysie peut créer une paralysie d'ordre idéogène, autoproduite », idée qu'il reprend à Charcot. Ainsi, il existerait une origine psychique suffisamment forte pour être à l'origine d'informations moléculaires ou organiques inhabituelles qui se traduisent au niveau du corps par diverses manifestations symptomatiques.

Mais, de façon surprenante, Oppenheim insiste également sur l'importance du choc physique local, périphérique, qui peut se concrétiser directement par une paralysie à l'endroit même de son impact sur le corps, comme dans l'hystérie à la Charcot ; ainsi, « le choc crée des modifications moléculaires et des changements dans les stimulations motrices, et donc dans les sensations. »
Un choc peut aussi, là où il n'existe pas de blessure extérieure, susciter des conséquences directes qui n'auraient pas autant d'importance si le psychisme altéré par sa réaction anormale aux troubles physiques ne déclenchait pas une maladie chronique.

> Dans cette catégorie de cas, le moment clé est le traumatisme psychique. L'effroi qui se produit au moment de l'accident est souvent tellement fort qu'il entraîne une altération psychique durable. Celle-ci peut s'exprimer tout de suite à travers des états de paralysie qui ont un fond psychique, ou bien des douleurs chroniques et les sensations anormales alimentent les représentations psychiques pathologiques qui finissent par se les approprier. Et la représentation d'une paralysie peut créer la paralysie, mais une paralysie qui porte les traces de son origine idéogène. [1]

Ainsi, à la différence essentielle d'avec l'hystéro-traumatisme où le choc local ne vient que révéler la diathèse latente, dans la névrose traumatique d'Oppenheim, d'une part il s'agit d'un mécanisme étiologique au sens le plus fort du terme puisqu'il engendre une pathologie sans qu'aucune prédisposition n'y soit nécessaire, d'autre part le trouble ne se réduit pas à la paralysie née au lieu même de l'impact ; et enfin même si le trouble se nourrit du choc physique, il faut aussi un choc psychique suffisamment fort pour que s'instaure un rapport problématique au choc physique lui-même.

Pour donc qu'il y ait névrose traumatique, il faut qu'un accident ait engendré deux chocs de nature très différente : un choc, ou traumatisme physique, périphérique, et un trouble psychique (pour l'essentiel l'effroi) engendrant une paralysie ou un autre trouble physique local au point d'impact du traumatisme, trouble idéogène (l'idée d'un trouble) provoquant des sensations

[1] . *Ibid.* p. 179.

périphériques qui en retour en renforcent la « réalité ». Et plus le patient focalisera son attention sur la partie du corps atteinte, plus le trouble idéique sera intensifié. L'ensemble engendre « une annulation des traces mnésiques concernant les mouvements habituels, provoquant ainsi un relâchement des réflexes usuels ». L'on ne peut imaginer plus exemplaire **circularité,** ici entre idée centrale (cérébrale) et sensation périphérique.

Tel est au sens strict des termes employés, la signification de la notion de névrose traumatique : une maladie du système nerveux (névrose), sur la base d'un traumatisme physique à l'occasion duquel l'esprit a été également choqué.

L'on est donc très loin de l'hystéro-traumatisme de Charcot dont Oppenheim ne cesse et pour cause de contester la pertinence :

> L'école de Charcot part du postulat que l'hystérie est une maladie héréditaire et que le traumatisme n'en est que « l'agent provocateur ». Je ne peux partager cette conception si je dois l'appliquer à la névrose traumatique. Les névroses d'origine traumatique se développent chez des personnes qui ont toujours été en bonne santé jusque-là et où l'on ne recense pas d'antécédents dans la famille. Il peut néanmoins exister des prédispositions neuropathiques ou des antécédents d'alcoolisme qui constituent des facteurs facilitants. [1]

Quel est alors le modèle qui, pour Oppenheim, fait référence ?

d. La névrose traumatique : un modèle réflexe du trauma

Pour rendre compte de la manière dont Oppenheim en vient à concevoir sa névrose traumatique, il faut en revenir à ses sources explicites et implicites, au modèle général du fonctionnement normal et pathologique qui fait référence pour lui, à ses pré-requis théoriques et cliniques. Or, pour un psychiatre germanique de la seconde moitié du 19ième siècle une référence domine, celle de l'un sinon du fondateur de l'école allemande de psychiatrie, Wilhelm Griesinger, ce d'autant plus, concernant Oppenheim, que ses deux principaux mentors, Lewinstein puis Westphal ont été tous deux ses élèves.

W. Griesinger apparaît dans le paysage de la psychiatrie au moment où celle-ci commence à fortement douter de l'intérêt de l'approche dans laquelle elle avait mis la plupart de ses espoirs, l'anatomo-pathologie, et est en quête de nouveaux modèles plus orientés vers le fonctionnement du cerveau. Il est l'auteur du premier véritable traité de psychiatrie (P. Bercherie, 1980).

C'est de la neurologie que va émerger une conception dont M. Gauchet s'est attaché à remarquablement montrer qu'elle est à l'origine d'un inconscient dont l'on n'a pas perçu l'importance qu'il eut dans l'histoire de la pensée, dans le rôle qu'il joua bien avant Freud, dans la conception d'un être humain non pas déterminé par sa seule volonté mais soumis à des forces et des motifs échappant grandement à sa conscience. C'est sous le terme d' « inconscient cérébral » que M. Gauchet s'est attaché à dégager les modifications profondes engendrées par les progrès dans la connaissance du système nerveux sur notre appréhension de l'homme.

---

[1] *Ibid.*, p. 185.

Tout part de la découverte en 1833 de la fonction réflexe de la moelle épinière qui devient très rapidement une dimension essentielle de l'activité nerveuse. D'où un premier décentrement puisque l'évidence se fit logiquement que la moelle jouait dans les mouvements un rôle que l'on attribuait jusqu'alors au cerveau. Un second décentrement vint, en 1845, de ce que certains physiologistes en conçurent qu'il n'y avait aucune raison que le cerveau ne soit pas soumis aux mêmes lois de fonctionnement de la moelle puisque l'un était le prolongement de l'autre : à identité de structure devait correspondre une identité de fonctionnement. Et si tel est le cas, une bonne part de son activité échappe là encore à sa conscience et sa volonté.

Ce modèle du fonctionnement cérébral vient à point nommé au moment où les phénomènes hystériques, somnambuliques, magnétiques…, deviennent centraux dans le champ de la pathologie mentale et représentent une sorte de paradigme de la folie.

Ellenberger (1994, p. 275) relève que, de façon inattendue, Griesinger, en qui l'on a toujours vu l'un des tenants les forts des « Somatiker », avait développé maints principes autorisant à l'assimiler à un « Psychiker » puisque pour lui la plupart des processus psychiques relevaient d'un inconscient, qu'il insistait sur le rôle pathogène des émotions et des idées fixes et qu'enfin, selon lui, il ne saurait y avoir de thérapie sans mise au jour des états psychiques sous jacents du patient.

Cela confirme s'il en était besoin la lecture de M. Gauchet : il y a bien chez W. Griesinger l'idée d'un inconscient, mais il est conçu sur le modèle somatique du réflexe moteur appliqué à l'activité des fonctions supérieures. Pas de contradiction ici si l'on admet avec lui que le principe de l'arc réflexe, projeté sur le fonctionnement cérébral, en propose une approche où la volonté ne tient plus une part déterminante dans l'activité et se voit suppléée par une activité réflexe en grande partie automatique et non consciente.

La névrose traumatique est ainsi conçue par Oppenheim sur le modèle de l'activité réflexe, choc physique périphérique et choc psychique central formant un arc réflexe qui peut être dès lors indifféremment activé soit par une sensation, soit par une émotion.

e. Le devenir de la névrose traumatique en Allemagne

Les opposants aux conceptions d'Oppenheim seront rapidement nombreux et leurs critiques très proches de celles adressées en leur temps à Erichsen par ses contradicteurs.

Ainsi le diagnostic de névrose traumatique, convainquant les accidentés qu'ils seraient malades, serait à l'origine d'un désir pathologique de pension ; quant au pouvoir étiopathogénique de certains événements, il ne tiendrait qu'aux possibilités d'indemnisations ouvertes par la loi et à des « complexes de désirs imaginaires » (Begehrungvorstellungen),

Dans les faits, les craintes exprimées dépassaient de très loin le seul enjeu du montant des indemnisations puisque le nombre de pensionnés n'excéda jamais les 2 % des demandes de prime. Mais c'est leur principe même qui était contesté comme une erreur aux conséquences les plus funestes sur la santé et le moral de la nation toute entière.

> Concept encore inconnu voilà vingt ans, aujourd'hui maladie, un cancer dans l'organisme de toute la classe ouvrière, et cause légitime d'une grave inquiétude. Cette épidémie nationale est née non seulement chronologiquement après la promulgation de la législation sur les assurances, mais aussi dans une relation causale directe. La loi a, cela ne fait aucun doute, produit la maladie… Le modèle

> maintenant bien connu est qu'après des accidents, peu importe leur petite taille et leur peu d'importance, tous les types de symptômes nerveux apparaissent qui, associés à une désorientation hypocondriaque générale, rendent alors la personne en question incapable de travailler et dans le même temps assurée du droit d'obtenir une pension en accord avec son état. Il ne s'agit pas, comme nous le soutenions au début, d'une forme de simulation, ou d'une imitation volontaire de symptômes inexistants. Ces individus sont en effet malades, mais ils devraient aller bien, assez étrangement, si la loi n'existait pas. [1]

Le 10ième Congrès médical international de Berlin en 1890 vit l'opposition aux thèses d'Oppenheim se structurer autour de trois grands arguments : d'avoir sous-estimé la question de la simulation, de ne pas avoir pris en considération la prédisposition, et pour certains d'avoir fait de la névrose traumatique une entité autonome plutôt qu'un terme générique pour décrire les multiples réactions pathologiques à un événement traumatique.
Concernant la prédisposition, ses tenants reprenaient en fait les positions de Charcot pour qui l'événement ne constituait au plus qu'un facteur catalyseur et non une véritable cause.

> Mais ce qui unissait ces diverses objections était une préoccupation partagée pour le coût de la névrose traumatique et la peur qu'elle puisse déclencher une épidémie d'hémorragie financière qui saperait le pouvoir productif germanique. [2]

Les arguments fournis par Oppenheim en réponse furent toujours les mêmes, en particulier le manque d'expérience clinique en psychiatrie et en neurologie de nombreux praticiens incapables de reconnaître la légitimité de l'existence de symptômes psychiques hors toute lésion organique. D'où une position semble-t-il de plus en plus désabusée :

> Le terme de névrose traumatique a été partout banni et rendu tabou, la conception de l'hystérie traumatique a été reconnue, mais ternie par le fait qu'aucun lien évident entre elle et la simulation n'ait pu être établi. Le trauma a été regardé comme causé non par un accident mais par des complexes de désirs imaginaires. [3]

L'entité connaîtra malgré tout de son temps une reconnaissance, et non des moindres, celle d'Emil Kraepelin (1856-1926), considéré comme le fondateur de la psychiatrie germanique moderne.
En 1899, celui-ci introduit en effet dans la 6ième édition de son *Compendium der Psychiatrie* une entité nouvelle par rapport aux précédentes éditions, la « névrose d'effroi » (Schreckneurose), dans les faits une reprise de la névrose traumatique d'Oppenheim.
C. Barrois (1988) a résumé les conceptions cliniques de Kraepelin ainsi :

> Cliniquement, il insistait s'abord sur les signes d'incapacité, de dépression, et faisait une large place aux ruminations répétitives, sous forme de représentations torturantes. Parfois se rencontrent des obsessions, de l'agoraphobie et des plaintes hypocondriaques.
> Ces patients sont instables, « mal dans leur peau », présentent des difficultés relationnelles et une réduction de leur champ d'intérêts. Fatigables, ils deviennent inaptes au travail, et font de nombreuses erreurs. Parfois des états crépusculaires, des états d'agitation « hallucinatoires » aiguë,

---

[1] Alfred E.Hoche (1915), cité par P. Lerner, *op.cit*, p 151, traduction personnelle.
[2] P. Lerner, *ibid.*, p. 152, traduction personnelle.
[3] Oppenheim (1915) : Der krieg und die traumatischen neurosen, p 257, cité par P. Lerner, *ibid.*, p 152, traduction personnelle.

> entrecoupent l'évolution. Le sommeil est régulièrement troublé par des rêves d'angoisse (*Angstliche Traüme*)…[1]

Contre Charcot, il affirmait la spécificité de la névrose d'effroi sur la base d'arguments cliniques et évolutifs, le mode d'évolution constituant pour lui l'un des principaux critères de spécification d'une maladie. Cette évolution pouvait conduire « …soit vers la régressions brusque des troubles, soit vers des formes traînantes n'excluant pas, après des mois ou des années, une rémission ou la guérison » (Barrois, p.32).
Au plan étiologique il formulait l'hypothèse de lésions microscopiques du cortex cérébral mais invoquait plutôt une altération psychique générale engendrée par le traumatisme. Les émotions soudaines, le surmenage, la captivité, la guerre, constituaient les principales causes d'éclosion de la névrose. De plus, les facteurs juridiques et administratifs étaient pour lui facteurs de ralentissement de la guérison.
Il préconisait enfin l'usage de tests aux fins d'une évaluation clinique précise (Barrois, 1988).

L'autonomisation de la névrose traumatique ou d'effroi par rapport à l'hystérie s'inscrivait à l'époque dans un désaccord persistant entre les écoles allemande et française concernant l'hystérie masculine. Selon H. Ellenberger, il s'agissait plus d'une divergence sur la forme masculine d'hystérie dégagée par Charcot avec son traumatisme initial, que sur l'hystérie masculine de façon générale. Nous avons relevé que Charcot avait en effet étendu le diagnostic d'hystérie aux formes traumatiques en raison de ce que les paralysies traumatiques étaient similaires aux paralysies produites sous hypnose.
Or si l'école allemande reconnaissait depuis longtemps une hystérie masculine, celle décrite classiquement, elle récusait l'extension de l'entité aux formes réactionnelles avec troubles fonctionnels, telles que décrites par Charcot. Freud fit l'expérience douloureuse de cette divergence entre les traditions psychiatrique germanique et française quand, revenant enthousiaste de son séjour à Paris, il voulut présenter le 15 octobre 1886 à la Société des médecins de Vienne les thèses de Charcot sur l'hystéro-traumatisme[2].

Pourtant, entre 1890 avec les premières controverses de Berlin et 1916, la névrose traumatique tomba de plus en plus en disgrâce auprès du monde médical germanique, à mesure que l'hystérie devenait un diagnostic de plus en plus admis, mais dans une acception réduite au pithiatisme, comme en France.

f. Oppenheim et les troubles de guerre

Le déclanchement de la guerre ne changea rien à la situation et le milieu médical germanique allait accueillir le retour d'Oppenheim sur le terrain de la névrose traumatique avec toujours à l'esprit le spectre de l'épidémie de névroses de pension et son assimilation à l'hystérie.

---

[1] C. Barrois (1988) : *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, p. 32.
[2] Pour un récit détaillé de l'événement voir H.F. Ellenberger (1994, p. 459 et suivantes).

La question de son autonomie va cependant retrouver une certaine actualité à propos des troubles observés chez les soldats de tous bords engagés dans les combats de la première guerre mondiale ; troubles jusqu'alors méconnus, très proches et tout aussi mystérieux que ceux observés chez les victimes d'accidents de chemin de fer et de travail, soulevant les mêmes questions cliniques et étiopathogéniques. Mais ce sera pour très majoritairement en récuser avec encore plus de virulence la pertinence, car aux suspicions de névrose de rente s'ajoutaient alors celle, bien plus grave en période de guerre, celle de désertion et de trahison.

Plus surprenantes furent les premières positions prises par Oppenheim. Fin décembre 1914, l'afflux de blessés psychiques amena les autorités à convertir les salles du Musée d'Arts Appliqués de Berlin en hôpital et il fut nommé responsable de 200 lits réservés aux troubles nerveux de combat. Ses premiers constats le conduisirent à mettre en avant la prédisposition individuelle dans la survenue des névroses de guerre, l'événement traumatique ne jouant qu'un rôle secondaire dans leur éclosion !
Mais il revient cependant rapidement à ses premières convictions :

> En termes de symptômes et de complexes de symptômes pouvant s'inscrire sous l'étiquette de névrose post-traumatique, la guerre a confirmé nos premières expériences, approfondi notre connaissance et assis notre théorie sur des bases plus solides. [1]

Mais ses vues sur les troubles psychiques de guerre ne connurent pas plus de succès, se heurtant à la doctrine rapidement majoritaire et presque « officielle » qui fut de considérer les conséquences psychiatriques des combats comme une forme de lâcheté, et la névrose traumatique comme une notion quasi antipatriotique ! Voici un exemple de telles positions sous la plume du psychiatre Walter Cimbal :

> Je n'ai aucune crainte qu'après la guerre une hystérie de pension incontrôlable n'interrompe la production soutenue de la nation – c'est-à-dire à moins que nous ne créions artificiellement une épidémie de névroses de guerre. C'est simplement l'affaire d'éviter la doctrine erronée des névroses d'accident avec laquelle des cercles influents de nos collègues ont imposé au peuple allemand la lourde charge de travailleurs paresseux. Je fais référence à la crise des accidents dont le développement épidémique a été rendu possible par l'introduction d'un concept aussi intangible qu'invérifiable. [2]

Parallèlement, la névrose traumatique va faire l'objet des critiques du courant psychanalytique naissant qui vit dans les débats sur les troubles de guerre une occasion de faire connaître ses positions novatrices concernant les pathologies névrotiques, leur étiologie infantile et leur thérapeutique.
Le Vième Congrès International de Psychanalyse de Budapest en 1918, dont le thème fut précisément celui des névroses de guerre, en offrit une opportunité de choix et fut l'occasion de s'en prendre aux conceptions non psychogènes des névroses, jugées complètement dépassées, et de défendre l'idée qu'à leur origine se trouvaient, comme pour toute autre névrose, des conflits

[1] H. Oppenheim (1915), p. 514, cité par P. Lerner, *op.cit.*, p. 154, traduction personnelle.
[2] W. Cimbal (1915), cité par P. Lerner, *op.cit.*, p. 156, traduction personnelle.

psychiques inconscients. Ferenczi ne s'y montra pas le moins critique, tout particulièrement à l'égard d'Oppenheim dont il qualifia les hypothèses quant aux effets des chocs physiques sur le fonctionnement nerveux, « d'extravagantes ». Et reprenant à son compte les critiques de Gaupp, il ajouta :

> Gaupp, sarcastique, qualifie ces spéculations physiques et physiologiques superficielles de mythologie cérébrale et de mythologie moléculaire. A mon avis, il se montre injuste pour la mythologie. [1]

Le destin de la névrose traumatique semblait alors définitivement scellé comme celui d'une entité théoriquement désuète et cliniquement non pertinente.
Cependant, on en retrouvera l'essentiel, sous le terme nouveau de *névrose de guerre (kriegsneurose)*, proposé en 1908 par l'allemand Honigman, dont la sémiologie reprend pour l'essentiel celle d'Oppenheim et dont elle représente une variante étiologique (Crocq, 1969a, 1969b, 1986, 1999).

2.1.4. De la neurologie à la psychiatrie

2.1.4.1. La querelle des névroses : prolongements et ruptures (1880-1914)

La querelle des névroses va se clore par l'absorption durable de la névrose traumatique par l'hystérie et, dans une moindre mesure, par la neurasthénie.
L'hystérie cependant, comme à cette époque beaucoup d'autres entités pathologiques, connaît une révision profonde de sa conception sous l'impulsion de son démembrement entrepris notamment par Babinski, et se voir redéfinie dans un sens rendant encore plus aisé son absorption de la névrose traumatique.
De nouvelles références théoriques et cliniques voient également le jour, ou sont revisitées au regard des connaissances psychiatriques nouvelles, comme la notion d'émotion ou, au plan nosographique, la confusion mentale, qui tendent de plus en plus à mettre l'accent sur la dimension proprement réactionnelle de certain troubles, et de ce fait ouvrent à appréhension sur de toutes autres bases de certains des aspects cliniques de la névrose traumatique.
L'entité d'Oppenheim va ainsi presque totalement disparaître de la nomenclature strictement psychiatrique mais va cependant trouver en marge de celle-ci, dans la pratique expertale en plein développement, une place dont l'on peut penser qu'elle tient à la rencontre privilégiée, et nouvelle dans ses raisons, qui s'y effectue avec les victimes ; rencontre rendue nécessaire par les droits à indemnisation ouverts par la loi sur les accidents de travail.

[1] S. Ferenczi (1918) : *Psychanalyse des névroses de guerre*, Psychanalyse 3, 1974, p. 29.

a) De l'hystéro-traumatisme au pithiatisme

A quelques rares opposants près comme P. C. Knapp, l'hystéro-traumatisme devient dans les années 1880-1900 la doctrine dominante en Angleterre et en Amérique. En Allemagne, s'il est globalement admis, ainsi d'ailleurs que l'hystérie masculine, et relègue, nous le verrons plus loin, la névrose traumatique d'Oppenheim à une place marginale, son extension au domaine des accidents se heurte, quant à elle, à de grandes réserves.
En France, l'aura de La Salpêtrière est telle que la contradiction que lui apportent à partir de 1884 Hippolyte Bernheim et l'Ecole de Nancy n'entame qu'à peine son influence. A. Cullerre commente ainsi la situation française concernant le Railway spine :

> En France, la question n'a pas soulevé des débats aussi passionnés et le nombre des savants qui en ont entrepris l'étude est moins considérable. Ne nous plaignons pas : la qualité remplace avantageusement parfois la quantité : le professeur Charcot a jeté à lui tout seul assez de lumière sur les névroses consécutives aux accidents pour éclairer ses détracteurs eux-mêmes. [1]

Les thèses de Berbez (1887), de Guinon (1891), l'ouvrage de Blum sur l'hystéro-neurasthénie traumatique (1893), le *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie normale* de G. De la Tourette (1891), l'ouvrage de Bouveret sur la neurasthénie (1891), tous travaux inspirés par les thèses de Charcot en attestent. Ainsi, Bouveret réinterprète-t-il les 42 observations de névrose traumatique présentées par Oppenheim pour les ranger sous le diagnostic d'hystéro-neurasthénie.

A partir des années 1900 pourtant, l'hystérie à la Charcot connaît un déclin aussi général que rapide. Mais, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, ce ne sont pas les constructions psychologiques/psychopathologiques naissantes du traumatisme, élaborée d'un côté par la psychanalyse et de l'autre par P. Janet et sa « psycho-philosophie » (C.M. Prévost, 1973), qui la plongent dans une forme de désuétude ; leur place est encore bien trop marginale pour jouer un véritable rôle dans l'évolution des conceptions de la grande névrose (Fassin et Rechtman, 2007). Car c'est sur le terrain même de Charcot, la neurologie, et par l'un de ses élèves les plus fidèles, Joseph Babinski que vient cette première révision majeure avec le travail de « démembrement » de l'hystérie qu'il entreprend à partir de 1901[2], et qui participe, en cette fin de siècle, au partage de plus en plus net qui s'opère entre la neurologie et la psychiatrie. Un tel partage était en effet devenu inéluctable…

> … parce qu'en une dizaine d'années s'organise la sémiologie neurologique, l'étude du tonus et de la forme musculaire segmentaire, des réflexes tendineux et cutanés, et ainsi de suite, sémiologie qui permet de déterminer si une affection relève ou non d'une lésion déterminée du système nerveux. [3]

---

[1] D. Cullerre (1891), *op.cit.*, p. 261-62.
[2] J. Babinski (1909) : *Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme*, Imprimerie de la semaine médicale, Paris.
[3] G. Lanteri-Laura (1994) ; La psychasthénie : histoire et évolution d'un concept de P. Janet, *L'Encéphale*, XX, p. 553.

Dans cette redistribution, la neurologie va ainsi abandonner le champ des névroses, (à l'exception notable de l'hystérie de conversion qui restera au croisement des deux disciplines) pour se consacrer à l'épilepsie, la chorée, la maladie de Parkinson, les contractures et paralysies, la psychiatrie prenant pour elle les névroses actuelles (névroses d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie) et les névroses de transfert.

C'est donc dans cette vaste œuvre de révision que les travaux de Babinski sur l'hystérie s'inscrivent. Il écrit ainsi :

> Tous les médecins reconnaissent actuellement que le domaine de l'hystérie traditionnelle a été démesurément étendu et que l'on a, tout au moins, singulièrement exagéré cette faculté attribuée à l'hystérie de reproduire les maladies les plus diverses, « de tout faire », comme on le disait jadis. [1]

C'est involontairement Charcot lui-même qui a ouvert la brèche dans laquelle va s'engouffrer Babinski, celle-là même de la définition qu'il avait donné de l'hystérie. L'analogie de plus en plus affirmée dans le années 1870 et 1880 entre phénomènes hypnotiques et phénomènes hystériques l'avaient en effet amené à accorder une place croissante à « l'idée » dans la genèse des accidents hystériques, car disait-il « … les hystériques sont suggestibles au premier chef, soit que la suggestion s'exerce par des influences extérieures, soit surtout qu'ils présentent eux-mêmes les éléments si puissants de l'auto-suggestion»[2].

Si, nous le verrons plus loin, P. Janet et S. Freud, notamment, s'attacheront à montrer que l'importance de l'**idée** est à mettre en relation avec des représentations non conscientes ou inconscientes, Babinski, quant à lui, infléchit tout entière l'hystérie du côté de la suggestion, considérée comme une sorte d'hyperréactivité constitutionnelle :

> L'hystérie est un état psychique rendant le sujet capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. [3]

Si, dans une perspective de diagnostic différentiel, et malgré son caractère très superficiel, l'on peut jusqu'à un certain point souscrire à une telle définition, plus clinique que véritablement psychopathologique, c'est son usage au service d'une idéologie anti-indemnisation toujours obnubilée par la question de la simulation qui posera problème. Car en cas de non sédation des symptômes par les contre-suggestions, il ne reste d'autre option diagnostique que celle de la simulation. Dans ce système binaire, si l'on présente des troubles dans lesquels aucun fondement organique ne peut être retrouvé, soit l'on est hystérique, soit simulateur conscient. Quant aux procédés de contre-suggestion sensés faire test différentiateur, ils ne sont jamais interrogés comme tels, notamment dans leurs effets suggestifs. De plus, une telle conception s'appuyait sur le

---

[1] J. Babinski (1909) : *Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme*, Imprimerie de la semaine médical, Paris, p. 4.

[2] J-M. Charcot, *La foi qui guérit*, Archives de Neurologie, 1893, p. 87, cité par P. Bercherie (1980), p. 182.

[3] J. Babinski (1901), cité par P. Bercherie, 1980, p. 184.

présupposé implicite d'une science médicale achevée pour qui toutes les entités morbides étaient connues et décrites ; car sinon comment être assuré à tout coup que quand une symptomatologie ne cède pas à la contre suggestion l'on ne se trouve pas dans le cas de figure argué par Babinski pour justifier son travail de démembrement : celui d'une pathologie non encore connue et décrite, ne pouvant de ce fait s'amender.

Avec Babinski, il ne restera plus de l'hystérie que le « pithiatisme », soit l'imitation ou la simulation inconsciente ou subconsciente d'états pathologiques divers, pithiatisme réversible par la persuasion, quoique échappant à la volonté et à la conscience du malade.

b) L'étiologie des maladies mentales entre hérédité et milieu pathogène

Initiée on l'a vu par Béard avec la neurasthénie, « maladie du mode de vie moderne », l'influence du milieu s'affirme peu à peu en psychiatrie comme une nouvelle donnée, même là où sans doute un peu naïvement on l'attendrait le moins, dans la *théorie de la dégénérescence*.
Celle-ci a connu, en Morel puis en Magnan, ses deux grands théoriciens et nous allons brièvement examiner les grandes lignes de la conception qu'ils en ont chacun développée.

L'histoire considère à juste titre B.A. Morel (1809-1873) comme le premier tenant de la dégénérescence en psychiatrie, notion qu'il y introduit à partir de 1840 et qu'il tient de certains travaux de Buffon d'une part, et de l'expérience des éleveurs d'ovins et de bovins ayant observé depuis longtemps que la domestication d'une race entraînait inévitablement une certaine dégénérescence ; mais que le retour à un mode de vie naturel permettait malgré tout de régénérer (G. Lauteri-Laura, 1991).
La théorie de la dégénérescence connaîtra un très large succès dans toute l'Europe : « Première tentative d'explication globale de la folie, elle permettra également à ses partisans une interprétation du génie et du crime (J Postel et J. Quetel, 1983, p.351). Elle inspirera également un premier modèle victimologique.

Parallèlement aux variétés que connaît l'espèce humaine et qui tiennent à son adaptation à des conditions de vie diverses, il existe un certain nombre de « déviations maladives du type primitif de l'humanité » (Lanteri-Laura, 1991, p 367) : ce sont les dégénérescences. Pour Morel, il s'agissait d'un processus qui, lorsqu'il atteignait une lignée, se développait sur quatre générations :

> Dans la première, l'on observe seulement un tempérament nerveux ; dans la seconde, la pathologie se précise, avec l'hystérie, l'épilepsie ou l'hypocondrie ; dans la troisième, l'on observe des manifestations délirantes proprement dites et dans la quatrième une idiotie, chez un sujet incapable de se reproduire, ce qui arrête effectivement les effets de la dégénérescence dans cette lignée. [1]

[1] G. Lanteri-Laura (1991) : La Prédestination et ses rapports avec les notions de dégénérescence, de constitution et de structure, *L'évolution psychiatrique*, 56, 2, p. 367.

Si la dégénérescence représente une déviation maladive de l'espèce, elle suppose un processus de transformation qui, chez Morel, ne doit rien à la théorie darwinienne d'une adaptation progressive sur de nombreuses générations de l'homme aux modifications de son milieu, mais à des causes immédiates et tout à fait actuelles. Ainsi elles pouvaient être multiples : hérédité certes, mais également maladies infectieuses, intoxications, conditions de vie, mauvaises nourritures, famines, milieu social, misère, métiers insalubres…, facteurs endogènes et exogènes pouvant se cumuler. Il pouvait ainsi écrire en 1848 :

> L'espèce humaine, surtout dans nos grandes villes, dépérit et dégénère et les maladies héréditaires, propagées par le vice et la misère, font couler dans les veines des générations naissantes le principe du virus physique et moral qui étiole notre société et l'abâtardit [1]

Cependant, à l'exception de la quatrième phase, une inversion du processus était toujours possible et Morel en concevait le rôle et l'importance d'une véritable médecine sociale dans laquelle le praticien jouerait autant ou presque la fonction de médecin que celle de contributeur à l'amélioration morale et physique des classes pauvres et laborieuses :

> La Médecine sociale, rien qu'à son titre, révélera à toute la classe de la société la nouvelle et imposante mission du corps médical et à ce corps le programme de cette mission […] Pour nous borner aux questions les plus fondamentales, à qui appartient-il de mieux résoudre le problème général de l'amélioration des classes laborieuses ? Qui développera mieux que le médecin la voie directe pour développer le physique et le moral ? Qui déterminera mieux que lui les rapports utiles et humains entre la capacité de travail aux différents âges et à la nature de ceux-ci ? [2]

La dégénérescence, sensible aux effets négatifs comme positifs du milieu, était donc, pour Morel réversible.

V. Magnan (1835-1916), médecin aux admissions de l'hôpital Sainte-Anne, reprendra la notion de dégénérescence à Morel mais dans une acception sensiblement différente de déséquilibre liée à une hérédité morbide, dans le prolongement de la théorie darwinienne. Il la définissait ainsi :

> La dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses géniteurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement, qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente ; quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce. [3]

La dégénérescence pour Magnan se marquait cliniquement par l'existence de stigmates physiques : malformations congénitales diverses, et psychiques avec la coexistence d'obsessions et d'impulsions. Elle jouait un rôle dans la pathologie mentale :

---

[1] B.A. Morel (1848), cité par F. Carbonel (2010) : L'idéologie aliéniste du Dr B.A. Morel : christianisme social et médecine sociale, milieu et dégénérescence, psychiatrie et régénération, *AMP*, 168, p. 668.
[2] *Ibidem*, p.668.
[3] J. Postel et J. Quetel (1983) : *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.354.

> Il y distinguait de façon canonique ceux qui étaient prédisposés (qu'il nommait aussi bien dégénérés, que déséquilibrés ou héréditaires) et ceux qui ne l'étaient pas. Ces derniers échappaient presque tous à la pathologie mentale, et dans les rares fois où ils étaient atteints, souffraient de délire chronique à évolution systématique, qui les conduisait inexorablement à la démence le long de quatre phases typiques. Quant aux prédisposés, ils pouvaient présenter le plus souvent un épisode aigu, sans conséquence sinon sans lendemain, la bouffée délirante polymorphe, qui guérissait toujours, mais rechutait parfois ; et fort rarement, une pathologie au long cour, le délire chronique polymorphe.
> Le schéma utilisait donc surtout cette notion de fragilité préalable : quand elle se trouvait présente, l'on observait surtout un épisode délirant aigu, véritable décompensation durable ; quand elle faisait défaut, c'était l'occurrence bien rare d'un délire chronique. [1]

Il en ressortait deux grandes formes d'aliénations, celles survenant chez les « héréditaires » et celles accidentelles, pouvant se développer chez les individus normaux.

Si donc pour Morel le milieu jouait un rôle déterminant dans le développement de la dégénérescence, chez Magnan elle semble essentiellement héréditairement fixée.

c) Le modèle de l'intoxication par le choc et la confusion mentale

Dans le même temps, l'idée était en passe d'être unanimement acquise que les émotions violentes puissent constituer l'un des modes d'action de ce milieu. Mais l'explication lésionnelle ayant échoué à en révéler le mécanisme d'action, c'est un modèle inspiré de la physiologie qui va s'y substituer et être adopté par beaucoup, le modèle de l**'intoxication**, déjà en usage dans l'étiologie d'un certain nombre d'entités morbides.
Sous l'influence d'une physiologie qui commence à raisonner en terme de dynamique de systèmes, cette évolution correspond dans les faits moins à une disparition du modèle réflexe qu'à sa réinterprétation comme un véritable comportement de réaction, donc d'adaptation, de l'organisme à des modifications de son milieu, et non plus simplement comme une forme d'activité automatique et élémentaire (M. Gauchet, 1992).

C'est une entité clinique nouvelle, la **confusion mentale**, va permettre d'établir un lien entre ces différentes considérations.
Elle est autonomisée à partir de 1892 par le Dr Ph. Chaslin, sur la base des travaux de Delaisiaume, et l'une de ses caractéristiques étiologiques est qu'elle peut être causée par des traumatismes et des émotions violentes. A Porot (1969) en donne la définition très complète suivante :

> Syndrome mental généralisé, le plus souvent aigu ou subaigu à son début et caractérisé par une dissolution plus ou moins rapide de la conscience avec obtusion intellectuelle, lenteur des perceptions et des processus d'orientation et d'identification. La synthèse mentale s'effectue avec difficulté sur des données perceptives ou mnésiques incomplètes, fragmentaires, disparates, assemblées sans cohérence : l'attention, la réflexion et le jugement sont des opérations qui deviennent impossibles ou n'aboutissent qu'à des ébauches sans lien et sans ordonnance ; l'onirisme vient souvent apporter des images de rêve, ce qui explique l'assimilation que l'on a faite de la confusion mentale et du sommeil. Comme corollaire, on note de la désorientation dans le temps et dans l'espace, de l'indifférence ou de la discordance émotionnelle, la lenteur et le caractère incomplet des réponses, l'air égaré et absent du malade, une certaine inertie pouvant aller jusqu'à la stupeur, l'insouciance des

[1] G. Lanteri-Laura (1991), *op.cit*, p.368.

> besoins végétatifs élémentaires de l'organisme. Tels sont, du moins, les éléments fondamentaux de la confusion mentale pure. Cette dissolution de la conscience, plus ou moins totale, est généralement suivie d'une restauration ordinairement complète de la personnalité.[1]

PH. Chaslin va faire des traumatismes (entendus au sens physique) et des chocs émotionnels l'une des causes possibles d'auto-intoxication, mais il semblera toujours avoir quelques difficultés à dégager les caractéristiques cliniques d'un tel regroupement :

> Si les troubles mentaux toxiques et infectieux se montrent, dans la très grande majorité des cas, sous des formes assez typiques, les traumatismes (comme les auto-intoxications) ne donnent pas toujours au clinicien la même satisfaction, même en restreignant strictement leur domaine aux troubles qui les suivent immédiatement, et même en cherchant à découvrir la pathogénie exacte de ceux-ci. [2]

Il est de fait que les quelques exemples qu'il en donne semblent aujourd'hui n'avoir que bien peu de points en commun, alors qu'ils se veulent tous illustratifs de la même entité : - exemple d'un accidenté de voiture ayant souffert d'une perte de connaissance, puis présenté un état de confusion légère avec amnésie pendant quelques jours, suivi d'une reprise de conscience totale avec le souvenir d'avoir pensé au moment de l'accident : « Cette fois-ci je vais avoir un accident mortel » ; - exemple d'un sujet victime d'un coup violent à la tête avec perte de connaissance consécutive ; - exemple d'un jeune militaire présentant un état de confusion probablement lié à un choc moral violent survenu plus de six mois auparavant suite à l'annonce du décès de sa mère. Chaslin précise plus loin :

> A côté du traumatisme physique, on peut décrire un traumatisme moral (qui peut, comme je l'ai dit, compliquer aussi le choc physique) dont les conséquences mentales sont aussi diverses et entremêlées, si bien qu'une description schématique est impossible. Il semble bien que les types cliniques les plus ordinaires soient surtout la neurasthénie et l'hystérie. Sont-ce des manifestations vraiment liées au choc ou seulement suscitées *occasionnellement* par lui ? [3]

E. Regis, en continuateur de Chaslin, reprendra et enrichira la théorie et la clinique de la confusion mentale et mettra particulièrement en avant son étiologie, à savoir un état toxique, ce dernier renvoyant à des causes occasionnelles et prédisposantes :

> L'action des causes occasionnelles, psychiques ou physiques, sur le développement des maladies mentales est incontestable, mais elle ne doit pas être exagérée, et il faut bien savoir que sans une prédisposition déjà existante, sans le concours de la semence et du terrain, cette action resterait inefficace. On peut même dire de façon générale qu'en psychiatrie les causes occasionnelles et les causes prédisposantes agissent en proportion inverse les unes des autres. [4]

Pour Regis, à côté des psychopathies dites simples, « formes primitives et autonomes des maladies mentales », trouve place un volumineux chapitre consacré aux « psychopathies symptomatiques ou associées », dans lesquelles la psychopathie « au lieu d'être tout par elle-même, n'est plus qu'un

---

[1] A. Porot (1969) : *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, PUF, Paris, p. 133.
[2] Ph Chaslin (1912) : *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*, Asselin et Houzeau, Paris, p. 367.
[3] Ph. Chaslin, *ibid.*, p. 373.
[4] E. Regis (1914) : *Précis de psychiatrie*, *5ème édition*, Doin et fils Editeurs, Paris, p. 37.

syndrome lié à un état autre, dont elle dépend. » (E. Regis, 1914, p. 567). Il justifiait ce regroupement ainsi :

> Lorsqu'on examine les psychopathies dans leur ensemble, on ne tarde pas à constater : d'une part, que les troubles psychiques qui les composent sont, dans toutes, plus ou moins similaires ; d'autre part, que ces troubles psychiques sont ceux d'une des psychopathies prises plus haut pour types, en particulier ceux de la *mélancolie* et surtout de la *confusion mentale*. [1]

Celles-ci peuvent être d'origine exogènes : les **exo-intoxications** à l'exemple de la psychose alcoolique et du saturnisme, ou encore infectieuses, avec un chapitre spécial dédié aux maladies exotiques qui englobent ces deux types.[2]

Ce modèle de l'intoxication donne en outre lieu à son extension au domaine dit des **auto-intoxications** qui regroupe un ensemble d'états morbides jusqu'alors « disséminées sous des étiquettes diverses » comme les *folies sympathiques*, les *folies viscérales*, les *folies diathésiques*. Il écrit :

> Bien connaître les types fondamentaux des psycho-névroses et psychoses par lesquels s'exprime l'intoxication de l'organisme : la psychasthénie, la mélancolie, la confusion mentale, le délire onirique, c'est connaître, dans leur physionomie générale, toutes les psychoses toxiques. [3]

Dans cet ensemble nouveau regroupant les auto-intoxications « spéciales », d'origine gastro-intestinale, hépatique, rénale, cutanée, génitale, thyroïdienne, diathésique, Régis inclut un groupe d'auto-intoxications « générales » au rang desquelles trouvent place le surmenage, les opérations chirurgicales et les traumatismes, entendus essentiellement comme traumatismes physiques :

> Les troubles psychiques réellement dus au traumatisme étant, pour nous, de nature auto-toxique, les conditions susceptibles de les favoriser doivent être, avant tout, celles qui tiennent en imminence d'*auto-intoxication*. C'est donc chez les individus susceptibles de faire de l'insuffisance gastro-intestinale, hépatique, rénale, c'est-à-dire chez les arthritiques, les émotifs, les artérioscléreux, les infectés, que la psychose traumatique, comme la psychose opératoire, aura le plus de chance de se produire. Il en est ainsi en effet, et c'est ce qui explique que l'intensité et la fréquence de la psychose traumatique, comme de la psychose opératoire, soient bien moins en rapport avec la localisation ou la gravité du traumatisme lui-même qu'avec l'influence auto-toxique du shock chez l'individu. C'est ce qui explique aussi pourquoi les névroses traumatiques peuvent, comme le remarque justement Fracotte (1904), survenir sous l'influence de la seule frayeur, sans traumatisme corporel proprement dit. [4]

Au plan clinique, Régis distinguait plusieurs degrés de confusion mentale :

- premier degré : modifications du caractère, irritabilité, aboulie, inaction, torpeur, obtusion mentale avec légère amnésie actuelle ou rétrograde, cauchemars « reproduisant des accidents ou l'accident lui-même comme dans les névroses traumatiques» ;
- à un degré de plus, la *confusion mentale avec délire onirique* : confusion plus accentuée, les rêves nocturnes deviennent onirisme et empiètent souvent sur la veille ;

---

[1] *Ibidem*, 567.
[2] Thèse dont la valeur est encore reconnue en 1969 par A. Porot dans son *Manuel alphabétique de psychiatrie*,
[3] E. Regis (1914), *op.cit.* p. 597.
[4] *Ibidem*, p. 704-705.

- troisième degré regroupant les formes les plus aigues avec délire hallucinatoire, stupeur, délire aigu, catatonie parfois.

Enfin il en différenciait trois formes à partir de leur aspect clinique et de leur degré d'intensité (p. 706-707) :

- la *psychose traumatique immédiate* dans laquelle le shock, par l'ébranlement organique qu'il occasionne, parait être le facteur étiologique prépondérant, et le trouble psychique est « immédiatement consécutif au traumatisme » : après perte de connaissance, le sujet ne revient pas à la lucidité et reste dans un état intermédiaire de confusion et de torpeur, comme s'il était mal réveillé.
- la *psychose traumatique proprement dite ou secondaire*, cas le plus fréquent où la psychose survient entre deux et dix jours après et est causée par une auto-intoxication engendrée par le traumatisme, sur fond d'insuffisance de certaines fonctions ;
- la *psychose traumatique tardive*, pouvant survenir jusqu'à plusieurs mois après le traumatisme, selon un mécanisme d'auto-intoxication ici moins engendré par le shock que par un état d'épuisement s'installant progressivement. La forme de confusion mentale y est simple et jamais aigue.

La notion de confusion mentale a eu pour conséquence de permettre d'appréhender et de développer une nouvelle clinique, celle de la réaction immédiate, avec sa logique et sa sémiologie propres, relativisant du même coup la notion de terrain constitutionnel au profit de la réaction au milieu présent, même si la prédisposition continue de constituer un facteur de fond expliquant la réactivité elle-même.

L'approche clinique des traumatismes s'en voyait du même coup sensiblement renouvelée, certains symptômes (à l'image de la sidérodromophobie d'Oppenheim) y trouvant une nouvelle intelligibilité par leur mise en relation plus systématique avec leurs conditions de survenue et de déroulement de l'accident traumatisant.

d) La clinique nouvelle des émotions confusionantes

Dans la continuité des travaux consacrés aux accidents ferroviaires et de travail, l'on voit ainsi apparaître des études sur les troubles nerveux consécutifs à telle ou telle « catastrophe collective ».

Adam Cygielstrejch est semble-t-il, l'un des premiers à proposer en 1912 une étude approfondie des troubles émotionnels à partir de l'expérience des conflits russo-japonais et de la campagne de Mandchourie où, signale-t-il, pour la première fois, des sections spéciales ont été mises en place pour le traitement des « militaires aliénés » et qu'une étude rigoureuse des « psychoses de la guerre» a été entreprise.

Mais la première partie de son travail est largement dédiée au recensement des travaux les plus récents consacrés au rôle des émotions dans l'éclosion des affections psychiques, qu'elles surviennent en état de guerre ou de paix :

> Si tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'émotion est un puissant facteur de psychoses, il n'en est pas de même quant à la détermination des limites de cette puissance. D'après l'opinion dominante, l'émotion doit être considérée comme cause prédisposante ou occasionnelle. Elle est toujours secondaire par rapport à l'état constitutif du sujet. Son rôle se réduit soit à découvrir le mal qui existe dans un état en quelque sorte latent, soit à créer une aptitude pour les maladies mentales. Dans le premier cas, le degré de la prédisposition ainsi que l'intensité du choc émotionnel, pourront seuls donner la mesure de la gravité de la psychopathie qui en résultera ; dans le dernier, l'aptitude créée pourra être révélée par toute infection ou intoxication.
> Mais il y a d'autres savants qui, sans nier l'importance de la prédisposition, admettent cependant que l'émotion, à elle seule, est parfois suffisante pour provoquer des accidents psychopathiques. Cela veut dire que si, dans la grande majorité des cas, l'éclosion d'une affection psychique est en effet conditionnée par un terrain constitutif, il n'en est pas ainsi toujours : certaines émotions, par l'intensité de leur action, sont capables de produire le même effet. [1]

Il propose ainsi un recensement des principaux troubles observés consécutivement aux deux grandes formes d'émotions nécessitant selon lui d'être distinguées : les émotions brusques provoquées par les grandes catastrophes, comme les tremblements de terre, et les émotions durables comme celles engendrées par les « grandes commotions politiques », telles les révolutions.
Dans son essai de synthèse conclusive il tente d'établir un lien entre émotions brusques et formes confusionnelles de psychose, admettant dans ce cas que l'émotion puisse à elle seule, sans le concours de la prédisposition, les déclencher ; quant aux émotions durables, qui agissent « d'une manière lente et continue », elles ne joueraient que le « le rôle d'un excitant » dans l'éclosion d'états pathologiques latents.

L'un des intérêts de cette étude est la description des différents états psychiques pouvant être provoqués par les émotions brusques : « la folie furieuse » que Lombroso a pu observer lors de catastrophes italiennes, les délires avec hallucinations décrits par M. Néri, mais aussi déjà des formes de « réaction immédiates » tout à fait saisissantes observées par plusieurs auteurs :

> M. d'Abundo (de Catane) a observé chez les sinistrés la stéréotypie psychique qui consiste en ceci : chacun des réfugiés racontait d'une voix blanche et sans aucune émotion la mort ou la disparition des êtres qui lui étaient le plus cher. M. Boulimié rapporte le même phénomène. Il fut profondément frappé par l'attitude de stupeur et d'indifférence de certains sinistrés. « Ils ne semblaient pas se rendre compte de la réalité, on dirait qu'ils rêvent étant éveillés et qu'ils parlent d'événements très lointains ou survenus chez des indifférents. Des faits analogues ont été enregistrés par M. Stierlin pendant le tremblement de terre de Valparaiso. Il cite le cas d'un jeune homme de dix-sept ans qui, au moment de la secousse, était occupé à jouer du violon. Il a réussi à s'échapper par une fenêtre sans être blessé. Une fois dans la rue, il se promène, s'occupe du sauvetage, cause, etc., et tout cela sans s'inquiéter du sort des siens qui, tous ont péri dans la catastrophe. Après quelques temps, le jeune homme commença à exécuter des pitreries, se déshabilla et circula sans vêtements dans les rues. Pendant une semaine, il resta confus et désorienté. Puis son état psychique revint peu à peu à la normale. [2]

Il mentionne également des formes de réactions s'apparentant quant à elles plus franchement à des psychoses confusionnelles et oniriques :

---

[1] A. Cygielstrejch (1912) : Les conséquences mentales des émotions de la guerre, *AMP*, p. 134-35.
[2] *Ibidem*, p. 136.

> Tantôt c'étaient des états délirants aigus avec excitation ou avec stupeur, et tantôt de véritables psychoses avec agitation maniaque et hallucinations, accompagnées de désorientation, d'amnésie, etc. Chez de nombreux sujets, la terreur avait engendré un véritable état d'obsession, à chaque instant ils s'attendaient à voir un nouveau tremblement de terre. Il est important de noter que, selon M. d'Abundo, parmi les gens atteints d'affections psychiques, il y en avait qui jusqu'à la catastrophe ne présentaient aucune tare ; chez eux, les psychoses revêtaient la forme de véritables délires de rêve. [1]

Le rôle de l'émotion serait finalement passager, à l'exemple du phénomène de « l'ivresse émotionnelle, véritable folie transitoire » à laquelle fait suite un « accès de sommeil » et retrouvée avec plus de fréquence chez les enfants. Ainsi précise-t-il : « Comme son action est brusque et inattendue, les effets qu'elle engendre sont aigus, passagers et à terminaison favorable » (p. 141). C'est alors l'effet de surprise qui constitue le premier facteur de perturbation :

> Dans les catastrophes, les phénomènes qui se passent sont trop inattendus, ils arrivent trop brusquement pour que l'organisme puisse s'y adapter ; c'est là la principale cause des troubles psychiques. [2]

Quant aux troubles de l'attention, de la mémoire, et « parfois un changement très profond du caractère », ils semblent prendre le relais et obéir à un autre déterminisme, non véritablement explicité par l'auteur.

Mentionnons également le remarquable travail d'E Stierlin intitulé *Effet des catastrophes sur le système nerveux* paru en 1912[3] dans lequel l'auteur étudie :

- le tremblement de terre de Valparaiso de 1906 qui a fait 3000 morts ;
- celui de Messine-Reggio en 1908, 78000 morts ;
- la catastrophe de la mine de Courrières en 1906, 1100 morts ;
- la catastrophe de la mine de Radbod en Westphalie, 1908 (360 morts) ;
- catastrophe de chemin de fer de Müllheim, 1911 (14 morts et 36 blessés) ;
- l'écroulement du pont de Brail en Suisse, en 1911 ayant fait 12 morts.

L'auteur y met en avant le rôle pathogénique de la terreur initiale, présente chez les sinistrés des 6 catastrophes et à l'origine chez certains du développement d'une « psychose à marche aigue et à disparition rapide ».
Mais il relève d'autres facteurs pathogènes comme l'intoxication au carbone, qui a joué un grand rôle à Courrières et à Radbod et fut à l'origine de ce qu'il dénomme des « psychoses oxycarbonées » (aigues et chroniques), ainsi que des « psychonévroses oxycarbonées », que l'auteur compare assez étonnamment à la névrose traumatique, insistant sur la dimension quérulente toujours présente dans cette dernière, et absente des pathologies d'origine toxiques.

Ce travail offre surtout l'intérêt d'être semble-t-il le premier essai de suivi longitudinal de rescapés d'une catastrophe majeure, à partir d'observations faites du jour de sa survenue jusqu'à

---

[1] *Ibidem*, p. 137.
[2] *Ibidem*, p. 258.
[3] *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1912, série 4, N° 18, p. 24-70.

deux ans et demi après celle-ci, l'auteur s'attachant à dégager les conséquences aussi bien au plan « intime » que social de l'accident sur leur existence à cette dernière date.

L'émotion, ici éprouvée par 14 rescapés qui, à Courrières, furent sauvés 20 jours après l'effondrement de la mine, est mentionnée comme « principal facteur psychique pathogène » :

> Le monde rivalisa de marques de pitié pour les pauvres gens qui avaient du supporter jusqu'à leur sauvetage d'indicibles souffrances. En effet c'avait été pour les 14 un martyr inouï que ce séjour de 3 semaines dans une mine sombre, menaçant à chaque instant de s'écrouler, au milieu des cadavres en pourriture de leurs amis et de leurs camarades, sans nourriture et sans eau, parmi d'extrêmes fatigues physiques et avec l'espoir chaque jour disparaissant du salut. Ce séjour devait laisser longtemps encore des marques profondes dans l'esprit et le corps de ces mineurs. Mais malgré le grand intérêt qu'avait excité leur sauvetage inespéré, on s'inquiéta très peu d'eux dans la suite. [1]

Tous ont quitté la mine car, relate l'auteur, « aucun d'eux n'a pu surmonter la terreur » que l'expérience leur a fait vivre : 6 sont restés au service de la Mine mais dans des emplois de surface bien moins rémunérés, l'un est parti pour l'Amérique « où il se montre pour de l'argent comme rescapé de Courrières ». Ainsi, « la plupart semblent avoir gardé dans leur esprit une marque indélébile. Ce sont d'autres hommes ». Quant au plan physique, c'est leur constitution toute entière qui en a été affectée et ils présentent des « troubles somatiques et nerveux profonds : céphalgies, fatigabilité, sueurs faciles, diarrhées, etc. ». Trois souffrent de névrose traumatique dont 2 de type hystérique ; tous de ralentissement, d'apathie, de fatigabilité, d'a-dynamisme extrême. L'auteur note également :

> Leur attitude vis-à-vis des événements de la catastrophe aussi est inattendue. Ils n'en parlent pas volontiers, et ils répondent très brièvement aux questions sur ce sujet. On a l'impression d'une angoisse profonde dissimulée, trop forte pour que celui qui l'éprouverait puisse en donner en parole une représentation objective. [2]

Parmi de multiples considérations, l'on peut relever le constat que la « névrose phobique » semble être la plus caractéristiques des névroses de catastrophe :

> Entre les stigmates nerveux corporels, elle se distingue par la place prépondérante que prend la représentation impressionnante et fixe de la catastrophe dans l'esprit du malade. Il vit dans l'angoisse constante de l'attente. Son sommeil est par suite très agité et troublé par des songes terrifiants. Souvent il se réveille avec une impression profonde de terreur et des battements de cœur et se précipite dans la rue pour se sauver, croyant qu'un tremblement de terre se produit. [3]

L'exemple est donné d'un mineur de Courrières ayant tenté, malgré sa terreur, de reprendre le travail à la mine, ce qu'il parvint à faire 5 mois après la catastrophe. Cependant :

> Il y réussit pendant 42 jours, malgré l'angoisse insurmontable qui le tourmentait constamment. Puis ensuite, après avoir combattu en vain de toute sa force de volonté contre cette impression d'angoisse

---

[1] E. Stierlin (1912) : Effet des catastrophes sur le système nerveux, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, N° 18, p. 33.
[2] *Ibidem*, p. 35.
[3] *Ibidem*, p. 37.

> qui le tenaillait de plus en plus, et se sentant très souffrant, il dut renoncer à travailler plus longtemps dans la mine.[1]

Un autre exemple en est donné d'un homme de Müllheim, légèrement blessé dans l'accident, et qui voulut 3 semaines après remonter dans un train. Il fut pris d'une émotion telle, avec tachycardie et sentiment de grande faiblesse, qu'il dut en descendre immédiatement :

> La course d'automobile l'avait laissé bien tranquille, mais la première secousse du train avait réveillé dans son esprit toute la terreur de la catastrophe… Dans les premiers temps il voyait en pensée en plein jour et souvent avec une intensité de vision extraordinaire le toit du wagon de devant, qui avait pénétré dans son propre coupé, se précipiter sur lui. [2]

Mentionnons un dernier exemple, ne serait-ce que parce que la description en est caractéristique du déplacement de sensibilité qui est en train de s'opérer dans l'abord même de ces événements. La dimension émotionnelle devient ici centrale dans la façon de relater l'événement et appelle à la compassion à l'égard des victimes face à l'horreur de ce qu'elles ont vécu, même si la description clinique s'attache encore à recenser un ensemble de signes physiques protéiformes et peu significatifs :

> Une demoiselle de trente ans s'en tira également avec de légères contusions. Elle était sur le point de tirer la poignée d'alarme pour arrêter le train lancé à une vitesse folle, lorsque celui-ci stoppa. Elle fut précipitée la tête en avant à travers la portière. Lorsqu'elle se releva sous les décombres, une tête arrachée et sanglante avec ses carotides pendantes était penchée sur elle. Comme elle était dégagée et qu'elle se trouvait sur le perron, elle rencontra un homme d'un aspect effroyable, qui faisait mine de lui parler, mais qui, au même instant, laissa échapper par la bouche un flot de sang et tomba mort. Enfin elle vit le cadavre mutilé d'une amie qui était assise dans le même coupé qu'elle. Cette malade qui avait souffert un triple traumatisme psychique d'une extraordinaire intensité, en garda une névrose phobique typique : hémianesthésie totale, rétrécissement du champ visuel avec dyschromatopsie, agrypnie, aboulie, exagération des réflexes patellaires, état très labile du pouls, etc. Les premiers jours, forte diarrhée. .. Elle prétend, - et c'est très remarquable-, qu'elle ne peut même pas voir un tramway sans ressentir un vif sentiment d'angoisse et d'agitation. Quant à y monter, il n'en est pas question… La cause de sa terreur est claire. Le tramway lui rappelle le chemin de fer. [3]

Un phénomène phobique similaire est décrit chez une enfant de 4 ans, victime de la même catastrophe.

Au plan diagnostique, Stierlin évoque l'idée de névroses psychogènes, dues à la terreur. Malgré tout, la prédisposition reste une dimension étiologique sous-jacente essentielle et il écrit : « La facilité avec laquelle un état psychopathologique peut être produit par une cause psychogène est en général le critérium d'une constitution dégénérée. »

S'interrogeant sur l'état des sinistrés durant la période de latence, dont dit-il, l'on ne sait presque rien, il note que 20 à 25% des rescapés de Messine présentaient 3 semaines après la catastrophe des troubles nerveux caractéristiques.

---

[1] *Ibidem*, p. 35.
[2] *Ibidem*, p. 38.
[3] *Ibidem*, p. 39.

Un dernier chapitre mérite intérêt par sa nouveauté dans le champ psychiatrique de l'époque, celui consacré à ce qu'il qualifie de **psychologie des survivants**, à partir d'observations médicales et de témoignages de rescapés, et qui fait état pêle-mêle les réactions immédiates les plus étonnantes : indifférence apparente tranchant avec le terrifiant et le macabre des situations de catastrophes ; à l'inverse, manifestations de gaîté incompréhensibles ; fuites éperdues dans des états rapportés par l'auteur à de la confusion ; perturbation majeure du sens de la durée (deux frères incarcérés pendant 18 jours sous un éboulement et qui en ressortent avec le sentiment de n'y avoir passé que 4 ; insensibilité à des blessures graves ; réactions immédiates que l'on qualifierait aujourd'hui d'automatiques ; comportements irrationnels (de type dissociatifs) comme celui de cet homme qui « … après s'être dégagé des décombres du wagon, courut au télégraphe et télégraphia aux membres de sa famille. Un quatrième enfin, remarquant qu'il avait perdu sa bague dans la catastrophe, retourna sur les lieux et se mit à sa recherche parmi les décombres » (p. 48). Relevant le cas d'un homme pris dans l'accident ferroviaire de Müllheim qui, ayant échappé à la mort de peu, s'extrait des décombres pour y revenir aussitôt participer au secours des survivants, Stierlin s'interroge : « Est-ce une conduite normale pour quelqu'un qui vient d'échapper à la mort ? »

Bien que moins riche en descriptions cliniques mais dans une veine similaire, l'on doit à Ch. Vibert (1905) l'étude détaillée d'un accident de métropolitain parisien qui, le 11 août 1903, aux gares de Ménilmontant et Couronnes, fit au total, 84 morts. Un incendie qui ne put être maîtrisé à temps s'étendit rapidement à toute une rame de métro, engendrant une énorme bouffée de fumée brûlante qui envahit les stations souterraines les plus proches qui provoqua chez les passagers attendant sur les quais une panique d'autant plus grande que la fumée avait créé une obscurité totale. De nombreux voyageurs moururent ainsi intoxiqués par l'oxyde de carbone, parmi lesquels 65 furent retrouvés agglutinés les un contre les autres à l'un des bouts du quai d'une des gares, alors que l'unique sortie se trouvait de l'autre côté.
Consacrant un chapitre aux « troubles nerveux occasionnés par l'émotion », Vibert relève qu'à l'exception d'un seul survivant, les rescapés ne présentaient que des troubles légers, le confirmant dans sa thèse que l'émotion seule ne saurait être l'unique facteur dans l'étiologie de la névrose traumatique à l'éclosion de laquelle est également nécessaire, selon lui, le traumatisme physique.
Malgré tout, la description de ce que les rescapés eurent à endurer atteste là aussi qu'un regard nouveau est en train de naître :

> La catastrophe du Métropolitain était assurément de nature à occasionner une vive terreur chez tous ceux qui en ont été victimes. Sans même avoir entendu les récits si suggestifs des survivants, il est assez facile de se représenter l'état mental des malheureux voyageurs qui se trouvaient dans la gare des Couronnes au moment où celle-ci a été envahie par la fumée. Plongés tout à coup dans une obscurité absolue, respirant une atmosphère d'incendie, au milieu des clameurs d'épouvante, ils cherchent à tâtons une issue dont ils ne connaissent pas la place, se bousculant les uns les autres, se heurtant aux bancs renversés, s'embarrassant dans les corps de ceux qui sont déjà tombés. [1]

[1] Ch. Vibert (1905) : La catastrophe du Métropolitain, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série4, tome III, 1905, No 3, p. 209.

Ces études témoignent qu'une sensibilité nouvelle émerge aux événements dramatiques de l'existence et qu'un regard clinique inédit s'invente sur la base de l'émotion violente, imprévue et désorganisatrice, avec ses effets pathologiques immédiats et au long cours et à leurs conséquences sociales ; regard non seulement compassionnel mais aussi sémiologique qui s'attache à repérer et décrire les troubles dans la cause même des émotions qui les ont engendrés ; regard plus attentif aussi à la brisure existentielle que cela peut provoquer, parallèlement aux éventuelles séquelles physiques.

Ce serait une erreur de penser que la référence nouvelle et dominante à l'émotion nous ait grandement éloignés de l'histoire de la névrose traumatique : elle en représente la modélisation non plus chirurgicale et commotionnelle, mais essentiellement physiologiste, sur le modèle de l'intoxication.
Et dans ce passage à la référence physiologique, l'accent clinique s'est déplacé sur la dimension réactionnelle des troubles et leur lien avec les émotions éprouvées dans le temps même de survenue et de déroulement de l'événement, ainsi que sur leur aspect confusionnel, c'est-à-dire désorganisateur du fonctionnement psychique normal.

e) La psychiatrie de guerre entre commotion et émotion

Mais c'est incontestablement la première guerre mondiale toute proche qui, en donnant à l'observation clinique un champ d'une extraordinaire richesse et diversité, confirmera l'intérêt de la confusion mentale. En parallèle aux problèmes de diagnostic différentiel que cela posera à la psychiatrie, entre authentiques troubles et simulation, la sémiologie de la confusion mentale va s'en trouver confirmée et enrichie.

Dans sa synthèse des travaux psychiatriques relatifs aux troubles mentaux observés durant la Grande guerre, J. Sutter relève que quatre grandes formes pathologiques ont très majoritairement fait référence en matière diagnostique :

- la confusion mentale, presque unanimement adoptée, qui a servi de référence dominante « … avec ses formes stuporeuses ou agitées, avec son onirisme tragique tout imprégné des images du combat, souvent récidivant et responsable parfois des manifestations médico-légales les plus graves… » (Sutter, p. 252)
- les troubles portant sur l'affectivité, en référence aux travaux de Dupré sur la constitution émotive auxquels Sutter rattache la célèbre « hypnose des combats » de Milian ;
- les états dépressifs ;
- et enfin l'hystérie dans sa conception pithiatique.

L. Crocq (2005) en propose quant à lui un panorama exhaustif dans lequel il établit un parallèle entre les tableaux cliniques décrits et forme dominante que prirent successivement les combats :

> Hypnose des batailles pour la guerre de mouvement d'août 1914 (Milian), puis shell-shock (Myers, Chavigny, Gaupp, 1915) avec la stabilisation du front et les pilonnages d'artillerie sur les tranchées, puis neurasthénie et hystérie de guerre avec l'enlisement du conflit et la baisse du moral des soldats (Lépine, 1917)), et enfin, névroses et psychonévroses de guerre, voire névroses traumatiques, diagnostics qui reflètent plus exactement la réalité (Roussy et Lhermitte, Milligan, Ferenczi, 1917-1918). Les hypothèses pathogéniques ont suivi la même évolution : hypothèses organiques étiologiques d'abord, dont celle de la confusion mentale de guerre (Capgras), et celle de la paralysie nerveuse réflexe (Babinski, Oppenheim), ensuite hypothèse post-commotionnelle (Mott, Mairet, Sarbo), puis hypothèse post-émotionnelle par effroi et autosuggestion (Lépine, Birbaum), et enfin hypothèses psychodynamiques du complexe de peur, de l'effondrement narcissique et de la régression libidinale (Adrian, Ferenczi, Abraham, Freud). [1]

Une différenciation clinique heuristique : syndromes commotionnels et émotionnels

Résumant les principaux points d'accord et de désaccord entre les psychiatres durant la Grande Guerre, J. Sutter en propose l'analyse suivante :

> Si tous les auteurs s'accordent pour souligner l'importance de la prédisposition, innée ou acquise du fait de la guerre, si tous font jouer un rôle à la fatigue, à la tension nerveuse, à la mauvaise alimentation, aux toxi-infections mineures, etc., la discussion s'établit principalement sur l'importance respective de deux facteurs qui apparaissent essentiels : le traumatisme et l'émotion. [2]

En raison de grandes similitudes entre les tableaux cliniques présentés par tous les patients, il était supposé que la déflagration (vent de boulet, explosion d'obus) avait pu engendrer des lésions internes très proches, sinon identiques, et cela qu'un traumatisme physique ait pu être observé ou non. Dans la même perspective, d'autres praticiens invoquaient une sorte de « traumatisme global » affectant l'organisme tout entier, dont le système nerveux, par différentes voies (G. Dumas et Aimé, cités par Sutter, p. 255), dont la voie aérienne. L'on reconnaissait alors en effet au « traumatisme aérien » un « effet commotionnel », et l'on admettait que celui-ci pouvait être provoqué par les changements de pressions engendrés par la déflagration.
Quant à la différence entre émotion et commotion, si elle est au cœur des débats, elle reste bien peu établie et est d'ailleurs souvent contestée comme par Ballet et de Fursac qui, en 1916 affirment encore que l'état commotionnel n'est qu'une émotion choc intensifiée et fixée » (cités par Mairet, 1997, p. 187).

Mais deux auteurs, A. Mairet et H. Piéron (1917), vont être amenés à distinguer le « syndrome commotionnel » du « syndrome émotionnel » sur la base de critères cliniques précis, et non pas doctrinaux comme ce pouvait être le plus souvent le cas jusqu'alors ; d'où le très grand intérêt de leur contribution, dont nous verrons qu'elle sera oubliée de façon tout à fait dommageable par certains auteurs dans les années 1950. Du côté de l'émotionnel, ils donnent l'exemple suivant :

> Bl…, trente et un ans, faisait au front le ravitaillement en munitions, portant des obus. Un soir, vers 22 heures, une balle le frôle à la partie gauche du visage, il en sent le vent passer. Au bout de deux

[1] L. Crocq (2005e) : La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux clinique, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques, *AMP*, 163, p. 269.
[2] J. Sutter, H. Stern, R. Susini (1947) : Evolution du problème des psychonévroses de guerre, AMP, p. 255.

> heures, une fois descendu dans son abri, brusquement il s'évanouit. Revenu à lui, il présente une crise de délire hallucinatoire. Il se croit au milieu des Allemands, cherche à leur échapper, ne veut pas manger, et reste dans un état de perpétuelle torpeur. Peu à peu, au bout d'une quinzaine de jours, les manifestations aiguës s'amendent, laissant une émotivité très grande, des troubles du sommeil, une diminution de l'audition, et l'impression subjective d'un grand vent passant sur son oreille gauche (réminiscence hallucinatoire du vent de la balle). Au bout de quelques mois, l'équilibre n'est pas encore complètement rétabli : on constate une grande émotivité avec peurs faciles, des céphalées, des cauchemars avec agitation nocturne fréquente, de l'amnésie de fixation, une grande paresse intellectuelle avec lenteur d'évocation, fatigue rapide, s'accompagnant d'éblouissements, de céphalées paroxystiques et d'embrouillement mental. Les souvenirs anciens sont conservés, sauf une lacune correspondant à la période délirante initiale. On ne note, comme stigmates névropathiques, que des points douloureux, avec sensation d'étouffement vite provoquée par leur compression. On ne trouve aucun antécédent héréditaire ou personnel. Une guérison à peu près complète est obtenue en six mois. [1]

Les auteurs en dégagent les caractéristiques suivantes : un retard d'apparition des troubles de plusieurs heures à plusieurs jours après le choc, une « phase de délire de peur à caractère onirique avec hallucinations » (ils évoquent, à l'occasion d'un exemple, la réminiscence hallucinatoire du vent de la balle), et enfin un état d'hyperémotivité, de fatigabilité cérébrale et des céphalées pouvant se prolonger plusieurs mois, une absence de troubles de la mémoire, une hyperémotivité persistante non assimilable à de l'hystérie (quasi absence de « stigmates »), un rétablissement en quelques mois. Du côté du syndrome commotionnel, ils donnent l'exemple d'un soldat projeté par l'éclatement d'une bombe, ramassé sans connaissance, et souffrant au début de surdité-mutité. Il présente une grande lenteur de compréhension des questions les plus simples. Il montre d'importants troubles de la mémoire antérieure au point de ne pas se souvenir du prénom de ses enfants et de la mémoire de fixation (ne pouvait retenir un mot plus de 15 secondes). Il est inerte, aboulique, hyposthénique et hypoalgésique, présente une grande indifférence affective avec irritabilité et réactions de colère. Une guérison presque complète sera obtenue en quatre mois. Les auteurs en retirent le tableau différentiel suivant :

> Si l'on compare le tableau clinique de l'émotionné-type, on ne peut pas ne pas être frappé de certains contrastes : ici, indifférence affective et réactions coléreuses faciles, là, hyperémotivité avec peurs ; ici, amnésie rétrograde considérable, là conservation complète des souvenirs anciens ; ici , troubles étendus des diverses formes de sensibilité par diminution, là simple hyperalgésie partielle sous forme de points douloureux névropathiques, ici, inertie mentale complète, incapacité d'effort, là, efforts réels, mais aboutissant difficilement, entraînant de la fatigue et de la confusion. [2]

Ils notent cependant la rareté des tableaux purs, si bien que l'on se trouve souvent face à des tableaux mixtes de « commotionnés-émotionnés », renvoyant à une double étiologie, la commotion se doublant très fréquemment d'un choc émotif ; d'où un diagnostic différentiel rendu souvent difficile. Ils écrivent ainsi :

> Pourquoi a-t-on eu tant de tendance à les rapprocher et les confondre ? Parce que la plupart des émotionnés le sont par éclatement d'obus et ont été considérés dès lors comme des commotionnés,

[1] A Mairet, H Pieron (1917) : Le syndrome émotionnel. Sa différenciation du syndrome commotionnel, *AMP*, avril 1917, p. 190.
[2] *Ibidem*, p. 194-95.

> alors ils ne se distinguent pas notablement d'autres émotionnés pour lesquels la nature du facteur affectif permet d'éliminer toute possibilité de commotion. [1]

Quant au mécanisme d'action de la perturbation engendrée par le choc émotionnel, elle reste dans la droite ligne des explications physiologiques caractéristiques de l'époque. Nous la restituons *in extenso* car elle semble sur bien des points similaire au mécanisme de débordement du pare-excitations que Freud développe à la même époque, sans parler plus récemment des réactions de stress :

> C'est ce que la physiologie du choc émotif permet d'expliquer. L'émotion entraîne une véritable décharge d'influx nerveux qui, suivant la conception très juste de Lapicque, déborde les voies normales adaptées pour les réponses usuelles et les réflexes utilitaires. Cette décharge déborde en particulier dans le domaine du pneumogastrique et du sympathique, agissant aussi bien sur les voies excitatrices que sur les voies inhibitrices, d'où, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre système, des phénomènes d'excitation –spasmes, tachycardie, polypnée, sécrétions exagérées, exaltation du péristaltisme intestinal avec diarrhée-, ou des phénomènes d'inhibition –relâchements sphinctériens, syncope, arrêt respiratoire, suppression brusque des phénomènes digestifs, etc. [2]

f) Quelques retombées de l'évolution de la physiologie

Le modèle de l'allergie émotionnelle

Ce modèle physiologique de l'émotion donnera lieu quelques décennies plus tard à une réactualisation éphémère à partir du modèle allergique, et conduira au développement de la notion d'**allergie émotionnelle**.

C'est qu'entre-temps a été découverte et mise en évidence l'importance du système immunitaire dans certaines réactions pathologiques de l'organisme au contact de substances étrangères. Par une hypersensibilité à la substance en cause, la réponse défensive de l'organisme devient « toxique » pour celui-ci.

Dans les années 1950, quelques auteurs, en particulier P. Sivadon, mais aussi M. Porot à propos des événements d'Algérie, ont cru pouvoir trouver dans le processus allergique une nouvelle formule étiopathogénique des névroses traumatiques, dénommées également névroses post-émotionnelles.

Selon leur conception, l'hypersensibilité aux émotions devient le mécanisme pathogène central, et c'est l'origine de cette hypersensibilité, assimilée à une véritable allergie, qui devient explicative de la symptomatologie.

C'est dans l'installation de la névrose, en particulier durant le temps dit de latence, que ces auteurs se voient autorisés à faire ce rapprochement. Ainsi P. Sivadon écrit-il :

> Une analyse minutieuse de la symptomatologie montre que cette notion s'applique à une grande majorité, sinon à la totalité des troubles névrotiques et des psychoses affectives.
> Rappelons le schéma le plus typique de cette symptomatologie.
> 1° terrain allergique lié soit à un « tempérament neuroarthritique », soit à une phase allergique, post-tuberculose ou post-infectieuse

[1] *Ibidem*, p. 196.
[2] *Ibidem*, p. 201-202.

> 2° Evénement vécu par le sujet comme un danger grave et provoquant une émotion qui est souvent surmontée en apparence et minimisée, voire scotomisée par la suite
> 3° Phase de latence allant de quelques mois à plusieurs années, au cours de laquelle on note à peu près constamment une période d'hypersomnie (sommeil lourd et abondant, somnolence diurne, abattement) et des céphalées intenses, gravatives, occipitales ou sub-orbitaires, plus rarement bitemporales
> 4° rappel émotionnel minime évoquant de façon directe ou plus souvent symbolique l'événement initial
> 5° près une latence de quelques heures à quelques jours, explosion brutale des troubles sous forme soit d'angoisse, soit d'agitation, soit de confusion, soit de délire, soit même d'épilepsie. [1]

L'article reste cependant relativement ambigu car tantôt c'est un terrain allergique ou une allergie antérieure qui favorise la sensibilité à l'événement traumatisant, tantôt l'allergie fait suite à l'événement. Dans un autre texte, Sivadon précise cependant sa position concernant le rôle du temps de latence :

> L'angoisse n'apparaît que si le sujet est « mûr » pour la faire. Cette maturation, dont nous avons vu plus haut les étapes symptomatologiques, nous parait correspondre à l'élaboration d'une allergie. A une phase d'épuisement nerveux (asthénie, hypersomnie) succède une sensibilisation progressive, tout d'abord élective (intolérance à ce qui rappelle l'émotion primitive). Puis l'allergie perd sa spécificité et élargit son champ (intolérance à des émotions variées, puis intolérance sociale de plus en plus généralisée). Enfin, réactions allergiques de l'encéphale (céphalées). [2]

M. Porot, dans une logique identique rapportera tout un ensemble de cas de névroses de guerre survenus lors de la guerre d'Algérie à la même dynamique « psychallergique ». Il en distingue en cependant deux grandes formes :

> Dans le premier cas (forme intense), la sensibilisation antérieure par les événements ne semble guère importante, même si le sujet y a été mêlé de façon active pendant un certain temps ; un traumatisme psychique violent, du fait des événements, sidère le malade ; après un temps de latence silencieux de quelques semaines (un mois en général), à l'occasion d'un choc à la fois minime et violent, rappel symbolique ou réel, mais non actuellement dangereux, de l'événement sensibilisant, apparaissent et s'installent brusquement et massivement les phénomènes de psychallergie.
> Dans le deuxième cas (forme progressive), la sensibilisation se fait peu à peu, insensiblement pourrait-on dire, pour atteindre finalement le même état psychallergique paroxystique durable que dans la forme latente. [3]

Le stress et le syndrome général d'adaptation de H. Seyle

La notion de stress, au destin social peut-être encore plus frappant que celle de trauma [4], se situe dans le prolongement de ces approches, dont elle constitue la version la plus contemporaine et la plus élaborée.

De par ses usages actuels dans le champ de la victimologie et de la psychotraumatologie, l'on peut dire qu'elle représente la version ou le pendant physio-biologique du trauma conçu, lui, dans une perspective exclusivement psychogène.

---

[1] P. Sivadon : La notion d'allergie émotionnelle, *AMP*, 1953, 111, p. 239-40.
[2] P. Sivadon, H. Markich : Le temps de latence dans les névroses post-émotionnelles, *AMP*., 1953, 111, p. 245..
[3] M. Porot : La psychallergie aux événements d'Algérie, *Ann. Méd.-Psych*., 116, T.1, 1958.
[4] Voir par exemple aujourd'hui son usage dans le monde du travail.

D'où les antagonismes qui opposent souvent les tenants de l'une et de l'autre (malgré des tentatives pour les intégrer en une seule perspective[1]) et trouvent l'un de leurs terrains d'expression privilégié dans l'opposition entre thérapies cognitivo-comportementales et thérapies psychodynamiques d'inspiration psychanalytique.

Pour son créateur, Hans Seyle, la notion de stress s'inscrit dans un processus bien plus général, celui qu'il dénomme le Syndrome général d'Adaptation (SGA), réaction physiologique de l'organisme soumis à une agression, quelle qu'elle soit. Pour un développement détaillé de la notion, l'on se référera aux travaux de son créateur *The stress of life* (1950), ou pour une vue plus succincte à l'article de 1976 intitulé dans sa traduction française *La nature du stress* [2], dans lequel il s'attache à dissiper les nombreux malentendus et incompréhensions que son concept ont pu occasionner.

L. Crocq est, semble-t-il, le premier en langue française, a l'avoir introduite dans la clinique des syndromes psychotraumatiques, dans un sens toutefois très différent de celui qu'avait adopté la psychiatrie américaine avec le PTSD : c'est moins la théorie bio-physio-psychologique du stress en tant que telle qui intéresse L. Crocq que la clinique de la réaction initiale, immédiate, notamment dans ses formes aiguës, qu'il permet de distinguer des réactions se développant ultérieurement, nous y reviendrons plus loin. C'est donc plus le stress dans le temps de l'événement, avec les modalités problématiques qu'il peut engendrer, que l'événement en tant que facteur de stress qui l'intéresse. Il s'attachera d'ailleurs à mettre l'accent sur la dimension psychologique de la réaction d'alerte et de mobilisation du sujet, en réponse à la survenue d'un événement imprévu et « menaçant son intégrité physique ou mentale ».

2.1.4.2. Les pratiques nouvelles de l'expertise

C'est parce qu'ils remarquent le développement de positions similaires laissant la part belle au soupçon systématique et à la « traque » de la simulation que D. Fassin et R. Rechtman (2007) établissent un parallèle entre les pratiques expertales en milieu civil et la politique militaire durant la première guerre mondiale à l'égard des soldats présentant des troubles psychiques au décours des batailles : à l'accusation d'escroquerie pour les premières faisait pendant celle d'une « désertion psychique » pour la seconde. Même défiance, même hostilité à toute reconnaissance des causes externes des traumatismes sur la santé psychique, même réprobation morale. L'on ne s'en étonnera guère, non pas au regard de la pensée psychiatrique qui, malgré certaines difficultés, commençait, comme nous venons de le voir, de reconnaître la possibilité d'authentique existence de tels troubles sous le couvert de la confusion mentale, qu'à celui de pratiques sociales encore sous-tendues par le paradigme libéral de la nécessaire assomption par chacun du sort qui lui est dévolu ; car la victimité est encore loin de constituer un paradigme cardinal et cette reconnaissance demeure pour le moins précaire, engendrant bien peu d'effets concrets.

---

[1] Voir par exemple le récent ouvrage d'A. Ponseti-Gaillochon et al. (2009) *Le débriefing psychologique*, où l'on a le sentiment que cohabitent, plus qu'elles ne s'intègrent véritablement, les deux approches.
[2] La nature du stress, *Psychologie Clinique*, 2008, n° 24, p. 201-215.

Cependant, nous l'avons vu dans un domaine socialement central et particulièrement sensible, un déplacement s'est opéré qui a conduit à la loi sur les accidents de travail, dont les principes participent à une profonde mutation dans les modalités de penser la responsabilité et la faute.

Bien qu'assimilable sur de nombreux points à une pratique d'expertise (nous allons tenter de montrer en quoi), le diagnostic de tels troubles psychiques dans le cadre militaire en situation de guerre ne bénéficiait pas, loin de là, de la même possible reconnaissance : d'une part les enjeux en étaient bien plus conséquents, tant au plan de la morale que de la logique militaire, d'autre part le principe de reconnaissance des traumatismes accidentels au travail ne s'était pas encore véritablement étendu à d'autres domaines.
Au reste, l'on verra se développer des conflits d'intérêt entre une certaine psychiatrie militaire et une frange de la psychiatrie civile à qui revint en partie la gestion de ces désordres.

a) Les accidents du travail et l'expertise en milieu civil

En établissant le principe légal d'une indemnisation indépendamment de l'imputation d'une responsabilité, la loi sur les accidents de travail conduisit à devoir dissocier deux ordres de causes jusqu'alors totalement confondues :

- une cause au sens médical, c'est-à-dire une **étiologie,** consistant en l'établissement, sur des critères de scientificité, d'un lien de cause à effet entre une atteinte spécifique de l'organisme et des troubles apparents
- une cause au sens juridique du terme, c'est-à-dire une **imputation** de l'événement ayant provoqué le dysfonctionnement comme fait délictuel reprochable à quelqu'un.

L'on pouvait ainsi après coup comprendre que derrière la question de l'existence des Railway brain et Railway spine se jouaient et s'entremêlaient en fait deux enjeux : celui de la construction théorique et clinique d'une entité pathologique nouvelle avec tous les problèmes épistémologiques que cela soulevait ; celui de l'indemnisation des conséquences (quelque soit leur nature) de tels accidents, revoyant à des questions de morale sociale ; d'où un ensemble de déplacements significatifs dont fait ainsi état F. Ewald :

> Le juge, donc, cède la place à l'expert. Les idées de sanction et de condamnation disparaissent pour le seul constat objectif du dommage subi et l'application du tarif préétabli […] Désormais obtenir justice, ce sera livrer un combat d'expert où tout échappe à l'ouvrier, chercher à faire reconnaître un taux d'incapacité maximal et lutter pour majorer le montant de la pension […] Le juge appréciait les conduites en fonction des fautes commises, assureurs et médecins chercheront quant à eux à démasquer les simulateurs. [1]

E. Brissaud, dans son article sur la « sinistrose » que nous étudierons plus loin, tient à cet égard une position on ne peut plus claire. Concernant l'invocation d'un éventuel état antérieur dans l'apparition d'une sinistrose il affirme :

[1] F Ewald (1986), *op.cit.* p. 293.

> Elle n'en exige ni plus ni moins que tous les troubles mentaux ou délires fortuits suscités par un accident ou un incident quelconque, avec ou sans traumatisme préalable. Au demeurant, peu importe, car cette prédisposition était inefficace et inoffensive avant la loi de 1898. Les mêmes blessures guérissaient alors normalement, simplement, selon la bonne vieille coutume des blessures sans garantie. [1]

Nulle ironie pourtant dans ce constat, car il poursuit :

> Qu'y a-t-il donc de changé maintenant dans l'effet du traumatisme ? Rien si ce n'est que la loi assure l'incapacité permanente et que, lorsque toute incapacité d'ordre chirurgical disparaît, une nouvelle incapacité apparaît, celle-là d'ordre médical. Or il n'appartient pas au médecin de déclarer qu'il y a lieu, ou non, de prendre en considération une prédisposition restée inefficace et inoffensive jusqu'à la loi de 1898. C'est au juge seul d'en décider ; l'expert n'est qu'un témoin, rien de plus, et c'est aussi le juge qui apprécie la valeur de son témoignage. [2]

Si l'expert s'inclinait devant juge quant à la décision de prendre en considération ou non une prédisposition qui jusqu'alors ne s'était pas déjà manifestée, il n'empêche, toute une nouvelle littérature apparaît en ce début de siècle consacrée à l'application pratique de la loi. Car celle-ci ouvrait à un droit à indemnisation qui resituait le rôle de l'expert dans la stricte dimension civile de recherche, d'imputation et d'évaluation des troubles, en termes de séquelles d'accident et d'indemnisation à verser en retour.

Le principe de reconnaissance des troubles post-accidentels juridiquement acquis, la question étiopathogénique perdait du même coup de son urgence et de son acuité. Mais il restait malgré tout la lourde tache d'établir des critères sémiologiques d'appréciation de l'état de l'accidenté aussi fiables et consensuels que possibles. Cela supposait que se forme une véritable **doctrine expertale** qui s'accorde, non sur une pathologie et ses causes mais, au minimum, sur un (ou des) syndrome(s) permettant d'établir un lien d'imputabilité entre un accident et un tableau clinique. Car revenait malgré tout à l'expert de faire la part des choses, dans l'état de l'accidenté, entre ce qui relève de conséquences directes de l'accident, de son état de santé antérieur, d'une possible exagération de ses troubles ou encore de leur simulation délibérée.

En 1914, E. Regis relève l'importance croissante des demandes d'expertise adressées au « médecin aliéniste » par les juges, ou les tribunaux en cas d'appel, suite à la loi de 1898. Il précise :

> Il s'agit là, en somme, d'une expertise psychiatrique ordinaire, mais d'une expertise psychiatrique rendue particulièrement difficile par la nature habituelle des états morbides en jeu et par l'intervention possible de deux autres facteurs : l'*auto-suggestion* et la *simulation*. [3]

Il détaille en outre les quatre questions auxquelles l'expert a pour mission de répondre :

1) Quels sont les troubles morbides observés ?

2) Ces troubles sont-ils réels ou simulés ?

3) Ces troubles proviennent-ils du traumatisme en tout ou en partie ?

4) Quelle incapacité de travail entraînent-ils : complète, incomplète, permanente ou temporaire ?

---

[1] E. Brissaud (1908) : La sinistrose, Concours médical, p. 116.
[2] F. Ewald, *op.cit*, p. 116.
[3] E. Regis (1914), *op.cit.*, 1151.

Concernant la simulation, il ajoute qu'elle est d'autant plus difficile à apprécier qu'il peut y avoir grossissement des symptômes, particulièrement dans les états psychonévrotiques, « par auto-suggestion inconsciente ou par obsession ».
Quant à la question de l'état antérieur, il affirme qu'elle se posera toujours directement ou indirectement puisque l'expert doit déterminer si l'accident a totalement, partiellement (en l'aggravant ou en hâtant son évolution), ou aucunement déterminé la maladie. En cas d'imputabilité totale, E. Regis évoque le diagnostic de psycho-névrose ou psychose traumatique.

Le risque de simulation fait ainsi l'objet de mises en gardes répétées qui d'ailleurs ne touchent pas seulement aux séquelles « psychiques ».
Ainsi le Dr A, Raybaud (1908) consacre-t-il aux risques d'aggravation des blessures physiques en cas d'accident de travail une étude attentive auprès des travailleurs des docks de Marseille. Il y dénonce entre autres méthodes, l'application de mouches de Milan sur les blessures afin de retarder leur cicatrisation.
De même G. Brouardel s'attache à préciser toutes ses implications pour le médecin et l'expert. Evoquant la question de la prédisposition, il précise :

> De fait, la jurisprudence tend à s'établir suivant ce mode : les magistrats sont frappés de ce fait : un ouvrier a travaillé régulièrement jusqu'à un certain moment où il a subi un accident ; à partir de ce moment il ne peut plus travailler ; ce fait résulte peut-être en partie de l'état antérieur ; mais néanmoins l'accident est responsable puisque l'ouvrier avait travaillé régulièrement jusqu'à lui. Il est évident que l'évaluation de la responsabilité du traumatisme est extrêmement difficile, parfois même impossible, en pareil cas, même pour le médecin ; néanmoins il semble qu'il serait bien de tenir compte, au moins dans une certaine mesure, de l'état antérieur du blessé. [1]

G. Brouardel fournit des chiffres qui permettent de se faire une idée de l'impact de la loi de 1898 : à Paris environ 200 affaires d'accident de travail par semaine viennent devant la justice, dont 80 font l'objet d'une conciliation. Il en conclut que le nombre de procès, même s'il est encore trop élevé, serait quadruplé sans la possibilité offerte de celle-ci.

La question de la pathologie traumatique se voyait du même coup réactualisée, mais selon une perspective nouvelle qui en déplaçait sensiblement les termes et les enjeux. Et nous allons voir la névrose traumatique y trouver un nouvel intérêt, moins comme entité pathologique que comme syndrome dont les particularités cliniques permettaient d'établir la possible existence d'un lien de causalité entre les troubles observés et l'événement accidentel.

La névrose traumatique en pratique expertale. L'exemple de Ch. Vibert

Dans ce paysage scientifique presque tout entier acquis à Charcot, une exception notable mérite d'être signalée, celle du Dr Charles Vibert, médecin expert auprès des tribunaux de la Seine,

[1] G. Brouardel, Le médecin et les accidents de travail, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1908 série 4, No 10, p. 393.

responsable des premiers travaux en langue française sur la question et auteur d'un manuel de médecine légale faisant autorité, plusieurs fois réédité.

L'intérêt de ses travaux tient à la position qu'il y adopte, celle d'un expert « généraliste » dont le propos n'est pas tant de pendre parti dans un débat scientifique, mais de faire usage des connaissances à disposition aux fins d'examen et d'évaluation des cas lui étant soumis, avec toute la rigueur que l'on peut attendre d'un expert. Ainsi, ce qui fait son originalité est que champ d'examen n'est pas spécifiquement et exclusivement celui des troubles psychiques causés par les accidents de chemin de fer, mais celui de l'ensemble des conséquences médico-légales de toutes les formes d'accidents et d'agressions auxquelles est confronté l'expert en justice. Ca n'est que dans ce cadre général, et néanmoins très précis, qu'il est amené à aborder la délicate question et des séquelles spécifiquement engendrées par les accidents ferroviaires, et, à l'intérieur de celles-ci, les troubles qu'il ne caractérise pas de psychiques, mais de cérébraux.

Lésions et troubles fonctionnels des poumons, lésions et troubles fonctionnels de l'estomac et troubles cérébraux y sont ainsi étudiés avec une égale rigueur durant l'examen clinique du patient. Ces derniers sont liés, pour Vibert, soit à un choc violent sur la tête, soit à l'ébranlement violent de l'encéphale provoqué par un choc ou une secousse de la tête au moment de l'accident. Il en donne l'exemple suivant :

> A partir du jour même de l'accident, le blessé souffrait de céphalalgie plus ou moins violente, de vertiges, d'insomnie ; les idées étaient un peu confuses, tout effort intellectuel pénible, et déjà au bout d'une quinzaine de jours on notait des troubles très manifestes de l'intelligence sans qu'il fut possible de préciser exactement à quel moment ceux-ci étaient devenus bien réels.
> Une fois que les désordres des fonctions de l'encéphale sont bien développés, on peut distinguer dans l'état du malade : 1. d'abord des troubles des diverses manifestations intellectuelles, troubles qui sont constants et qui constituent la caractéristique de cet état ; 2. des troubles des organes des sens ; 3. des troubles de la santé générale. [1]

Troubles de la mémoire avec perte du souvenir des faits, lacunes graves portant sur des acquis antérieurs, mémoire des mots diminuée, en sont les plus communs ; mais il recense également des troubles de l'attention rendant impossible un travail intellectuel un tant soit peu prolongé, un profond changement du caractère, le malade devenant irascible, triste et très émotionnable (« ils pleurent aussi bien d'attendrissement que de tristesse », de l'agoraphobie chez certains ; quant aux troubles, fréquents, de la sensibilité, de la motilité et des organes des sens (dont des troubles de la vision), ils sont mis en rapport, soit avec une lésion du cerveau, soit avec l'état général de celui-ci. A cet ensemble s'ajoutent des fourmillements, engourdissements, tremblements intermittents, une force musculaire amoindrie, des troubles de la santé générale.

Quant à la « névrose traumatique » il lui consacre deux importants articles en 1893 qui, regroupés et enrichis, formeront un ouvrage publié la même année chez Baillière : *La névrose traumatique. Etude médico-légale su les blessures produites par les accidents de chemins de fer et les traumatismes analogues*.

[1] Ch. Vibert (1887) : Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 18, p. p. 533.

Il y précise d'emblée que l'usage du terme n'est pas sous-tendu par un quelconque parti pris doctrinal mais répond au caractère éminemment pratique de la notion : sans présager de la nature des troubles en jeu, elle se veut tout simplement exprimer l'idée suivante, partagée par une majorité de magistrats et d'avocats,

> … celle de troubles nerveux qui viennent compliquer des blessures, parfois légères en elles-mêmes, et aggraver souvent dans une mesure considérable, les conséquences d'un accident. [1]

Il en différencie trois formes à partir des 30 observations qui forment l'essentiel du premier article :

- hystérique, en référence à Charcot et à l'Ecole de la Salpêtrière, tout en reconnaissant qu'il n'en a rencontré dans sa pratique que de rares cas, « dont un seul sujet semblable aux plus typiques que ceux qu'a si bien étudiés le professeur Charcot » ;
- neurasthénique ou hystéro-neurasthénique ;
- avec prédominance d'un symptôme.

La seconde partie de son travail est l'occasion de discuter de l'étiologie de la névrose traumatique qui est, pour Vibert, de deux ordres : les causes occasionnelles et la prédisposition. Concernant les premières, il affirme d'emblée : « c'est après un traumatisme presque toujours associé à une émotion de terreur que se développe la névrose traumatique ». Revenant sur le caractère exceptionnel des cas d'hystérie pure, il précise :

> La forme commune de cette affection a, je crois, une étiologie plus précise. Dans l'immense majorité des cas, elle ne se développe qu'après un traumatisme d'une nature spéciale, qui me parait jouer un rôle aussi important que l'émotion. [2]

Quel est selon Vibert ce traumatisme spécial ? Comparant d'un côté les individus ayant reçu des coups de couteau, des balles de révolver, ayant été roués de coups, ayant subi un commencement de strangulation ou encore ayant tenté de se suicider par divers procédés (plus d'un millier examinés), et d'autre part ceux victimes d'accidents de chemin de fer ou de voiture, de chute, d'éboulement, d'explosion, etc., il constate chez les premiers l'absence totale de cas de névrose traumatique alors que, chez les seconds, elle touche environ 100 des 400 sujets expertisés. Relevant que les individus blessés lors d'une agression ou d'une tentative d'assassinat ont très certainement éprouvé une émotion aussi intense que ceux victimes d'un accident, il en conclut :

> On peut admettre que, d'une manière générale, l'émotion est à peu près la même dans les deux cas. C'est seulement la nature du traumatisme qui diffère.
> Ce traumatisme provocateur de la névrose, qu'il soit produit par un accident de chemin de fer ou de voiture, par un éboulement ou une explosion, est caractérisé, je crois, par ce fait qu'il occasionne un ébranlement physique plus ou moins violent des centres nerveux. [3]

---

[1] Ch. Vibert (1893) : Contribution à l'étude de la névrose traumatique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, tome XXIX, No 2, p. 97.
[2] Ch. Vibert (1893b): Contribution à l'étude de la névrose traumatique, (suite et fin), *Annales d'hygiène…*, tome XXIX, p. 229.
[3] *Ibidem*, p. 228.

Quant aux problèmes d'exagération et de simulation, ils sont grandement relativisés. A l'encontre de ceux-ci, Ch. Vibert oppose leur rareté et leur peu de chance de réussite face à un médecin expérimenté car :

> Les symptômes cérébraux qui peuvent se manifester à la suite des accidents que nous étudions ne sont pas quelconques ; ils ont au contraire, comme on l'a vu, des caractères spéciaux et forment un ensemble particulier dont un simulateur ne peut deviner les traits principaux. [1]

Des critères précis en ressortent, permettant d'écarter l'exagération ou la simulation :

> Jamais, chez les malades que j'ai observés, les troubles intellectuels, les symptômes purement subjectifs, que l'on ne peur ni contrôler ni mesurer, n'ont acquis une haute gravité sans qu'il existe en même temps d'autres symptômes objectifs, des désordres de la santé générale qui ont été énumérés plus haut. On est donc en droit de soupçonner l'exagération, quand il y a une disproportion très marquée entre ces deux groupes de symptômes, les premiers étant très accusés et les autres très légers ou nuls. [2]

Ajoutons enfin que Ch. Vibert fut le premier à soutenir l'existence de véritables névroses traumatiques chez l'enfant dans une courte communication à la *Société de médecine Légale de France* publié en 1892 sous le titre, *La névrose traumatique*[3]. Il y décrit avec une grande précision clinique les cas Léontine H. âgée de 3,5 ans, et de L., 5 ans. :

- Léontine, 3,5 ans, victime avec ses parents d'un accident de chemin de fer, qui l'a extrêmement effrayée au point qu' « elle voulait se jeter du haut de l'impériale où elle se trouvait avec ses parents ; elle est ensuite restée une demi-heure environ sur le lieu de l'accident, criant, hurlant sans arrêt ». Des modifications de son caractère sont ensuite apparues : tristesse, irritabilité, plaintes multiples pleurs, perte de certains acquis comme le contrôle urinaire, troubles du sommeil, hallucinations terrifiantes survenant souvent la nuit (dit voir du feu, des flammes, des bêtes…). Aucuns antécédents n'ont par ailleurs pu être relevés.

- L., 5 ans, victime de l'écroulement d'un échafaudage à la suite duquel il a perdu connaissance et dont il garde une blessure au front. Depuis l'enfant dort mal, fait plusieurs cauchemars par nuit, est triste, grognon, est pris par moments « d'hallucinations qui lui retracent l'accident, ou lui font voir un homme qui va le battre, etc. ». Enfin, la présence d'une personne étrangère le terrorise.

Les débats qui firent suite à cette communication sont caractéristiques des controverses de l'époque : Ms. Christian et Garnier opposent à Vibert l'existence probable d'une lésion du cerveau et, sur la base des vomissements de l'un des enfants, d'une possible méningite ; quant à Gilles de la

---

[1] Ch. Vibert (1887) : Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, no 18, p. 546.
[2] *Ibidem*, p. 547-48.
[3] Ch. Vibert (1892) : La névrose traumatique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, No 28, p. 139-143.

Tourette, en inconditionnel disciple de Charcot, il conteste la dénomination de névrose traumatique et demande que le terme soit tout simplement « rayé de la nomenclature ».

Bien que Vibert ait développé une conception réductrice de la névrose traumatique très inspirée du versant somatiste de la théorie d'Oppenheim, il apparaît comme l'une des premières grandes figures de l'expertise médico-légale et a activement participé à l'élaboration de sa doctrine, notamment en matière d'accidents du travail. Dans ce cadre, il a inauguré un usage de la notion de névrose traumatique comme d'une entité opératoire en la matière, dans la mesure où elle permet d'établir de façon relativement fiable un lien d'imputabilité entre un accident et un ensemble spécifique de troubles.

Une entité nouvelle : la sinistrose d'E. Brissaud

C'est de cette rencontre récente entre victimes et experts que naît en 1908 une notion nouvelle, non seulement d'un point de vue terminologique mais surtout clinique, de par le phénomène singulier qu'elle s'attache à dégager, décrire et tenter d'expliciter : la sinistrose.
Le terme fut semble-t-il utilisé pour la première fois par Brissaud lors d'une audience de la 4ème Chambre du tribunal de la Seine, le 28 décembre 1907, événement célébré dans la Chronique médicale par le billet suivant :

> La sinistrose du professeur Brissaud
> Le législateur ne pouvait évidemment tout prévoir. En légiférant sur les accidents de travail, nos honorables députés ne se doutaient pas qu'un jour viendrait où, grâce çà eux et au professeur Brissaud, la langue s'enrichirait d'un vocabulaire neuf.
> Comment est venu ce nouveau-né ? C'est, il y a quelques jours à la quatrième chambre du tribunal civil, que cette naissance a été enregistrée. Le « comparant » était un ouvrier qui, guéri des suites d'un accident -il était tombé d'une échelle et s'était fait des contusions sans gravité- avait repris son travail ; puis, s'étant peu à peu persuadé à lui-même qu'il était encore malade, il avait réclamé de ce chef une indemnité au patron qu'il rendait responsable, selon la loi.
> Le professeur Brissaud appelé à déposer comme expert, n'a pas craint de déclarer que cette préoccupation du sujet d'éprouver encore des douleurs imaginaires, est devenue, pour celui-ci, …« …le thème d'une méditation continuelle, obsédante, et vraiment maladive, car même à supposer que Sempère (c'est le nom de l'ouvrier) exagère les douleurs dont il ne cesse de se plaindre, et dont la cause nous échappe entièrement, il suffit de cet état mental si particulier pour entraîner la conviction qu'une maladie authentique s'est constituée de toutes pièces à la suite de l'accident du 8 juin 1906.
> Comment définir cette maladie ? En l'absence d'un mot officiel, consacré par un long usage, la loi de 1898 étant de date relativement récente, nous emploierons provisoirement le barbarisme de « sinistrose » pour préciser le trouble mental dont il s'agit… La sinistrose n'a rien à voir avec l'hystérie traumatique, ni avec la neurasthénie traumatique, ni avec la psychasthénie traumatique. Pas plus que le choc physique, le choc moral n'en est cause. L'obsession a pour point de départ et pour but l'idée fixe que tout accident au cours du travail constitue un dommage entraînant une réparation.
> Mais cette idée n'et pas une conséquence nécessaire de l'accident lui-même, l'accident n'en est que le prétexte. L'idée vient après coup, elle voulue, réfléchie, m »éditée, développée, et le traumatisme ne l'impose pas au blessé par une force inéluctable.
> La prédisposition individuelle ne saurait être non plus invoquée comme une cause accessoire, à moins qu'on assimile la complaisance du blessé à une prédisposition. Peu à peu, l'idée fixe finit par absorber toute l'activité psychique et va même jusqu'à briser toute l'activité physique. C'est pourquoi Sempère, qui depuis longtemps n'est plus une victime du travail, est devenu et reste sa propre victime à lui-même. »

> Voilà donc une maladie nouvelle, bien définie, que le Dictionnaire de l'Académie pourra, quand celle-ci en sera à la lettre S, enregistrer sous le nom de « sinistrose ».[1]

Mais c'est un court article datant de 1908 paru dans le Concours Médical qui en a popularisé l'usage, suivi en 1909 d'un bref texte complémentaire. Bien que son inventeur ne lui ait consacrée que quelques pages, cette notion a été reprise par de nombreux praticiens et elle connaîtra une seconde vague d'intérêt avec la naissance de la psychiatrie coloniale dans les années 1950.
Son créateur, E. Brissaud (1852-1909), est un ancien élève de Charcot, médecin des hôpitaux et professeur à la Faculté de médecine de Paris.

La sinistrose se veut décrire un état mental particulier, dont la nature pathologique ne faisait pour Brissaud pas de doute, survenant chez certaines personnes victimes d'un accident. Son point de départ est un constat présenté comme indiscutable :

> Dans tous les pays qui indemnisent les accidents du travail, les blessures « assurées » exigent pour guérir un temps beaucoup plus long que les blessures « non assurées ». A ce fait brutal, incontestable et incontesté, se ramène et se réduit toute la question de la sinistrose. [2]

Mais contrairement à la conception la plus en vigueur à l'époque, et sans pour autant nier l'existence de tels cas, ça n'est pas vers la simulation qu'il oriente ses hypothèses, mais vers celle d'un état morbide particulier qu'il baptise précisément du nom de **sinistrose**, consistant en « une inhibition très spéciale de la volonté » :

> Nous répétons que la sinistrose, incomparablement plus fréquente, est une maladie authentique et il est regrettable que certains médecins de compagnies d'assurances l'aient tantôt assimilée à un hystéro-traumatisme par trop complaisant, tantôt confondue systématiquement avec la simulation. [3]

Cette inhibition particulière de la volonté qui empêcherait le blessé, bien que guéri, de reprendre le travail, tiendrait à un malentendu ou plutôt à une erreur commise de bonne foi quant aux dommages et intérêts et réparations auxquels il est persuadé avoir légalement droit du fait de la récente loi de 1898 sur les accidents du travail :

> Ils ne conçoivent pas que la blessure une fois guérie aucune compensation pécuniaire ne leur soit accordée en dehors du demi-salaire de la période d'incapacité. Des deux principes sur lesquels repose la loi, ils semblent ne reconnaître que le premier, celui du risque professionnel qui met à la charge du patron l'indemnisation de l'ouvrier ; et ils n'admettent que dans la mesure qui leur convient le second principe, celle de l'indemnisation transactionnelle et forfaitaire, calculée d'après la réduction de salaire qu'entraîne définitivement la blessure, et qui est fixée à la moitié du salaire. Ils méconnaissent le sens du mot consolidation, tel que l'a précisé la jurisprudence, mais ils savent que la date de consolidation marque la cessation du paiement du demi-salaire.[4]

---

[1] *La chronique médicale*, *Revue bimensuelle de médecine historique*, *littéraire et anecdotique*, 1908, No 5, p. 46.
[2] E. Brissaud (1908) : La sinistrose, *Concours médical*, p. 114.
[3] *Ibidem*, p. 114.
[4] *Ibidem*, p. 114.

Le principal malentendu tiendrait ainsi à la notion de consolidation, dont le blessé retarderait le plus longtemps possible l'échéance ; il en deviendrait ainsi victime, non plus de l'accident, mais de lui-même, de l'erreur qu'il commet et dont il ne peut plus se départir.

De pas en pas, l'idée fausse devient une idée fixe, puis une véritable obsession qui absorbe toute l'activité mentale du sujet. Atteint ce stade, le trouble, qui était initialement de nature intellectuelle, est devenu un trouble exclusivement « émotif ». L'idée fixe, consistant en l'espérance même d'une indemnisation, en vient alors à passer au second plan pour laisser place à de véritables hallucinations, sorte de matérialisation de l'obsession en « idée-image » :

> L'interprétation erronée de la loi ne compte plus. Les douleurs mêmes de la première heure changent de caractère. Comme elles ne résultent plus de la meurtrissure des parties traumatisées (le blessé ayant depuis longtemps cessé de souffrir) ce ne sont plus des sensations ni, à plus forte raison, des hallucinations obsédantes qu'il éprouve, ce sont maintenant des obsessions hallucinatoires, des « topoalgies » ou des « algies ».
> Sans doute les circonstances de l'accident ne sont pas oubliées, mais les algies (qui ne sont que des hallucinations cénesthésiques) n'ont qu'un rapport très indirect avec les douleurs primitives du trauma. [1]

Les hallucinations et les idées obsédantes ne sont plus l'origine, mais les manifestations, de l'obsession. A ce point, c'est au malade, et non plus à l'accident, que doit être imputée la sinistrose : « Désormais, le malade a acquis la certitude qu'il et frappé d'incapacité. Il a fixé d'avance et s'est en quelque sorte infligé à lui-même les troubles que le traumatisme « devait » fatalement entraîner » (p. 115).

Dernière étape du processus, « Voilà la sinistrose constituée, psychose d'occasion et le plus souvent peu sévère, mais psychose funeste au travail et, par exception, grave dans ses extrêmes conséquences » (p. 115).

Que la sinistrose ne soit qu'une conséquence indirecte de l'accident dont est responsable le malade ne signifie cependant pas pour Brissaud que le processus y conduisant soit exclusivement le fait du sinistrosé, non seulement parce qu'il a bien fallu au départ qu'un accident se produise, parce que la nature même de l'accident peut fournir le prétexte à son apparition, mais aussi parce que des facteurs externes peuvent pour lui en favoriser l'éclosion et le maintien. Il peut en être ainsi de « médecins marrons » ou encore d'hommes d'affaires, véritables « agents provocateurs de sinistrose » :

> Par les promesses les plus effrontées, ils s'emparent de la confiance de l'accidenté et lui imposent quelques médecins de leur « libre » choix, toujours les mêmes. Un certificat d'incurabilité est bien vite rédigé. Ces médecins-là, encore plus méprisables que leurs pourvoyeurs, on les compte, on les connaît. [2]

L'erreur d'interprétation de la loi par l'accidenté se trouve en quelque sorte encouragée sinon induite, et validée, de l'extérieur.

---

[1] *Ibidem*, p. 115.
[2] *Ibidem*, p. 116.

Ensuite parce que pour Brissaud il est clair que la sinistrose constitue un « état psychopathologique spécial » qu'il ne rattache véritablement à aucune des formes connues de psychose ou de névrose. Elle en se confond ainsi pas avec la névrose traumatique (qui pour l'auteur implique une lésion cérébro-spinale), pas plus qu'avec l'hystérie ou la neurasthénie, même si des éléments de celles-ci peuvent se révéler au décours d'une sinistrose.
En outre, elle ne suppose pas une quelconque prédisposition :

> Si l'idée première, qui marque le point de départ de la sinistrose est une idée fixe erronée de revendication, la maladie peut survenir chez n'importe qui, à la suite d'un accident quelconque entraînant une responsabilité civile. [1]

Usages et mésusages de la notion de sinistrose

L'on peut dire que la sinistrose constitue la première notion témoignant d'une pensée véritablement victimologique au sens où elle s'attache à dégager, en lieu et place de la simulation et autres comportements intéressés ou malhonnêtes :

- un processus morbide de nature purement psychique puisque c'est une idée et non un choc physique qui est à son origine ;
- processus certes non relié à l'accident mais aux conséquences de celui-ci et au traitement juridique qui en est proposé à l'accidenté ;
- processus enfin non rapportable, et Brissaud y insiste à plusieurs reprises, ni à une prédisposition, ni à une névrose, non plus qu'à une véritable psychose.

Reste manifestement pour Brissaud une énigme : celle de la nature de ce processus qui, pour n'être pas une conséquence directe de l'accident a malgré quelque chose à voir avec celui-ci puisque « l'idée obsédante », de même que « les hallucinations corporelles » lui empruntent directement leur contenu ? L'on voit bien comment la psychotraumatologie contemporaine résoudra cette question en introduisant, entre l'accident et l'idée fixe d'indemnisation, le jalon essentiel que constitue le syndrome de répétition avec ses phénomènes de reviviscence.

Cette lacune explicative rend compte de la diversité des usages qui vont être faits de l'entité, allant de la simulation frauduleuse à une véritable psychose chronique de revendication.
M. Laignel-Lavastine, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, dans une étude spécifiquement consacrée aux troubles psychiques consécutifs aux accidents de travail[2], en fait un véritable délire de revendication, sur fond d'exagération, voire de simulation des troubles. Adversaire par ailleurs de la notion de névrose traumatique, il propose de nommer les troubles spécifiques pouvant survenir suite à de tels accidents, d' « encéphalopathies traumatiques », « syndrome persistant de commotion cérébro-spinale, dont les manifestations somatiques laissent deviner une atteinte grave ou sérieuse des centres nerveux. »

---

[1] *Ibidem*, p. 117.
[2] M. Laignel-Lavastine (1912) : Les troubles psychiques dans les accidents du travail, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 17, p. 5-24.

M.J Eissen (1919), quant à lui, Médecin de l'asile de Stephansfeld, offre une autre ligne d'interprétation de la sinistrose, donnant de celle-ci l'exemple d'un sujet accidenté qui, ayant repris immédiatement le travail, présente 3 ans plus tard des crises d'épilepsie. Il est par ailleurs diagnostiqué comme alcoolique. Imputant ces crises à l'accident et se voyant refuser la pension qu'il demande en conséquence, l'on voit les symptômes s'accumuler et se diversifier au fil des expertises.
Rogues de Fursac, discutant la communication d'Eissen, et bien que notant le délai extrêmement long d'apparition de la sinistrose et l'absence de lien direct entre les douleurs obsédantes et les circonstances de l'accident sur lequel insistait Brissaud, n'en propose pas moins de donner à ce qui lui semble en être malgré tout une forme tardive, le nom de « sinistrose retardée », car il en retrouve par ailleurs les principaux signes : « préoccupations hypocondriaques, tendances processives, souci d'établir par tous les moyens possibles la réalité et l'importance du dommage subi, aggravation progressive des revendications formulées… ». A l'inverse, Vallon conteste ce diagnostic et opte pour la thèse de la simulation en raison du délai considérable entre l'accident et la revendication.
La thèse de médecine de L. Monthelie en 1906, dont l'on trouve les conclusions dans un court article, offre un exemple de reconnaissance pleine et entière de la névrose traumatique :

> La névrose traumatique occasionne le plus souvent une incapacité de travail, de durée illimitée, ne prenant que rarement fin avant la solution définitive du procès, d'où les difficultés pour le règlement de l'indemnité
> Pour les formes graves, la maladie ayant une durée fort longue doit pratiquement être considérée comme cause d'une incapacité absolue et permanente…
> Enfin il importe de savoir que la névrose traumatique aboutit parfois au suicide, qui peut en être jugé comme une conséquence directe, donnant droit à l'allocation d'une rente viagère à la veuve. [1]

En 1913, le Dr J. ROUX, médecin des hôpitaux, dans un petit ouvrage posthume consacré aux « névroses post-traumatiques », regroupe sous ce terme l'hystérie, la neurasthénie et « les sinistroses ».
Dans les suites directes du démembrement de l'hystérie par Babinski, Roux conclut à la rareté de l'hystérie et de la neurasthénie. Egalement réticent à l'égard de la notion de névrose traumatique aux contours qu'il juge trop flous il tente, d'une part de redonner à l'étiologie organique une importance plus grande dans les troubles « post-traumatiques », d'autre part de rechercher d'autres formes d'états névrotiques qui avaient été jusqu'alors abusivement assimilés à de l'hystérie ou de la neurasthénie. Celles-ci s'étant vus singulièrement réduit leur champ clinique, il importait d'inscrire les troubles qu'on leur avait imputé sous d'autres rubriques nosologiques.
C'est ainsi que J. Roux se tourne vers l'entité conçue par E. Brissaud quelques années plus tôt, « maladie toute moderne » (p. 81) puisqu'elle est née avec la loi sur le droit à indemnité pour les accidentés. Il la définit comme un « état mental particulier qui est la conséquence non du traumatisme lui-même, mais de ses suites légales » et qui consiste en l'« idée fixe d'obtenir réparation du dommage causé », suite à un accident.
L'auteur précise à plusieurs reprises qu'elle n'a rien de l'hystérie, pas plus qu'elle n'est une forme de simulation, et qu'il faut la considérer comme une véritable maladie mentale s'apparentant à une

[1] L. Monthelie (1906) : *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, N° 6, p. 477.

psychose caractérisée par une forme d'obsession hypocondriaque et accompagnée d'un délire de revendication. Elle se forme donc en deux étapes :

> A l'origine, un état émotif, le sentiment du danger couru, du dommage subi ; puis une idée fixe, celle de la réparation, de la vengeance ; enfin de nouveau un état émotif secondaire, l'obsession grandissante, qui peu à peu envahit, submerge à son profit toute l'activité mentale, résiste à tout raisonnement, à toute démonstration, devient véritablement délirante. [1]

Mais il n'apporte cependant aucun élément nouveau à sa compréhension.

La sinistrose va continuer de susciter de loin en loin des travaux de recherche comme celui mené par P. Sivadon et C. Viel en 1953. L'étude consiste en l'examen de 102 accidentés du travail ayant tous présenté la même blessure, une fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. L'analyse de plus de 450 rubriques permet aux auteurs de conclure que la sinistrose n'est pas liée à l'existence d'une pathologie mentale antérieure et qu'elle semble tenir pour beaucoup à des facteurs indépendants de la volonté (consciente ou inconsciente) de l'accidenté, et même, ajoutent-ils, de la personne du blessé. Ils laissent en fait entendre que le devenir sinistrosique d'un accident de travail tiendrait plutôt à facteurs sociologiques et environnementaux internes et externes au travail. Ils concluent :

> Contrairement à un présupposé courant qui assimile plus ou moins ouvertement la sinistrose à la simulation, et en somme accuse le blessé de surestimer la gravité de son accident, il apparaît que ce serait plutôt autrui qui aurait tendance à sous-estimer la gravité des suites de l'accident. La sinistrose serait une sorte d'énorme malentendu, apparaissant dans certaines circonstances historiques et sociologiques, entre le blessé et la société. La sinistrose aurait plus de réalité dans l'esprit du médecin que dans la personne du blessé. [2]

L'on ne saurait être plus explicite. Un élément mérite d'être ajouté à cette conclusion : les auteurs relèvent l'importance de certaines réactions émotionnelles potentiellement sources de conflits, lors même de l'étude, hors tout enjeu pécuniaire donc.

La névrose traumatique : un groupement d'attente à la recherche de ses fondements

A quelques exceptions remarquables près (dont le retour tardif de Freud sur la notion), l'on serait en droit de penser que la notion de névrose traumatique a progressivement disparu du champ de la psychiatrie et de la psychopathologie jusqu'à ce qu'elle connaisse, après la seconde guerre mondiale, l'intérêt que l'on sait (nous y viendrons dans le chapitre suivant).
L'investigation menée par C. Barrois en 1980 le démontre, elle a disparu des tables des matières des manuels de référence, elle n'est plus enseignée et semble être devenue une entité désuète, au mieux une curiosité historique. L'espace et le sort que lui réserve H. Ey dans son Manuel de 1963 en offre un exemple d'autant plus parlant qu'il constitue alors l'ouvrage incontournable en la matière:

---

[1] J. Roux (1913) : *Les névroses post-traumatiques. Hystérie, neurasthénie, sinistroses*, J.-B. Baillière et fils, Paris, p. 94-95.
[2] P. Sivadon et C Veil (1965) : Aspects sociologiques et cliniques de la sinistrose, In *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Marseille, 1964*, Masson, Paris, p. 437.

> Les situations pathogènes sont donc la confrontation d'une personne, tout ensemble biologique et sociale, avec l'événement, figure qui prend signification par rapport au sujet lui-même, à son histoire et à ses relations. C'est ce « fond » qui crée l'événement pour le sujet. [1]

Plus récemment, il n'est que de parcourir la *Nouvelle histoire de la psychiatrie* de J. Postel et C. Quetel de 1983, qui ne lui consacrent pas une ligne, pour mesurer l'ampleur de cette absence.
Une tradition s'est pourtant discrètement perpétuée d'usage de la notion, dans la droite ligne des premiers travaux de Ch. Vibert et de leur perspective médico-légale. L'on va ainsi voir la névrose traumatique continuer de jouer le rôle non négligeable de permettre d'établir l'imputabilité d'un accident dans l'apparition de certains troubles, mais sans qu'aucune démonstration ne permette d'en poser les fondements psychopathologiques.[2]
Nous allons brièvement parcourir le contenu des principaux travaux auxquels elle a donné lieu entre 1920 et 1960.

En 1935, le Dr Costedoat, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, consacre un long article aux « Névroses post-traumatiques » que justifie selon lui la fréquence des expertises de ces états, aussi bien dans le milieu civil que militaire[3], ainsi que les difficiles problèmes médico-légaux que soulève l'appréciation du rôle des traumatismes dans l'apparition de ces états névrotiques.
Recensant les principales thèses soutenues depuis Erichsen (Erichsen, Charcot, Oppenheim, Vibert, Brissaud), il en propose une vue synthétique, révélant deux positions antagonistes :

> a) la névrose traumatique est une maladie spéciale, non seulement par son étiologie, mais encore par ses symptômes ;
> b) la névrose traumatique n'existe pas en tant que maladie propre : les troubles névropathiques que l'on observe chez les victimes d'accidents sont des manifestations du type hystérique ou neurasthénique qui ne diffèrent en rien de celles qui surviennent indépendamment de tout traumatisme. [4]

Et la doctrine qu'il adopte, qui fera d'ailleurs référence, est la suivante :

> Plutôt que de confondre sous l'appellation commune et prise au singulier de névrose post-traumatique les manifestations névropathiques qui succèdent aux traumatismes, il semble préférable de les séparer en plusieurs catégories. Chez un sujet donné, chacune de ces névroses peut exister et persister isolée, mais souvent aussi les symptômes de plusieurs névroses s'associent. [5]

---

[1] H. Ey (1963) : *Manuel de psychiatrie*, p. 841.
[2] Il faut mentionner la publication en 1896 de l'ouvrage du belge Jean Crocq, *Les névroses traumatiques*, auquel nous n'avons pas pu avoir accès et dont nous ne sommes en conséquence pas à même de rendre compte de son orientation.
[3] Il précise que durant toute la période d'après-guerre tout état morbide survenant au cours du service militaire était imputable au service mais que depuis 3 ans cette mesure n'a plus cours, entraînant une multiplication des contentieux donc des expertises.
[4] *Ibidem*, p. 498.
[5] *Ibidem*, p. 499.

Il va donc s'attacher à décrire les principales formes de manifestations observables dans les tableaux de « névroses post-traumatiques » : hystériques, neurasthéniques, de névrose émotive[1], psychasthéniques, les associations de ces symptômes chez un même malade, sinistrosiques.
La discussion porte également les liens entre le traumatisme et les différentes névroses : l'hystéro-traumatisme, la neurasthénie post-traumatique, la psychasthénie et la sinistrose.
Concernant la première, la référence reste la définition qu'en a donnée Babinski selon laquelle ne sont de nature hystérique que les troubles reproductibles par suggestion et susceptibles de disparaître suivant le même mécanisme ; de même pour leur éclosion. Partant, le rôle de l'émotion et de la constitution sont discuté mais c'est la question de la sincérité *versus* simulation qui se pose avec insistance et conduit l'auteur à la conclusion mitigée suivante :

> Les faits sont assurément très divers et, entre ces deux extrêmes, le simulateur conscient et l'hystérique débile, émotif et têtu, mais apparemment de bonne foi, se place la grande majorité des hystériques et de ceux qui sont provisoirement considérés comme tels, sujets qui, plutôt qu'ils subissent moins la suggestion étrangère à leur corps défendant qu'ils ne l'acceptent plus ou moins consciemment, parce qu'elle satisfait leur tendance intime ou leur intérêt du moment… On se trouve ainsi à peu près impuissant à distinguer un hystérique d'un simulateur, surtout lorsque les manifestations observées sont des troubles fonctionnels, paralysies, contractures, etc. [2]

Quant à la neurasthénie, l'auteur constate que, selon les thèses, elle peut être considérée comme toujours préexistante à l'accident ou, à l'inverse, être engendrée par lui. Dans ce second cas, soit l'on a affaire à l'existence de lésions anatomiques provoquées par le choc au système nerveux ; soit à une émotion dont le force est telle qu'elle peut, chez des sujets prédisposés « déterminer un brusque fléchissement de l'énergie à la faveur duquel s'établit l'état neurasthénique ».
La sinistrose donne lieu au même découpage :

> On est ainsi amené à dissocier la sinistrose et à séparer des états différents.
> a) Il n'existait aucun délire et le règlement du litige a entraîné la disparition rapide de tous les troubles : la bonne foi de l'intéressé est certainement suspecte, si du moins il n'est pas un hystérique
> b) Avant l'accident la victime présentait déjà des préoccupations hypocondriaques, une hyperémotivité ou des obsessions, ou encore des tendances revendicatrices : l'accident n'a fait que les révéler, il ne les a pas crées.
> c) L'expert s'est trompé et a pris pour des plaintes imaginaires ce qui était une souffrance réelle due à des lésions organiques qu'il n'a pas reconnues. Rien d'étonnant à ce que le blessé ait été ardent dans ses demandes. [3]

Enfin, concernant tant la névrose émotive que la psychasthénie, l'auteur se rallie à l'opinion dominante selon laquelle ces deux affections supposent une prédisposition pour la première, un terrain constitutionnel pour la seconde.

La démarche adoptée est finalement similaire à celle qu'en son temps Babinski appliqua à l'hystérie : un démembrement de la névrose post-traumatique en autant d'entités par ailleurs

---

[1] Qu'il caractérise par l'existence d'émotions normales dans leur nature, mais exacerbées dans leur intensité et leur durée, notamment la peur, au décours de moments paroxystiques : « susceptible d'être imitée par l'hystérie, cette crise émotive se distingue pourtant de la crise hystérique par sa spontanéité et son apparente sincérité.»
[2] *Ibidem*, p. 513.
[3] *Ibidem*, p. 528.

décrites selon leur dominante symptomatique, plutôt que de tenter d'en circonscrire l'éventuelle cohérence propre. Quant à la possibilité d'une véritable névrose post-traumatique, elle est renvoyée l'existence d'une commotion directe des centres nerveux. Il conclura d'ailleurs ainsi son travail :

> Il n'y a pas une mais des névroses post-traumatiques. Bien que fréquemment intriquées, elles peuvent se présenter à l'état de pureté.
> Elles ne diffèrent des névroses ordinaires que par les circonstances à la suite desquelles on les constate. Leurs symptômes sont les mêmes que ceux des névroses en apparence spontanées ou d'origine constitutionnelle ». Ainsi s'est-on demandé si le traumatisme exerçait une influence quelconque sur leur genèse. Dans la majorité des cas, le choc physique (ou l'émotion qui en tient lieu) n'agit qu'en révélant ou en exagérant un état névropathique antérieur. Il semble pourtant qu'une neurasthénie véritable puise être créée de toutes pièces par un choc direct des centres nerveux. [1]

Quant à l'impasse dans laquelle la définition donnée par Babinski de l'hystérie avait conduit les pratiques expertales l'ayant adopté, elle apparaît chez Costedoat avec un relief particulier lorsque dans la même conclusion il écrit :

> Il est en outre très difficile de se prononcer dans un cas donné sur le degré de sincérité d'un sujet qui présente des manifestations en apparence hystériques. L'analyse des symptômes somatiques ne le permettrait pas et l'état mental de l'hystérique ne présentant rien d'absolument caractéristique, on ne peut pas se servir d'arguments extra-médicaux, sans valeur scientifique réelle…
> Alors que l'hystéro-traumatisme n'est plus indemnisé par les barèmes établis depuis 1915 pour les militaires, et cela à juste titre semble-t-il, il continue à l'être en matière d'accident du travail. Cette discordance ne peut guère s'expliquer que par des motifs d'ordre non médical. [2]

La voie est en quelque sorte libre aux positions idéologiques les plus extrêmes comme la négation de tout problème comme chez Moreau et tant d'autres, pour qui l'indemnisation est la condition *sine qua non* de la névrose, névrose de rente, névrose lucrative, hystérie dont, par exemple, encore en 1950, Boisseau pouvait écrire de façon pour le moins grandiloquente et à tout le moins moralisatrice : « Faire confiance à l'hystérie, c'est multiplier ses méfaits. Traiter comme elle le mérite cette grande simulatrice, c'est réduire à néant son action néfaste. » (cité par H. Hécaen, 1954, p. 12).

Le Congrès de neuropsychiatrie de Liège en 1954 est l'occasion pour le professeur E. Evrard, neuropsychiatre belge, d'une nouvelle synthèse concernant les névroses traumatiques à partir d'une revue de la littérature francophone et germanophone.
La position générale de l'auteur est clairement d'emblée affirmée dans la droite ligne de ce qui semble être la doctrine la plus partagée par l'époque, celle développée par Costedoat notamment. Il Précise ainsi que l'on ne devrait, au sens strict du terme, ne parler que des névroses traumatiques, et non de la névrose du même nom, tant l'on a affaire, à l'inverse des positions d'Oppenheim, à ce qu'il qualifie de « groupement d'attente » en cours de démembrement, c'est-à-dire « d'un groupement de névroses diverses réunies par un lien circonstanciel : le trauma » (E. Evrard, 1954, p. 34).
Cependant, à l'inverse de Charcot, Evrard reconnaît un rôle causal à l'événement.

---

[1] *Ibidem*, p. 535-36.
[2] *Ibidem*, p. 536.

La même année 1954, H. Hécaen, avec la collaboration de J. De Ajuriaguerra, propose également une synthèse des travaux sur la névrose traumatique, plus orientée cependant sur les problèmes théoriques que soulève la notion. Les deux auteurs ne manquent pas non plus de relever l'intrication entre la position médicale et la question de la compensation :

> Sous l'aspect théorique et spéculatif de telles conceptions, le plan pratique peut être immédiatement saisi, puisque nous sommes ici dans un domaine où le côté social est directement impliqué. L'adhésion à telle ou telle théorie entraîne *ipso facto* le médecin à exiger de la société une attitude définie vis-à-vis du traumatisé crânien et de ses demandes de compensation. [1]

Mais là où Evrard s'attachait d'emblée à clairement différencier le champ de la névrose traumatique de celui des états névrotiques consécutifs à un choc émotionnel, Hécaen, indifféremment sous les termes de névrose traumatique et de névrose post-traumatique, entend proposer une revue des séquelles mentales observables chez les traumatisés crâniens et définit le domaine des névroses post-traumatiques comme allant « de l'encéphalopathie traumatique aux névroses où l'émotion, les facteurs sociaux secondaires, la revendication, apparaissent clairement au premier plan » ; ceci au titre qu'il n'est pas possible de qualifier de purement organique ou de purement fonctionnel tel ou tel cas, tant il est le résultat de l'interaction de processus biologiques et psychiques.

Dans les faits, l'article n'envisage que les névroses après traumatisme crânien, position paradoxale au regard du constat que les troubles névrotiques peuvent s'observer aussi bien en dehors de toute pathologie neurologique, notamment dans des cas où le traumatisme physique est des plus légers, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent ; « on peut les rencontrer en dehors de toute symptomatologie neurologique, mais ils peuvent accompagner des séquelles évidentes ou se greffer sur elles. » (p.8). Il n'est guère étonnant dès lors que Hécaen se heurte à la variété extrême des tableaux cliniques étudiés.

Mais il relève que cette disparité tient sans doute moins à la clinique polymorphe de le névrose post - traumatique, qu'au regard et à l'attitude du médecin expert, qu'il soit prescripteur ou contrôleur, dont il juge le comportement à l'égard de ces patients « souvent funeste et généralement subordonnée à leurs propres complexes inconscients ». Il ajoute :

> La névrose traumatique constitue en effet un des points les plus sensibles du rapport médecin-névropathe. L'incrédulité bienveillante ou l'ironie réprimée envers le fonctionnel vont céder la place à une indifférence objective du juge. C'est que les conséquences du mode de contact ne sont plus limitées au couple médecin-malade, mais qu'elles impliquent une responsabilité sociale de part et d'autre. Le médecin devient expert, le diagnostic devient verdict du moment qu'il existe soit une mise en tutelle sociale, soit une reprise de travail. [2]

Or la décision de l'expert en faveur ou défaveur d'une incapacité ou d'une indemnisation, est subordonnée à sa conception pathogénique du trouble. Il existe ainsi « une subordination évidente entre problème étiologique et médico-légal ».

L'on retrouve finalement là le même constat que pour la sinistrose. Cependant, d'un point de vue nosographique, dans ce qui semble une régression notable par rapport à la différenciation qui

---

[1] H. Hécaen, J. De Ajuriaguerra (1954) : Les névroses traumatiques (Problèmes théoriques). *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, *Liège*, *1954*, p. 3.

[2] *Ibidem*, p. 9-10.

semblait acquise entre émotion et commotion, s'opère un déplacement du champ des névroses post-traumatiques et son absorption presque totale par celui des traumatismes crâniens.
Si ce recentrement offre le mérite incontestable de réintroduire une rigueur sémiologique là où elle avait tendu à disparaître au profit de considérations plus morales que médicales autour des problèmes de simulation, l'inconvénient en est de considérablement réduire l'intérêt, voire même la possibilité d'existence, de la névrose traumatique d'origine « émotionnelle ».

Ainsi Marin et Cotte (1969) écrivent-ils en introduction de leur volumineux rapport sur l'expertise des névroses post-traumatiques :

> Du point de vue médico-légal, le terme de névrose post-traumatique s'applique essentiellement aux blessés chez lesquels une symptomatologie s'installe dans les suites d'un traumatisme physique. Le stress émotionnel pur, véritable traumatisme psychologique indépendant de toute lésion organique, peut certes être la cause de névroses qui entrent dans le cadre des névroses post-traumatiques. Ce cas soulève cependant des difficultés bien particulières et, de toute façon, ne représente qu'une exception dans la masse des expertises médico-légales. [1]

Leur travail porte en conséquence sur « l'étude des troubles névrotiques développés à partir d'un traumatisme corporel, de quelque nature qu'il soit ». Elle consiste en l'étude des réponses de 191 professionnels (médecins légistes, neuropsychiatres, médecins-conseils de la sécurité sociale) à un questionnaire est un révélateur des positions expertales dominantes en matière d'accidents relevant pour l'essentiel de la législation sur les accidents de travail et de la législation de droit commun. Cependant, les cas « purement » émotionnels ne représentent que 4% des situations contre 59% pour les traumatismes crâniens.
Quant à ce qui est tenu par la très grande majorité des experts comme les principales formes cliniques de la névrose post-traumatique, ce sont celles dégagées par Evrard : la névrose d'effroi, la neurasthénie et l'hypocondrie post-traumatiques, l'hystérie post-traumatique, certains états psychasthéniques à formes d'obsessions et de phobies.

La névrose traumatique en milieu civil va ainsi faire l'objet d'études plus épidémiologiques dans leur esprit que véritablement cliniques et psychopathologiques. « Regroupement d'attente », coexistent sous sa rubrique tous les cas où se pose la question expertale d'un lien d'imputabilité possible entre un événement et des troubles, quelle que soit la nature et l'étiologie de ceux-ci.

b) Pithiatiques et simulateurs : logiques de l'expertise en milieu miliaire au temps de la première guerre mondiale

Après les catastrophes ferroviaires et les accidents de travail, la première guerre mondiale, avec les pathologies qui s'y observent en grand nombre chez les soldats engagés dans les combats, va offrir un nouveau champ d'observation des troubles d'origine traumatique ainsi qu'un autre terrain d'expression aux débats sur les rôles respectifs de l'hérédité et du traumatisme dans l'étiologie des névroses. La question de la simulation versus hystérie y sera également centrale. Ce

[1] A. Marin et L. Cotte (1969) : *L'expertise des névroses post-traumatiques*, p. 1299.

conflit est en effet l'occasion de découvrir chez un nombre important de combattants des troubles qui vont très rapidement susciter de vives polémiques quant à leurs causes et aux moyens à mettre en œuvre pour y faire face. Les enjeux militaires et patriotiques sous-tendant les débats, autrement plus lourds de conséquences que des questions d'indemnisation, vont en exacerber les termes ; le spectre de la lâcheté, des conduites antipatriotiques voire de la désertion, supplante celui de la simulation frauduleuse.
Les termes de la controverse vont cependant rester dans leur nature très proches de ceux que nous avons déjà examinés, opposant notamment tenants d'une maladie simulée et tenants de l'hystérie, et ceux-ci aux défenseurs de la thèse de pathologies réactionnelles à la situation de guerre et de combat.

Un certain nombre de différences pourtant, méritent d'être relevées, nées de l'évolution qu'ont connu entre-temps ces notions, des préoccupations « curatives » qui prennent une importance croissante, sinon déterminante, dans un contexte de guerre où la priorité est de parvenir à renvoyer le plus rapidement possible au front les combattants concernés ; de l'apparition, certes timide mais réelle, d'un nouveau courant de pensée aux positions novatrices, la psychanalyse ; enfin, parce que parallèlement à la neurologie, la psychiatrie, autour de la notion d'émotion, en propose un nouvel abord, de nature plus psychogène et réactionnel, laissant au second plan la question de la prédisposition et de l'hérédité.
Une sémiologie nouvelle s'invente également, des syndromes se créent, pittoresques dans leur dénomination, empruntant leur nom à leurs conditions de survenue (tels l'obusite ou le shell shock), comme ce fut en son temps le cas du Railway spine d'Erichsen.

De l'enthousiasme initial suscité par une guerre sensée laver l'humiliation de 1870 aux premiers revers, puis à l'enlisement des combats dans une guerre de position d'autant plus usante qu'elle semblait à beaucoup absurde, le moral des combattants devint un problème majeur car les « manifestations conversives » se mirent rapidement à croître au point de représenter, selon André Leri, près de 50% des motifs d'hospitalisation dans les centres neurologiques de l'arrière.
P. Darmon, dans son travail mené sur les pithiatiques et le sort qui leur fut fait durant la Grande Guerre, décrit une véritable Cour des Miracles :

> Dès les premières semaines, les centres sanitaires de l'armée assistent à un afflux de blessés dont nul n'a jamais entendu parler dans les milieux de la médecine militaire. Les uns désignés du terme de « plicaturés vertébraux », arrivent pliés en deux, fléchis à angle droit, les pieds soudés au sol, incapables de se redresser. Rescapés de la mort, victimes de l'éclatement d'une marmite, ils ont été enterrés vivants et, dégagés dans cette fâcheuse posture, ils se retrouvent affligés du « syndrome des éboulés. D'autres, marchant de façon étrange, souffrent d'astasie ou se tiennent accroupis, comme figés pour toujours (abasie). Les malades atteints de « chorée rythmique » se tordent en tous sens ; les « contracturés » se présentent avec des mains ou des pieds tordus (varus équin). Voici encore les « trembleurs chroniques, les aveugles, les sourds-muets, les « convulsif », les « vomisseurs », les paralysés hémiplégiques ou paraplégiques. Des rapports psychiatriques surgissent des formes cliniques encore plus barbares. Le Dr Sicard, chef du service neurologique de Marseille, parle de

> « myocloniques rythmiques », de « météoriques abdominaux », de « spondylitiques », d' « éructants avec régurgitation alimentaire. [1]

G. Dumas résume bien les questions qui furent au centre des préoccupations d'une psychiatrie militaire qui ne s'était absolument pas préparée, pas plus que le haut commandement militaire, à devoir gérer un tel afflux de « psychiques » :

> La guerre peut exercer des influences très diverses sur les différentes variétés de troubles mentaux. Tantôt elle les colore simplement, en donnant la matière de ses thèmes délirants à un malade qui suivant toute apparence, aurait déliré sans elle et qui délirait quelquefois avant l'ouverture des hostilités. Tantôt elle agit d'une façon plus profonde, encore qu'indirecte, en provoquant des accès passagers d'excitation ou de dépression, de mélancolie, de neurasthénie, par les fatigues, les surmenages physiques et moraux, les changements d'hygiène, d'habitudes, de milieu et les préoccupations de toute nature qu'elle entraîne ; D'autres fois enfin, la guerre agit directement sur les systèmes nerveux par l'horreur que soulèvent certaines scènes de bataille comme par les émotions ou les commotions des bombardements, et cette action directe est, de beaucoup, la plus intéressante de toutes. On observe alors des accès de confusion mentale, accompagnés ou non d'hallucinations et de délires et l'on observe aussi des accidents hystériques comme les mutismes, les paralysies, les surdités, les cécités, les anesthésies de la sensibilité générale, etc. etc. Cela fait, pour la guerre, au moins trois façons d'influencer les cerveaux malades, prédisposés ou fragiles. Encore est-il bon de remarquer qu'à chacune de ces influences ne correspondent pas nécessairement des groupes différents de troubles mentaux et que des affections mentales de même nature peuvent tantôt être provoquées par la guerre, tantôt s'y colorer seulement. Si l'on veut bien tenir compte d'autre part que ces diverses influences peuvent se mêler ; si l'on ajoute qu'à côté des malades véritables, il y a des demi-malades qui s'exagèrent très sincèrement les troubles de leur sensibilité ou de leur volonté, des malades qui prolongent leurs accidents par passivité ou par intérêt, et même parfois des sujets qui simulent délibérément la surdité, la cécité, la douleur, la paralysie et l'aliénation mentale, on se fera une idée de la variété des cas que la guerre peut, en quelques mois, faire passer sous les yeux d'un psychiatre. [2]

Est-il alors surprenant de voir G. Dumas tenir des propos presque semblables à ceux de Brissaud à propos des accidentés du travail ? Car si les enjeux en semblent différents, ils sont formellement très proches car il s'agit dans les deux cas de déterminer comment faire la part (ici le « tri ») entre authentiques pathologies, exagération et simulation ? Et de déterminer quelles attitudes adopter en réponse ?

Le spectre de la simulation

> L'état mental de ces malades, note le major Cestan, est toujours le même : désir de ne pas retourner à la guerre, désir de recevoir des dommages de l'Etat. Dans l'immense majorité des cas, toutes les tentatives thérapeutiques sont vouées à l'échec tant que ces deux grandes causes persistent [3]

A. Gilles, pourtant l'un des plus ouvert aux méthodes psychothérapiques les moins coercitives, résume bien la logique justifiant l'usage de la faradisation : une fois exclu par un examen clinique rigoureux tout signe de lésion ou toute autre cause organique, il reste, pour rendre compte des

---

[1] Pierre Darmon (2001) : Des suppliciés de la Grande Guerre : les pithiatiques, *Histoire, économie et société*, vol. 20, n° 1, p. 49-64, p. 50.
[2] G ; Dumas (1919) : *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, Paris, Felix Alcan, p. 3-4.
[3] P. Darmon (2001) : Des suppliciés de la Grande Guerre : les pithiatiques, *Histoire, économie et société*, vol. 20, n° 1, p. 51.

troubles observés, l'hypothèse névropathique. Il ne s'agit certes pas de simulateurs, « mais ils tendront à le devenir » car « exagérateurs par constitution ils sont prêts à devenir simulateurs ». Il écrit :

> L'épine pathologique existe, mais elle est du domaine psychique. Les antécédents du sujet, la genèse de l'accident nous indiquent ce que l'efficacité curative de simples manœuvres psychothérapiques nous confirme : nous avons affaire à des névropathes, à de ces sujets que l'on convenait jadis de qualifier d'hystériques.
> Leurs antécédents nous en révèlent plus ou moins les tares, et le traumatisme, qui a déterminé les troubles qu'ils présentent, est d'ordre moral. C'est au choc émotionnel, consécutif à la commotion, qui leur a suggéré leur aphonie, leur paralysie, leur tremblement, comme c'est la débilité de leur contrôle et de leur volonté, qui leur fait accepter de façon durable ce trouble imaginaire.
> Mais, du fait de la guerre, du fait que c'est un accident violent, explosion d'obus ou de mine, qui les a primitivement suggestionnés, leur conviction est plus profonde et plus plausible sont les raisons qui entretiennent leur imagination maladive… Et leur trouble adopte, presque toujours, l'indication que lui a fourni l'accident : suggestionnables par tempérament, plus que jamais réceptifs à cette minute où l'émotion si intense a effacé tout leur contrôle, restera plicaturé celui que l'on déterrera de l'éboulement plié en deux, restera trémulant celui que l'on retrouvera égaré et tremblant sous le coup de l'effroi. [1]

C'est ici à la suggestibilité comme caractère prédisposant qu'est accordée la prééminence dans le processus de production des symptômes, alors que la psychiatrie classique se centrera bien plus sur l'émotion et ses effets désorganisateurs.
Ainsi, dans le prolongement de la doctrine du pithiatisme, c'est la violence de la commotion psychique qui a suggéré d'autant plus fortement au sujet qu'il souffrait de ses troubles. La réponse thérapeutique est alors en toute logique basée sur le principe de la contre suggestion. Et il conclut, péremptoire: « le seul qui se fâche, c'est le simulateur absolu. » (p. 217)

De pithiatique à simulateur potentiel, de simulateur potentiel à simulateur véritable, le glissement est d'autant plus aisé que d'une part, comme dans toute guerre, le pire des crimes est de tenter par tous les moyens de fuir le front (et il ne manque sans doute pas de soldats faisant tout pour échapper aux horreurs des combats), et d'autre part que l'entité pathologique de référence, le pithiatisme, avait été conçue sur une ambiguïté majeure.
Dans cette logique il n'y a qu'une alternative : soit les troubles ne disparaissent pas rapidement sous traitement contre-suggestif et le sujet est un simulateur, soit ils s'amendent et le sujet est hystérique. Mais le distinguo est subtil car dans la conception pithiatique de l'hystérie, le sujet est également un simulateur, puisqu'il présente les symptômes d'une maladie dont il ne souffre en réalité pas. Entre un vrai malade d'une fausse maladie et un faux malade d'une vraie maladie la différence semblera à beaucoup bien trop subtile pour être totalement recevable, et l'assimilation de l'un à l'autre offrira un raccourci d'autant plus facile que l'hystérique, même reconnu comme un malade, reste au fond dans les esprits grandement responsable de son état ; car pourquoi n'est-il pas suggestible à l'élan patriotique sensé transporter tout citoyen en temps de guerre ?
Des auteurs s'érigeront contre cette assimilation qu'ils jugent bien trop simplificatrice au regard de la clinique. Ainsi P. Voivenel s'efforce-t-il de différencier la simulation de la volonté : la simulation

[1] A. Gilles (1917) : L'hystérie et la guerre. Troubles fonctionnels par commotion. Leur traitement par le torpillage, *AMP*, N°8, p. 211.

suppose toujours une intention, consciente ou non, de tromper, même si c'est se tromper soi-même sur ce dont on souffre. L'émotion-choc et le débordement qu'elle peut provoquer du psychisme, est par contre susceptible d'abolir la volonté et l'on peut avoir peur et fuir les combats sans pour autant être lâche, c'est-à-dire en avoir eu l'intention. Il affirme ainsi :

> Néanmoins, la fréquence des états mentaux francs, aigus et guérissables oblige les aliénistes les plus conservateurs à admettre l'importance de plus en plus grande des causes occasionnelles, *qui paraissent, dans nombre d'observations, être le seul facteur étiologique des troubles de l'esprit*. [1]

Et il en conclut après un long argumentaire: « le poltron est différent du lâche » (p. 217).

C'est que le problème soulevé par les hystériques relevait certes de la psychiatrie, mais aussi et surtout de la gestion militaire des effectifs : les seules données statistiques quant à l'importance des « pertes psychiques » sont celles fournies par le corps expéditionnaire américain qui fait état de 28 pour mille soldats soignés pour troubles mentaux et 14 pour 1000 hospitalisés pour les mêmes causes sur un total de 2 500 000 hommes (L. Crocq, 2005). Cullerre (1918) fait lui état du chiffre d'aliénés de 1,1 p. 100 du total des hospitalisés dans les hôpitaux militaires de Grande-Bretagne en mars 1917.

Mais au moins autant que le nombre de soldats concernés, ce qui semble être source majeure de problèmes est, d'une part l'effet négatif sur le reste du corps de voir des soldats bénéficier d'un éloignement du front et de soins qui ne se justifiaient d'aucunes blessures, d'autre part l'impossibilité de trouver une solution durable à la désorganisation qu'entraîne la gestion de cette population[2].

Savoir quoi faire de ces militaires incapables de retourner au combat sera matière à débats tout au long de la guerre, et les « solutions » adoptées tiendront entre deux extrêmes : le conseil de guerre et ce que J. Sutter dénomme élégamment, mais entre guillemets, les « psychothérapies armées ». Celles-ci ne seront qu'appliquées aux hystériques, ou plus exactement à ceux considérés comme tels, les approches classiques basées sur le repos, la « désintoxication » et des médications diverses restant destinées aux états confusionnels, aux dépressifs et aux anxieux. C'est ainsi que différentes formes de traitements vont être expérimentées aux fins de rendre le plus rapidement aptes à combattre ces soldats récalcitrants.

---

[1] P. Voivenel, Sur la peur morbide acquise, *Annales médico-psychologiques*, N° 9, p. 286.

[2] Voir par exemple G ; Briole, B. Lafont : La bataille de l'hystérie pendant la guerre 1914-1918, *Synapse*, mars 87, n°31, p.48-52 montrant les tensions entre les médecins au front et ceux de l'arrière, restés dans les hôpitaux tentant tous de se défaire de leur prise en charge en raison de l'embolisation des lits que leur présence engendrait.

Traitements

> Mais alors que le commotionné, l'anxieux et le neurasthénique inspirent la compassion des soignants, l'hystérique par la persévération obstinée de son symptôme qu'il présente avec la même « superbe indifférence », suscite l'irritation et inspire des mesures de rétorsion. (L. Crocq, 2005e, p. 281)

En 1917, le ministre de la Guerre recevait une lettre du Général Brochin, commandant de la 7ième région militaire, l'informant de ce que le Service de Santé avait créé à Salins, dans le Jura, un centre neurologique au fort de Saint André. Il y écrivait :

> Les résultats peuvent y être qualifiés, sans exagération, de merveilleux. Assurément, à une autre époque, on y eut vu de véritables miracles. Des hommes, blessés en 1914, traînant depuis plus de deux ans d'hôpital en hôpital, pliés en deux, incapables de se servir de leurs membres, en recouvrent l'usage en quelques jours… [1]

Quelques mois plus tard, les nouvelles sont moins enthousiastes et l'on apprend qu'à la demande du Dr Gustave Roussy, chef du centre, quatre de « ces hystériques invétérés » allaient passer en conseil de guerre pour s'être opposés à tout traitement. Mais quels étaient donc ceux-ci ?

Le torpillage faradique

Particulièrement préconisée à partir de 1916 par Clovis Vincent, chef du Centre de Neurologie de Tours, le principe en est l'application de courant électrique au moyen d'électrodes sur les surfaces de la peau, à la limite des zones sensibles et des zones anesthésiées, le but étant de faire disparaître les paralysies.
Si certains praticiens soutiennent que ce « torpillage » n'engendre pas plus de désagréments qu'un « léger chatouillement »[2], d'autres admettent qu'une certaine douleur physique, ajoutée à la suggestion, ne peut qu'en améliorer les effets curatifs. Ainsi le Dr Sicart écrit-il :

> Chez ces plicaturés, placés dans le décubitus latéral, on fait passer le long de la colonne vertébrale, pendant dix à quinze minutes, un courant galvanique d'une très forte intensité allant jusqu'à 100 milliampères. L'application est des plus douloureuses et les blessés font entendre, durant le passage du courant, des plaintes et des protestations nombreuses. Ces applications ont été continuées tous les matins, pendant au moins trois semaines consécutives. Malgré cette persistance dans le traitement, nous n'avons pas obtenu de résultats favorables. [3]

---

[1] ASSA (Archive du service de santé de l'armée) carton A 229, cité par Pierre Darmon (2001) : Des suppliciés de la Grande Guerre : les pithiatiques, *Histoire*, *économie et société*, vol. 20, N° 1, p. 49.
[2] A. Gilles (1917) affirme : « pas plus douloureux, cependant, à tout prendre, que le coup de bistouri qui incise un panaris ». Mais tout dépendra bien évidemment de l'intensité du courant et de la durée du torpillage.
[3] Cité par Darmon, *op.cit.*, p. 58.

Malgré cet échec patent, la persévération de certains médecins à appliquer la méthode est telle que des patients en viendront à s'y opposer violemment. La France connaît ainsi, dès 1916, une affaire grandement relayée par les médias. Elle opposa le Dr Clovis Vincent au zouave Deschamps, le second, sur plainte du premier, devant passer en conseil de guerre pour avoir giflé le médecin qui entendait lui appliquer, sans son accord, sa thérapeutique électrique. L'événement n'est pas sans évoquer l'audition publique, après-guerre, du Pr Wagner-Jauregg par une commission d'enquête mandatée par le gouvernement autrichien. L'objet en était l'application pendant les conflits par certains médecins de courants électriques d'une intensité injustifiable à des soldats suspectés de simulation. Y intervint à titre d'expert S. Freud qui, en cette occasion, prononça la célèbre formule : « Tous les névrosés sont des simulateurs, ils simulent sans le savoir et c'est leur maladie ». K. R. Eissler a consacré en 1979 à cet épisode historique un ouvrage entier : *Freud sur le front des névroses de guerre*.

Le plâtrage

Le torpillage faradique ne fut pas la seule pratique conçue à des fins de traitement des troubles « pithiatiques » de guerre et la technique du « plâtrage » tient, quant à elle, une place tout à fait remarquable dans les méthodes de redressement des corps imaginée alors par une certaine médecine.

En quoi consiste-t-elle ? Il s'agit de flexions forcées des membres contracturés afin de leur faire retrouver leur mobilité. La méthode, d'abord balbutiante, se perfectionne avec l'utilisation de l'anesthésie :

> Grâce aux progrès de l'anesthésie, on peut mieux faire. Certes, tout soldat est en droit de refuser le sommeil artificiel, mais la menace du conseil de guerre pulvérise les réticences. Une fois endormi, les contractures cèdent et, au réveil, le patient se retrouve dans un plâtre, les membres redressés. Les douleurs sont alors si violentes qu'il faut avoir recours à la morphine. Au bout de quelques jours, le plâtre est enlevé et la rééducation peut commencer. A Marseille, le Dr Sicard met au point des corsets plâtrés » pour plicaturés et, à Vichy, Lortat-Jacob invente des carcans mobiles de facture plutôt médiévale. [1]

Les douleurs qu'elle provoque, ainsi que la détérioration fonctionnelle des membres ainsi redressés et plâtrés, signent l'échec de la méthode, ce qui conduit Lortat-Jacob à inventer un appareil qui ne va pas sans évoquer, selon l'inspiration, certaine nouvelle de Kafka ou encore les appareils éducatifs qu'expérimenta sur son fils Schreiber, même si le souci louable de son créateur semble être de vouloir épargner d'inutiles souffrances aux patients traités :

> L'appareil redresseur se compose d'un cuissard en bois qui épouse la cuisse à sa partie postérieure et se fixe sur elle par deux courroies, et d'une jambière qui se fixe de la même façon sur le segment de jambe. Au moyen d'un écrou à oreilles, on peut redresser progressivement la jambe contracturée en flexion et ne pas dépasser les limites de la douleur insupportable. Un même dispositif permet de redresser les pieds varus et équins. Nous avons été amenés à construire ces appareils à la suite de l'échec de la méthode plâtrée. Chez certains sujets, le redressement n'a pu être obtenu. Les douleurs se prolongeaient pendant dix heures et plus en même temps que la fonction du membre se

[1] *Ibid.*, p. 57.

> détériorait. Ces accidents étaient dus à l'impossibilité de mettre le membre dans une position adéquate. Les appareils de redressement, au contraire, permettent un réglage précis et, de plus, ils représentent un notable bénéfice au point de vue du temps à consacrer aux soins de chaque malade. [1]

Hormis quelques irréductibles convaincus, ces méthodes ne connurent qu'un succès pour le moins relatif et surtout aussi spectaculaire qu'éphémère ; à titre d'exemple, H. Stern (cité par J. Sutter, 1947) a montré dans un travail paru à l'époque que sur 300 malades sortis « guéris » et renvoyés au sein de leur troupe, seul un pourcentage d'1 à 1,7 parvint à s'y maintenir quelques mois.

Devant cet échec, un dispositif particulier fut finalement inventé consistant à placer ces malades dans des emplois agricoles et industriels au service de l'armée. La première forme d'ergothérapie en quelque sorte, dont les effets positifs furent pour beaucoup surprenants !

Psychothérapies

Loin de ces expériences de redressement des esprits par la contrainte physique, des formes de psychothérapie furent entreprises par certains psychiatres, souvent rudimentaires, mais dont le mérite était d'être, à la différence des précédentes, essentiellement basées sur la persuasion, et surtout l'instauration d'un dialogue avec le patient. L'on en trouvera le détail dans les travaux de L. Crocq (2005e).

Ainsi, de nombreux psychiatres de tous pays vont développer des approches à visée cathartique, cherchant à faire revivre aux patients les événements traumatiques de guerre, que ce soit sous hypnose ou sous narcose (au chloroforme, à l'éther ou au protoxyde d'azote). Ainsi :

> Dawson, ayant remarqué qu'un soldat rendu sourd et muet à la suite d'une explosion d'obus s'était mis à crier sous l'anesthésie d'une extraction dentaire au protoxyde d'azote, procède à une nouvelle séance d'anesthésie et réduit totalement la surdi-mutité lors de l'extraction dentaire ainsi réalisée. Les anglais Practor et Hurst traitent ainsi les aphasies et les paralysies hystériques post-concussion. Milligan traite de la même façon les conversions hystériques post-commotionnelles (en fait post-émotionnelles) et observe que les soldats revivent intensément les scènes traumatiques en cause et les relient parfois à des souvenirs de leur vie privée ou de leur enfance…[2]

Du côté des psychanalystes, si K. Abraham (1918) tente d'appliquer une méthode psychanalytique simplifiée visant à faire prendre conscience aux patients des origines inconscientes de leurs troubles, S. Ferenczi semble redécouvrir l'intérêt de la méthode cathartique et assimilant les symptômes hystériques de guerre « à des pierres tombales » enfouies au plus profond du psychisme, fonde son approche thérapeutique « sur la découverte et la reconstruction du sens de ces souvenirs enfouis » (Crocq, 2003, p. 21). Quant à E. Simmel, psychiatre à l'hôpital de Poznań, il adopte la méthode cathartique et développe une approche en particulier fondée sur les rêves traumatiques de ses patients et leur interprétation (L. Crocq, 2003).

---

[1] *Ibid.*, p. 57.
[2] L. Crocq (2003) : L'approche cathartique, p. 21.

La psychanalyse sur le front des névroses de guerre

L'on peut penser que ce n'est pas sans un certain opportunisme que le 5ième Congrès International de Psychanalyse organisé à Budapest ait eu pour thème les névroses de guerre. En quête de solutions novatrices et efficaces en matière de traitement des névroses de guerre, des représentants des autorités gouvernementales présents, furent suffisamment convaincus par les propos des orateurs pour former le projet de créer un centre spécialement dédié à leur traitement par la méthode psychanalytique. Celui-ci ne vit jamais le jour, l'armistice intervenant entre-temps.
Les conférenciers en sont Freud, Ferenczi, Abraham, Simmel, Casten, Federn, Hollos, Lieberman, van Ophuysen, Sadger, Tausk. Les principales interventions, celles de Ferenczi, Abraham et Simmel, seront publiées l'année suivante, accompagnées d'une introduction de Freud (Eissler, 1992).

Pour Freud, qui n'a manifestement que très peu, voire aucune, expérience clinique en la matière[1], les névroses traumatiques sont l'occasion d'entamer une réflexion théorique qui le conduira quelques années plus tard à concevoir une pulsion nouvelle, la pulsion de mort ; à l'encontre de ses jeunes collègues, il se montre prudent quant à leur assimilation à des névroses ordinaires et quant à l'existence d'un conflit sous-jacent entre le moi et la libido préexistant au traumatisme.

L'invention d'une nouvelle psychiatrie, la psychiatrie de l'avant

Ni les dispositifs de soin de l'armée, ni la psychiatrie de l'arrière, n'étaient manifestement préparés à un tel afflux de « mentaux », pithiatiques en particulier, qui, rejetés de partout, eurent en grand nombre à subir de véritables « odyssées sanitaires », selon l'expression de J. Sutter.
Le constat se fit progressivement qu'un traitement rapidement instauré à proximité du front avait plus de chances de succès que ces prises charge dans les centres de l'arrière après des évacuations sans fin. Ainsi, dès 1915, Chavigny préconise-t-il la création d'unités psychiatriques à visée de triage et de soins à proximité des lignes de front (Crocq, 2005).
Ce dispositif a été décrit et théorisé par le Dr Thomas W. Salmon, major du corps médical de l'armée des Etats-Unis venu étudier en 1915 les solutions adoptées par l'armée britannique à ces problèmes. Son rapport, publié en 1917 préconise la création d'un dispositif nouveau, dont l'on doit semble-t-il à L. Crocq la dénomination de « Psychiatrie de l'avant ».
L'on trouve bien tardivement, en 1918 !, un résumé de ce rapport dans les *Annales Médico-psychologiques*, sous la plume du Dr A. Cullerre[2]. Il y recommande en particulier la création d'unités neuropsychiatriques de 30 lits juste derrière les lignes de front, ayant des missions d'observation, de triage et de traitements d'urgence, dispositif complété par des centres hospitaliers psychiatriques

[1] Il affirmera de façon assez étonnante que « les maladies névrotiques provoquées par la guerre disparaîtront » avec la fin de celle-ci.
[2] A. Cullerre (1918) : Les maladies mentales et les névroses de guerre dans l'armée britannique. Hospitalisation et traitement, *AMP*, n° 10, p. 173-187.

disposés plus en retrait du front, ayant eux pour objectif de traiter les soldats y étant placés durant une durée de 6 mois maximum.

Cinq grands principes justifient ces préconisations : la proximité (proximity), l'immédiateté (immediacy), l'espérance (expectancy), la simplicité (simplicity) et la centralité (centrality) (L. Crocq, 2005).

Ces principes seront une source d'inspiration pour les futures Cellules Médico-Psychologiques d'Urgence et les interventions immédiates dont elles auront la charge en cas de catastrophes ou d'événements majeurs.

Pour une histoire et une description détaillée de ce dispositif nouveau, l'on se reportera à l'article que lui a consacré L. Crocq *Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés*, de 2005.

Nous n'irons pas plus avant dans l'exploration des travaux théoriques et surtout cliniques de la psychiatrie militaire, sinon pour relever qu'ils offriront dans certains de leurs aspects, comme la nécessité d'une action rapide et à proximité du lieu de survenue des troubles, une source féconde d'inspiration pour la psychotraumatologie contemporaine.

Nous renvoyons par contre le lecteur aux travaux sans équivalents que L. Crocq leur a consacrés selon différents angles d'étude : histoire des pratiques, des doctrines, des dispositifs de soin, de la sémiologie, des théories psychopathologiques, par pays, par conflits, par écoles, problème des vétérans... En premier lieu, l'ouvrage *Les traumatismes psychiques de guerre* (1999), puis les articles *Un siècle de guerres dans le monde : du Shell-shock au PTSD* (2000a), *Dix ans de psychiatrie militaire* (1994b), *La psychiatrie de la première guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques* (2005e), *Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés* (2005c).

Conclusion

La notion de traumatisme est ainsi née des besoins d'une société industrielle en plein développement, contrainte de penser une gestion collective des risques et de leurs conséquences possibles, les accidents. Dès lors que ces accidents ne furent plus considérés comme relevant d'un destin, de Dieu ou de lois de la nature, se posa le problème de la prise en charge de leurs retombées par la société solidaire suivant un principe de responsabilité collective progressivement assumée par l'Etat.

Parallèlement au politique qui s'est efforcé de penser les règles de cette solidarité nouvelle, c'est à la médecine que revint d'en fournir des modèles de compréhension, et elle tient son nom de la première discipline a s'être attachée à en proposer un savoir cohérent, la chirurgie.

Dès lors, le traumatisme va désigner deux choses possibles : une cause (une étiologie) et un mécanisme pathogène (comment agit la cause pour engendrer les troubles observables).

Chacun des modèles et des disciplines qui s'attacheront à en proposer une théorie, s'intéressera plus ou moins électivement à l'une ou l'autre de ces deux dimensions. Ce sont ces variations disciplinaires et de modèles, et les controverses qui les ont opposées, sur et à propos de cet objet social qu'est

l'accident, qui forment l'histoire ou plutôt la préhistoire de notre psychotraumatologie et victimologie contemporaines.

Même si nous semblons n'en avoir conservé que peu de choses, ce premier temps a été fondateur au sens ou un problème a été soumis à la médecine qui en a fait une question, celle du traumatisme, et de celle-ci nous sommes les héritiers.
Et, en deçà des querelles nosologiques de l'époque, notamment celle ayant opposé Charcot à Oppenheim, l'on pressent que ce sont en fait deux modèles qui s'affrontent, l'un faisant de la prédisposition la véritable cause sous-jacente à l'apparition des troubles consécutifs au choc ; l'autre accordant au traumatisme (dans toute la polysémie du terme) un pouvoir pathologique suffisamment fort pour expliquer l'éclosion de la maladie.
Si les termes dans lesquels se pose aujourd'hui ce débat ont grandement évolué, l'opposition entre tenants de la prédisposition névrotique, et tenants du pouvoir psychotraumatique de certains événements reste, quant à elle, tout à fait d'actualité.

C'est dans ce contexte, brossé à grands traits, que deux figures majeures de l'histoire de la psychologie vont émerger, Pierre Janet et Sigmund Freud. Tous deux élèves de Charcot, chacun à sa façon va pousser jusqu'à leur point de rupture les positions théoriques et méthodologiques du grand maître de la Salpêtrière et être à l'origine, sous les termes de subconscient pour l'un et d'inconscient pour l'autre, des premières constructions véritablement psychologiques du psychisme humain.
De là vient le second temps de notre histoire, car si c'est sur le terrain de l'hystérie que cette démonstration va se faire, la notion de traumatisme va être au cœur de l'aventure.
Quant à la névrose traumatique, qui a pu sembler un moment être totalement absorbée par les psychonévroses, l'hystérie en particulier, outre le fait qu'elle fera un surprenant retour sur la scène psychopathologique avec l'étude que lui consacrera Freud en 1922, elle restera en pratique expertale une référence incontournable quoique toujours discutée en raison de son absence de véritables fondements psychopathologiques.

2.2. Modèles nouveaux du psychisme

> Freud et Janet ont beaucoup en commun, à la vérité, y compris sur le fond. Ils partagent une même conviction quant à l'importance centrale du facteur émotionnel - nullement méconnu par Charcot, puisqu'elle est au principe de son identification d'un traumatisme proprement psychique à l'intérieur du traumatisme physique apparent, mais laissée sans développement véritable. A cet égard, ce que Janet et Freud ont d'abord en commun, c'est d'être de la génération des élèves, avec la capacité que procure le recul de se saisir dans l'enseignement des maîtres des promesses inabouties et des indications porteuses d'avenir. » (M. Gauchet et G. Swain, *Le vrai Charcot*, p.196)

PLAN

Introduction : l'héritage de Charcot
2.2.1. Pierre JANET et les médications psychologiques
2.2.2. Evolution de la notion de traumatisme dans l'œuvre de Sigmund FREUD
2.2.3. Sandor FERENCZI : de l'hystérie à la confusion de langue
2.2.4. Nouvelles réflexions psychanalytiques sur le trauma et la névrose traumatique

Introduction : l'héritage de Charcot

L'on a pu voir comment, avec Charcot, les traumatismes étaient devenus des événements dont le pouvoir pathogène tenait essentiellement à un terrain héréditaire sous-jacent dont ils venaient révéler l'existence ; « cause a[illegible]aient perdre considérablement de leur importance et être réduits au rôle d[illegible]la diathèse hystérique héréditaire. Le mécanisme en restait cependant é[illegible]échappait à toute logique anatomo-pathologique : le rêve de Charcot de dé[illegible]nales, puis encéphaliques, responsables des troubles s'était peu à peu éloigné à[illegible]ux le conduisaient vers l'idée de lésions dont le caractère « fonctionnel » les ren[illegible] hypothétiques. L'hystérie ne se laissait pas aussi aisément absorber par la neurologie qu'il l'avait espéré.

2.2. Modèles nouveaux du psychisme

Dans le même temps que le rêve neurologique s'éloignait, s'imposait avec une insistance croissante l'importance d'une dimension d'autant plus mystérieuse qu'elle n'avait pas encore d'identité clinique et théorique véritables, sinon sous la forme d'une psychologie des grandes fonctions incarnée par Ribot. Or, ce que constate Charcot, c'est que quelque chose échappe également à cette psychologie-là puisque semble être en jeu le pouvoir perturbateur d'une émotion attachée, non à un événement, mais à sa pensée, à son souvenir, au point d'être à même de déclencher à elle seule les symptômes d'hystérie.

En poussant jusqu'à ses limites, mais pas à son point de rupture, le paradigme neurologique de l'hystérie, Charcot avait ainsi préparé le terrain à ce qui allait constituer l'aventure des décennies à venir, pour ce qui concerne du moins le domaine du comportement humain et de la folie : la constitution d'une discipline nouvelle, la psychologie clinique et son corollaire, la psychopathologie. L'enjeu est en fait double puisqu'il va s'agir non seulement de concevoir des modèles renouvelés de la pathologie « mentale », mais aussi, pour ce faire, d'édifier les fondements épistémologiques nécessairement nouveaux sur les bases desquels les élaborer, ce que Freud désignera par le terme de « métapsychologie ». Ce travail d'élaboration allait s'avérer particulièrement complexe car une telle métapsychologie, par opposition à la psychologie des fonctions, ne pouvait tenir sa raison qu'à s'attacher à appréhender l'être humain dans ses caractéristiques générales en tant qu'espèce,- pour le moins singulière-, dans le monde du vivant, ce qui paradoxalement impliquait de devoir simultanément rendre compte de la singularité de chacun de ses membres, et ceci à partir de leur histoire propre.

Cette psychologie, fondamentalement nouvelle dans ses postulats et ses objets, n'est cependant pas partie de rien : d'une part la réflexion philosophique, d'autre part deux grandes révolutions scientifiques, lui donnent, sinon ses premières bases, du moins de quoi commencer à les concevoir : l'évolution des espèces de C. Darwin et l'exploration du système nerveux (M. Gauchet, 1992). Toutes deux participent à un profond bouleversement dans la représentation que l'homme se faisait jusqu'alors de lui-même : d'un être conscient et dont les comportements obéissent à sa volonté, ils ont fait basculer le 19ième siècle dans la vision d'un sujet en partie animé par des forces qui non seulement lui échappent, mais dont il ignore de surcroît en lui l'existence : les instincts, les mécanismes nerveux réflexes, la constitution héréditaire...
La névrose de la fin de ce siècle (L. Crocq, 1990a), l'hystérie, est au cœur de cette aventure. Et si la fascination qu'elle exerce alors déborde de très loin le seul cadre de la folie, c'est qu'elle incarne jusqu'à son point le plus extrême la représentation de l'être humain comme désormais dessaisi de sa conscience et de sa volonté : un être qui s'échappe à lui-même, à la fois multiple et dissocié. Mais que le paradigme de l'inconscient soit déjà ailleurs bien affirmé n'allège cependant pas l'ampleur de la tâche : tout juste fournit-il des lignes de pensée, tout juste ouvre-t-il des possibles ; mais il reste à concevoir et à formaliser pour ce qui concerne le psychisme humain, car si l'inconscient est devenu une catégorie générale de la pensée scientifique et philosophique, l'inconscient psychique reste, quant à lui, presque totalement à concevoir. Et dans cette aventure, la notion de traumatisme va s'en trouver radicalement revisitée et réélaborée.

Ce sont deux anciens élèves de Charcot qui les premiers s'aventureront dans cette voie : Pierre Janet et Sigmund Freud.
Autant la place de Freud dans cette histoire semble incontournable -tout au long de son œuvre il ne cessera de revenir sur le traumatisme et en révisera profondément à plusieurs reprises la conceptualisation-, autant il peut sembler discutable d'en accorder une à P. Janet dans la mesure où il ne fera que très tardivement usage du terme dans ses écrits et que celui-ci ne donnera pas lieu à une construction théorique particulière. Dans une conception générale qui n'a rapidement plus

grand-chose à voir avec la neurologie de Charcot, le traumatisme reste cependant essentiellement pour lui un mode d'entrée possible parmi d'autre dans la pathologie mentale, l'hystérie en particulier. Il y a pourtant dans son œuvre tout un ensemble d'éléments qui laissent clairement à penser qu'il distinguait très nettement, au moins au plan de son approche clinique et thérapeutique des névropathies, les formes de névroses chez lesquelles le choc ou traumatisme initial expliquait à lui seul les troubles, et pour lesquelles le ré accès à la conscience de cet événement, accompagné d'une « purgation » des émotions violentes qui lui étaient restées attachées, constituait le principe même de la « médication psychologique » qu'il mettait en œuvre en réponse. Et en cela, il est considéré à juste titre comme l'un des grands précurseurs de la psychotraumatologie contemporaine dont il a inspiré certains des principes fondamentaux.

En outre, tout ou presque semble les opposer, ce qui explique en partie leur rivalité : l'un est de formation philosophique, l'autre scientifique ; l'un est avant tout un praticien de la psychologie en recherche de « médications psychologiques », l'autre est bien plus porté à l'abstraction qu'à la pratique quotidienne.

C'est donc par des chemins très différents que l'un et l'autre vont être amenés à penser le psychisme humain à partir de l'histoire singulière de chacun et de la subjectivité.

2.2.1. Pierre JANET et les médications psychologiques

PLAN :

2.2.1.1. L'automatisme psychologique et les racines de la conscience
2.2.1.2. La place du traumatisme dans l'œuvre de P. Janet
2.2.1.3. L'acte de mémoire
2.2.1.4. Les médication psychologiques

Sans vouloir retracer sa très riche biographie[1], relevons que Pierre Janet (1859-1947) a d'abord été formé à la philosophie dont à l'époque la psychologie ne représente qu'une branche, celle consacrée à l'étude des grandes fonctions, avec comme grande référence les travaux de Théodule Ribot. Ce n'est qu'à l'occasion de son doctorat de philosophie en 1899, dont le titre est « L'automatisme psychologique », qu'il est amené à étudier, dans une perspective qui ne se veut pas encore clinique, des patients hystériques. L'opportunité lui en a été donnée au Havre où il est alors professeur, par les Dr Gibert et Powilewicz. A la demande de Charcot, il dirige à partir de 1890 le laboratoire de psychologie de la Salpêtrière. Ce n'est qu'alors qu'il entreprend des études de médecine qui le conduisent en 1893 au titre de docteur en médecine. Il fonde le Journal de Psychologie Normale et Pathologique en 1904 et la Société de psychologie en 1901 qui deviendra en 1941 et jusqu'à nos jours la Société française de psychologie. Il succède à Théodule Ribot à la chaire de psychologie expérimentale et comparée du Collège de France qu'il occupe de 1902 à 1934. Il est, à tous ces titres, considéré comme l'un sinon le fondateur de la psychologie clinique et pathologique.

[1] Voir à ce sujet H. Ellenberger (1994) : *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Fayard, Paris, chapitre VI ; C. M. Prévost (1973) : *La psycho-philosophie de Pierre Janet*, Paris, Payot,

Son long séjour à La Salpêtrière l'a non seulement familiarisé avec les méthodes du Maître mais encore lui a permis d'expérimenter sous sa direction les premiers éléments d'une approche thérapeutique originale de la pathologie névrotique, dans la lignée de la pratique hypnotique que Charcot avait réhabilitée. Ces premières expériences ont donné lieu à plusieurs publications dans la Revue Philosophique, mais c'est dans sa thèse, publiée en 1889 que l'on trouve développée pour la première fois sa conception nouvelle du mécanisme de production des symptômes dans la pathologie hystérique.

2.2.1.1. L'automatisme psychologique et les racines de la conscience

> Les phénomènes psychologiques supérieurs de la croyance, du jugement, de l'idée se greffent sur les mouvements inférieurs par l'intermédiaire d'une action essentielle et propre à l'homme : le langage […] La pensée ainsi constituée donne naissance à la croyance, point de départ de tous les phénomènes supérieurs ; la psychologie de la conduite ajoute donc à la psychologie du comportement l'étude de la conscience et de tous les phénomènes supérieurs. [1]

Ainsi Janet développait-il une conception du psychisme humain étagée en deux niveaux :

- l'un composé des processus élémentaires, ou formes inférieures de l'activité mentale, telles que la catalepsie, le somnambulisme, la suggestion…, et qui, se développant de façon automatique, échappent plus ou moins et la volonté. Au terme d'inconscient, Janet préférait celui de subconscient car il considérait que ces phénomènes étaient dotés d'une certaine forme de conscience, se situant néanmoins au-dessous de la conscience normale : sensations élémentaires, états affectifs, etc., tous phénomènes provoqués par les impulsions provenant du monde extérieur. Bien que l'on puisse les retrouver chez tout être normal, ce sont ces formes élémentaires d'activité mentale que l'on verra particulièrement à l'œuvre dans la pathologie mentale.
- l'autre consistant en l'activité consciente, dont la forme la plus élevée est la volonté. C'est à elle que l'on doit l'unité du moi, ou encore la personnalité, par son travail permanent d'harmonisation et de synthèse des perceptions, sensations, etc., fournies par l'activité élémentaire. C'est elle qui ouvre à la possibilité du jugement.

Il précisait :

> Cela nous apprend que l'automatisme des perceptions, fondement de la suggestion, est le résultat d'une activité ancienne qui continue à agir de la même façon, mais qu'elle est en opposition avec l'activité actuelle de la pensée. Plus celle-ci se développe, plus elle est capable de faire des combinaisons nouvelles avec les éléments plus nombreux qui sont apportés à la conscience, plus l'automatisme est réduit. Plus l'état psychologique était simple et le champ de la conscience restreint, plus l'activité automatique était manifeste. [2]

---

[1] P. Janet (1889) : *La vie mentale*, p.1, http://www.megapsy.com/Mental/index_mental.htm.
[2] P. Janet (1889) : *L'automatisme psychologique*, Paris, Félix Alcan, p. 192 ; Edition en ligne disponible sur Site de l'Institut Pierre Janet.

A l'inverse : « on entend par acte inconscient une action ayant tous les caractères d'un fait psychologique sauf un, c'est qu'elle est toujours ignorée par la personne même qui l'exécute au moment même où elle l'exécute » (P. Janet, 1923, p 217).

Ainsi Janet prenait-il une position dans les débats que cette fin de siècle concernant [1] la nature et le rôle respectifs de l'inconscient et de la conscience :

> Nous croyons que l'on peut admettre simultanément et l'automatisme et la conscience, et par là donner satisfaction à ceux qui constatent dans l'homme une forme d'activité élémentaire tout à fait déterminée, comme celle d'un automate, et à ceux qui veulent conserver à l'homme, jusque dans ses actions les plus simples, la conscience et la sensibilité. En d'autres termes, il ne nous semble pas que, dans un être vivant, l'activité qui se manifeste au dehors par le mouvement puisse être séparée d'une certaine forme d'intelligence et de conscience qui l'accompagne au dedans, et *notre but est de démontrer non seulement qu'il y a une activité humaine méritant le nom d'automatique, mais encore qu'il est légitime de l'appeler un automatisme psychologique.* [2]

Partant du lien établi par Charcot entre accident traumatique et symptômes hystériques, P. Janet s'en démarque en posant que ce lien n'est pas direct, car il passe par la remémoration : c'est celle-ci qui est à l'origine des symptômes et de leur réapparition.

Les symptômes sont ainsi l'expression d'un trouble de la mémoire. Mais, à la différence de Freud dont il conteste activement sur ce point les positions à plusieurs reprises, il ne s'agit pas pour lui de refoulement mais d'amnésie, d'une amnésie particulière cependant car elle ne consiste pas en un oubli mais en une forme de phobie, la « phobie du souvenir ». Dans ce système général, la pathologie se définit ainsi :

> *Les choses se passent comme si les phénomènes psychologiques élémentaires étaient aussi réels et aussi nombreux que chez les individus les plus normaux, mais ne pouvaient pas, à cause d'une faiblesse particulière de la faculté de synthèse, se réunir en une seule perception, en une seule conscience personnelle ;* ou encore: les choses se passent comme si le système des phénomènes psychologiques qui forme la perception personnelle chez tous les hommes, était, chez ces individus, désagrégé et donnait naissance à deux ou plusieurs groupes de phénomènes conscients, groupes simultanés mais incomplets et se ravissant les uns aux autres les sensations, les images et, par conséquent, les mouvements qui doivent être réunis normalement dans une même conscience et un même pouvoir. [3]

C'est ce qu'il désignera par le terme de « rétrécissement du champ de la conscience », mécanisme responsable notamment des phénomènes d'anesthésie, de suggestion et d'amnésie chez les hystériques, notion qu'il développe particulièrement dans ses Conférences à la Salpêtrière de 1892 (P. Janet, 1892).

Ceci lui permet de soutenir que les phénomènes hystériques et phénomènes somnambuliques sont de même nature, et d'affirmer l'importance déterminante dans l'apparition et la pérennisation des troubles, non seulement hystériques, mais plus généralement névropathiques, des « souvenirs laissés par l'accident » ainsi que de toutes les idées et préoccupations « que le malade conservait à propos de cet accident » (P. Janet, 1889, p.205). Il pouvait ainsi écrire à propos d'une patiente: « Le

---

[1] Outre l'incontournable référence que constitue le travail d'Ellenberger : *Histoire de la découverte de l'inconscient* déjà mentionné, voir J. Carroy et R Plas (2000) : La genèse de la notion de dissociation chez Pierre Janet et ses enjeux, *L'évolution psychiatrique*, 65, 9-18.

[2] *Ibid.*, p. 4.

[3] *Ibid.*, p. 351.

souvenir de l'événement persistait de la même manière avec son cortège de sentiments divers et c'est lui qui déterminait directement ou indirectement certains accidents de la maladie » (P. Janet, 1928, p 205).

2.2.1.2. La place du traumatisme dans la pensée de P. Janet

Dans la remarquable synthèse que constituent *Les Médications psychologiques*, Janet distingue très nettement deux grandes formes de névroses selon que des « réminiscences accidentelles » y jouent un rôle central ou non. Ainsi, à la différence de Freud qui crut un moment pouvoir trouver dans de tels événements la cause exclusive des névroses, Janet soutient-il :

> Il y a plus de chances pour qu'un symptôme soit déterminé par les lois de la maladie que par des réminiscences accidentelles. Il ne faut donc donner aux symptômes une interprétation historique que lorsque l'observation clinique le rend indispensable et il ne faut jamais se permettre des suppositions dangereuses. […] Il est impossible de nier qu'il y ait des cas, probablement de beaucoup les plus nombreux, dans lesquels aucun événement particulier de la vie n'a joué isolément un rôle considérable. [1]

Dans un article datant de 1998, L. Crocq et J. De Verbizier se sont attachés à dégager l'importance du traumatisme psychologique dans l'œuvre de P. Janet. Ayant recensé les différents cas exposés dans les quatre ouvrages publiés par celui-ci entre 1889 et 1903[2], au nombre de 592, ils relèvent que 257 d'entre eux, soit près d'un sur deux, « ont été déclenchés ou déterminés par une « émotion violente » ou « un choc moral », et que ceux-ci seraient aujourd'hui inscrits dans la rubrique des troubles d'origine psychotraumatique, exception faite du dernier type de situation mentionné par Janet. Ces les rubriques sont les suivantes : frayeurs liées à un traumatisme physique, frayeur seule provoquée par un événement accidentel, choc émotionnel éprouvé à l'occasion d'une agression sexuelle (viol ou inceste), sidération au spectacle de la mort ou de l'agression physique d'une personne, choc émotionnel à l'annonce du décès d'un proche, émotion violente à l'occasion d'une dispute, d'un conflit, d'une colère.
Ils relèvent également que Janet n'emploiera le terme « traumatisme psychologique » que tardivement, en 1919 dans *Les médications psychologiques* et en 1923 dans *La médecine psychologique* :

> Dans ses premiers ouvrages, il parle de « chocs émotionnels » (« Les obsessions »), d' « émotions violentes » (Névroses et idées fixes), de « forte émotion » (L'automatisme) voire de « choc moral » et d' « émotion morale » (« Les obsessions » et « Etat mental »).[3]

Dans la perspective générale de Janet, celle d'une économie des énergies psychiques et physiques, un événement émotionnant ou traumatique est un événement auquel le sujet non

---

[1] P. Janet (1928) : *Les médications psychologiques*, 2ième éd., p. 263.
[2] Soit, *L'automatisme psychologique*, *L'état mental des hystériques*, *Névroses et idées fixes* et *Les obsessions et la psychasthénie*.
[3] L. Crocq et J. De Verbizier (1989) : Le traumatisme psychologique dans l'œuvre de Pierre Janet, p. 984

préparé n'a su faire face, éveillant les tendances élémentaires (peur, colère, instinct vital) et mobilisant une grande somme d'énergie :

> Ces forces considérables mal employées dérivent de tous les côtés et déterminent des agitations variées même dans les fonctions viscérales élémentaires : il y a comme une inondation de forces qui troublent même la respiration et la circulation. [1]

Conséquences de l'émotion, ces phénomènes peuvent donner lieu à complications : « la circonstance provocatrice ne disparaît pas complètement ou plutôt la réaction désordonnée est insuffisante, ne l'a pas fait disparaître et a laissé le problème sans solutions » (P. Janet, 1923, p. 99). Cet échec ne laisse que trois solutions : « ou bien recommencer l'acte purement et simplement, ou bien le refaire en le modifiant dans sa force, dans sa durée ou même dans la combinaison des mouvements, ou enfin abandonner l'acte, renoncer à la satisfaction qu'il devrait procurer. » (p. 99)
Cette dernière solution, la plus complexe et la plus élevée pour Janet, n'est que rarement adoptée, pas plus que la seconde, qui demande imagination et initiative ; si bien qu'il ne reste que la dernière où les individus « recommencent l'acte tel qu'ils l'avaient déjà fait » (p. 99). C'est ce qu'il dénomme le « symptôme de l'accrochage », véritable « répétition indéfinie de l'action émotionnante ». Le surcroît d'énergie dépensée qui en résulte conduit à l'épuisement, lui-même responsable d'une dégradation des capacités d'intégration de la conscience :

> Il perd les caractères qui appartenaient au niveau de l'activité réfléchie, il n'est plus coordonné avec les autres actions, il ne fait plus partie de ce récit de notre vie que nous construisons incessamment dans la mémoire, il n'est plus correctement assimilé à notre personnalité. En un mot, il prend peu à peu ces aspects étranges d'acte automatique inspiré par quelque puissance occulte, d'acte irréel, accompli en rêve, ou d'acte subconscient. [2]

Il en ressort l'un des principes fondamentaux de son approche thérapeutique, la recherche de l'événement initial auquel le psychisme reste « accroché » :

> Malheureusement, j'ai été vite convaincu que les souvenirs traumatiques les plus importants n'étaient pas toujours bien connus par le sujet lui-même, ni exprimés par lui clairement quand il cherchait à le faire volontairement. Il fallut donc rechercher même les souvenirs cachés que le malade conservait dans son esprit à son insu. On pouvait les soupçonner souvent d'après les gestes, les attitudes, les intonations du malade : quelquefois il fallut les rechercher dans ces états de conscience particuliers où d'autres catégories de souvenirs réapparaissaient, dans les somnambulismes, dans les écritures automatiques, dans les rêves. [3]

Mais, précise-t-il, pas plus que l'on a affaire à de la dissimulation, il ne s'agit pas d'un véritable oubli car les « tendances latentes » ont encore une véritable activité, à la différence de celles oubliées. Ce sont des idées fixes « subconscientes », qui échappent de ce fait à la personnalité et aux fonctions supérieures intégratives de l'activité mentale. Elles sont d'autant plus actives qu'elles résident hors du champ de la conscience et, échappant aux efforts d'intégration de celle-ci, continuent d'agir pour

---

[1] P. Janet, 1923, p. 98-99.
[2] P. Janet (1928) : *La médecine psychologique*, 2ième éd., p. 101.
[3] *Ibidem*, p. 209.

leur compte. Ainsi le « souvenir traumatique » persiste avec son cortège d'émotions qui déterminent directement ou indirectement certains symptômes de la maladie :

> Tous ces malades semblent arrêtés dans l'évolution de la vie, ils sont « accrochés » à un à obstacle qu'ils n'arrivent pas à franchir. L'événement que nous appelons « traumatique » a créé une situation à laquelle il faut réagir, c'est-à-dire à laquelle il faut s'adapter par des modifications du monde extérieur et de nous-mêmes. Or ce qui caractérise ces malades « accrochés », c'est qu'ils n'ont pas liquidé la situation difficile. [1]

Souvenir, précise-t-il, est un mot inapproprié car l'événement, n'étant pas intégré, est resté identique à lui-même et il y préférera celui de réminiscence :

> L'individu qui conserve l'idée fixe d'un événement n'a donc pas précisément un souvenir à propos de cet événement, c'est pour la clarté du langage que nous avons parlé d'un souvenir traumatique. Le sujet est souvent incapable de faire à propos de l'événement le discours que nous appelons un souvenir ; mais il reste en présence d'une situation difficile dont il n'a pas su se tirer à son honneur, à laquelle il n'a pas su s'adapter entièrement et il continue à faire des efforts pour s'y adapter. [2]

Ou, écrit-il encore :

> La puissance de semblables idées dépend de leur isolement ; elles grandissent, s'installent dans la pensée à la façon d'un parasite et ne peuvent plus être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première. [3]

A la constitution de ces souvenirs traumatiques, Janet propose une explication très différente de celle de la suggestion affirmée par Charcot. Il la dénomme « l'automatisme psychologique »:

> Le souvenir même de l'événement était constitué par un système de faits psychologiques et physiologiques, d'images et de mouvements très variés. Ce système persistant dans l'esprit ne tardait pas à devenir envahissant, il s'annexait par association une foule d'images et de mouvements au début étrangers. [4]

D'où une distinction heuristique entre « idées fixes primaires » et « idées fixes secondaires », des idées se liant de façon non consciente aux idées primaires directement liées à l'événement. Janet en donne l'exemple d'une jeune fille abusée sexuellement par son père et qui développe une terreur de la grossesse ; de là un ensemble de manifestations somatiques (douleurs abdominales, problèmes de respiration, de digestion, vomissements puis anorexie….) ayant valeur d'idées fixes secondaires.

2.2.1.3. L'acte de mémoire

Il récuse également l'idée freudienne de refoulement à laquelle il oppose celle de « phobie de souvenir » qu'il définit comme la « manifestations de l'altération de l'acte de mémoire ».

---

[1] *Ibidem*, p. 271.
[2] P. Janet (1923), p. 100.
[3] P. Janet (1928) *Les médication psychologiques*, p 214.
[4] *Ibidem*, p. 212.

La mémoire est pour Janet une action : « l'acte de raconter », « une opération de langage tout à fait indépendante de l'attitude que nous avons en présence de l'événement » (P. Janet, 1928, p. 272). Ainsi pour lui :

> La mémoire, comme la croyance, comme tous les faits psychologiques, est une action : elle consiste essentiellement dans *l'acte de raconter*. C'est là presque toujours une opération de langage, tout à fait indépendante de l'attitude que nous avons en présence de l'événement. [1]

Il en résulte pour P. Janet l'importance du récit dans l'intégration de l'événement :

> Une situation n'est bien liquidée, bien assimilée que lorsque nous avons réagi non seulement extérieurement par nos mouvements, mais encore intérieurement par les paroles que nous nous adressons à nous-mêmes, par l'organisation du récit de l'événement aux autres et à nous-mêmes et par la mise en place de ce récit comme un chapitre de notre propre histoire. [2]

Et pour illustrer l'importance du langage dans cet acte de mémoire et d'assimilation d'un événement, P. Janet, a recours à la « métaphore de la sentinelle » qui placée de garde hors d'un camp, doit surveiller l'ennemi. Quand celui-ci survient « elle doit d'abord faire des actes particuliers en rapport avec l'arrivée de l'ennemi », actes adaptatifs exigés par perception qu'elle a de la situation. Mais elle doit en même temps, véritable acte de mémoire, préparer le récit qu'elle devra faire de ce qu'elle a observé, c'est-à-dire « traduire l'événement en paroles afin de pouvoir tout à l'heure le raconter devant le chef. ». Il ajoute : « Le stimulant qui va éveiller l'activation de cette tendance est une action sociale particulière, *la question* » (P. Janet, 1928, p. 273).

> C'est la construction de cette nouvelle tendance qui constitue la mémoration, tandis que son activation dans des circonstances indépendantes de son origine après la question est la remémoration. Cet acte de récit est d'ailleurs susceptible de perfectionnements […] Une situation n'est bien liquidée, bien assimilée, que lorsque nous avons réagi non seulement extérieurement par nos mouvements, mais encore intérieurement par les paroles que nous nous adressons à nous-mêmes, par l'organisation du récit de l'événement aux autres et à nous-mêmes et par la mise en place de ce récit comme un chapitre de notre propre histoire. [3]

2.2.1.4. La médecine psychologique

Dès son premier ouvrage, Janet avait mentionné l'étonnante vertu curative que pouvait avoir le fait d'amener le patient à retrouver l'événement à l'origine de l'idée fixe, ce que relèveront également quelques années plus tard Freud et Breuer dans les « Etudes sur l'hystérie ».

C'est dans *Les médications psychologiques. Etudes historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie* que P. Janet propose une synthèse approfondie de ses conceptions et méthodes de traitement. Le chapitre III y est consacré aux « traitements par liquidation morale » et l'on y trouve développés le rôle et l'importance des souvenirs traumatiques dans les névroses.

Il y préconise notamment comme un traitement possible la réintégration dans la conscience des réminiscences de l'événement traumatique. La « liquidation » quant à elle, part du principe que la

[1] *Ibidem.*, p. 272.
[2] *Ibidem.*, p. 273.
[3] *Ibidem.*, p. 273.

réminiscence n'est devenue traumatique que parce que le sujet n'a pu, au moment de l'accident, opérer l'adaptation interne nécessaire à l'événement.

Une autre méthode, dénommée « la dissociation de l'idée fixe » a été imaginée par Janet, consistant en l'oubli de l'événement par la suggestion, dont il signale les difficultés et le peu d'efficacité, même lorsqu'il tente de décomposer l'idée fixe afin de supprimer un à un chacun de ses éléments constituants.

> C'est ce travail qu'il continue à faire d'une manière incomplète et qui l'épuise, c'est ce travail qu'il termine quelquefois tout seul après des mois et des années quand il guérit spontanément. Il faut le lui faire achever rapidement en l'assistant dans ce travail. [1]

La « médication » consiste en conséquence à aider le sujet à se rendre maître du souvenir, comme avec Irène où, dit Janet, « … je suis arrivé à lui faire retrouver ou plutôt à lui faire construire le discours-souvenir de la mort de sa mère. C'est à partir du moment où elle a été maitresse de ce souvenir, où elle a pu l'exprimer sans l'accompagner de crises et d'hallucinations que l'événement assimilé a cessé d'être traumatique. » (P. Janet, 1928, p.291)

Le traitement aura donc pour objectif de retrouver l'événement non intégré par l'hypnose et l'écriture automatique, notamment, afin de le restituer ensuite au patient ; et sa finalité sera la « liquidation » des émotions qui y sont restées attachée. Cette liquidation sous la forme d'une décharge émotionnelle visera une « désinfection morale ». L. Crocq synthétise ainsi les principes thérapeutiques inventés par Janet :

> Mais au-delà de cette décharge libératrice, le thérapeute cherchera à obtenir soit la liquidation totale du souvenir pathogène en le déformant ou en le dissociant par suggestion, soit son assimilation et son acceptation par le patient. En fait, ce récit tardif assurera sur l'événement la maîtrise qui n'a pas été obtenue lors de sa survenue inopinée, faute à la fois d'une « action extérieure » appropriée, et d'un « récit intérieur » (« paroles que nous nous adressons à nous-mêmes ») capable d'objectiver cette expérience diffuse et de la situer désormais dans la séquence des souvenirs conscients de notre histoire de vie. [2]

Dans ce processus, le récit langagier de l'événement ouvre *a posteriori* à la maîtrise de l'événement rendant possible son acceptation et son inscription dans la mémoire ainsi que la libération des émotions qui y étaient attachées. Ce travail de « liquidation morale » permet de supprimer une dépense d'énergie inutile, dans le ré accès à une économie psychique libérée du coût considérable qu'elle consacrait à vainement tenter de se dégager du souvenir d'un événement non assimilé.

Si l'œuvre de Pierre Janet a longtemps été éclipsée par celle de son contemporain S. Freud, son rôle n'en a pas moins été majeur dans la naissance et le développement de la psychologie clinique. Plus intéressé par les « médications psychologiques » que par la métapsychologie, on lui doit, sinon l'invention de la psychothérapie, du moins son développement sur des bases psychologiques et psychopathologiques rigoureuses.

---

[1] *Ibid.*, p. 298.

[2] L Crocq, J. Verbizier (1988) : Le psychotraumatisme dans l'hystérie selon P. Janet, *Psychiatrie française*, N° spécial 5, mai 88, p. 76-77.

Quant à son approche phénomènes traumatiques, elle témoigne d'une très grande finesse clinique et nombre de ses observations et des notions qu'il a su inventer pour en rendre compte restent tout à fait d'actualité, sans parler de la méthode cathartique dont, avant Freud et Breuer, il avait conçu les fondements et développé la pratique.

2.2.2. Evolution de la notion de traumatisme dans l'œuvre de Sigmund FREUD

> Si l'on tient que le cœur de l'invention freudienne a consisté dans l'introduction de l'histoire à l'intérieur du sujet individuel- le sujet devenant le produit de son propre devenir à la fois sous l'aspect universel de sa structure et sous l'aspect singulier de ses motifs- alors on est fondé à penser qu'il s'agit d'une retombée seconde ou d'une résultante indirecte de la théorie de l'évolution, où le parallèle ontogenèse/phylogenèse a servi de schème générateur.
> De cette histoire individuelle, de sa nature et de ses étapes, la théorie darwinienne ne dit rien de substantiel ou à peu près rien. Elle établit en creux, en quelque sorte, la possibilité intellectuelle de la penser… Car elle mène droit à s'interroger sur le fabuleux poids de mémoire obscurément inscrit dans le corps et dans les âmes. Car elle vaut révélation de l'enfance haussée aux dimensions de ce temps capital où se rejoue en quelque façon, avec l'advenue à soi de l'individu, la genèse de l'espèce. (M. Gauchet, *L'inconscient cérébral*, p. 34-35)

PLAN :

2.2.2.1. De l'hystéro-traumatisme au traumatisme névrogène
- a) Les premières études sur l'hystérie
- b) Une 1ière étiologie sexuelle des névroses
- c) La neurotica ou la séduction sexuelle infantile traumatique

2.2.2.2. Du traumatisme sexuel au sexuel traumatique
- a) L'abandon de la « Neurotica »
- b) La sexualité infantile et le modèle pulsionnel du psychisme
- c) Les théories sexuelles infantiles et les fantasmes
- d) Les révisions du modèle pulsionnel
- e) Le narcissisme

2.2.2.3. La névrose traumatique revisitée
- a) Les névroses de guerre
- b) La pulsion de mort ou l'au-delà du principe de plaisir

2.2.2.4. De la détresse du nourrisson à l'angoisse de castration
- a) Angoisse signal et angoisse de castration
- b) Des traumatismes positifs ?

Conclusion : le polymorphisme de la notion de trauma chez Freud

L'importance que nous allons accorder ici aux travaux de S. Freud est loin d'être proportionnelle à celle qu'elle tint à ses débuts dans le monde psychiatrique, quand la diffusion de ses travaux était encore confidentielle et son influence mineure sur la psychologie et la psychopathologie[1].

L'œuvre de S. Freud est d'une ampleur, complexité et diversité telles que l'on ne saurait prétendre ici, ne serait-ce que par un survol superficiel, en restituer les multiples dimensions, pas plus que toute la richesse et la subtilité de ses développements.
Tel n'est d'ailleurs pas ici l'objectif, puisque ce à quoi nous allons nous attacher sera de suivre, autant que faire ce peut, le devenir des notions de traumatisme et de névrose traumatique, de ses premiers à ses derniers écrits ; tâche déjà pour le moins complexe et ambitieuse car non seulement la notion de traumatisme y est centrale, a été amplement développée par Freud, mais elle a de plus connu plusieurs formalisations successives en lien avec les transformations profondes que n'ont cessées de connaître sa pensée et sa conception de l'appareil psychique.
De plus, avec Freud, le lecteur se trouve confronté à une œuvre en constante réélaboration, où les modèles se chevauchent parfois, où des voies sont abandonnées avant d'avoir été explorées jusqu'au bout, puis reprises ultérieurement sous un autre angle, inscrites dans une autre perspective leur donnant un éclairage nouveau ; où les concepts sont remaniés, remodelés, et peuvent prendre des sens très différents selon l'époque à laquelle ils sont travaillés, recouvrir dès lors des champs hétérogènes et y tenir des places sensiblement différentes dans un édifice général lui-même en constants remaniements ; œuvre où les questions et élaborations cliniques, étiologiques, psychopathologiques, métapsychologiques, psychothérapeutiques, s'entremêlent et dialoguent les unes avec les autres ; œuvre où l'on peut passer, sans lien d'évidence, de l'étude des stades sexuels infantiles à l'histoire de l'humanité, de l'ontogenèse à la phylogenèse, de la psychologie normale à la psychopathologie, de la biologie à la psychologie, de l'adulte à l'enfant, de considérations sur la psychologie individuelle à une réflexion générale sur la société ou la psychologie des foules, pour en revenir à une modélisation renouvelées de l'appareil psychique…

L'intégration à son œuvre des correspondances entretenues avec certains de ses proches, notamment Fliess, n'est pas non plus pour rien dans certaines de ces superpositions, et il ne va pas de soi de situer sur un même plan historique et documentaire, malgré tout leur intérêt, des spéculations non encore travaillées et livrées telles quelles dans le feu d'échanges épistolaires à caractère amicaux, et où presque toutes les fantaisies sont autorisées, et des écrits publiés, nécessairement travaillés, soumis à la critique et passés au crible des standards scientifiques et de publication en vigueur à l'époque, en partie également dépendants des opportunités éditoriales. C'est tout l'écart entre l'histoire d'une pensée et l'histoire de sa diffusion : entre les deux, de

[1] Pour une histoire du développement de la psychanalyse dans le monde, voir le très documenté ouvrage d'O. Douville (2009) : *Chronologie de la psychanalyse du temps de Freud*, Paris, Dunod.

multiples considérations, autant politiques que scientifiques, viennent donner à la seconde une forme qui ne se superpose jamais totalement à la première.

Enfin, l'œuvre freudienne s'enracine dans une époque à laquelle elle emprunte, qu'on le veuille ou non, certaines de ses certitudes. Freud a certes beaucoup inventé mais il était également, comme tout penseur, profondément imprégné des connaissances et surtout des évidences de son époque, qui ne sont, pour nombre d'entre elles, plus les nôtres. Ainsi que l'a écrit M. Gauchet :

> Si la théorie freudienne représente une fracture à ce point profonde dans l'idée de l'homme, c'est qu'elle est l'héritière, le prolongement et comme la traduction dans le registre de l'intériorité de ces deux autres grandes cassures dans l'ordre de l'objectivité qui ont radicalement modifié l'image de l'être vivant dans la seconde moitié du XIXème siècle : celle amenée par l'évolution des espèces et celle suscitée par l'investigation du système nerveux. [1]

Ainsi la construction freudienne, parce que justement elle participe d'un même paradigme que d'autres modèles qui la précèdent ou lui sont contemporains, se présente selon une architecture et une discursivité qui en portent la marque profonde. C'est sur un fond non seulement de questionnements, de références, de concepts communs, mais encore de modalités de penser et construire une problématique, et de l'argumenter, sur son arrière-plan culturel et scientifique donc, qu'il faut aussi penser Freud. C'est ce pourquoi, et sans vouloir suivre Frank Sulloway (1998) faisant de Freud un crypto-biologiste, l'on ne peut que constater les influences directes de Darwin dans l'importance accordée aux instincts, à la sexualité, dans le dualisme pulsionnel qui ne cessera jamais de lui poser problème, dans l'idée de conservation de l'espèce, de pulsions d'auto-conservation… . Au rang de ces évidences qui traversent la pensée freudienne et participent à la structurer, il faut également citer la loi de Haeckel selon laquelle l'ontogenèse est une récapitulation de la phylogenèse, ou encore le principe de constance, etc. Mais, nous dit encore M. Gauchet :

> Ce qui importe, ce n'est pas ce qui chez Freud, au terme d'un déchiffrement minutieux, s'avère provenir de Darwin ou d'un de ses vulgarisateurs ou prosélytes. C'est ce que la vision nouvelle d'un procès de la vie, d'une formation des espèces et des êtres –dont l'homme- dans le temps, *a rendu concevable*. Ce dont, en fait, le darwinisme a été par contrecoup l'instrument révolutionnaire, dans le domaine de la psychologie : *l'introduction de l'histoire dans l'homme, l'historicisation radicale du sujet*. En ce siècle de l'histoire qu'a été le dernier siècle, entendons : de la conscience historique, du sentiment enfin conquis de ce que l'être collectif se constitue de part en part dans le devenir, c'est la biologie qui a fourni le relais permettant d'étendre la dimension de la création dans le temps à *l'individu*. Nous sommes chacun, psychiquement, le résultat infiniment divers et entremêlé d'un processus de formation et pas seulement de maturation selon un type prédéterminé, où se décide le tout de notre être. Point de sujet pré-donné : mais des histoires subjectives qui sont autant d'histoires d'une instauration du sujet. Pas d'histoire d'un individu humain qui ne soit d'abord et primordialement histoire d'une hominisation –histoire où se répète en raccourci celle de l'émergence de l'espèce humaine ; histoire pensable, précisément, en raison de ce qu'on sait par ailleurs des conditions dans lesquelles quelque chose de l'homme a été historiquement produit. [2]

Dans ce chapitre, nous nous efforcerons donc de décrire, au plus près possible de la pensée de l'inventeur de la psychanalyse, les différentes conceptions que connurent dans son œuvre les

---

[1] M. Gauchet (1992) *: L'inconscient cérébral*, p. 36.
[2] G. Swain (1980) : Freud revisité ou la face cachée de l'inconscient, In G. Swain, M. Gauchet (1980) *Dialogue avec l'insensé*, NRF, Paris, p. 211.

notions de traumatisme et de névrose traumatique, gardant pour la partie suivante leur analyse épistémologique et critique au regard du projet qui anime ce travail, celui de fonder en raison une psycho-victimologie.

2.2.2.1. De l'hystéro-traumatisme au traumatisme névrogène

a) Les premières études sur l'hystérie

L'on a vu comment Charcot, parti de l'étude des troubles moteurs dans l'hystérie, en était venu à concevoir l'importance d'un choc émotionnel initial dans leur survenue. Cependant ce choc ne faisait que révéler l'existence d'une diathèse sous-jacente qui seule pouvait donner un tel pouvoir traumatisant et désorganisateur à un événement. La preuve en était le caractère extrêmement variable de ceux-ci, tant dans leur nature que leur violence, avec toujours des effets parfaitement similaires, à savoir la survenue du syndrome hystérique.
Fort de ce modèle, Charcot a toujours récusé un quelconque intérêt à la notion de « névrose traumatique » inventée par Oppenheim, à qui il reconnaissait cependant le mérite d'observations cliniques rigoureuses mais faisait le grief d'une erreur de diagnostic : sa névrose spéciale n'était ni plus ni moins que la névrose hystérique ou neurasthénique telle que lui-même en avait montré la double étiologie, traumatique pour les circonstances déclenchantes, héréditaire pour ce qui concernait la maladie à proprement parler.

Tel est le point de départ de Freud et l'on trouve dans de nombreux passages de la *Communication préliminaire* datée de décembre 1892 intitulée « Le mécanisme psychique de phénomènes hystériques », chapitre introductif aux *Etudes sur l'hystérie*, des positions que n'aurait pas certainement pas désavouées le maître de la Salpêtrière. Il y a là une filiation toujours vivante et il n'est pas étonnant que l'écrit se donne comme point de départ la question de la névrose traumatique pour, tout comme Charcot, immédiatement en récuser l'intérêt. Certes une différence d'ordre clinique existe, que Freud et Breuer relèvent à plusieurs reprises, entre l'hystérie dite banale ou encore simple, et l'hystérie traumatique. Cette différence n'a pourtant de raison qu'au plan clinique puisqu'au plan étiopathogénique il convient de les réduire à une seule et même entité, l'hystérie traumatique. Mais l'on a malgré tout décrits deux modes de déclenchement : l'un dû à des traumatismes « partiels et concomitants », l'autre à un « grand traumatisme unique ».
Si donc, comme pour Charcot, il n'y a pas lieu d'autonomiser une quelconque névrose traumatique, la rupture avec l'approche neurologique de ce dernier se fait d'emblée nette sur plusieurs points :

a) certes un traumatisme initial joue un rôle déterminant dans l'éclosion de toute hystérie, mais sa nature en est émotionnelle, et non pas commotionnelle :

> Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique. Nous avons, de façon

> analogue, constaté que la cause de la plupart des symptômes hystériques méritait d'être qualifiée de traumatisme psychique. Tout incident capable de provoquer des affects pénibles : frayeur, anxiété, honte, peut agir à la façon d'un choc psychologique et c'est évidemment de la sensibilité du sujet considéré (et également d'autres facteurs dont nous parlerons plus tard) que dépendent les effets du traumatisme. [1]

b*)* Si c'est bien une émotion, et non une lésion, même fonctionnelle, qui est à l'origine des symptômes, c'est que cette émotion est restée attachée au souvenir de l'événement avec la même intensité qu'au moment de la survenue de celui-ci :

> Nos observations prouvent que, parmi les souvenirs, ceux qui ont provoqué l'apparition de phénomènes hystériques ont conservé une extraordinaire fraîcheur et, pendant longtemps, leur pleine valeur émotionnelle. [2]

A l'inverse, un certain nombre de facteurs peuvent jouer contre le pouvoir traumatique d'un événement : - le développement d'une réaction comportementale sur le moment, réaction qui peut être en elle-même « cathartique », c'est-à-dire libérer le sujet des affects pénibles provoqués ; - la mise en langage de cette réaction, qui peut avoir un même effet « abréactif » ; - l'intégration du souvenir « dans le grand complexe des associations », où il peut prendre place à côté d'autres événements et qui en modifient en retour sa représentation problématique.

c) La nature particulière de l'incident initial, qui joue un rôle déterminant dans la nature des symptômes et leur développement, même quand il est très ancien et remonte à l'enfance :

> Mais en ce qui concerne la relation causale entre le traumatisme psychique motivant et le phénomène hystérique, il faut se garder de croire que le traumatisme agit à la façon d'un *agent provocateur* qui déclencherait le symptôme. Celui-ci, devenu indépendant, subsisterait ensuite. Mieux vaut dire que le traumatisme psychique et, par suite, son souvenir agissent à la manière d'un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif. [3]

Ou encore :

> L'expérience pourtant nous a enseigné *que les symptômes les plus différents, qui passent pour être des productions spontanées et pour ainsi dire, idiopathiques, de l'hystérie, ont avec le traumatisme motivant un rapport aussi étroit que les phénomènes, si clairs à ce point de vue dont nous venons de parler.* Nous avons réussi à retrouver les motivations de toutes sortes d'affections : névralgies, anesthésies les plus diverses et souvent très anciennes, contractures et paralysies, accès hystériques et convulsions épileptoïde que tous les observateurs avaient pris pour de l épilepsie vraie, petit mal et affections à tics, vomissements persistants, anorexie allant jusqu'au refus de toute nourriture, troubles de toutes sortes de la vue, hallucinations visuelles toujours répétées… [4]

L'on voit ainsi tout le cortège des troubles hystériques réinterprété comme l'expression d'une expérience subjective d'un événement particulier, et non plus comme une sorte de déroulement, à travers le sujet et sans aucune participation de sa part, de l'idiopathie hystérique, c'est-à-dire d'un déterminisme tenant à la seule maladie et héréditairement déterminé par la diathèse. D'où la

---

[1] S. Freud, J Breuer (1892) : *Etudes sur l'hystérie*, PUF, Paris, 1978, p. 3.
[2] *Ibidem*, p. 6.
[3] *Ibidem*, p. 3-4.
[4] *Ibidem*, p. 2.

célèbre formule : « c'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique » (p. 5), au sens où c'est le souvenir persistant de l'événement traumatique dans le psychisme qui continue d'alimenter la symptomatologie. Des patients hystériques ne témoignent-ils pas de ce que « … lors de chacun de leurs accès, ils ont la vision hallucinatoire de l'incident qui a provoqué la première attaque… » (p. 1).
Il existe cependant un mécanisme causal propre à l'hystérie, c'est la « conversion », c'est-à-dire la « transformation d'une excitation psychique en symptôme somatique durable », mécanisme auquel obéissent tous les symptômes physiques répertoriés et étudiés notamment par Charcot (p. 67).

d) La nature et la finalité de la démarche clinique. Alors qu'elle est résolument expérimentale chez Charcot (ce qui n'exclut nullement, nous l'avons mentionné, qu'il développait également une approche thérapeutique), chez Freud et Breuer, elle ne se veut pas seulement démonstrative de mécanismes pathogènes, dont celui du rôle des émotions ; du moins la démonstration de l'étiologie émotionnelle passe par la recherche d'événements traumatisants dont la découverte et l'expression par le sujet ont pour effet de faire disparaître leur pouvoir pathogène. La démarche clinique est donc démonstrative du fait psychique de par la possibilité même de sa réversibilité, qui passe par la restitution à la conscience de l'événement :

> Une preuve de ce fait nous est fournie par un phénomène extrêmement curieux et bien fait pour conférer à nos découvertes une grande importance pratique.
> A notre très grande surprise, nous découvrîmes, en effet, que *chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à réveiller l'affect lié à ce dernier et quant, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillé et en donnant à son émotion une expression verbale*. [1]

Possible réversibilité donc, sous certaines conditions qui d'ailleurs, nous l'avons vu, avaient été déjà conçues et décrites quelques années auparavant par P. Janet et que Breuer et Freud reprennent à leur compte, au prix de quelques ajustements terminologiques : verbalisation, abréaction cathartique, inscription de l'événement dans le grand complexe des associations.
Cette curabilité possible de la névrose suppose une approche clinique singulière, à sa mesure, car les événements initiaux supposés être à l'origine de la pathologie ne se laissent pas aisément débusquer et leur dévoilement se heurte souvent à plusieurs obstacles : soit ils sont passés dans l'oubli, soit les patients, n'ayant pas fait le lien entre ceux-ci et la survenue de la maladie, ne les évoquent pas spontanément, soit ils font montre de fortes réticences à les relater en raison des affects particulièrement pénibles qui leur sont attachés, soit enfin parce que le lien peut n'être plus que «… symbolique entre le phénomène et sa motivation » (p. 3).
L'utilisation de l'hypnose et de la méthode suggestive y sont souvent nécessaires, inspirées par les travaux de Bernheim, Charcot et Janet :

> Je décidais d'utiliser comme point de départ l'hypothèse suivante : mes malades étaient au courant de ce qui pouvait avoir une importance pathogène, il s'agissait seulement de les forcer à le révéler. Donc, lorsque je demandais au malade depuis quand il avait tel ou tel symptôme et d'où émanait ce dernier et qu'il me répondait : « je n'en sais vraiment rien », j'agissais de la façon suivante : j'appuyais une main sur le front du patient, ou bien je lui prenais la tête entre les deux mains en disant : « vous allez

[1] *Ibidem*, p. 4.

> vous en souvenir sous la pression de mes mains. Au moment où cette pression cessera, vous verrez quelque chose devant vous ou il vous passera par la tête une idée qu'il faudra saisir, ce sera celle que nous cherchons. Eh bien, qu'avez-vous vu ou pensé ? [1]

Mais l'on voit se profiler déjà une autre voie, d'ailleurs indiquée par l'une des patientes dont le cas sert d'illustration clinique, Mme Emmy Von N… :

> Par un détour quelconque, j'arrivais à lui demander comment ses douleurs gastriques étaient survenues et d'où elles provenaient. Je crois que ces douleurs accompagnent toujours chez elle les accès de zoopsie. Avec assez de réticence, elle me répondit qu'elle n'en savait rien. Je lui donne jusqu'à demain pour s'en souvenir. Elle me dit alors, d'un ton très bourru, qu'il ne faut pas lui demander toujours d'où provient ceci ou cela mais la laisser raconter ce qu'elle a à dire. J'y consens et elle poursuit sans préambule… [2]

Il en ressortira, entre autres choses, la prise de conscience « des causes souvent déterminantes de « l'oubli » des souvenirs » (p. 87)

Ainsi, entre le symptôme et son éventuel substratum organique, d'origine héréditaire, un espace nouveau de compréhension s'est ouvert, ayant ses lois propres, celui des affects attachés à un événement et qui en font la particularité et l'importance, un vécu subjectif revoyant à des faits d'histoire personnelle, ainsi qu'à la possible abolition du pouvoir traumatique des émotions attachées à un souvenir, sous certaines conditions cliniques.

b) Une 1ière étiologie sexuelle des névroses

Freud n'en reste pas à ces premiers résultats et poursuit ses travaux dans une direction dont les titres de ses publications suivantes expriment très clairement l'orientation nosographique et étiologique concernant les névroses : *Les névropsychoses de défense* (1894), *Obsessions et phobies* (1894), *Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que « névrose d'angoisse* (1894), *Sur la critique de la névrose d'angoisse* (1895), *L'hérédité et l'étiologie des névroses* (1896), *Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense* (1896), *Sur l'étiologie de l'hystérie* (1896), *La sexualité dans l'étiologie des névroses* (1898)[3].
Les hypothèses étiologiques s'y orientent délibérément vers la sexualité, cause des causes si l'on en croit Freud, et c'est à partir d'elle que les découpages nosographiques sont en grande partie réexaminés.

Les années 1894-95 en offrent un premier modèle d'inspiration physiologique (P. Bercherie, 1983) qui met l'accent sur les perturbations ou dysfonctionnements de l'activité sexuelle et ses effets pathologiques : la libido, faute de pourvoir s'investir sur des objets extérieurs, se retourne en quelque sorte contre l'organisme même. J. André, dans son introduction à *Inhibition, symptôme et angoisse*, voit dans cette première théorie étiologique sexuelle l'héritage ancien de la médecine des

---

[1] *Ibidem*, p. 86.
[2] *Ibidem*, p. 48.
[3] Tous regroupés dans S. Freud : *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF.

humeurs, mais l'on peut plutôt penser que Freud emprunte à la théorie des hétéro- et auto-intoxications que nous avons évoquée plus haut et dont le états confusionnels sont alors l'expression exemplaire.

La sexualité à laquelle il est ici fait référence est l'activité sexuelle, sa pratique au quotidien, dont M. Foucault a montré qu'elle était alors une question d'actualité sous-tendue moins par une politique de répression que de prévention et d'éducation (M. Foucault, 1976) et à laquelle semble tout à fait souscrire Freud[1]. La sensibilisation aux conséquences de certaines pratiques comme la masturbation ou le *coitus interruptus*, révèlent un Freud plus sexologue et médecin que psychanalyste en devenir :

> Mais là où l'on est fondé à considérer la névrose comme une névrose acquise, si l'on procède à un examen soigneux orienté vers ce but, on trouve comme facteurs étiologiques efficients une série de nuisances et d'influences provenant de la vie sexuelle. [2]

C'est ce premier modèle qui conduit à détacher de la neurasthénie la névrose d'angoisse et à autonomiser le champ des « névroses actuelles ». Comme dans les névroses de transfert (l'hystérie et la névrose d'obsession), l'étiologie en est sexuelle mais, à leur différence, relève d'une part de « désordres de l'activité sexuelle actuelle et non d'événements passés, d'autre part est d'origine essentiellement sinon exclusivement somatique et non pas psychique ». Dans le cas de la névrose d'angoisse, il s'agit de l'absence de décharge sexuelle et dans la neurasthénie d'un mode inadéquat de soulagement de l'excitation. La masturbation est ici particulièrement visée parmi cependant tout un ensemble de situations rattachées à la vie sexuelle et génératrices d'angoisse, dont Freud donne le détail dans *Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que «névrose d'angoisse »*, de 1915[3]. Ce modèle a fait l'objet d'un schéma que l'on trouve dans la lettre à Fliess du 7/1/95.

c) La neurotica ou la séduction sexuelle infantile traumatique

Ce premier modèle, bien que ne traitant pas des névroses de transfert, le confirme cependant dans l'idée du rôle central joué par la sexualité, même si ce n'est pas encore de cette sexualité là dont il pressent l'importance et à laquelle certaines des études cliniques sur l'hystérie l'on sensibilisé, sans qu'il ne semble encore pleinement en mesurer la nature et le poids. Car en parallèle une autre conception de la sexualité se dessine et s'affirme, qui semble poursuivre la voie ouverte par les *Etudes sur l'hystérie*, et qui accorde à des séductions sexuelles (dans les faits de véritables agressions) subies dans l'enfance un rôle étiologique majeur. Ce sont ces événements anciens que le traumatisme récent viendrait réveiller et révéler.

Mentionnons d'abord que, dans le prolongement des *Etudes*, l'exploration étiologique apparaît toujours plus indissociable de la méthode clinique, qui connaît de sensibles aménagements :

---

[1] Il faut se défaire du mythe tenace d'une sexualité sujet tabou pour l'époque et auquel la psychanalyse naissante se serait courageusement attaquée, contre les supposées forces conservatrices de l'époque. Voir également l'article très documenté que Laplassotte (1978) a consacré à ce mythe.

[2] S. Freud (1894) : Neurasthénie et névrose d'angoisse, In, *La première théorie des névroses*, p. 41.

[3] In *La première théorie des névroses.*

Freud ne manque jamais l'occasion d'affirmer que le matériel clinique sur lequel il s'appuie n'est accessible que dans les conditions réalisées par l'approche « psychoanalytique » découverte par Breuer et que lui-même ne cesse de peaufiner. Il écrit ainsi en 1896 :

> Pour la deuxième classe des grandes névroses, hystérie et névrose d'obsession, la solution de la question étiologique est d'une simplicité et d'une uniformité surprenante. Je dois mes résultats à l'emploi d'une nouvelle méthode de psychoanalyse, au procédé explorateur de J. Breuer, un peu subtil, mais qu'on ne saurait remplacer, tant il s'est montré fertile pour éclaircir les voies obscures de l'idéation inconsciente. Au moyen de ce procédé… on poursuit les symptômes hystériques jusqu'à leur origine qu'on trouve toutes les fois dans un événement de la vie sexuelle du sujet bien propre à produire une émotion pénible. [1]

La « structure de l'hystérie », son architecture, semble évoluer dans le même temps et le même mouvement que la méthode psychoanalytique s'affine et permet de l'explorer de façon de plus en plus approfondie ; ainsi la note II de la lettre à Fliess du 25-5-97 :

> Cette structure est probablement la suivante. Quelques-unes des scènes sont directement accessibles, d'autre seulement par l'intermédiaire de fantasmes interposés. Elles s'ordonnent suivant une résistance croissante ; les moins refoulées surgissent les premières, mais d'une façon incomplète à cause de leur association avec des scènes plus refoulées. Le travail analytique s'effectue par une série de descentes, d'abord jusqu'aux scènes ou à leur voisinage, puis un peu plus profondément encore à partir d'un symptôme et enfin plus bas encore. Etant donné que la plupart des scènes ne convergent que vers quelques symptômes seulement, la voie que nous empruntons suit une ligne au travers des pensées qui se trouvent à l'arrière-plan des mêmes symptômes. [2]

Cette exploration pas à pas de l'étiologie sexuelle des névroses prend une forme de plus en plus assurée et conduit à sa formalisation la plus complète dans la deuxième partie de l' *Esquisse d'une psychologie scientifique* intitulée « Psychopathologie », dont l'on situe l'écriture à l'automne 1895 (S. Freud, 1956). Cette partie est naturellement consacrée à l'étude des processus pathologiques et à ceux de la névrose hystérique en particulier.

Notons que si Freud a fait usage à de multiples reprises du terme de Verführung (traduit en français par le vocable de séduction) et cela à partir de 1893[3], il ne semble pas en avoir conçu jusqu'alors l'idée qu'il puisse s'agir d'une théorie en tant que telle. L'expression se justifie cependant de ce que la séduction est au centre d'une conception cohérente et achevée de l'étiologie de l'hystérie, même si rapidement Freud en révisera certains des éléments les plus importants. Il y a là une première modélisation fondée d'une part sur la conviction de l'importance de l'étiologie sexuelle des névroses, et d'autre part sur une complexification significative du rapport de causalité entre un événement et la production des symptômes névrotiques.

Cette théorie, dans le prolongement de la communication préliminaire, s'attache à rendre compte de l'effet souvent disproportionné entre l'apparente banalité de certains événements et leurs effets pathogènes sur le psychisme, au point d'être à l'origine de la survenue de symptômes

---

[1] S. Freud (1896) : L'hérédité et l'étiologie des névroses, In *La première théorie des névroses*, p. 89-90.
[2] S. Freud (1956) : La naissance de la psychanalyse, PUF, 8ième éd., 2002, Paris, p. 179.
[3] Selon le controversé, mais très documenté, ouvrage de J.M. Masson, *Le réel escamoté*, la première trace écrite de l'hypothèse d'abus sexuels lors de la prime enfance remonterait au 30 mai 1893, dans un passage d'une lettre de Freud à Fliess caviardé dans la première publication de leur correspondance.

hystériques durables que le sujet lui-même ne parvient pas à s'expliquer et qu'il contrôle encore moins, bien qu'il souffre de leur existence.

C'est l'étude clinique d'un cas, celui d'Emma, qui sert de support à l'élaboration de cette construction ; mais l'on en trouve déjà les prémisses, voire les principes déjà affirmés, dans certains passages des *Etudes sur l'hystérie*, comme dans l'étude D. consacrée à Katharina[1].

En 1894, Emma Eckstein commence à 27 ans une analyse avec Freud en raison de sa hantise d'entrer seule dans un magasin. Elle rattache cette hantise au souvenir de la scène suivante survenue dans sa 13ième année :

> Ayant pénétré dans une boutique pour y acheter quelque chose, elle aperçut les deux vendeurs (elle se souvient de l'un d'eux) qui s'esclaffaient. Prise de panique, elle sortit précipitamment. De là l'idée que les deux hommes s'étaient moqués de sa toilette et que l'un d'eux avait exercé sur elle une attraction sexuelle. [2]

Partant de ces premières données et suivant un raisonnement auquel les Etudes sur l'hystérie nous ont rendu familier, Freud relève que ces éléments ne peuvent à eux seuls rendre compte des symptômes phobiques. Il s'attache donc à rechercher une autre scène qui, selon son expérience clinique, doit présenter au moins deux caractéristiques : être de nature sexuelle et avoir provoqué des émotions pénibles tellement fortes que le moi a dû avoir recours à un refoulement du souvenir hors de la conscience pour se protéger de celles-ci.

L'investigation clinique (Freud écrit « l'analyse met ensuite en lumière un autre souvenir… ») donne accès à un autre souvenir remontant à l'âge de 8 ans, dans lequel Emma…

> … était entrée deux fois dans la boutique d'un épicier pour y acheter des friandises et le marchand avait porté la main, à travers l'étoffe de sa robe, sur ses organes génitaux. Malgré ce premier incident, elle était retournée à la boutique, puis cessa d'y aller. Par la suite, elle se reprocha d'être revenue chez ce marchand, comme si elle avait voulu provoquer un nouvel attentat. N de la P, p. 365-66).

L'analyse que proposa Freud de cette séquence associative procède de la façon suivante :

- il existe un lien associatif entre les deux, mentionné par la patiente : le rire des commis qui lui avait rappelé l'expression de l'épicier ayant accompagné son geste. S'en ajoute un autre : dans les deux situations elle était seule ;
- l'émoi et les symptômes provoqués par la scène 1 (celle des commis puisque chronologiquement la première dans la séance) s'expliquent par la scène 2 (celle de l'épicier) ;
- il existe une chaîne de représentations conscientes : commis-rires-vêtements-décharge sexuelle. Mais, dit Freud, « Le lien qui unit ces fragments d'histoire, aussi bien que les effets de l'incident, restent incompréhensibles. », car il ne peut expliquer ni l'obsession liée aux magasins, ni les déterminations d'un tel symptôme ;

---

[1] Freud, en commentaire de cette étude, y écrit déjà : « Dans toutes les analyses d'hystéries fondées sur des traumatismes sexuels, on découvre que certaines impressions, reçues à l'époque présexuelle et qui n'avaient eu aucun effet sur l'enfant, conservent plus tard leur puissance traumatisante, en tant que souvenir, une fois que la jeune fille ou la jeune femme a acquis la notion de la sexualité. » (*Etudes sur l'hystérie*, p. 105).

[2] S. Freud (1956), *Naissance de la Psychanalyse*, p. 364.

- « l'analyse », en faisant émerger le souvenir de la scène 2, permet de comprendre la scène des commis et révèle le lien associatif, resté jusque là inconscient, qui les unissait, à savoir le rire : « Celui des deux commis lui avait rappelé le sourire grimaçant dont le marchand avait accompagné son geste. » [1]

Comme le note J. Laplanche (2006, p.81), le sujet croyait le danger venir de l'extérieur (sous la forme des deux commis), or il vient en fait d'un souvenir, c'est-à-dire du sujet lui-même, ce qui lui fait évoquer un auto-traumatisme : le sujet est traumatisé de la réminiscence d'une trace mnésique interne provoquée par un événement externe.

L'article intitulé *L'hérédité et l'étiologie des névroses*, de 1896, est l'occasion de préciser le cadre étiologique de l'hystérie qui est désormais le sien et il s'y attache à dégager ce qui constitue pour lui les trois facteurs étiologiques essentiels, repris de l'article de 1895 :

> Quant à l'étiologie des névroses, je pense qu'on doit reconnaître en théorie que les influences étiologiques, différentes entre elles par leur dignité et manière de relation avec l'effet qu'elles produisent, se laissent ranger en trois classes : 1) *Conditions*, qui sont indispensables pour la production de l'affection en question, mais qui sont de nature universelle et se rencontrent aussi bien dans l'étiologie de beaucoup d'autres affections ; 2) *Causes concurrentes*, qui partagent le caractère des conditions en ceci qu'elles fonctionnent dans la causation d'autres affections aussi bien que dans celle de l'affection en question, mais qui ne sont pas indispensables pour que cette dernière se produise ; 3) *Causes spécifiques* , aussi indispensables que les conditions, mais de nature étroite et qui n'apparaissent que dans l'étiologie de l'affection, de laquelle elles sont spécifiques. [2]

Voilà l'hérédité non pas rejetée, mais resituée à une place qui en fait un facteur tellement général qu'il en perd de beaucoup tout véritable intérêt explicatif. Par contre une « condition » nouvelle est postulée, dont la nature est significative de l'orientation théorique résolument prise : les causes spécifiques.
Quelles sont-elles concernant les névroses ? La réponse réside dans des événements anciens particuliers propres à créer de si durables et graves pathologies :

> C'est bien un souvenir qui se rapporte à la vie sexuelle, mais qui offre deux caractéristiques de la dernière importance. L'événement duquel le sujet a gardé le souvenir inconscient est une *expérience précoce de rapports sexuels avec irritation véritable des parties génitales, suite d'abus sexuel pratiqué par une autre personne*, et la *période de la vie* qui renferme cet événement funeste est la *première jeunesse*, les années jusqu'à l'âge de huit à dix ans, avant que l'enfant soit arrivé à maturité sexuelle. *Expérience de passivité sexuelle avant la puberté* : telle est donc l'étiologie sexuelle de l'hystérie. [3]

Et il ajoute :

> L'évènement précoce en question a laissé une empreinte impérissable dans l'histoire du cas, il y est représenté par une foule de symptômes et de traits particuliers, qu'on ne saurait expliquer autrement ; il est régi d'une manière péremptoire par l'enchaînement subtil mais solide de la structure intrinsèque de la névrose. [4]

---

[1] *Naissance de la psychanalyse*, p. 365.
[2] *L'hérédité et l'étiologie sexuelle des névroses*, *op.cit.*, p. 85.
[3] *Ibidem*, p. 90.
[4] *Ibidem*, p. 91.

Pourquoi des effets si persistants sur le psychisme ? Parce que…

> … l'irritation sexuelle précoce a des effets immédiats très faibles voire nuls en raison de l'immaturité sexuelle de l'enfant mais elle laisse dans le psychisme une trace durable, quoique inconsciente, qui pourra, après la puberté, être réactivée par un événement quelconque. Alors le souvenir agira comme s'il était un événement actuel. [1]

Et il précise que, sur les 13 cas d'analyse menés jusqu'à présent, il avait toujours retrouvé soit un « attentat brutal commis par une personne adulte », soit « une séduction moins rapide et moins repoussante mais aboutissant à la même fin » (p. 90).
L'âge de survenue de ces expériences est mentionné comme un élément d'importance par Freud et il le situe dans deux cas lors de la seconde année et pour la majorité entre 4 et 5 ans ; et il précise qu'il ne lui semble pas qu'un tel type d'événement survenant après l'âge de 8 ans puisse être à même de « jeter les fondements de la névrose » (p. 91).

Ainsi, suivant la neurotica, un événement vécu se trouve à l'origine de toute névrose de transfert, dont les caractéristiques sont les suivantes :
- survenu dans l'enfance (avant 8 ans) ;
- de nature sexuelle ;
- à forme de séduction (par violence ou duplicité) ;
- qui n'a en apparence pas marqué l'enfant ;
- qui a été oublié mais a laissé une trace mnésique ;
- qui ressurgit à l'occasion d'un autre événement souvent anodin, à partir de la maturation pubertaire, celle-ci lui donnant après-coup sa valeur traumatique de par l'excès d'excitation qu'il engendre alors, à un point tel qu'il est refoulé immédiatement et donne lieu à la production de symptômes.

L'on ne saurait être plus explicite quant à la nature des actes subis dont la description correspond d'ailleurs tout à fait à ce que l'on connaît aujourd'hui des modes opératoires de ce type d'agresseur et dont Ferenczi dira plus tard que sa fréquence est attestée par les confidences de certains analysés révélant être eux-mêmes passés à l'acte.

2.2.2.2. Du traumatisme sexuel au sexuel traumatique

> Il demeure indiscutable que quelque chose du rôle privilégié accordé aux faits pédophiliques de séduction entravait une appréhension plus exacte de la sexualité infantile, puisque seul l'enfant séduit était en réalité un enfant sexuel. (J André, *Préface à La première théorie des névroses*, p. XVII)

[1] *Ibidem*, p. 92.

a) L'abandon de la « Neurotica »

C'est par la lettre du 21-09-1897 adressée à Fliess (S. Freud, 1956, p. 190-93) qu'il est convenu de dater ce moment de rupture et qu'incarne le célèbre « Je ne crois plus à ma neurotica… » ; moment célébré comme la véritable découverte de la psychanalyse et annonciateur des révolutions conceptuelles à venir.
Quatre motifs viennent explicitement justifier l'abandon de ce qu'il avait pourtant dénommé peu de temps auparavant « la source du Nil » de l'hystérie :

- la déception née de l'impossibilité de « pousser mes analyses jusqu'à leur véritable achèvement » : fuite des patients, succès jugés partiels ;
- le fait de retrouver à chaque fois la même « cause déterminante » à l'hystérie, à savoir la commission d'actes pervers par le père sur ses enfants, « alors qu'une telle généralisation des actes pervers commis envers des enfants semblait peu croyable » ;
- « la conviction qu'il n'existe dans l'inconscient aucun « indice de réalité » », ce qui rend impossible la distinction entre vérité et « fiction investie d'affects » ;
- dans les psychoses les plus profondes et les états les plus délirants, « le souvenir inconscient ne jaillit pas » et « le secret de jeunesse » « ne se révèle pas ».

Et il conclut : « Quand on constate que l'inconscient n'arrive jamais à vaincre la résistance du conscient, on cesse d'espérer que, pendant l'analyse, le processus inverse puisse se produire et aboutir à une domination complète de l'inconscient par le conscient » (S. Freud, 1956, p. 191).

Dans les faits, plusieurs passages de lettres adressées entre-temps à Fliess laissent à penser qu'un autre modèle est en germe et que Freud en a déjà l'intuition. Ne se dit-il pas lui-même surpris du peu d'émoi que cet abandon suscite en lui, alors que semble s'effondrer le rêve d'une découverte dont il escomptait bien qu'elle marquerait l'histoire de sa discipline ?
Mais, en attendant, ce renoncement ne va cependant pas sans poser problème, en premier celui de l'étiologie héréditaire à laquelle se trouve à nouveau confronté Freud puisque, sans la neurotica, il n'a plus véritablement de conception alternative à y opposer. En effet, le traumatisme sexuel permettait de se dégager de la prégnance du modèle héréditaire, puisque c'était désormais un fait d'histoire individuelle qui venait rendre compte non seulement de la névrose, mais également de ses manifestations symptomatiques. L'abandon de la neurotica ne peut donc que le renvoyer à ce dont il croyait s'être définitivement défait, point éminemment problématique dans la perspective qui est la sienne d'édification d'une véritable psycho-pathologie. Et Freud d'écrire :

> Maintenant je ne sais plus où j'en suis, car je n'ai encore acquis de compréhension théorique ni du refoulement ni du jeu de forces qui s'y manifeste. Il semble douteux que des incidents survenus tardivement puissent susciter des fantasmes remontant à l'enfance. C'est pour cette raison que le facteur d'une prédisposition héréditaire semble regagner du terrain alors que je m'étais toujours efforcé de le refouler dans l'intérêt d'une explication des névroses. [1]

[1] In *La naissance de la Psychanalyse*, p. 191-92.

L'embarras se prolongera durant plusieurs années puisqu'en 1898, dans le texte intitulé *La sexualité dans l'étiologie des névroses*, la position de Freud jusque là très affirmée quant à leur étiologie se fait plus hésitante. J. André en propose le commentaire suivant :

> L'embarras se laisse d'une certaine façon deviner à la lecture du dernier article de ce recueil, daté de 1898 et donc postérieur à la théorie de la séduction. Celle-ci n'a pas disparu, elle s'y trouve même formulée en des termes à peu près identiques, mais elle a perdu la place de « cause centrale spécifique » » qu'elle occupait dans les textes de 1896. Pourquoi cette modification ? Sur ce point, pas un mot. [1]

Est-ce là la raison profonde qui lui fait continuer d'évoquer jusqu'en 1905 l'éventuelle réalité des scènes de séduction, parallèlement à l'importance pourtant de plus en plus affirmée des fantasmes ? Le travail d'analyse du rêve de *L'homme aux loups (*1918) en est un exemple fréquemment cité en raison de l'insistance que ne cesse de mettre Freud à étayer ses interprétations sur la recherche de traces mnésiques de scènes réelles, qu'il s'efforce notamment de dater. Cette insistance montre cependant *a contrario* l'importance du travail psychique, car pour en mesurer la nature et l'importance, encore faut-il se former une représentation de ce sur quoi, ou à partir de quel matériel mnésique, il s'est élaboré.

Parallèlement à son auto-analyse, Freud s'engage dans le travail qui le conduira à la publication de *L'Interprétation du rêve* (1900), au cœur duquel l'on peut voir au travail la question des relations entre les souvenirs et le fantasme.

> A travers la référence à cette voie de recherche, l'accent est à nouveau mis sur la question de la déformation du souvenir, objet du travail psychique. A nouveau le doute est jeté sur la « vérité historique » des souvenirs retrouvés dans les cures, à nouveau sont ébranlées la croyance dans la source traumatique externe du symptôme ainsi que sa fondation dans l'événement d'une scène réelle. [2]

b) La sexualité infantile et le modèle pulsionnel du psychisme

Il faut attendre 1906 et le court écrit *Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses* [3] pour que Freud apporte une explication « officielle » à l'abandon de la théorie de la séduction, sensiblement différente sur plusieurs points de celle développée dans la lettre de 1897 :

- d'abord « un hasard » : celui d'un matériel clinique qui lui aurait fourni « un nombre démesurément élevé de cas dans l'histoire infantile desquels la séduction sexuelle par des adultes ou par d'autres enfants plus âgés jouait le rôle capital. » (p. 116). D'où une surestimation de « …la fréquence de ces incidents (par ailleurs indubitables) ». L'erreur ne tiendrait pas à une erreur d'interprétation du matériel, mais à un matériel trompeur car non représentatif de l'hystérie ;
- ensuite le fait de n'avoir pas été à l'époque en capacité de toujours faire la part des choses entre « les souvenirs illusoires des hystériques concernant leur enfance » et les « traces des événements

[1] J. André (1997) : Préface à *La première théorie des névroses*, Quadrige, PUF, p. XIV.
[2] S. Dreyfus (2005) : Freud, le trauma : culpabilité et détresse, *Le traumatisme psychique*, Monographies de psychanalyse, PUF, Paris, p. 20.
[3] In *Résultats, idées, Problèmes 2*, p. 113-122.

réels» (p. 117) ; ce dont l'on peut déduire que, contrairement à ce qu'il écrivait en 1897, la différence existe et qu'elle peut être cliniquement établie.

L'on doit en déduire que Freud semble avoir tiré deux enseignements de ses premières explorations des souvenirs d'enfance au moyen de sa méthode :

- d'une part les scènes de séduction relatées par les hystériques ne sont pas toujours fiables dans la réalité de leur advenue, et certaines sont plus empreintes de « fantaisies » que d'éléments de réalité. Il écrira plus tard :

> A l'époque où l'on s'attachait surtout à découvrir les traumatismes sexuels de l'enfance, presque toute mes patientes me déclaraient avoir été séduites par leur père. J'en vins finalement à conclure que ces allégations étaient fausses et j'appris ainsi que les symptômes hystériques découlaient non de faits réels mais de fantasmes. [1]

- d'autre part la confirmation malgré tout que la sexualité joue un rôle toujours déterminant dans l'étiologie des névroses ; mais une sexualité **infantile**, n'obéissant pas aux lois de celle des adultes.

Ce sont en 1905 *Les trois essais sur la théorie sexuelle*, qui vont donner leur caractère heuristique à ces deux découvertes avec l'invention de la notion de « sexualité infantile ».
Freud va continuer de s'y appuyer sur ce que l'on peut considérer comme de triptyque fondamental constitutif de la neurotica : le sexuel, l'infantile, le fait d'histoire traumatique, en même temps qu'il va en subvertir tous les termes, dans une approche profondément novatrice.
Les *Trois essais* représentent la réponse de Freud à une question plus ou moins explicite que l'on peut formuler ainsi : par quelles étapes faut-il passer pour, de l'immaturité initiale du nourrisson, accéder à une sexualité adulte orientée vers le coït génital avec l'autre sexe ? Car cet accès ne représente pas l'aboutissement d'une croissance naturelle et ne coïncide pas totalement avec la maturation biologique, du moins cette dernière n'y suffit pas. En outre, il est susceptible de connaître des accidents, des ratés, et deux pathologies au moins en témoignent, quoique dans des logiques sensiblement différentes : les perversions et les névroses. Cet accès à la sexualité génitale tournée vers un objet distinct de lui-même, au fond, ne va pas de soi.
Ce que s'attache alors à démonter Freud est que, chez l'homme, elle passe par la résolution d'un certain nombre de conflits, notamment celui entre le plaisir que le nourrisson découvre pouvoir tirer de son corps et un ensemble d'interdits sociaux attachés à certaines des formes que prend ce plaisir, interdits qui se voient progressivement internalisés par l'enfant.

Cette sexualité infantile n'est donc pas sexuelle au sens de la sexualité adulte : elle est cependant sexuelle, si du moins l'on accepte l'extension sémantique que Freud accorde au terme, dans l'expérience que fait l'enfant du plaisir que sont à même de lui procurer certaines parties de son corps. Cette expérience est contemporaine de la découverte qu'il en opère progressivement et lui fait ressentir certaines parties de celui-ci comme étant sources de plus grands plaisirs que d'autres. Cette exploration s'effectue suivant une chronologie identique d'un enfant à l'autre, car elle est liée

[1] S. Freud (1933) : La féminité, In, S. Freud, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Folio essai, 2009, p. 161.

à la maturation biologique. C'est ce qu'introduit la notion de stade, chacun de ceux-ci correspondant à la découverte d'une source de plaisir inédite à partir d'une zone dite « érogène » nouvelle.
Les caractéristiques de cette sexualité infantile sont, en résumé, au nombre de trois (Lanteri-Laura, 1979) :

- elle est auto-érotique c'est-à-dire que le corps de l'enfant se suffit à lui tout seul pour accéder au plaisir. Si les premières stimulations, comme au stade oral, ont pu venir de l'extérieur, du sein en l'occurrence, le nourrisson peut les reproduire rapidement par autostimulation. Cela vaut aussi pour le stade génital avec la masturbation et le stade anal avec la rétention possible des fèces ;
- elle est an-objectale, ou, comme le dira plus tard Freud, narcissique : elle ne suppose pas un objet extérieur au moi, seul le corps a besoin d'être investi ;
- il n'existe pas de hiérarchie entre les zones, d'où l'idée de « perversion polymorphe » de l'enfant : aucun privilège n'est accordé à l'une des sources de plaisir accessibles aux dépends d'une autre, si bien que toutes se valent.

Une notion devient centrale, celle de « pulsion », qui se distingue de celle d'instinct qualifiant pour Freud un comportement animal héréditairement fixé, caractéristique d'une espèce donnée, préformé dans son déroulement et adapté à son objet. Le terme de pulsion met quant à lui moins l'accent sur une finalité précise que sur une orientation générale, et souligne le caractère irrépressible de la poussée, de la force qu'elle exerce et qui entraine l'organisme dans la recherche d'une satisfaction devant conduire à l'apaisement, selon le principe de constance emprunté à Fechner, principe homéostatique de régulation suivant lequel l'organisme tend à toujours ramener les tensions qui le traversent à un niveau le plus bas possible.
Une vue d'ensemble synthétique de la pulsion sera donnée par Freud en 1915 avec l'article *Pulsion et destin des pulsions*. La pulsion, contrairement à l'instinct, ne se caractérise pas par la fixité de son but et de son objet car elle est susceptible de changer d'objet et de mode de satisfaction. (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 60). La source de l'énergie conduisant à la recherche de la satisfaction est la « libido », équivalent de la faim au plan du sexuel ou de l'amour : un désir en quête de satisfaction qui, de ce fait, engendre une tension. La libido représente la dimension psychique de la pulsion sexuelle, cette dernière ressortissant, elle, au somatique.
Ce modèle pulsionnel se veut rendre compte de conflictualité inhérente à la vie psychique. Celle-ci se trouve toujours soumise à des tensions de par des excitations venant soit de l'intérieur, soit de l'extérieur :

> A côté des excitations externes que le sujet peut fuir ou dont il peut se protéger, il existe des sources internes apportant d'une façon constante un afflux d'excitation auquel l'organisme ne peut échapper et qui est le ressort du fonctionnement de l'appareil psychique.[1]

Il s'agit alors de réduire cet état par la satisfaction de la pulsion activée, en procurant à l'organisme un relâchement de la tension conduisant au plaisir. Le fonctionnement mental ainsi défini obéit à un principe général : le « principe de plaisir ». S'y oppose un autre principe, le « principe de réalité »,

[1] J. Laplanche et B. Pontalis (1987) : *Vocabulaire de la psychanalyse*, p. 360.

principe régulateur des pulsions venues du ça (le terme n'est pas utilisé des *Trois essais* mais son principe y est pour l'essentiel décrit) et qui contraint celles-ci, si nécessaire, à prendre en compte les contraintes extérieures, en particulier sociales. Quant à la nature des pulsions, elle est, dans les Trois essais, de deux ordres : les « pulsions sexuelles » et les « pulsions d'emprise ».

L'on peut dire que c'est de façon dominante le modèle pulsionnel qui constituera dès lors la doctrine de la psychanalyse, reléguant les faits de séduction à un rôle secondaire, quoique jamais nié, dans l'étiologie des névroses [1] :

> Les occasions accidentelles externes acquièrent à cette époque une importance considérable et durable. Au premier plan se trouve l'influence de la séduction qui traite prématurément l'enfant comme un objet sexuel et qui lui fait connaître, en des circonstances propres à l'impressionner, la satisfaction des zones génitales, qu'il est alors le plus souvent contraint de renouveler au moyen de l'onanisme. Ce genre d'influence peut être le fait d'adultes ou bien d'autres enfants ; je ne puis admettre que j'en aie surestimé la fréquence ou l'importance dans mon article de 1896 « L'étiologie de l'hystérie », bien que j'ignorasse encore à l'époque que des individus restés normaux peuvent avoir vécu les mêmes expériences au cours leur enfance et que j'eusse ainsi accordé plus de poids à la séduction qu'aux facteurs de la constitution et du développement sexuel. Il va sans dire qu'il n'est pas besoin de la séduction pour éveiller la vie sexuelle de l'enfant et que cet éveil peut aussi se produire spontanément sous l'effet de causes internes. [2]

C'est un nouveau modèle de la névrose qui ressort de cette vaste construction, car en définissant un ensemble de conditions d'accès à la maturité il permet, par déduction, de penser les différentes modalités de son possible échec :

> L'on peut dire, d'une manière générale, que le passage de la sexualité infantile à la sexualité adulte s'opère normalement lorsque la situation œdipienne aboutit à hiérarchiser les zones érogènes dans la subordination à la zone génitale et à faire découvrir comme objet l'adulte de l'autre sexe ; cette évolution comporte au moins deux possibilités d'erreurs, qui tiennent l'une au problème de la castration, l'autre à la prohibition de l'inceste. [3]

Ainsi, le passage à la sexualité adulte suppose un renoncement à la sexualité infantile, renoncement qui se réalise au travers d'une série de conflits et leur dépassement. Il s'agit bien pour Freud d'un véritable renoncement qui ne va pas de soi, car la sexualité infantile est une indéniable source de plaisirs. Deux risques en résultent donc, opposés, celui des perversions et celui des névroses :

> Le passage vers les perversions se fait, dans la mesure où le sujet n'a pas assez refoulé les tendances à la satisfaction des besoins érotiques partiels de la sexualité infantile et que, finalement, il y est demeuré ; le chemin vers les psycho-névroses, tient, au contraire, à ce que ces mêmes tendances ont été excessivement refoulées et insatisfaites, réapparaissent sous la forme de symptômes névrotiques. Freud aboutit ainsi à un modèle évolutif de la sexualité où trois éventualités sont possibles. Dans le meilleur des cas, les tendances partielles de la sexualité infantile se voient, lors de la période œdipienne, assez refoulées, mais non trop, si bien que plus tard la libido se satisfait dans l'orgasme de l'hétérosexualité adulte. A cette éventualité favorable qui, au bout du compte, définit la normalité, s'opposent deux déviations, symétriques l'une à l'égard de l'autre. Première déviation : les pulsions

[1] Le rôle de ces séductions sera même totalement oublié par beaucoup jusqu'à ce que certains auteurs en réhabilitent l'importance chez Freud lui-même, contre une certaine vision de l'histoire de sa pensée ; nous y reviendrons plus loin.
[2] S Freud (1905) : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, p 117-18.
[3] G. Lanteri-Laura (1979) : *Lecture des perversions*, Masson, Paris, p. 79.

> sexuelles ne sont pas assez refoulées, et vont se satisfaire en élisant l'une d'elles, dont la satisfaction, plus ou moins exclusive, deviendra l'essentiel de la sexualité perverse de l'adulte. Seconde déviation : ces mêmes pulsions se trouveront trop refoulées, elles ne pourront se satisfaire directement, et devront, pour avoir quelque issue, se déguiser en symptômes névrotiques. [1]

Freud distingue ainsi nettement deux questions, celle de l'éveil de la vie sexuelle chez l'enfant et celle des séductions ; et il est maintenant clair pour lui qu'il n'est besoin d'aucune séduction (au sens premier qu'il accordait à ce terme, celui d'attentat) par un adulte pour cela. Et l'on comprend désormais mieux qu'il lui manquait jusqu'à présent un élément essentiel à son édifice théorique, que les séductions devaient, à défaut d'une meilleure explication, bien imparfaitement remplir, à savoir : comment l'enfant accédait à la sexualité adulte. La réponse est par la sexualité infantile, c'est-à-dire la découverte et l'expérience reproductible du plaisir procuré par son corps.

Cette découverte du plaisir suppose certes la maturation mais aussi une autre source externe, dont Freud mentionne pour la première fois l'importance : les soins maternels et leur rôle dans l'éveil des sens chez le nourrisson :

> Le commerce de l'enfant avec la personne qui le soigne est pour lui une source continuelle d'excitation sexuelle et de satisfaction partant des zones érogènes, d'autant plus que cette dernière –qui, en définitive et en règle générale est la mère – fait don à l'enfant de sentiments issus de sa propre vie sexuelle, le caresse, l'embrasse et le berce, et le prend tout à fait clairement comme substitut d'un objet sexuel à part entière. La mère serait probablement effrayée si on lui expliquait qu'avec toutes ses marques de tendresse elle éveille la pulsion sexuelle de son enfant et prépare son intensité future. Elle considère ses actes comme « pur » amour asexuel, puisqu'elle évite soigneusement d'apporter aux parties génitales de l'enfant plus d'excitation qu'il n'est indispensable pour les soins corporels. Mais, comme nous le savons, la pulsion sexuelle n'est pas seulement éveillée par excitation de la zone génitale, et ce que nous appelons tendresse ne manquera pas non plus de faire sentir un jour son action sur la zone génitale. [2]

L'on notera au passage que Freud prend bien garde de différencier les soins maternels de ce qui serait manifestement de l'ordre d'une perversion (au sens commun du terme) de ceux-ci, une forme de « séduction-abus », en l'occurrence une excitation exagérée de la zone génitale à l'occasion des soins corporels.[3]

Cette conception d'ensemble ne cessera dès lors de se retravailler, de s'approfondir, de se réviser également, mais sur des principes généraux qui en sont pour l'essentiel définitivement établis.

Le passage des séductions abusives aux soins maternels va cependant participer, notamment avec la notion de « narcissisme », à orienter la théorie vers une question qui ne recouvre que très partiellement celle de la sexualité infantile pour se porter sur la constitution du Moi et de l'objet.

---

[1] *Ibid.*, p. 79-80.

[2] S. Freud 1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, p. 166.

[3] Ce bain maternel d'amour comme condition d'accès au plaisir, ne va pas sans évoquer ce qui a pu être dit d'une des conditions nécessaires d'acquisition du langage : que l'on parle à l'enfant et que ça parle autour de lui.

c) Les théories sexuelles infantiles et les fantasmes

Ce sont donc maintenant les accidents que peut connaître cet accès, par paliers ou stades, à la sexualité génitale qui sont à l'origine des névroses ainsi que d'autres troubles psychiques survenant à l'âge adulte.
Il en ressort que les événements qui peuvent être responsables de ces ratés s'avèrent infiniment plus complexes que les scènes de séductions mises en exergue par la neurotica ; car c'est dès lors le rapport subjectif de chacun à cette trame maturative générale et à ses exigences successives qui importera. Ce rapport dépendra lui-même de facteurs internes et externes ; car s'il faut une maturation c'est-à-dire le développement progressifs des conditionnements biologiques permettant les acquisitions nécessaires au franchissement des différentes stades de maturation, il faut aussi que l'environnement fournisse à l'enfant les ingrédients nécessaires à ces acquisitions.
Celles-ci ne font en effet pas l'objet d'une acquisition « automatique » et exigent de la part de l'enfant un travail psychique : à mesure qu'il découvre la (sa) réalité humaine et sa complexité, en y accédant par étapes, se posent à lui un ensemble d'énigmes auxquelles il lui faut répondre avec ses acquis psychiques du moment. Ces réponses apparaissent comme des constructions psychiques qui ont une fonction intégrative des nouvelles découvertes.

Parmi celles-ci Freud distinguera ce qu'il dénomme les « fantasmes originaires » dans le texte *Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique* (1915b) dans lequel il écrit : « Ces formations fantasmatiques, celle de l'observation du commerce sexuel des parents, celle de la séduction, de la castration et d'autres, je les appelle fantasmes originaires… » (p.215)
Les facteurs internes deviennent centraux, notamment le rôle de ces fantasmes, productions imaginatives complexes. Ceux-ci s'avèrent être la résultante de ce que la sexualité constitue un organisateur essentiel de la vie psychique et ils sont l'expression des interrogations qui, tout au long de l'ontogenèse, se posent à l'enfant à chaque étape de la maturation. En effet, à mesure qu'il il se forge des figurations ou représentations de ce qu'il présent, mais fait encore énigme pour lui, il élabore diverses théories sexuelles tentant d'en rendre compte.

d) Les révisions du modèle pulsionnel

Le modèle pulsionnel va connaître après les *Trois essais* plusieurs révisions conséquentes que nous allons brièvement examiner (P. Denis, 2000).

A partir de 1910, dans le cadre de la première théorie des pulsions, Freud distingue les pulsions d'auto-conservation (ou pulsions du moi) et les pulsions sexuelles. Cette différenciation en deux types de pulsions était déjà présente dans les *Trois essais* dans lesquels il développait l'idée que la sexualité s'étayait sur d'autres fonctions, celles-là orientées vers la survie individuelle ; ainsi l'oralité trouvait-elle son étayage dans l'activité de nutrition : « la satisfaction de la zone érogène

était associé, au début, à la satisfaction du besoin de nourriture ». C'est ce qu'il soutient en particulier dans l'article de 1910, *Le trouble psychogène de la vision* :

> Nous sommes devenus attentifs à l'importance des pulsions pour la vie représentative ; l'expérience nous a appris que chaque pulsion cherche à s'imposer en donnant vie aux représentations conformes à ses buts. Ces pulsions ne se concilient pas toujours entre elles ; elles entrent souvent en conflit d'intérêts ; les oppositions entre les représentations ne sont que l'expression des combats entre les différentes pulsions. L'indéniable opposition entre les pulsions qui servent la sexualité, l'obtention du plaisir sexuel, et les autres qui ont pour but l'auto-conservation de l'individu, les pulsions du moi, est d'une importance toute particulière pour notre tentative d'explication. Toutes les pulsions organiques qui sont à l'œuvre dans notre âme peuvent être classées, suivant les mots du poète, en « faim » et « amour ». [1]

Ou encore :

> D'une façon générale, ce sont les mêmes organes et les mêmes systèmes d'organes qui sont à la disposition des pulsions sexuelles et des pulsions du moi. Le plaisir sexuel n'est pas seulement rattaché aux organes génitaux : la bouche sert au baiser aussi bien qu'à manger et à communiquer par la parole, les yeux ne perçoivent pas seulement les modifications du monde extérieur importantes pour la conservation de la vie, mais aussi les propriétés des objets par lesquelles ceux-ci sont élevés au rang d'objets du choix amoureux, et qui sont leurs « attraits ». [2]

Outre leur but, l'une des différences que relèvera Freud entre les deux types de pulsions est que les pulsions du moi, ne pouvant se satisfaire que d'un objet réel, obéissent plus rapidement au principe de réalité que les pulsions sexuelles qui peuvent, elles, rester plus longtemps liées au principe de plaisir et se satisfaire fantasmatiquement. C'est d'ailleurs l'une des raisons majeures de l'éclosion d'une névrose que le retard de la pulsion à passer du principe de plaisir au principe de réalité (Laplanche et Pontalis, 1967).

e) Le narcissisme

Cette dualité de la pulsion va s'affirmer plus nettement encore avec le développement de la notion de « narcissisme » dans le texte de 1914, *Pour introduire le narcissisme*.

Le narcissisme est loin de se réduire à une perversion et il constitue « … le complément libidinal à l'égoïsme de la pulsion d'autoconservation, dont une part, à juste titre, attribuée à tout être vivant. » (S. Freud, 1914, p. 82), car Il y est postulé un « investissement originaire libidinal du moi » qui plus tard se tournerait vers des objets externes, mais serait toujours susceptible de revenir au moi.

La question se posera de savoir s'il convient de concevoir deux types de libido, l'une sexuelle, l'autre non sexuelle des pulsions du moi ; ce à quoi Freud répondra par l'affirmative : « Il est nécessaire d'admettre qu'il n'existe pas dès le début, dans l'individu, une unité comparable au moi ; quelque chose, une nouvelle action psychique, doit venir s'ajouter à l'auto-érotisme pour donner forme au narcissisme. » (1914, p.84)

---

[1] S. Freud (1910), In *Névrose, psychose et perversion*, p. 170.
[2] *Ibidem*, p. 171.

D'où un dédoublement des pulsions sexuelles en libido du moi d'un côté, libido d'objet de l'autre, parallèlement aux pulsions d'autoconservation qui continuent d'exister mais de façon beaucoup moins centrale.

Ce dualisme pulsionnel, sur lequel Freud ne cédera jamais, est d'abord étayé par les connaissances apprises de la biologie :

> L'individu, effectivement, mène une double existence : en tant qu'il est lui-même sa propre fin, et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujetti contre sa volonté ou du moins sans l'intervention de celle-ci. Lui-même tient la sexualité pour une de ses fins, tandis qu'une autre perspective nous montre qu'il est un simple appendice de son plasma germinatif à la disposition duquel il met ses forces en échange d'une prime de plaisir, qu'il est le porteur d'une substance – peut-être - immortelle, comme l'aîné de la famille ne détient que temporairement un majorat qui lui survivra. La distinction des pulsions sexuelles et des pulsions du moi ne ferait que refléter cette double fonction de l'individu. [1]

Le modèle pulsionnel a soulevé une question à laquelle la théorie des stades psychosexuels était bien en peine à elle seule de répondre : construit sur l'idée de pulsions partielles étayées sur les besoins pulsionnels, il fallait bien qu'à un moment ces pulsions partielles se mettent sous le primat de la sexualité génitale orientée vers la reproduction dans le cadre d'un choix d'objet : il s'agissait alors de pouvoir rendre compte du passage d'un auto-érotisme à une relation d'objet. Cela supposait un processus d'intégration d'éléments partiels, ainsi qu'une orientation de l'activité passant par autre chose que des besoins internes. D'où l'importance qu'acquiert dès lors la constitution du moi, tout particulièrement à partir de la notion de narcissisme :

- narcissisme primaire d'un côté tenant au fait que «… l'être humain a deux objets sexuels originaires : lui-même et la femme qui lui donne les soins » ;
- narcissisme secondaire, qui résulte du retour sur le moi de la libido jusqu'alors orientée vers des objets.

Ce modèle pulsionnel connaîtra en 1920 une révision conséquente avec l'introduction d'une nouvelle pulsion, la pulsion de mort, les pulsions sexuelles et du moi continuant d'exister et formant ensemble les pulsions de vie.

2.2.2.3. La névrose traumatique revisitée

La névrose traumatique semble ne pas s'être si aisément laissée absorber par le modèle pulsionnel de la névrose, car à partir de 1916 plusieurs publications d'importance s'attachent à son réexamen et à en renouveler la conception.

Ce sont successivement, en 1916 *La 18ième conférence d'introduction à la psychanalyse*, en 1918 *L'introduction à la psychanalyse des névroses de guerre*, mais surtout *Au-delà du principe de plaisir* en 1920.

Or même si, on l'a vu, le développement de la réalité interne n'a jamais totalement aboli chez Freud l'importance des événements externes (ne serait-ce parce qu'un organisme vivant en totale autarcie

[1] S. Freud (1914), Pour introduire le narcissisme, In *La vie sexuelle*, p. 85-86.

est impossible), ce retour à une notion qui semblait dès le début totalement absorbée par l'hystérie ne laisse pas de surprendre. Raison de plus pour s'attacher à en saisir les raisons profondes dans l'évolution de la pensée freudienne car même si l'on peut accorder à la guerre un rôle incontestable dans ce retour au trauma « externe », il fallait bien que celui-ci prenne aussi sens et trouve à s'inscrire dans sa trajectoire intellectuelle, fut-ce au prix de certains réaménagements théoriques.

a) Les névroses de guerre

Nous avons pu analyser plus haut, à propos de la névrose traumatique, les positions des principaux psychanalystes qui, ayant été confrontés directement aux troubles survenus chez les combattants de la première guerre mondiale, furent amenés à entrer dans le débat quant à la nature de ce qu'à la suite d'Honigman l'on dénomma communément les « névroses de guerre » et à l'éventuelle autonomie nosographique à leur accorder.

La publication des actes du colloque de 1918 est l'occasion pour Freud d'aborder la question en détails et de préciser ses vues sur ces troubles dans un cadre dont il réaffirme les axes fondateurs : origine psychogène des symptômes, rôle des motions pulsionnelles inconscientes, rôle de la maladie dans la résolution des conflits inconscients, développement de la technique analytique dans le traitement de ces troubles, dont le succès a été démontré par Simmel.

Mais Freud ne manque pas de relever qu'une partie de la théorie analytique n'a pour l'heure pas été confirmée en ce qui concerne ces névroses, celle selon laquelle la formation des symptômes s'origine dans un « conflit entre le moi et les pulsions sexuelles repoussées par lui » ; outre le fait que « les travaux qui pourraient la confirmer n'ont pas été encore mis en route », il émet l'hypothèse que « peut-être les névroses de guerre sont-elles un matériel tout à fait impropre à cette confirmation ». Il s'attache cependant à explorer les hypothèses que la psychanalyse est en mesure malgré tout de proposer à partir de ses postulats :

> Les névroses de guerre, pour autant qu'elles se distinguent des névroses banales du temps de paix par des propriétés particulières, sont à concevoir comme des névroses traumatiques qui ont été rendues possibles ou ont été favorisées par un conflit du moi. (p. 245)

Quel est la nature du conflit en jeu ?

> Il se joue entre l'ancien moi pacifique et le nouveau moi guerrier du soldat, et devient aigu dès que le moi de paix découvre à quel point il court le risque que la vie lui soit retirée à cause des entreprises aventureuses de son double parasite nouvellement formé. On peut tout aussi bien dire que l'ancien moi se protège par la fuite dans la névrose traumatique du danger menaçant la vie, ou qu'il se défende du nouveau moi reconnu comme mettant sa vie en péril. (p. 247)

Et d'en conclure de façon surprenante que, suivant cette logique, le « milieu de culture » des névroses de guerre serait l'armée nationale, à l'inverse d'une armée de métier ou d'une troupe de mercenaires, qui ne donneraient jamais l'occasion de leur développement puisque leurs membres, étant volontaires, ne sont pas supposés être traversés par ce conflit.

Quant aux névroses traumatiques de temps de paix, il précise qu'elles sont consécutives à des accidents graves ou à un vécu d'effroi et sont « sans le moindre rapport avec un conflit du moi », ce

qui les apparenterait plutôt aux névroses actuelles. Elles échapperaient ainsi à l'étiologie sexuelle des névroses de transfert.

Mais c'est finalement aux névroses narcissiques qu'il les rattache car elles ouvrent à une solution, celle offerte par le concept de « libido narcissique » :

> C'est seulement par l'établissement et le maniement du concept de « libido narcissique », c'est-à-dire d'une quantité d'énergie sexuelle qui est attachée au moi lui-même et s'en rassasie comme elle ne le fait habituellement que de l'objet, qu'on a réussi à étendre la théorie de la libido même aux névroses narcissiques, et ce développement ultérieur tout à fait légitime du concept de sexualité promet de réaliser pour ces névroses plus grave et pour les psychoses tout ce que l'on peut attendre d'une théorie progressant empiriquement par tâtonnements. La névrose traumatique (de paix) s'insérera elle aussi dans cet ensemble une fois que les recherches sur les rapports indubitablement existants entre frayeur, angoisse et libido narcissique seront parvenues à un résultat. [1]

Il ajoute :

> Alors que les névroses traumatiques et les névroses de guerre parlent à tout rompre de l'influence du danger menaçant la vie, et pas du tout ou pas assez clairement de celle de la « frustration d'amour », en revanche toute revendication étiologique du premier de ces facteurs, si puissant là où il apparaît, est absente dans les névroses de transfert habituelles du temps de paix. [2]

En raison de cette différence essentielle, l'on pourrait penser que l'on n'a pas affaire à de véritables névroses, que les « névroses de danger » n'en sont pas véritablement, pas plus que les troubles consécutifs à un effroi. Ce à quoi Freud oppose :

> Dans les névroses traumatiques et les névroses de guerre, le moi de l'homme se défend contre un danger, qui le menace de l'extérieur ou qui, par une modification du moi, va jusqu'à prendre corps pour lui ; dans les névroses de transfert du temps de paix, le moi voit dans sa libido elle-même l'ennemi, dont les revendications lui paraissent menaçantes. Dans les deux cas le moi a peur d'être endommagé : ici par la libido, là par les violences extérieures. Bien plus, on pourrait dire que dans les névroses de guerre, à la différence des névroses traumatiques pures et par rapprochement avec les névroses de transfert, ce qui fait peur, c'est bel et bien un ennemi intérieur. Les difficultés qui font obstacle à une telle conception unifiante ne semblent pas insurmontables ; on peut tout de même à juste titre caractériser le refoulement, qui est à la base de toute névrose, comme une réaction à un traumatisme, comme une névrose traumatique élémentaire. [3]

b) La pulsion de mort ou l'au-delà du principe de plaisir

Les problèmes théoriques soulevés par la question des névroses de guerre semblent avoir réactualisé l'intérêt pour une entité clinique, la névrose traumatique, qui paraissait pourtant avoir été définitivement écartée par sa réduction en 1892 dans la *Communication Préliminaire* à une simple variante de l'hystérie. C'est sur celles-ci que Freud en 1920 fait retour avec un texte qui marque un nouveau tournant dans son œuvre, *Au-delà du principe de plaisir*.

L'écrit s'attache à examiner tout un ensemble de faits qui semblent échapper au moins en partie à ce qu'il considérait comme l'unique principe régissant la vie psychique, le principe de plaisir :

---

[1] Freud S. (1918) : L'introduction à la psychanalyse des névroses de guerre, In S. Freud (1998), *Résultats*, *Idées problèmes*, *tome 1*, PUF, Paris, p. 246.
[2] *Ibidem*, p. 246.
[3] *Ibidem*, p. 247.

> La plus grande part du déplaisir que nous éprouvons est en effet du déplaisir provoqué par des perceptions. Il peut s'agir de la perception de la poussée de pulsions insatisfaites ou bien d'une perception extérieure, qu'elle soit pénible en elle-même ou qu'elle éveille dans l'appareil psychique des attentes déplaisantes et soit reconnue par lui comme « danger ». La réaction à ces revendications pulsionnelles et à ces menaces de danger, réaction dans laquelle se manifeste l'activité propre de l'appareil psychique, peut alors être dirigée de façon correcte par le principe de plaisir ou par le principe de réalité qui vient le modifier. Ainsi n'apparaît-il pas nécessaire d'admettre une limitation importante du principe de plaisir ; et pourtant c'est justement l'étude de la réaction psychique au danger extérieur qui va nous apporter un nouveau matériel et modifier la position de notre problème.[1]

Ainsi posé le cadre général de sa réflexion, Freud en vient aux névroses traumatiques dont il propose véritablement pour la première fois une définition à partir notamment de sa symptomatologie qu'il distingue nettement de celle de l'hystérie. Il écrit :

> A la suite de graves commotions mécaniques, de catastrophes de chemin de fer et d'autres accidents mettant la vie en danger, on voit survenir un état qui a été décrit depuis longtemps et a gardé le nom de « névrose traumatique ». La guerre effroyable qui vient de se terminer a provoqué un grand nombre d'affections de ce type…. Le tableau clinique de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par sa richesse en symptômes moteurs similaires ; mais, en règle générale, il le dépasse par ses signes très prononcés de souffrance subjective, évoquant par là l'hypocondrie et la mélancolie, et par les marques d'un affaiblissement et d'une perturbation bien plus généralisée des fonctions psychiques. [2]

Dans la ligne directe d'Oppenheim, (dont au passage l'on notera qu'il ne mentionne jamais le nom), Freud met l'accent sur le facteur psychique de surprise ou d'effroi (qu'il distingue de l'angoisse et de la peur), par opposition à l'aspect purement physique de la commotion.
Mais ce qui retient tout particulièrement l'attention de Freud, l'on ne s'en étonnera pas, ce sont les caractéristiques si singulières des rêves des « traumatisés », dont la nature contrevient de façon radicale au principe de plaisir :

> L'étude du rêve peut être tenue pour la voie la plus sûre dans l'exploration des processus psychiques des profondeurs. Or la vie onirique des névrosés traumatiques se caractérise en ceci qu'elle ramène sans cesse le malade à la situation de son accident, situation dont il se réveille avec un nouvel effroi. C'est un fait dont on ne s'étonne pas assez. On voit, dans l'insistance de l'expérience traumatique à faire retour même dans le sommeil du malade, une preuve de la force de l'impression qu'elle a produite. Le malade serait, pour ainsi dire, fixé psychiquement au traumatisme. [3]

La nouveauté est qu'il va en faire l'une des manifestations d'une pulsion nouvelle, la « pulsion de répétition », aux côtés du jeu répétitif chez l'enfant, de la « compulsion de destin » et de « certains phénomènes de résistance au traitement psychanalytique des névrosés » attribuables à un « refoulé inconscient » se rejouant dans le cadre du transfert.

Afin de tenter de saisir quelque chose de cette pulsion de répétition, Freud en vient à postuler l'existence d'un système psychique/somatique responsable de la « conscience », dont la

---

[1] Freud S. (1920) : Au-delà du principe de plaisir, In S. Freud (2001) *Essais de psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Paris, p. 54.
[2] *Ibidem*, p. 55.
[3] *Ibidem*, p. 56.

fonction est la perception des excitations provenant du monde extérieur et des sensations de plaisir/déplaisir émanant de l'intérieur de l'appareil psychique.

Ce système, dénommé Cs, consiste en une couche corticale sensible et présente les caractéristiques principales suivantes : d'être à la frontière de l'intérieur et de l'extérieur, d'être tourné vers l'extérieur et d'envelopper les systèmes psychiques internes, et enfin d'être doté d'un système de pare-excitations. Ce dernier consiste en une sorte d'enveloppe protectrice « qui tient l'excitation à l'écart », de sorte que « les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines ». Cette fonction pare-excitatrice « est presque plus importante que la réception d'excitations » car elle protège des énergies excessives et a pour tâche de ne prélever de l'extérieur que la juste quantité d'excitation nécessaire à l'organisme pour en connaître la nature et la direction. L'image d'une vésicule vivante est employée à plusieurs reprises pour illustrer l'ensemble de ce système.

Quant aux excitations internes elles ne sont pas soumises au pare-excitations et consistent en les sensations de plaisir/déplaisir :

> Face à l'extérieur il y a un pare-excitations et les sommes d'excitation qui arrivent n'agiront que dans une mesure réduite ; du côté de l'intérieur, il ne saurait y avoir de pare-excitations, les excitations provenant des couches plus profondes se transmettent directement au système sans subir de diminution, en même temps que certains caractères de leur cours engendrent la gamme des sensations de plaisir/déplaisir. Il est vrai que les excitations internes seront par leur intensité et par d'autres caractères qualitatifs (peut-être par leur amplitude) plus adéquates au mode de travail du système de celles qui affluent du monde extérieur. Mais les deux conséquences décisives de cet état de chose sont : premièrement, la prévalence sur toutes les excitations externes des sensations de plaisir-déplaisir qui servent d'index aux processus intérieurs à l'appareil ; deuxièmement, un comportement dirigé contre les excitations internes susceptibles de produire une trop grande augmentation de déplaisir. De là une tendance à les traiter comme si elles n'agissaient pas de l'intérieur mais de l'extérieur pour pouvoir utiliser contre elles le moyen de défense du pare-excitations. Telle est l'origine de la *projection* qui joue un si grand rôle dans le déterminisme des processus pathologiques. [1]

D'où une première définition du traumatisme, version « névrose traumatique » :

> Nous appelons *traumatiques* les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart, d'ordinaire efficace, des excitations. Un événement comme le traumatisme externe provoquera à coup sûr une grande perturbation dans le fonctionnement énergétique de l'organisme et mettra en mouvement tous les moyens de défense. Mais ici le principe de plaisir est tout d'abord mis hors d'action. Il n'est plus question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitation ; c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitation qui ont pénétré par effraction pour les emmener ensuite à la liquidation. [2]

Quant à la « névrose traumatique commune », elle serait la « conséquence d'une effraction étendue du pare-excitations ». Mais contrairement aux anciennes théories privilégiant comme étiologie le choc mécanique, c'est un facteur purement psychique qui en constitue la cause : « l'effroi ». Et celui-ci « trouve sa condition dans le manque de préparation par l'angoisse ». Dans cette logique, l'angoisse a pour fonction la préparation des systèmes récepteurs de l'excitation, et une effraction

[1] *Ibidem*, p. 77-78.
[2] *Ibidem*, p. 78.

est d'autant plus possible que ces systèmes n'auront pas été préparés ; cependant précise-t-il, « à partir d'une certaine force du traumatisme, ce facteur cesse il est vrai, de compter. »
Il en ressort une hypothèse sur la fonction des rêves dans ces névroses :

> Nous pouvons admettre que par leur caractère répétitif ils se mettent à la disposition d'une autre tâche qui doit être accomplie avant que la domination du principe de plaisir puisse commencer. Ces rêves ont pour but la maîtrise rétroactive de l'excitation sous développement d'angoisse, cette angoisse dont l'omission a été la cause de la névrose traumatique. [1]

Et il ajoute : « ils nous ouvrent ainsi une perspective sur une fonction de l'appareil psychique qui, sans contredire le principe de plaisir, est pourtant indépendante de lui et semble plus originaire que la recherche du gain de plaisir et l'évitement du déplaisir. » (p. 82). Il précisera ailleurs :

> Dans les deux cas, le moi a peur d'être endommagé : ici par la libido, là par les violences extérieures. Bien plus, on pourrait dire que dans les névroses de guerre, à la différence des névroses traumatiques pures et par rapprochement avec les névroses de transfert, ce qui fait peur, c'est bel et bien un ennemi intérieur. [2]

Ce qui autorise cette unification, « c'est ce qui est à la base de toute névrose, à savoir le refoulement » (J.-P. Dreyfus, 1974). Et précisément pour Freud, le refoulement peut être caractérisé comme une réaction à un traumatisme, comme une « névrose traumatique élémentaire ».

2.2.2.4. De la détresse du nourrisson à l'angoisse de castration

a) Angoisse signal et angoisse de castration

Inhibition, symptôme angoisse de 1926 est l'occasion de nouvelles remarques sur la névrose traumatique à partir de la théorie de l'angoisse qui y est développée, dans le prolongement des chemins ouverts par *Au-delà.*
Malgré son titre en triptyque, le texte traite essentiellement de l'angoisse et il faut, nous dit J. André 1993, p. XI), en revenir à 1895 et aux premières conceptions de celle-ci pour prendre la pleine mesure de ce qui s'y donne ici de nouveau, mais aussi des difficultés auxquelles se heurte Freud pour en proposer une conception tout à fait cohérente.
Ce premier modèle, nous l'avons mentionné plus haut, traitait de l'angoisse comme d'une sorte de reliquat toxique d'une quantité de libido inutilisée. Cependant, un second modèle de l'angoisse s'y trouvait lié, celui contenu dans la notion de névrose d'angoisse où le refoulement, comme dans les névroses de transfert, écarte hors de la conscience les représentations incompatibles avec les exigences du système conscient en les séparant de l'affect associé. L'angoisse y est alors la manifestation de cette déliaison de l'affect. L'exemple même en est la phobie, telle celle dont souffre

[1] *Ibidem*, p. 81.
[2] S. Freud *Résultats, idées, Problèmes 2*, p. 247.

le petit Hans, « où la réalité intervient du côté de ce qui circonscrit l'angoisse et non de ce qui lui donne naissance » (J. André, 1993, p VIII).
Mais, note encore J. André, un doute se fait jour dès 1897 dans un lettre du 14 novembre adressée à Fliess, dans laquelle Freud écrit : « J'ai décidé de considérer séparément les facteurs déterminant la libido et ceux qui provoquent l'angoisse » (S. Freud, 1956, p. 207) ; car le problème sur lequel butte Freud est celui de savoir comment la libido peut se transformer en angoisse.

Deux grandes interrogations, dont les origines, on le voit, sont lointaines, traversent ainsi *Inhibition, symptôme et angoisse*, celle des liens entre libido et angoisse et celle de l'origine interne ou externe du danger. Et sur ces deux points les réponses apportées semblent prendre à contre-pied les positions jusqu'à présent soutenues :

a) Renversant le rapport entre angoisse et libido refoulée tel qu'il le concevait jusqu'alors, c'est maintenant l'angoisse qui est à l'origine du refoulement et non plus l'inverse. Il y écrit ainsi : « Il est plus exact de dire que les symptômes sont créés pour éviter la situation de danger qui est signalée par le développement d'angoisse. » (S. Freud, 1925, p. 43)

b) Le danger externe jusqu'alors considéré comme l'émanation d'un danger interne d'origine pulsionnelle laisse place dans un second temps à l'idée d'une angoisse comme réaction adaptative aux dangers extérieurs. Il reprend là en grande partie une hypothèse, déjà soulevée mais immédiatement récusée en 1916 dans la XXVième leçon d'introduction à la psychanalyse, selon laquelle l'angoisse pouvait être une réaction adaptée face à un danger externe réel et pouvait être alors rattachée à l'instinct de conservation. C'est « l'angoisse signal » : « L'angoisse fit son apparition comme réaction à un état de danger, elle est maintenant régulièrement reproduite quand un tel état s'installe à nouveau » (S. Freud, 1925, p. 47).

D'où la conclusion qu'il existe deux types situations à l'origine possible de la survenue d'angoisse : l'une initiale face à un danger inconnu et immédiat, qui peut être inappropriée et constituer une réaction inadaptée à la situation ; l'autre visant à signaler et prévenir la survenue d'un danger déjà connu.

L'interrogation majeure qui fait suite à cette série de réflexions est celle de définir le danger ou la forme de danger en cause. Elle est l'occasion pour Freud de s'opposer de façon détaillée à la thèse d'O. Rank selon laquelle ce serait le « traumatisme de la naissance » qui constituerait la matrice expérientielle de tous les dangers et se verrait réactivée dans les traumatismes ultérieurs. L'argument que Freud oppose à cette thèse est de remarquer que si la naissance constitue bien un moment de danger, « le danger de la naissance n'a encore aucun contenu psychique » (1925, p. 48) ; il ne saurait donc tenir une telle place dans la construction du psychisme. Et, pour cette raison, ce traumatisme originaire ne peut être que la perte d'objet :

> L'angoisse apparaît donc comme une réaction à l'absence éprouvée de l'objet et il s'impose à nous comme analogies que l'angoisse de castration a aussi pour contenu la séparation d'avec un objet

> hautement estimé et que l'angoisse la plus originelle (l' « angoisse originaire » de la naissance) fit son apparition lors de la séparation d'avec la mère. [1]

Tout danger renvoie donc toujours peu ou prou au danger de castration et sa forme manifeste en représente un dérivé plus ou moins direct (ayant lui-même subi l'œuvre de différents processus défensifs de telle sorte qui sa signification ne soit plus accessible). Freud n'écrit-il pas plus haut : « C'est aussi un triomphe complet du refoulement que, dans l'énoncé de la phobie, rien ne fasse plus allusion à la castration » (1925, p. 24). L'angoisse serait donc toujours un réveil de l'angoisse de castration. Mais la réponse est moins assurée qu'elle ne le semble et la réponse finale qu'apportera Freud à ce point théorique majeur serait à trouver, selon J. André, en 1933 dans la XXXIIième conférence, *Angoisse et vie pulsionnelle*. Lisons J. André :

> Quelle est au bout du compte la « chose dangereuse redoutée », quel est l'objet de l'angoisse ? L'insistance sur la nature extérieure du danger porterait à conclure qu'il s'agit d'un dommage objectif infligé à l'individu. L'expérience clinique de l'angoisse montre qu'il n'en est rien. Ce qui est redouté est un dommage psychique, *interne* donc, : « Un état d'excitation et de tension qui est ressenti comme déplaisir et dont on ne peut se rendre maître par une décharge » (p. 127) Si l'on nomme « facteur traumatique » un tel état, nous en arrivons à ce que l'on peut considérer comme l'ultime formulation de Freud sur la question : « Ce qui est redouté, l'objet de l'angoisse, est, à chaque fois, l'apparition d'un facteur traumatique qui ne peut pas être liquidé selon la norme du principe de plaisir. [2]

Car Freud y a écrit :

> Seuls les refoulements plus tardifs font apparaître le mécanisme que nous avons décrit, où l'angoisse est éveillée comme signal d'une ancienne situation de danger ; les premiers refoulements, les refoulements originaires se constituent directement à la rencontre du moi avec une revendication libidinale excessive, issue de facteurs traumatiques… Mais je ne vois pas d'objection à une double origine de l'angoisse, tantôt comme conséquence directe du facteur traumatique, tantôt comme signal indiquant qu'il y a menace de réapparition d'un tel facteur. [3]

Mais l'on peut aussi concevoir que cette théorie de l'angoisse est un prolongement d' *Au-delà,* au sens où il y avait défini les conditions du trauma comme un défaut de préparation par l'angoisse du pare-excitations à l'afflux d'excitation. Là réside toute la différence avec la castration, en tant qu'elle est un fantasme originaire c'est-à-dire une scène qui forme un système de représentation venant donner sens aux événements.

Ajoutons que la névrose traumatique fera encore l'objet, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, d'une brève mais significative mention :

> Si l'angoisse est la réaction au danger, on est porté à concevoir la névrose traumatique, qui se rattache si fréquemment à un danger pour la vie, auquel l'on a survécu, comme une conséquence directe de l'angoisse pour la vie ou angoisse de mort, avec mise à l'écart des relations de dépendance du moi et de la castration. C'est bien ce qui s'est produit avec la plupart des observateurs des névroses traumatiques de la dernière guerre, et il a été triomphalement annoncé que la preuve était

---

[1] Freud S. (1925) : *Inhibition, symptôme et angoisse*, Quadrige PUF, 6ième éd., Paris, p. 50.
[2] J André (1993), *op.cit.*, p. XI.
[3] S. Freud (1933) : Angoisse et vie pulsionnelle, In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Folio Essais, Paris, 1984, p. 128.

> maintenant apportée qu'une mise en danger de la pulsion d'autoconservation pouvait engendrer une névrose sans la moindre participation de la sexualité et sans prise en considération des hypothèses compliquées de la psychanalyse… D'après tout ce que nous savons de la structure des névroses plus simples de la vie quotidienne, il est très invraisemblable qu'une névrose puisse se produire par le seul fait objectif de la mise en danger, sans la participation des strates plus profondes inconscientes de l'appareil animique. [1]

Et il ajoute que l'angoisse de mort n'ayant dans le psychisme aucun contenu susceptible d'offrir une représentation à l' « anéantissement de la vie » (il écrit : « mais quelque chose de semblable à la mort n'a jamais été vécu ou n'a laissé, comme l'évanouissement (de l'objet) aucune trace. » (1925, p. 44)), cette angoisse de mort n'est qu'un « analogon de l'angoisse de castration ». D'où le fait que la réaction soit réaction au danger interne pour le moi d'être abandonné par « le sur-moi protecteur - les puissances du destin-, par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers » (1925, p. 44). Partant, l'afflux d'excitations, du fait du débordement du pare-excitations, ne serait finalement qu'un cas de figure, parmi d'autres possibles, d'un levée des conditions protectrices ayant jusqu'alors protégé le moi d'un afflux d'angoisse : un réveil brutal de l'angoisse de castration.

Le moindre des paradoxes n'est pas ici que Freud, tout au long d'*Inhibition, symptôme et angoisse* ne cesse d'insister sur l'origine externe de l'angoisse de castration - la crainte de la castration par le père-, en même temps qu'elle se trouve toujours appréhendée comme danger de pulsion soit, si l'on a bien compris : c'est bien face au risque de céder à une poussée pulsionnelle, ou face à la levée de ce qui en protège le sujet (par exemple une phobie), que le sur-moi adresse au moi un signal d'angoisse qui n'est, *in fine*, que la réactivation ou le rappel de l'angoisse de castration. Peu importe que la poussée vienne de l'intérieur ou que, par des circonstances externes particulières, la elle se trouve activée, ou encore que d'autres circonstances viennent mettre en péril les conditions protectrices mises en œuvre. L'externalisation du danger appartient aux différents modes de formation du symptôme, comme la régression ou la substitution. Il semble finalement que son long développement sur le rôle de l'angoisse dans la formation de symptôme l'ait convaincu du caractère« ordinaire » (pour une névrose) de la névrose traumatique, et ait scellé l'abandon de la pulsion de mort.

Celle-ci, pourtant, ne cessera de préoccuper Freud et comme une preuve ultime de ce que la question de son statut nosographique n'est pour lui toujours pas résolue de façon satisfaisante, dans *L'Abrégé de Psychanalyse*, commencé en 1938, jamais achevé et publié à titre posthume en 1946, il y fait une très brève mais significative référence, dans un chapitre consacré à une réflexion d'ensemble sur l'étiologie des névroses :

> En ce qui concerne la période de vie, nous pouvons nous prononcer avec assez d'assurance. I l semble que les névroses ne s'acquièrent qu'au cours de la prime enfance (jusqu'à l'âge de 6 ans), bien que leurs symptômes puissent être bien plus tardifs. La névrose infantile se manifeste quelquefois pendant un temps assez court ou peut même passer inaperçue ; La névrose ultérieure a, en tout cas, son prologue dans l'enfance. Il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques (déclenchées par une frayeur trop intense ou des chocs somatiques graves tels que collision de trains, explosions, etc.)

[1] Freud S. (1925) : *Inhibition, symptôme et angoisse*, Quadrige PUF, 6ième éd., Paris, p. 43.

> constituent une exception, toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations. [1]

b) Des traumatismes positifs ?

Freud reviendra encore en 1939, dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, sur le rôle respectif de la constitution et des événements infantiles dans l'étiologie des névroses. Il y réaffirme la nature quantitative du traumatisme (« une impression ou plusieurs impressions fortes qui se sont soustraites à une liquidation normale » (1939, p. 159) et sa relativité au regard de la constitution du sujet :

> Si l'on peut admettre que l'expérience n'acquiert le caractère traumatique que par suite d'un facteur quantitatif, que par conséquent la faute incombe dans tous les cas au fait qu'il a été trop exigé du psychisme lorsque l'expérience provoque des réactions inhabituelle, pathologiques, on peut en arriver facilement à la conclusion qu'un événement agit comme un traumatisme sur telle constitution et n'aurait pas un tel effet sur telle autre. [2]

Il y reprécise les caractéristiques principales de ces événements : survenu dans les 5 premières années, oubliés, à contenu sexuel-agressif car se rattachant « à des impressions de nature sexuelle et agressive, certainement aussi à des atteintes précoces du moi ».

Mais l'apport novateur du texte est ailleurs, dans l'affirmation qu'il existe deux types d'effets possibles d'un traumatisme, les uns positifs, les autres négatifs :

> Les premiers sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition, même si ce ne fut qu'une relation affective antérieure, pour la faire revivre dans une relation analogue à une autre personne. On réunit ces efforts sous le nom de *fixations* au traumatisme et de *contrainte de répétition*… [3]

Quant aux traumatismes dits négatifs, il précise :

> Les réactions négatives tendent au but opposé : à ce qu'aucun des traumatismes oubliés ne puisse être remémoré ni répété. Nous pouvons les réunir sous le nom de *réactions de défense*. Leur expression principale est ce qu'on nomme les *évitements*, qui peuvent s'aggraver en devenant des *inhibitions* ou des *phobies*. [4]

Des lectures sans doute trop hâtives ont fait assimiler le qualificatif de positif à des effets bénéfiques des traumatismes infantiles et dans celui de négatif à leurs effets pathogènes, alors qu'il semble plus en accord avec le texte freudien d'y voir :

- dans les premières des réactions actives d'essais d'élaboration des traumas infantiles, mais qui restent malgré tout marquées par ceux-ci, car Freud ne les conçoit que dans le cadre de névroses

---

[1] S. Freud (1946) : Abrégé de Psychanalyse, PUF, 1975, 8ième éd., p. 54.
[2] Freud S. (1939) : *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Folio essais, 2007, Paris, p. 160.
[3] *Ibidem*, p. 163.
[4] *Ibidem*, p. 163.

constituées et en fait des modalités de « fixations au traumatisme et de contrainte de répétition » (p. 163) ;

- dans les secondes des réactions purement défensives (« des « défenses de réaction »), s'opposant aux première et qui « tendent au but opposé », à savoir « qu'aucun élément des traumatismes oubliés ne puisse être remémoré ni répété » » (p. 163).

Il faudrait sans doute alors mieux y voir deux tendances opposées conduisant à des formations de compromis et obéissant au même « caractère de contrainte » propre à toute névrose :

> Les symptômes de la névrose au sens étroit sont des formations de compromis dans lesquelles se réunissent les deux sortes de tendances issues des traumatismes, de manière que tantôt la part d'une orientation, tantôt la part de l'autre trouve en eux une expression prépondérante. Cette opposition de réaction crée des conflits qui, en règle générale, ne peuvent parvenir à aucune conclusion.[1]

Conclusion : le polymorphisme de la notion de trauma chez Freud

Cet historique du concept de traumatisme chez Freud laisse apparaître la pluralité des constructions auxquelles il a donné lieu, de la neurotica à la notion de traumas positifs dans *L'Homme Moïse*.

LE POLYMORPHISME DE LA NOTION DE TRAUMA CHEZ FREUD

	Affect		**Processus**	**Mécanisme étiologique**
Trauma hystérique	Angoisse	Stades de maturation psychosexuelle	Levée du refoulé	Processus d'après-coup
Trama obsessionnel				
Trauma « traumatique »	Effroi	Système Cs Moi/non Moi	Réveil de la pulsion de mort	Débordement du pare-excitations
Trauma narcissique	Détresse	Castration	Activation de l'angoisse de castration	Défaut d'angoisse signal

Deux lectures en sont possibles : ou bien comme une série de transformations tenant à l'évolution de la pensée, ou bien comme un concept fondamentalement polysémique, recouvrant un ensemble d'objets et de constructions hétérogènes.

[1] *Ibidem*, p. 164.

Dans la première occurrence, les conceptions du trauma se substituent les unes aux autres, la suivante annulant la précédente : il y s'agit d'une seule et même réalité clinique et métapsychologique remaniée à mesure que le modèle général du psychisme s'approfondit et se complexifie.
Dans la seconde, chaque grand temps d'élaboration est un temps de saisie d'une nouvelle problématique qui ne recouvre que partiellement la précédente, sans l'annuler. Il faut alors penser autant de traumas qu'il en est de problématiques : trauma névrotique, trauma traumatique, trauma narcissique, traumas primaires tenant à l'accès du sujet à une nouvelle dimension structurale.
Nous aurons à revenir dans la partie suivante sur cette seconde hypothèse pour la développer.

2.2.3. Sandor FERENCZI : de l'hystérie à la confusion de langue[1].

PLAN :

2.2.3.1. De la clinique avant toute chose…

2.2.3.2. Une étiologie traumatique

2.2.3.3. La clinique en deux temps du traumatisme chez Ferenczi
a) La commotion
b) Une clinique de la survie psychique

2.2.3.4. La traumato-analyse

Psychiatre d'origine hongroise né en 1873, Sandor Ferenczi est expert à la cour d'assises de Budapest quand il se lie dès 1906 avec Sigmund Freud, convaincu de la nouveauté et de la prééminence de la psychanalyse sur la psychologie et la psychiatrie classique dans la compréhension et le traitement des troubles mentaux. Il en assimile rapidement les fondements et publie très tôt des travaux cliniques et théoriques de référence. Il fonde en outre avec S. Freud la *Société Internationale de Psychanalyse* dont il sera membre jusqu'à sa mort en 1933.
Sa réputation de clinicien fut telle que nombre de ses collègues, y compris étrangers, n'hésitaient pas à lui adresser les patients les plus difficiles, pour lesquelles la méthode analytique classique s'avérait inefficace.

Avec pour arrière-plan des enjeux transférentiels/contre-transférentiels jamais résolus (Freud le prit en analyse pendant quelques semaines et se refusa par la suite aux demandes réitérées de Ferenczi de reprendre celle-ci), ses relations avec Freud ont fait l'objet de plusieurs études approfondies (P. Sabourin, 1985 ; T. Bokanowski, 1988)) et nous nous contenterons de relever qu'il en fut successivement l'ami, le collaborateur le plus brillant et pendant longtemps le plus proche, puis l'objet de son incompréhension croissante et de son rejet pour, après sa disparition, redevenir

[1] Ce chapitre doit beaucoup aux analyses de P. Sabourin (1985, 1990, 1999, 2004, 2005).

une sorte d'interlocuteur intellectuel imaginaire auquel certains textes freudiens semblent continuer de s'adresser.

La rupture entre les deux hommes se fit tardivement sur fond de désaccords croissants concernant les aménagements techniques introduits par Ferenczi dans la cure (voir notamment Bokanowski, 1988), puis sur la fin de sa vie à propos de la réintégration du rôle de la séduction dans l'étiologie de certaines névroses, réintroduction dans laquelle Freud ne sut voir qu'une régression inacceptable à une étiologie dont il estimait avoir depuis longtemps définitivement récusé la valeur.

Le contenu de son intervention au XIIIème Congrès international de Psychanalyse de Wiesbaden en septembre 1932 signe la rupture définitive avec son maître et ami. Celle-ci, intitulée initialement *Les passions des adultes et leur influence sur le développement du caractère et de la sexualité de l'enfant*[1], fut lue par Ferenczi peu avant le congrès à Freud, qui lui déconseilla instamment de la présenter. Ferenczi n'en tint pas compte, sa conférence reçut un accueil glacé de l'auditoire et dans une lettre en forme de rupture datée du 2 octobre 1932, Freud lui exprima toute la profondeur de son désaccord :

> Je ne crois plus que vous allez vous corriger comme je me suis corrigé une génération plus tôt…Depuis deux ans, vous vous êtes systématiquement éloigné de moi… Je pense être objectivement en mesure de vous montrer l'erreur théorique dans votre construction, mais à quoi bon ? Je suis convaincu que vous êtres inaccessible à toute remise en question. [2]

Et dans le même temps il écrivait à Anna Freud :

> Je l'écoutais, choqué. Le processus de régression où il est engagé le porte à entretenir les vues d'une étiologie à laquelle j'ai cru, mais que j'ai abandonnée il y a trente-cinq ans : à savoir que les névroses sont couramment causées par des traumatismes sexuels subis dans l'enfance. [3]

Dès lors, Ferenczi fut mis au ban de la société psychanalytique au point qu'Ernest Jones ira jusqu'à laisser entendre qu'il devint fou sur la fin de sa vie, ce que récusèrent toujours avec fermeté ses proches, dont son exécuteur testamentaire, M. Balint.

Auteur d'une œuvre foisonnante abordant une très grande diversité de thèmes, nous nous intéresserons principalement ici aux écrits ayant trait à la question du traumatisme dont il développa dans les dernières années de sa vie une conception profondément novatrice, contrairement à ce qu'en comprirent ses contemporains. Il faudra attendre, nous le verrons plus loin, les travaux psychanalytiques des années 1970-80 autour des états-limites et des limites de la cure classique pour qu'il soit reconnu (par certains tout au moins) comme un grand précurseur et que ses travaux ne fassent référence dans de nombreux domaines, notamment celui du trauma.

---

[1] Elle fut publiée dans Psychanalyse IV sous le titre *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. *Le langage de la tendresse et de la passion*. Réédition : Ferenczi S. (2004) : *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Petite bibliothèque Paris, Payot.

[2] In Peter Gay, *Freud, une vie*, Paris, Hachette, 1988, p. 336, cité par S. Korff-Sausse, Ferenczi pionnier méconnu, Préface à *Le traumatisme*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 17.

[3] *Ibidem*, p. 18.

2.2.3.1. De la clinique avant toute chose…

Entamons notre étude par le texte le plus achevé de Ferenczi sur la question, *la Confusion de langue* et par la façon dont il met en perspective ses propos, exemplaire de la préoccupation clinique qui caractérise son abord de la question du traumatisme.

C'est par un long préambule relatif aux conditions d'écoute offertes par les analystes à leurs patients, et aux effets transférentiels en retour dont elles sont responsables, que Ferenczi introduit le lecteur à la *Confusion de langue*. Car le problème qui se pose avant tout à lui est l'un de ceux qui, à partir de 1920, devient important, celui des impasses thérapeutiques (« certains échecs ou résultats thérapeutiques incomplets » écrit Ferenczi), de la compréhension de leurs causes, et de leur dépassement, à l'opposé d'une réponse d'autant plus confortable qu'elle est trop communément admise, la résistance du patient, il s'agit de s'interroger sans relâche sur la position d'analyste en tant qu'elle favorise le processus de guérison, ou au contraire y fait obstacle. Il s'agit principalement :

- de ce que Ferenczi dénomme « l'hypocrisie professionnelle » du psychanalyste : pseudo empathie, toute-puissance sous la forme de certitudes quant à son savoir et sa technique, froideur, indifférence à la souffrance, affects négatifs déniés...
- de la prise en compte insuffisante par l'analyste des affects négatifs éprouvés par les patients à son égard, y compris et surtout lorsque ceux-ci se cachent derrière une acceptation par trop compliante des interprétations proposées, non prise en compte qui rend leur expression impossible et participe à maintenir le patient en état de dépendance passive...
- la réticence à mettre en cause des modèles explicatifs bien trop rapidement admis comme définitivement acquis, contre certaines évidences cliniques.

Ainsi pouvait-il écrire :

> Des formules telles que « la résistance du patient est insurmontable » ou « le narcissisme ne permet pas d'approfondir ce cas plus avant » ou même la résignation fataliste face au soi-disant enlisement d'un cas, sont restées pour moi inadmissibles. J'ai pensé que tant que le patient continue à venir, le fil de l'espoir n'est pas rompu. Je devais donc sans cesse me poser la question : est-ce que la cause de l'échec est toujours la résistance du patient, n'est-ce pas plutôt notre propre confort qui dédaigne de s'adapter aux particularités de la personne elle-même, sur le plan de la méthode ? [1]

Là réside la justification des nombreux aménagements que n'a cessé de rechercher et d'apporter Ferenczi à la technique analytique classique, contre l'enlisement de la cure, contre la répétition imputable non au patient, mais à des méthodes et des comportements inappropriés :

> L'attente froide et muette, ainsi que l'absence de réaction de l'analyste, paraissent alors souvent jouer dans le sens d'une perturbation de la liberté d'associations. Dès que le patient se trouve disposé à tout livrer en s'abandonnant réellement, à dire tout ce qui se passe en lui, il émerge soudain de son état, en sursaut, et se plaint qu'il lui est vraiment impossible de prendre au sérieux ses mouvements intérieurs quand il me sait tranquillement assis derrière lui, fumant ma cigarette et réagissant, tout au plus indifférent et froid, par la question stéréotypée : « Qu'est-ce qui vous vient à ce propos ? » Alors j'ai pensé qu'il devait y avoir des moyens d'éliminer cette perturbation des associations pour fournir

[1] Ferenczi S. (1931) : Analyses d'enfants avec des adultes, In S. Ferenczi (1990), *Psychanalyse IV*, Payot, 1990, Paris, p. 100.

> au patient l'occasion de déployer plus largement sa tendance à la répétition, tendance qui lutte pour arriver à percer. Mais il m'a fallu pas mal de temps pour recevoir, une fois de plus des patients eux-mêmes, les premiers encouragements quant à la manière d'y parvenir. [1]

Toutes ses innovations techniques trouvent là leur source et leur justification éthique : l'analyse réciproque dont il découvre les principes à l'occasion d'une prise en charge particulièrement difficile, puis ses limites quand il tente d'en faire une règle générale, la reconnaissance explicite par l'analyste de ses erreurs, l'invitation faite au patient d'exprimer plus librement des affects négatifs vis-à-vis de son analyste, la relaxation conduisant à l'état de transe, la trauma analyse enfin. Ce qui importe, c'est que chacun de ces aménagements techniques, souvent suggérés par le patient lui-même, engendrent des effets sensiblement positifs sur le déroulement du processus analytique[2].

La portée de certains d'entre eux va dépasser le cadre de quelques cas isolés pour atteindre à celle d'un principe bien plus général et déboucher sur l'expression devenue possible chez un nombre conséquent de patients d'un matériel jusqu'alors inaccessible :

> D'avoir trouvé et résolu ce problème purement technique m'ouvrit accès à un matériel caché, ou auquel jusqu'ici on avait attaché bien peu d'attention. [3]

Ce que Ferenczi découvre c'est que les phénomènes transférentiels/contre-transférentiels en jeu constituaient à l'insu de l'analyste une véritable duplication/reproduction de certaines des conditions très particulières faites au patient dans son enfance :

> La situation analytique, cette froide réserve, l'hypocrisie professionnelle et l'antipathie à l'égard du patient qui se dissimule derrière elle, et que le malade ressent de tous ses membres, ne diffère pas essentiellement de l'état des choses qui autrefois, c'est-à-dire dans l'enfance, l'avait rendu malade. [4]

Ou encore :

> Si cette bienveillance vient à manquer, il se trouve seul et abandonné dans la plus profonde détresse, c'est-à-dire justement dans la même situation insupportable qui, à un certain moment, l'a conduit au clivage psychique, et finalement à la maladie. Il n'est pas étonnant que le patient ne puisse faire autrement que de répéter exactement, comme lors de l'installation de la maladie, la formation des symptômes déclenchés par commotion psychique. [5]

Ainsi la prise en compte des impasses thérapeutiques sous forme de modifications dans la conduite de l'analyse (à la différence des interprétations portant sur les résistances) rend possible l'émergence et l'expression de ce qui faisait, à l'insu de l'un et de l'autre, l'objet d'une répétition.

---

[1] *Ibidem*, p. 101.

[2] L'on ne peut pas ne pas penser ici à Emmy Von N… reprochant à Freud de toujours la questionner et lui demandant de la laisser parler ; ne lui offrit-elle pas l'occasion d'une première expérience de ce qui deviendra la règle du silence ? (C. Lalanne : Les corps professionnels au risque du thérapeutique : la création d'espaces vides, *Espace Libre*, mai 1987, vol. III, N° 1, p. 17).

[3] S. Ferenczi (2004) : *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 38.

[4] *Ibidem*

[5] *Ibidem*, p. 40-41.

> La question qui se pose dans la situation analytique est celle d'un transfert particulier auquel l'analyste doit éviter de répondre inconsciemment de façon symétrique par un transfert confirmant la réalité de celui de l'analysant. L'enjeu de la répétition est certes le trauma, mais, dans le propos de Ferenczi, il s'agit de discerner que l'un des aspects du trauma est le clivage : c'est à la présence d'un clivage ou d'un déni chez l'analyste que tient la portée traumatique de la répétition dans le transfert et, plus précisément, à la discordance entre l'attitude de l'analyste à l'égard de l'analysant et ce qu'il lui dit/ne dit pas, une discordance que l'analysant ne peut pas ne pas sentir. [1]

Or ce sont les dispositions générales communément admises de la cure qui semblent faire obstacle chez certains patients à l'expression d'un matériel significatif, et participer à la perpétuation de celle-ci. D'où l'accent mis en premier lieu, non sur la résistance du patient, mais sur les productions contre-transférentielles de l'analyste dans lesquelles il inclut non seulement ses affects et ses contre attitudes à l'égard de celui-ci, mais également sa technique et son cadre.

C'est ainsi que progressivement Ferenczi découvre les différentes figures de la répétition ainsi que les moyens d'y offrir une alternative, chaque étape semblant représenter à la fois une ouverture sur du nouveau matériel et une nouvelle impasse à dépasser, mais toujours dans le sens positif d'une « élévation » dans la compréhension des motifs de la répétition.

Trois registres d'élaboration évoluent ainsi conjointement, se répondant et s'enrichissant les uns les autres de leurs avancées respectives : l'étiologie des troubles, la clinique du traumatisme décomposée en deux volets (la commotion et les stratégies de survie), les aménagements techniques ou l'invention de la « traumato-analyse ».

2.2.3.2. Une étiologie traumatique

Il n'est pas surprenant que Freud et ses contemporains, à l'écoute de la conférence de Ferenczi au Congrès de Budapest, aient eu le sentiment d'une véritable régression à la théorie de la séduction abandonnée déjà depuis longtemps au profit d'une conception de la névrose comme résultant d'un conflit psychique. Ferenczi lui-même n'affirmait-t-il entendre remédier à la trop grande négligence par les psychanalystes de « l'origine extérieure de la formation du caractère et de la névrose », à savoir du facteur traumatique ?

A quelques différences près l'on croit ainsi replonger dans les années 1895-97 avec les descriptions d'abus sexuels perpétrés sur des enfants et dont Freud croyait alors qu'ils constituaient l'étiologie principale des névroses dites de transfert. Ainsi Ferenczi écrit-il :

> J'ai pu, tout d'abord, confirmer l'hypothèse déjà énoncée qu'on ne pourra jamais insister assez sur l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. Même des enfants appartenant à des familles honorables et de tradition puritaine sont, plus souvent qu'on n'osait le penser, les victimes de violences et de viols. Ce sont, soit les parents eux-mêmes qui cherchent un substitut à leurs insatisfactions, de cette façon pathologique, soit des personnes de confiance, membres de la famille (oncles, tantes, grands-parents), les précepteurs ou le personnel domestique qui abusent de l'ignorance et de l'innocence des enfants. L'objection, à savoir qu'il s'agissait des fantasmes de l'enfant lui-même, c'est-à-dire de mensonges hystériques, perd

[1] P. Herlem (2009), Séductions et traumatismes, *Topique*, 4, p. 201.

> malheureusement de sa force, par suite du nombre considérable de patients, en analyse, qui avouent eux-mêmes des voies de fait sur des enfants. [1]

Il n'y a chez Ferenczi aucune ambiguïté quant au caractère de réalité des violences relatées par ses patients ainsi que de leur gravité, et Il fera même de cette conviction chez l'analyste une des conditions de la réussite de la thérapie.

Les traumatismes en question sont très précoces, survenant parfois avant même l'acquisition du langage.

Quant à leur importance dans l'éclosion des troubles, elle ne semble faire aucun doute. Ainsi il n'est décrit par Ferenczi aucune latence dans leur apparition, aucun phénomène d'après-coup en lien avec la maturation pubertaire ; l'on peut même dire que les manifestations symptomatiques sont exactement contemporaines des violences subies, les premières, comme l'éclatement et le clivage, surgissant dans le temps même de l'agression du fait d'un impact traumatique instantané. Ces troubles connaîtront certes avec le temps des remaniements, mais ceux-ci porteront toujours la marque de la commotion initiale, sortes d'aménagements symptomatiques des premiers aménagements.

En outre, ces violences peuvent être de différentes natures, même si les agressions à caractère sexuel sont les plus fréquemment décrites.

> De véritables viols de fillettes, à peine sorties de la première enfance, des rapports sexuels entre des femmes mures et des jeunes garçons, ainsi que des actes imposés, à caractère homosexuel, sont fréquents. [2]

Mais, même dans ce cas, elles se doublent le plus souvent d'autres formes comportements que Ferenczi assimile également à des violences, comme le « désaveu ». Il met ainsi l'accent sur un aspect dont Freud, ni aucun autre à l'époque, ne semble jamais avoir fait mention et qui fait partie intégrante de la *Confusion de langue* : le silence complice, la dénégation ou encore le discrédit de la parole de l'enfant de la part de l'autre parent, les éventuels appels à l'aide auprès de ce dernier en cas d'abus incestueux restant sans réponse, voire rejetés activement et retournés contre l'enfant comme mensonges ou fabulations de sa part.

Ces réactions indifférentes ou de rejet de l'entourage, participant activement à rendre l'agression durablement traumatique, valent pour Ferenczi comme véritable facteur étiologique :

> Le comportement des adultes à l'égard de l'enfant qui subit le traumatisme fait partie du mode d'action psychique du traumatisme. Ceux-ci font généralement preuve d'incompréhension apparente à un très haut degré. L'enfant est puni ce qui, entre autres, agit aussi sur l'enfant par la très grande injustice. L'expression hongroise à l'usage des enfants, katonodalog (le lot du soldat), exige de l'enfant un degré d'héroïsme dont il n'est pas encore capable. Ou bien les adultes réagissent par un silence de mort qui rend l'enfant aussi ignorant qu'il lui est demandé d'être. [3]

Ou encore :

---

[1] *Confusion*…, p. 41-42.
[2] *Ibidem*, p. 43.
[3] S. Ferenczi S. (2006), *Le traumatisme*, Petite bibliothèque Payot, Paris, p 36-37.

> Le pire, c'est vraiment le désaveu, l'affirmation qu'il ne s'est rien passé, qu'on n'a pas eu mal, ou même d'être battu et grondé lorsque se manifeste la paralysie traumatique de la pensée ou des mouvements ; c'est cela surtout qui rend le traumatisme pathogène. On a même l'impression que ces chocs graves sont surmontés, sans amnésie ni suites névrotiques, si la mère est bien présente, avec toute sa compréhension, sa tendresse, et, ce qui est plus rare, une totale sécurité.

A la différence de Freud encore, Ferenczi adjoint à cet ensemble des traumatismes d'origine non sexuelle, aux conséquences similaires ; il s'agit des « punitions passionnelles » et du « terrorisme de la souffrance », deux formes d'abus tout autant pathogènes.

La première, consiste en des débordements violents se donnant comme prétexte d'être des punitions et est à l'origine des rêves typiques comme celui du « nourrisson savant », représentatif d'une forme particulière et très précoce de prématuration exigée par la situation dans laquelle se trouve l'enfant :

> La peur devant les adultes déchaînés, fous en quelque sorte, transforme pour ainsi dire l'enfant en psychiatre ; pour se protéger du danger que représentent les adultes sans contrôle, il doit d'abord s'identifier complètement à eux. [1]

Quant à la seconde forme d'abus, elle consiste à faire porter à l'enfant le poids de tous les conflits familiaux et des fardeaux portés par les membres de la famille :

> Une mère qui se plaint continuellement de ses souffrances peut transformer son enfant en une aide-soignante, c'est-à-dire en faire un véritable substitut maternel, sans tenir compte des véritables intérêts propres de l'enfant. [2]

Mais la violence traumatique la plus destructrice n'est-elle pas celle qui donne son titre à la conférence : la confusion des langues ?

L'expression, le concept faudrait-il plutôt dire, est d'ailleurs à entendre de plusieurs façons : confusion entre le langage de la tendresse et le langage de la passion ; mais aussi peut-être langue confuse ou confusionantes :

> Les séductions incestueuses se produisent habituellement ainsi : un adulte et un enfant s'aiment ; l'enfant a des fantasmes ludiques, comme de jouer un rôle maternel à l'égard de l'adulte. Ce jeu peut prendre une forme érotique, mais il reste toujours pourtant au niveau de la tendresse. Il n'en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques, surtout si leur équilibre ou leur contrôle de soi ont été perturbés par quelque malheur, par l'usage de stupéfiant ou de produit toxique. Ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle, et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences. [3]

Cette confusion a des effets d'autant plus désorganisateurs et durables qu'elle s'appuie sur les mouvements d'identification de l'enfant qui, du fait de « sa personnalité encore faiblement développée », ne sont pas encore de nature objectale. Ferenczi évoque ici un stade d'identification particulier, « celui de l'amour objectal passif, ou stade de la tendresse » :

---

[1] *Confusion de langue*, *op.cit*., p. 50.
[2] Ibidem, 51-52.
[3] Ibidem, p. 42-43.

> Si, au moment de cette phase de tendresse, on impose aux enfants plus d'amour ou un amour différent de ce qu'ils désirent, cela peut entraîner les mêmes conséquences pathogènes que la privation d'amour jusqu'ici invoquée. [1]

L'utilisation (peu importe ici qu'elle soit consciente ou inconsciente) de cette forme d'identification par l'agresseur est très certainement à mettre en lien avec l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte par l'enfant et, en cela, est en grande partie responsable de la confusion intérieure durable de l'enfant quant à la réalité de ces violences.

De certaines résistances à la répétition, de la répétition à l'introjection, de l'introjection à la confusion de langue, à l'abus et au désaveu, il y a plus chez Ferenczi qu'un fil directeur : une étiopathogénie au sens fort du terme.

2.2.3.3. La clinique en deux temps du traumatisme chez Ferenczi

Les différences avec Freud se font donc marquées, d'une part avec la réhabilitation de la séduction réelle, mais également dans la conception même du traumatisme, qui donne à la cette réhabilitation son véritable sens. Dans les faits, sous ce terme sont décrites deux réalités cliniques :
- celles des modalités immédiates de réaction à l'agression et l'agresseur ;
- celles des modalités de lutte contre les effets prolongés de l'agression, qui prennent la suite des premières.

a) La commotion

Le « choc », ou la commotion, ou encore le traumatisme, constitue un moment initial de rupture radicale du moi avec lui-même :

> Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique. Mais comment cela se produit-il ? Apparemment par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvu de toute résistance. La paralysie totale de la motilité inclut aussi l'arrêt de la perception, en même temps que l'arrêt de la pensée. La conséquence de cette déconnection de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection. Contre une impression qui n'est pas perçue, il n'est pas possible de se défendre. [2]

Ou encore :

> Le « choc » est l'équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre. Il se peut aussi que les organes qui assurent la préservation du soi abandonnent, ou du moins réduisent leur fonction à l'extrême. [3]

L'impact sur l'enfant en est instantané, et ses effets profondément destructeurs : commotion physique et psychique, fragmentation des composés psychiques… Un exemple de description parmi

---

[1] *Confusion*…, p.47.
[2] *Le traumatisme*, *op.cit.*, p. 40.
[3] *Le traumatisme*, *op.cit.*, p. 33.

beaucoup d'autre qui témoigne des éprouvés physiques/psychiques de l'enfant dans le temps de l'agression :

> Le moment de l'abandon total de la maîtrise extérieure (alloplastique) et de l'instauration de l'adaptation interne (au cours de laquelle devient concevable de se réconcilier même avec la destruction du moi, c'est-à-dire avec la mort, en tant que forme d'adaptation) sera éprouvé comme une délivrance (?), une libération. [1]

Des formes archaïques et automatiques de défense peuvent prendre le relais dans cette lutte pour la survie immédiate. Ferenczi en donne l'exemple de l'enfant qui, étouffé par les poids de l'adulte l'écrasant et au bord de la mort, n'a plus que l'énergie pour trouver un souffle d'air. Les réactions de survie corporelle prennent ainsi le relai de défenses psychiques submergées.

> Dans les moments de grande détresse face auxquels le système psychique n'est pas à la hauteur, ou quand les organes spéciaux (nerveux et psychiques) sont détruits avec violence, des forces psychiques très primitives s'éveillent, et ce sont elles qui tentent de maîtriser la situation perturbée. Dans les moments où le système psychique fait défaut, l'organisme commence à penser. [2]

Il ajoute ailleurs :

> Les enfants se sentent physiquement et moralement sans défense, leur personnalité encore trop faible pour pouvoir protester, même en pensée, la force et l'autorité écrasante des adultes les rendent muets et peuvent même leur faire perdre conscience. [3]

b) Une clinique de la survie psychique

Il en restera un être hors de soi, un corps déserté, un psychisme en errance aux prises avec une forme particulière de défense par clivage, qu'il dénomme l' « auto clivage narcissique » :

> Le moi abandonne entièrement ou partiellement le corps, la plupart du temps à travers la tête, et observe de l'extérieur ou de haut le destin ultérieur du corps en particulier ses souffrances. [4]

A d'autres moments Ferenczi évoque une fragmentation ou une pulvérisation des formations psychiques, ne sachant trop dire si cette fragmentation est un effet direct du choc ou si déjà elle représente une forme de défense ou d'adaptation à celui-ci. Souvent la question se posera de savoir à quoi imputer les manifestations pathologiques. De même, la fragmentation, présentée comme un effet direct de la commotion, est ailleurs appréhendée dans les avantages psychiques qu'elle peut procurer :

> Avantages psychiques : on fait l'économie du déplaisir qui résulte de la mise en évidence de certaines cohérences, en abandonnant ces cohérences. Le clivage en deux personnalités qui ne veulent rien savoir l'une de l'autre, et qui sont groupées autour de différentes tendances, fait l'économie du conflit subjectif. […] Un enfant est frappé par une agression imparable, conséquence : « il rend son âme »

---

[1] *Le traumatisme*, *op.cit.*, p. 67.
[2] *Le traumatisme*, p. 63-64.
[3] *Confusion*…, p. 43.
[4] *Le traumatisme*, p. 54.

> avec la conviction totale que cet abandon de soi-même (évanouissement) signifie la mort. Mais justement, la relaxation totale qui s'établit par l'abandon de soi peut créer des circonstances plus favorables pour pouvoir supporter la violence. [1]

La fonction des rêves de répétition en offre un autre exemple et Ferenczi insiste sur ce que P. Sabourin dénommera « la fonction traumatolytique du rêve » :

> Mais il est bien connu que la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi une fonction utile : elle va conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure que cela n'avait été possible au cours de l'événement originaire commotionnant. Il est à supposer que cette tendance existe là aussi où elle échoue, c'est-à-dire là où la tendance à la répétition ne conduit pas à un résultat meilleur que le traumatisme originaire […] Tout rêve, même le plus déplaisant, est une tentative d'amener des événements traumatiques à une résolution et à une maîtrise psychiques meilleures… Je ne voudrais donc pas que l'on considère le retour des restes de la journée et de la vie dans le rêve comme des produits mécaniques de la pulsion de répétition, mais je soupçonne là-derrière l'action d'une tendance, devant également être qualifiée de psychologique, à une résolution nouvelle et meilleure, l'accomplissement du désir étant le moyen par lequel le rêve y parvient, plus ou moins bien. [2]

Ferenczi offre en exemple une séquence de rêves caractéristique de ce processus : un premier rêve, de répétition pure, dont il ne reste au réveil aucune trace mnésique, sinon « une grande agitation, des réminiscences sourdes de sensations douloureuses, d'expériences de souffrance de nature corporelle et psychique, avec des ébauches de sensations dans différents organes du corps » [3] , suivi, après réveil et ré endormissement, d'un autre rêve dont il reste cette fois des images.
Certaines parties clivées ont ainsi pour fonction d'évaluer l'étendue des dommages psychiques et ce que la personne est capable de s'en remémorer, «… ne laissant accéder à la perception que ce qui est supportable dans la forme et le contenu du rêve, l'embellissant même si c'est nécessaire dans le sens d'un accomplissement de désir. »[4]
Mais à d'autres moments, il apparaît bien moins positif :

> Mais, le plus souvent, la nuit suivante ramène déjà un rêve d'angoisse, et avec lui le matériel de la répétition du trauma, pour la prochaine séance. On ne peut pas prétendre non plus que ces répétitions, quelle que soit la fréquence de leur retour, apportent du matériel fondamentalement nouveau. Elles semblent devenir, au contraire, la répétition quelque peu fastidieuse de tel ou tel facteur traumatogène. [5]

C'est que la distinction usuelle entre conflit et défense n'a pas ici cours, l'alternative étant pour l'enfant entre survivre ou mourir. Partant, la seule véritable « défense » ou plutôt protection, qui puisse encore avoir une quelconque efficacité est celle de s'adapter, c'est-à-dire de s'ajuster aux contraintes externes au prix de remaniements internes profonds. C'est la différence sur laquelle revient souvent Ferenczi entre « défenses alloplastiques » et « défenses autoplastiques ».

---

[1] *Ibidem*, p. 87.
[2] *Ibidem*, p. 37-38.
[3] *Ibidem*, p. 39.
[4] *Ibidem*, p. 42.
[5] *Le traumatisme*, *op.cit.*, p. 116.

> Mais cette peur, quand elle atteint son point culminant, les oblige à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement et à s'identifier totalement à l'agresseur. Par identification, disons par introjection de l'agresseur, celui-ci disparaît en tant que réalité externe, et devient intrapsychique ; mais ce qui est intrapsychique va être soumis, dans un état proche du rêve- comme l'est la transe traumatique-, au processus primaire, c'est-à-dire que ce qui est intrapsychique peut, suivant le principe de plaisir, être modelé et transformé d'une manière hallucinatoire, positive ou négative. Quoi qu'il en soit, l'agression cesse d'exister en tant que réalité extérieure et figée, et, au cours de la transe traumatique, l'enfant réussit à maintenir la situation de tendresse antérieure. [1]

« L'identification à l'agresseur » en représente l'une des formes, sinon la forme canonique : elle prend sens chez Ferenczi de l'impossibilité pour l'enfant de s'opposer d'une quelconque façon à la violence dont il fait l'objet et à la terreur qu'engendre en lui le comportement de l'adulte. Elle vient donc en lieu et place d'un ensemble de réactions qui se trouvent inhibées par la terreur : la résistance active, le refus, la colère… Ainsi :

> … la personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse. C'est seulement maintenant que je comprends pourquoi mes patients se refusent, si obstinément, à me suivre lorsque je leur conseille de réagir au tort subi par du déplaisir, comme je m'y serais attendu, par de la haine ou de la défense. Une partie de leur personnalité, le noyau même de celle-ci est restée fixé à un certain moment et à un niveau où les réactions alloplastiques étaient encore impossibles et où, par une sorte de mimétisme, on réagit de façon autoplastique. On aboutit ainsi à une forme de personnalité faite uniquement de Ca et de Sur-moi et qui, par conséquent, est incapable de s'affirmer en cas de déplaisir. [2]

En outre : « Si l'enfant se remet d'une telle agression, il en ressort une énorme confusion ; à vrai dire, il est déjà clivé, à la fois innocent et coupable et la confiance dans le témoignage de ses propres sens en est brisée ». D'où un repli de la libido sur le narcissisme :

> Par le choc, des énergies jusqu'alors au repos ou utilisées pour la relation d'objet se trouvent éveillées soudain sous la forme de sollicitude, de précautions et de préoccupations narcissiques. Une forme interne, de nature encore inconnue, certainement tout à fait inconsciente, qui évalue avec une précaution mathématique aussi bien la gravité du traumatisme que la capacité de défense disponible, produit à la manière d'une machine à calculer compliquée, avec une sûreté automatique, le seul comportement psychique et physique pratique et correct dans la situation donnée. [3]

Ainsi, les abus modèlent-ils une forme d'existence psychique portant de toutes parts la marque du traumatisme, mode d'existence qui ne laisse d'autre alternative que l'agonie ou la survie. Cette dernière ne se voit offrir d'autres possibilités qu'une forme d'adaptation éminemment problématique, préparant à d'autres agressions puisque, pour être viable, elle a dû intégrer les normes sur lesquelles celles-ci se sont construites, dont le désaveu.

Le manque durable de conviction par le patient de la réalité des scènes d'abus en acquiert statut et sens de véritable symptôme. Ferenczi y revient à plusieurs reprises, l'un des obstacles à la

---

[1] *Confusion…*, *op.cit.*, p. 43-44.
[2] *Ibidem*, p. 46.
[3] *Le traumatisme*, p. 57.

remémoration est qu'elle n'est pas durable : très vite le sujet est repris par la répétition, et non seulement il se remet à douter mais encore sa souffrance s'en trouve réactivée et accrue.

Le doute quant à la réalité des abus est donc l'un des obstacles majeurs auxquels se heurte la remémoration tant il est la résultante de l'identification à l'agresseur et du désaveu du parent

Et si la conscience peut revenir, c'est en n'ayant « aucune connaissance des événements survenus depuis le traumatisme », du fait de « l'auto-clivage narcissique ». S. Korff-Sausse souligne à ce propos : « Le trauma reste cependant en souffrance c'est-à-dire en attente de remémoration et de représentations auxquelles se relier, mais aussi en attente d'être souffert… » (2004, p. 21)

Ainsi, les manifestations principales de la répétition constituent bien une forme de duplication de certaines des conditions des abus et de leur contexte.

2.2.3.4. La traumato-analyse

> En fait, deux choses m'étaient demandées, sans lesquelles aucun changement dans la répétition ne serait concédé. a) Une sincérité totale au sujet des sentiments de déplaisir existant chez l'analyste, l'éclaircissement, par l'analyse mutuelle, des obstacles en moi, obstacles au transfert libidinal en retour. b) Après avoir dégagé la voie de cette difficulté, la paralysie de la compréhension intellectuelle disparut, et les questions justes de ma part, étayées sur la conviction intérieure, vinrent d'elles-mêmes. [1]

Le processus ne s'arrête pas là et l'on trouve dans le *Journal Clinique* des précisions très précieuses quant aux effets sur l'analyste des incidences que ses propres changements ont eu sur le patient : libéré lui-même du poids de la répétition dans laquelle il se trouvait pris, s'offrent à Ferenczi de nouvelles clés sous la forme de questions dont il précise quelques unes de leurs caractéristiques :

> Dans cet état de clairvoyance, il me fut dit alors : que ma tâche essentielle serait de mettre mes forces mentales à la disposition de la psyché clivée, en l'incitant à l'action, elle qui après avoir été arrachée, errait sans comprendre dans le lointain, non pas des explications, mais en posant les questions appropriées. Ce sont des questions formulées de la façon la plus simple, auxquelles même un enfant trouvé à moitié mort devrait pouvoir répondre, que je dois poser à la partie clivée de la psyché ; on attendait de moins des questions se rapportant aux sentiments exprimés d'où qu'ils viennent, quelle qu'en soit l'origine, etc. et elles recevraient une réponse claire. [2]

Ce sont alors les principes des analyses d'enfants qu'il faut introduire dans celle des adultes. Il n'en offre malheureusement qu'une courte illustration clinique ou, comme à chaque fois, c'est le patient qui est à l'initiative de la nouveauté, l'analyste se mettant en position de se laisser enseigner par lui :

> Voici un exemple : un patient dans la force de l'âge se décide, après avoir surmonté de fortes résistances, notamment une méfiance intense, à faire revivre des événements de sa prime enfance. Je sais déjà, grâce à l'élucidation analytique de son passé, que dans les scènes revécues il m'identifie à son grand-père. Tout à coup, en plein milieu de son récit, il me passe le bras autour du cou et me chuchote à l'oreille : « Dis, grand-père, je crains que je vais avoir un petit enfant »… J'ai alors eu l'idée heureuse, me semble-t-il, de rien dire tout d'abord du transfert ou d'une chose de ce genre, mais de lui retourner la question, sur le même tonde chuchotement : « oui, pourquoi donc penses-tu cela ? [3]

---

[1] *Ibidem*, p. 118-19
[2] *Le traumatisme*, *op.cit.*, p.118.
[3] *Analyses d'enfants avec des adultes*, *op.cit.*, p. 101

Des conditions mises en œuvre dépend le matériel clinique susceptible d'émerger à l'analyse ; et celles-ci avec certains patients exigent des aménagements conséquents tant de la technique que de la théorie. Alors, à certaines conditions, le passé peut être « …ravivé, non pas en tant que reproduction hallucinatoire, mais bien en tant que souvenir objectif » (Confusion p. 39).
C'est ainsi que s'est inventée la « Traumatische Analyse », la trauma analyse comme la traduction qu'en propose Sabourin, contrepoint et clin d'œil à la Traum-deutung freudienne.

2.2.4. Nouvelles réflexions psychanalytiques sur le trauma et la névrose traumatique

PLAN

Introduction
2.2.4.1. Otto Fenichel : un essai de synthèse clinique
2.2.4.2. Relectures freudiennes autour du trauma
2.2.4.3. Narcissisme et traumatismes primaires
2.2.4.4. Jacques LACAN ou le trauma comme rencontre du Réel
2.2.4.5. Psychanalyse et « nouveaux » traumas
a) Une psychothérapie psychanalytique des traumas psychiques
b) Le réel, tout simplement ?
c) La notion de tiercéité

Introduction

Alors que la névrose traumatique a continué de discrètement susciter la réflexion à partir essentiellement de questions expertales, elle a durant de nombreuses années presque totalement disparu de la pensée clinique et métapsychologique analytique postfreudienne, à l'exception notable des quelques analystes comme O. Fenichel et K. Abraham.
Rappelons que chez Freud elle occupa une place pour le moins marginale en tant qu'entité autonome, et que son importance tint plus chez lui aux élaborations dont elle fut le point de départ qu'à ses particularités cliniques qui résistèrent toujours à se laisser appréhender par le modèle général des psychonévroses, comme il l'écrivit lui-même dans l'*Abrégé*. La névrose traumatique ne semble pas avoir semblé susciter chez lui plus qu'un intérêt circonstanciel.
Si tant est que l'on puisse parler de sa réhabilitation dans le champ analytique, celle-ci n'est survenue, encore que marginalement, à partir de l'ouvrage de C. Barrois (1988), à l'inspiration au moins autant phénoménologique que psychanalytique. Elle a été suivie quelques années plus tard par des travaux d'un certain nombre de psychiatres/psychanalystes pratiquant en grande majorité en

milieu militaire se référant au plan théorique tant à Freud qu'à Lacan, comme G. Briole et F. Lebigot… C'est autour de la rencontre du « réel de la mort » que cette réélaboration de la névrose traumatique s'est alors conçue.

A l'encontre de cette position, il nous faudra également évoquer quelques unes des principaux arguments avancés par d'autres auteurs qui, au nom du même modèle lacanien du trauma, contestent toute véritable autonomie à la névrose traumatique et n'en font qu'un mode d'entrée en analyse parmi d'autres, l'événement initial n'ayant de sens que comme événement initiateur d'une demande, à partir de quoi il faudra rapidement passer à autre chose.

Tout autre est le devenir de la notion de trauma, qui a continué de connaître des développements novateurs et toujours plus diversifiés, dont l'ampleur rend proprement illusoire toute possibilité de leur survol exhaustif, même superficiel, dans le cadre de ce travail. Aussi nous contenterons-nous d'en esquisser ce qui nous a semblé en former quelques unes des principaux axes de développement. Ce sont :

- des considérations d'ordre épistémologique/critique à partir de relectures approfondies de l'œuvre freudienne et de ses zones d'ombre, ambiguïtés, questions laissées en suspens, etc., qu'elles y font apparaître et qui motivent des élaborations métapsychologiques renouvelées, initiées dès 1960, notamment par J. Laplanche et B. Pontalis. La question du trauma s'y avère centrale, notamment dans la question de sa dimension de fantasme versus réalité. Nous devrons dans cette perspective faire un bref détour par les écrits de J. Lacan qui ont inspiré certains aspects de ces théorisations, non que celui-ci se soit intéressé à la névrose traumatique comme telle, mais parce que son triptyque Imaginaire-Réel-Symbolique a ouvert à une conception renouvelée du trauma comme « rencontre du réel » ;
- des considérations cliniques, qui à partir des années 1980, font traverser à la psychanalyse comme pratique, une crise de son « entendement », pour reprendre l'expression d'A. Green. Celle-ci a pour origine l'apparition de configurations cliniques nouvelles, parallèlement à une diminution des cas d'hystérie et de névroses de transfert, dont les particularités justifient l'émergence et la place croissante prise par les notions nouvelles d'états-limites et de problématiques narcissiques. Le narcissisme, en lien avec la question du rôle du lien à la mère dans la construction de l'identité et les effets traumatiques que sa mauvaise qualité peut engendrer, devient un concept central au plan métapsychologique. Mais le problème premier est la résistance de ces configurations cliniques à se laisser appréhender par le dispositif de cure classique, et les nombreux aménagements tant techniques que théoriques que contre-transférentiellement elles nécessitent. D'autre part, la confrontation aux traumatismes collectifs, conjuguée à l'émergence de demandes liées à la traversée d'événements traumatiques individuels, ont amené certains psychanalystes à réinterroger leurs modalités de prise en compte des événements « réels » ;
- la découverte d'une partie de l'œuvre de S. Ferenczi et le « choc » que provoque la publication en langue française de son *Journal Clinique* en 1985, qui réintroduit l'importance de la reconnaissance de la réalité des traumatismes. On sait les précautions que prit M. Balint, exécuteur testamentaire de Ferenczi, pour cette édition, qu'il différa le plus possible par crainte de réactions négatives par trop massives. Il est probable que les problèmes que posait le traitement des états limites à cette

époque rendaient cette publication opportune tant les préoccupations de Ferenczi prenaient alors sens des difficultés présentes.

Nous allons donc brièvement examiner quelques uns de ces apports.

2.2.4.1. Otto FENICHEL : un essai de synthèse clinique

Nous allons commencer ce panorama par l'évocation des travaux d'O. Fenichel en raison de l'originalité de sa position à l'égard de la névrose traumatique, même s'il fait figure de notable exception et n'a manifestement pas fait école en la matière.

Otto Fenichel (1897-1946) doit de tenir une place dans cette histoire pour avoir été le premier à proposer une synthèse cohérente et très complète des apports de la psychanalyse à la connaissance de la névrose traumatique dans son ouvrage *La théorie psychanalytique des névroses* publié en français en 1953 mais dont l'original remonte à 1934.
Fait remarquable pour l'époque, la névrose traumatique prend statut de névrose à part entière aux côtés des psychonévroses, justifiant qu'il lui consacre un chapitre à part entière.

O. Fenichel, ayant effectué des études de médecine à Vienne, s'intéresse à partir des années vingt aux thèses freudiennes et entreprend une psychanalyse avec Paul Federn puis, à Berlin, avec Sandor Rado. Il devient rapidement l'un des leaders d'un petit groupe de jeunes praticiens connu sous le nom de « gauche freudienne » pour sa sensibilité aux idées socialistes, son engagement dans l'action politique et ses essais d'articulation entre idées freudiennes et marxistes. Ce groupe comprenait notamment Annie et Wilhelm Reich, Edith Jacobsen et Kate Frieländer. Contraint de s'exiler par la montée du nazisme, il rejoint Ernest Simmel en Californie où il s'établit définitivement peu avant la seconde guerre mondiale.
Otto Fenichel fut de son temps connu moins pour l'originalité des ses travaux que pour ses capacités à assimiler la pensée des autres et à la synthétiser de façon remarquable. Son Traité est d'ailleurs à cette image.

C'est donc dans son ouvrage de référence que se trouve développée cette approche psychanalytique de la névrose traumatique qui reprend, en les intégrant en un tableau d'une grande cohérence, les travaux épars que Freud et quelques-uns de ses contemporains lui avaient consacrée, autour principalement des névroses de guerre.
Les symptômes des névroses traumatiques sont pour Fenichel les suivants :

- le blocage ou l'affaiblissement des fonctions du Moi ;
- les crises émotives incoercibles ;
- les insomnies et les troubles graves du sommeil avec les rêves de répétition typiques du traumatisme ;

- la répétition mentale à l'état de veille de la situation traumatique, sous la forme de rêveries, pensées, émotions ;
- des complications névrotiques secondaires.

L'on relèvera l'originalité de la notion de « blocage des fonctions du moi », en particulier des « fonctions sexuelles » parce que, dit Fenichel, « elles sont devenues relativement peu importantes après le traumatisme » (p. 145), se manifestant par une « impuissance temporaire » due au fait que toute l'énergie, y compris sexuelle, est consacrée à tenter de maîtriser l'excitation. Ceci peut conduire à une forme de repli narcissique qui se manifeste par des « phénomènes régressifs de tous ordres » avec « perte de différenciation des fonctions supérieures » et un retour à une position passive et de dépendance. La forme la plus archaïque en est « l'évanouissement », sorte de fermeture « à toute nouvelle stimulation.

Le chapitre se conclut sur des considérations générales concernant la prise en charge thérapeutique des névroses traumatiques. Dans la continuité de sa conception de l'entité, il préconise de s'ajuster aux deux formes essentielles de tentative spontanée de guérison développées par les traumatisés :

-le désinvestissement du Moi aux fins de rassemblement de toutes les énergies d'une part (dénommé méthode temporisatrice) ;

- les essais de décharge différés sous forme de phénomènes moteurs, crises, etc. (méthode dite drastique) d'autre part :

> La thérapie peut et doit s'inspirer des deux méthodes. D'une part le thérapeute peut procurer le repos, rassurer, satisfaire les désirs de passivité et de dépendance –suggestions de « ne pas s'en faire ». D'autre part, il peut appliquer la catharsis, susciter les décharges orageuses et les répétitions du trauma, la verbalisation et la clarification des conflits rencontrés. [1]

Le primat à accorder à l'une ou l'autre approche tiendra à l'état psychique du traumatisé et tout l'art du thérapeute résidera dans leur dosage respectif : ainsi, trop angoissé, le patient risquera de ne pas supporter d'évoquer rapidement l'événement traumatique et il conviendra prioritairement de lui procurer calme et réassurance ; en cas contraire, le mieux sera de l'encourager à parler le plus rapidement possible de son expérience traumatique.

Enfin, dans les cas où la névrose traumatique aura été à l'origine d'une psychonévrose secondaire, une psychanalyse sera nécessaire, mais Fenichel ne mentionne pas si elle devra être initiée d'emblée ou après un premier temps de verbalisation cathartique et de réassurance.

[1] O. Fenichel (1953) : *La théorie psychanalytique des névroses*, PUF, Paris, p. 156.

2.2.4.2. Relectures freudiennes autour du trauma

> « Abandon » est-il vraiment le mot qui convient ? »
> (J. André, préface S. Freud, La 1ière théorie des névroses)

Freud a retracé à de nombreuses reprises l'histoire de son parcours intellectuel et a ainsi grandement participé à la construction ce que l'on peut qualifier de version officielle de l'invention de la psychanalyse. E. Jones (1976) en peaufinera l'écriture, entremêlant de façon habile et séduisante la petite histoire, celle des hommes, à la grande, celle d'une construction assimilée à une véritable révolution copernicienne. Cette version a été presque unanimement admise et n'a, jusqu'au début des années 1980, guère fait débat. Dans cette construction historique, la théorie de la séduction réelle joue un rôle clé et, dans la place d'impasse à laquelle elle est assignée, elle est la voie que précisément il ne faut surtout pas suivre, mettant ainsi encore mieux en valeur le modèle fantasmatique. L'on pourrait dire qu'il lui a été dévolu la fonction de représenter la face obscure de l'ère pré analytique et, par le contraste qu'elle est supposée offrir, elle rend son dépassement encore plus admirable. Il y aurait ainsi un moment fondateur, quasi mythique : c'est le fameux « Je ne crois plus à ma neurotica », moment d'autant plus fort qu'il aurait exigé un douloureux renoncement.

C'est à ne pas s'être abusé par cette représentation quelque peu idéalisée de la naissance de la psychanalyse, que J. Laplanche et B. Pontalis, dès 1964[1], dans le même temps que la rédaction de leur *Vocabulaire de la Psychanalyse* publié en 1967, entreprennent une relecture critique des premiers travaux freudiens et montrent qu'entre la théorie traumatique et la théorie pulsionnelle supposée l'avoir irrémédiablement supplantée, les liens sont bien plus complexes que ceux d'une simple succession ou substitution de l'une par l'autre.
Ils s'attachent ainsi à réhabiliter les premiers écrits freudiens, montrant notamment l'importance, dont Freud lui-même n'avait pas encore pleinement conscience, du processus d'après-coup. Ils s'attachent également à montrer que la neurotica représente un premier schéma explicatif cohérent, du trauma articulant déjà sexualité, traumatisme et défenses névrotiques :

> Cette théorie du traumatisme […] ce n'est pas que les névroses sont dues à des événements importants et choquants. La théorie freudienne du traumatisme, ce n'est pas ça : c'est la théorie selon laquelle le traumatisme nécessite toujours deux temps pour exister. Il n'y a pas de traumatisme sans deux temps. On ne peut pas parler d'un événement qui, à lui seul, serait psychiquement traumatisant, s'il n'est pas l'écho d'un autre événement ou s'il ne trouve pas son écho dans un autre événement. [2]

L'on trouve à la même époque une semblable analyse chez de nombreux exégètes de la pensée freudienne, comme chez J. Cournut (1987).

---

[1] Ils publient notamment dans la revue Les Temps Modernes *Fantasme originaire. Fantasme des origines. Origines du fantasme*, qui sera réédité en 1985 chez Hachette.
[2] J. Laplanche (2006) : *Problématiques VI. L'après-coup*, Quadrige PUF, paris, p. 135.

Cette thèse donnera lieu ultérieurement chez Laplanche (1987) au développement de la théorie de la séduction originaire ou « théorie de la séduction généralisée »**,** accordant à la scène originaire un rôle central dans la formation du psychisme de par sa dimension de message ou de « signifiant énigmatique ». Cette « réhabilitation » de la séduction se veut rendre compte du caractère structurant de la découverte du sexuel.

De nombreux travaux se sont efforcés d'analyser cette coexistence chez Freud des deux modèles, exo- et endo-traumatique et des hypothèses aux registres les plus divers ont été formulées pour tenter d'en rendre compte.

Ainsi J. Natanson (1999) a recensé dans les écrits freudiens certains des exemples les plus significatifs de cette persistance de la neurotica bien après son supposé abandon au profit du modèle fantasmatique. Il propose ainsi quelques citations de Freud particulièrement significatives comme : « La séduction à l'âge infantile conserva d'ailleurs sa part dans l'étiologie, même si ce fut dans une mesure plus restreinte. Mais les séducteurs avaient été pour la plupart des enfants plus âgés » (Ma vie et la psychanalyse). Ou encore : « Ne croyez d'ailleurs pas que l'abus sexuel commis sur des enfants soit un fait appartenant entièrement au domaine de la fantaisie. La plupart des analystes auront eu à traiter des cas où cet abus a réellement existé et a pu être établi d'une manière indiscutable ; seulement cet abus avait eu lieu à une époque beaucoup plus tardive que celle à laquelle l'enfant la situe » (Introduction à la psychanalyse).

De même, L. De Urtubey (2005) a proposé un relevé des écrits freudiens postérieurs à la « lettre de l'équinoxe » faisant explicitement référence à l'importance des séductions « réelles » dans l'étiologie des névroses :

> Nous savions déjà que Freud avait reparlé de la séduction comme élément traumatique -mais pas le seul- dans de nombreuses occasions : dans les Trois essais (1905), dans les Conférences d'introduction à la psychanalyse notamment à propos des séries complémentaires, où il écrit « (1916-17, p. 461, 471, 474) que le fantasme de séduction « n'est que trop fréquemment un souvenir réel » ; dans le cas de l'Homme aux loups –où l'effort pour restituer les conditions spatio-temporelles du traumatisme est particulièrement remarquable, il est vrai beaucoup plus subtil que les séductions paternelles décrites pendant la première époque (S. Freud, 1918)- ; dans Sigmund Freud présenté par lui-même où il signale que la séduction à l'âge infantile « conserve d'ailleurs sa part d'étiologie » (1925, p. 58) ; dans les Nouvelles Conférences (1932) ; dans « analyse sans fin et analyse avec fin », où il signale que les névroses dues à un trauma sont plus faciles à guérir que celles dépendant de troubles du moi (1937) ; dans l'article sur la sexualité féminine où il s'agit de la séduction maternelle à caractère positif (1931) ; dans l'Abrégé (1938).[1]

Il semble donc exister un chevauchement permanent des deux modèles, comme si l'un et l'autre n'avaient en fait cessé de coexister, et cela même bien avant la découverte de la réalité fantasmatique et son soubassement pulsionnel ; car si l'on peut relever à de multiples reprises, postérieurement à l'abandon de la neurotica et cela jusqu'à ses derniers travaux, une attention à la réalité de certaines scènes de séductions subies et la mention de leur importance dans l'éclosion

[1] L. De Urtubey (2005) : Traumatisme et contre–transfert, In F. Brette, M. Emmanuelli et G. Pragier (sous la direction de), *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, Monographies de psychanalyse, Paris, PUF, p. 90-91.

ultérieure de la névrose, l'on trouve déjà de façon précise, encore que pas encore formulés comme tels, les éléments de la future théorie au sein même de la neurotica.

Suivant une thèse presque opposée, Jean G Schimek (2003), dans une « reconsidération historique » attentive des écrits freudiens, s'attache à démontrer qu'une bonne part des scènes de séduction, dont Freud a clairement laissé entendre qu'elles avaient été effectivement remémorées par ses patients à l'occasion du travail d'analyse, n'étaient très probablement en majorité, que des reconstitutions pour le moins hypothétiques dont l'on ne peut jamais trop déterminer à partir de quel matériel elles ont été élaborées. Schimek écrit ainsi :

> Nous ne savons pas vraiment ce que ces scènes impliquent ni comment elles sont obtenues. Point plus important, un examen approfondi de ce matériel montre combien la preuve est peu concluante : il est difficile de préciser si ce que les patients apportaient était des souvenirs, des rêves ou des hallucinations ; il est également difficile de séparer les suggestions de Freud et les interprétations des formulations directes et spontanées des patients.[1]

Tout ou presque serait ainsi de l'ordre de véritables constructions dont l'attestation par la réalité ne présenterait au fond qu'un intérêt relatif.

C'est à partir de la lecture critique d'un tout autre texte freudien datant de la même époque qu'I. Grubrich-Simitis s'efforce de donner sens à ces retours à l'événement traumatique « réel » postérieurement à l'abandon de la neurotica par Freud. Il s'agit d'un texte qualifié par Freud lui-même de « fantaisie phylogénétique ». On le trouve dans une lettre adressée à S. Ferenczi datant du 12 juillet 1915 où, en percevant sans doute le caractère trop audacieux et purement spéculatif sur certains points, il le soumet à la lecture critique de son ami. Il s'agit de l'ébauche de ce qui devait constituer le douzième chapitre de ses *Essais métapsychologiques* dont cinq seulement verront le jour entre 1915 et 1917. Le titre prévu par Freud en était : *Vue d'ensemble des névroses de transfert*. Cette « fantaisie » consiste, d'une part concevoir chaque névrose et pathologie mentale comme la fixation à l'un des différents stades de l'ontogenèse, d'autre part, suivant en cela la loi selon laquelle l'ontogenèse reproduit la phylogenèse, à rendre compte de l'ontogenèse comme la traversée par l'enfant des différentes étapes successives que l'humanité à dû connaître sur plusieurs millénaires pour devenir ce qu'elle est. Par une sorte de raisonnement circulaire, l'ontogenèse permet de formuler des hypothèses quant à la phylogenèse et réciproquement. Une histoire de l'humanité de ses débuts à nos jours s'en trouve concevable selon laquelle chaque névrose correspondrait à la fixation pathologique à une phase d'évolution révolue de l'humanité. Lisons Freud :

> Il existe chez les malades une succession chronologique dans les points de départ, qui se déroule ainsi : hystérie d'angoisse-hystérie de conversion-névrose obsessionnelle-démence précoce-paranoïa-mélancolie-manie.
> Les dispositions libidinales qui y conduisent vont en général dans la direction opposée, autrement dit la fixation se situe, pour les premières, dans des phases de développement très tardives, pour les dernières, dans des phases de développement très précoce ; ce qui ne va pas sans exceptions.

[1] J. G. Schimek (2003) : Réalité et fantasme dans la théorie de la séduction. Une reconsidération historique, In *Sur la théorie de la séduction*, Libres cahiers pour la psychanalyse, Editions In Press, p. 120.

> En revanche, cette succession semble répéter phylogénétiquement un développement historique. Les névroses d'aujourd'hui sont des phases d'évolution révolues de l'humanité.
> A la phase des privations de l'époque glaciaire, les hommes devinrent anxieux ; ils avaient toutes les raisons de transformer leur libido en angoisse.
> Une fois qu'ils eurent appris que la reproduction était à présent l'ennemi de la conservation et qu'elle dût être limitée, ils devinrent hystériques, sans être encore doués de la parole.
> Lorsqu'ils eurent développé leur langage et leur intelligence –surtout les hommes- à la dure école des âges glaciaires, la horde originaire se forma, avec les deux interdits du père primitif, tandis que la vie amoureuse devait demeurer égoïste et agressive. C'est contre ce retour que se défend la névrose obsessionnelle. Les névroses suivantes appartiennent à l'ère nouvelle et ont été acquises par les fils.
> Ceux-ci furent contraints à renoncer absolument à l'objet sexuel, peut-être furent-ils dépouillés de toute libido par la castration : démence précoce.
> Chassés par le père ils apprirent alors à s'organiser sur une base homosexuelle. C'et là contre que se défend la paranoïa… [1]

La thèse défendue par Grubrich-Simitis est la suivante : « Freud, par sa fantaisie phylogénétique, a renouvelé, en vue d'une meilleure compréhension de la pathogenèse, l'effort théorique de complexifier le modèle de la pulsion en y intégrant le facteur traumatique. Une tâche à laquelle nous sommes, aujourd'hui encore, confrontés » (p. 24)

Mais la question n'est pas qu'essentiellement épistémologique et métapsychologique : elle soulève également des enjeux que l'on peut qualifier de plus « techniques », celui notamment de savoir s'il y a lieu de différencier ou non les problématiques pour lesquelles une agression sexuelle infantile aurait bien été subie et celle où elle semble relever d'une construction fantasmatique
Dans cette perspective, C. Janin (1996), quant à lui, fait du désaccord qui opposa Freud et Ferenczi une question à l'actualité toujours brûlante et l'on peut comprendre son travail comme une tentative d'intégration en un modèle cohérent du trauma les apports de l'un et de l'autre. Ainsi sa réflexion le conduit à dégager la formation d'un traumatisme en trois temps et deux noyaux, le « noyau chaud » et le « noyau froid » ;

- le premier temps, caractérisé par le non respect des besoins de l'enfant, est cause d'une atteinte narcissique : « c'est le noyau froid du traumatisme, non assimilé par le moi » (C. Janin, 1996, p. 39)
- le deuxième temps est celui « d'une sexualisation du premier temps », sexualisation directe, active, ou négative, comme des zones du corps faisant de la part de la mère objet d'évitement mais qui de ce fait les « érogènéise » C'est ce que Janin dénomme le noyau chaud ;
- le troisième temps, intervenant après la puberté, « constitue le noyau paradoxal constitué par ces deux noyaux » (p. 40) ;

Cette théorie l'amène à concevoir le travail analytique comme un travail, proche d'une construction, de qualification du noyau froid, afin de rendre possible une « historicisation » du traumatisme par le patient. Il affirme :

> Tel me paraît être en effet dans ces cas de patients traumatisés une des ressources de l'analyse que de reconstruire patiemment le « noyau froid » et le « noyau chaud » de la situation traumatique : avec de tels patients, nous sommes toujours sur la ligne de crête des clivages (de l'imago, de l'objet, du Moi), et c'est ce en quoi nous sommes fondés à parler du traumatisme comme étant, dans son essence, *paradoxal* ; énoncer le paradoxe, interpréter le clivage, qualifier les vécus subjectifs du traumatisme,

[1] I. Grubrich-Simitis (2003) : Trauma ou pulsion - pulsion ou trauma, In *Sur la théorie de la séduction*, Libres cahiers pour la psychanalyse, Editions In Press, p. 21.

> me paraissent être les lignes directrices de la technique analytique dans les situations cliniques que j'ai évoquées. [1]

L'on peut aussi mentionner, les travaux d'Adnan Houbbalah (1998) caractérisés par sa tentative de regrouper en un seul et même ensemble nosographique « névroses traumatiques », les névroses traumatiques proprement dites et les psychonévroses, ensemble au sein duquel elles se différencieraient par le fait que les premières seraient des névroses traumatiques « hypermnésiques » et les secondes des névroses traumatiques « amnésiques ». Ce qui par contre fait leur unité est qu'à leur origine se trouve un événement traumatique.
Dans les premières cet événement fait cassure, fixation et répétition dans un « arrêt du temps logique », lié au caractère inassimilable de l'événement. Dans les secondes, c'est le refoulement qui y fait suite. D'où, au plan thérapeutique : « Si le travail de l'analyste dans la névrose amnésique consiste à lever l'inhibition, à restituer au sujet sa vérité historique, la névrose traumatique hypermnésique consiste à faire oublier l'événement. » (p. 76)

Si C. Janin soutient la nécessité de penser la cure de ces patients sur des bases particulières, il semble, à lire L. De Urtubey, aller là à l'encontre d'une doctrine qui semble alors presque unanimement partagée selon laquelle il n'y aurait techniquement, - d'une part jamais lieu de distinguer entre la dimension fantasmatique ou de réalité de scènes de « séduction » relatées par le sujet, - d'autre part, concernant des événements « traumatiques » récents, de les appréhender non dans leur impact propre, mais toujours dans un effet d'après-coup. « Faut-il voir là un déni général de l'inceste ? » se demande-t-elle, et elle ajoute :

> Même cette sorte de trauma-ci (l'effraction du pare-excitations), épargnant le père et l'outrage sexuel, fût plutôt mise en veilleuse jusque récemment, à quelques exceptions près. C'était comme une sorte de règle technique à suivre : c'est toujours le fantasme du patient. On arrivait ainsi parfois à des interprétations inacceptables pour l'analysant : les parents étaient sensés se livrer à une scène primitive enviable, même s'ils faisaient « maison à part », les interprétations concernant l'absence supplantaient tout traumatisme récent, par exemple la mort subite d'un proche parent, ce que j'ai pratiqué une fois moi-même face à une analysante défaite suite à la disparition brutale de sa chère grand-mère, la veille de la dernière séance avant les vacances.[2]

Et elle affirme plus loin : « le rejet par nombre d'analystes des souvenirs ou des traumatismes infantiles des patients constitue, à mon avis, une erreur technique, surtout s'il est formulé *a priori*. Ce refus ferme le champ analytique, humilie le patient « accusé » de mentir. » (p. 99)
Un contre exemple tout à fait remarquable en est offert par S. Stewart, qui semble particulièrement révélateur des aménagements que certains praticiens ont été amenés à introduire dans la cure de sujets dont les traumatismes sont liés à des événements avérés de leur existence adulte. Il s'agit d'extraits d'une cure conduite par S. Stewart, lui-même ancien déporté, avec Esther, une femme ayant survécu à la déportation en camp de concentration comme juive et dont la demande était sous-tendue par le fait « qu'elle était effrayée de perdre la mémoire ». Dans une période critique de l'analyse où la patiente présentait de plus en plus de troubles mnésiques, Stewart fit un rêve relatif à

[1] C. Janin (1996) : *Figures et destins du traumatisme*, PUF, Paris, p. 43.
[2] L. De Urtubey, *op.cit.*, p. 92.

une scène particulièrement douloureuse qu'il avait lui-même vécue en camp. Lisons ce qu'il livre de sa réflexion d'alors :

> Ce que je voudrais démontrer est qu'il existe des occasions où, en tant qu'analystes, nous laissons de côté nos méthodes psychanalytiques traditionnelles parce que, intuitivement, nous repérons un besoin inexplicable chez le patient. Pour des raisons de contre-transfert évidentes, je réfléchis pendant plusieurs jours sur le fait de jeter dans le flux de l'analyse de ma patiente une histoire extirpée de ma propre expérience. Un tel *acting-out* englobe toujours quelques éléments d'un désir de séduire le patient et peut faire plus de mal que de bien. Néanmoins, mon histoire suscita chez Esther une explosion de souvenirs qu'elle avait jusque là désespérément essayé d'occulter. Sa peur de se souvenir était en train de détruire sa mémoire.[1]

Quant aux traumas infantiles (incestes, abus sexuels, maltraitances) et à la prise en compte de leur éventuelle réalité dans le cadre de la cure chez l'adulte, les positions semblent encore très contrastées : d'un côté il n'y est jamais fait mention, ou alors comme un élément parmi d'autres dans la chaîne associative, de l'autre il peut leur être accordé une rôle central comme pour P. C. Racamier (1995) chez qui ils peuvent être à l'origine d'une configuration psychique/relationnelle pathologique particulière, l'incestuel.

2.2.4.3. Narcissisme et traumatismes primaires

C'est une clinique nouvelle, parce qu'irréductible à celle de la névrose, qui s'impose progressivement à partir des années 1980 aux psychanalystes et les contraint à réinventer pour partie leurs cadres théoriques et cliniques. Le problème se présente notamment sous la forme de phénomènes de répétition résistant aux interprétations classiques centrées sur les conflits psychiques, au point qu'elle a engendré, selon A. Green, une véritable « crise de l'entendement psychanalytique» (A. Green, 2002) et que l'on a pu y voir la limite de la psychanalyse elle-même[2]. Il en définissait ainsi les deux grands enjeux :

> La question qui se pose alors est double. Théorique d'abord : les cas-limites mettent en question la pertinence de la métapsychologie issue des névroses […] Clinique et technique ensuite : le dégagement d'un modèle à partir des cas-limites pourrait servir de fondement à une théorie de la technique et même à une réévaluation de la cure psychanalytique dans son ensemble. [3]

C'est autour de plusieurs notions devenues centrales que cette crise s'est efforcée de se résoudre.
En premier lieu, celle d' « états limites », configuration clinique nouvelle, limite parce que ne se laissant appréhender ni par les névroses, ni par les psychoses, et où la répétition, la désorganisation du moi, la tendance à l'agir… sont au premier plan, et confrontent le psychanalyste à des phénomènes transférentiels/contre-transférentiels bien particuliers, notamment aux réactions thérapeutiques négatives (J. André et *al,* 2002).

---

[1] S. Stewart (2002) : *Mémoire de l'inhumain*, Editions Campagne Première, Paris, p.252. Texte repris dans F. Brette, M. Emmanuelli, G. Pragier (sous la direction de) (2005) : *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, Monographies de psychanalyse, PUF, Paris, p. 103-121.
[2] Pour un recensement très complet de ces analyses et réflexions, voir : P. Charrier et A. Hirschelmann (2008).
[3] A. Green (1990) : *La folie privée*, Gallimard, Paris, p. 39.

Celle de « traumatismes primaires » dans les lesquels se trouvent engagée la relation aux objets parentaux, selon des modalités non œdipiennes n'obéissant pas à un processus de refoulement mais de non inscription. Comme le mentionne A. Green :

> Là nous entrons dans une problématique nouvelle qui est le rôle de l'objet dans ces structures. L'objet n'est plus du tout, comme dans la névrose, l'objet fantasmatique, l'objet des désirs inconscients, l'objet qui soulève les inhibitions et les interdits, ce que Winnicott appelle l'objet subjectif. Nous avons le sentiment qu'il existe une enclave de l'objet à l'intérieur du sujet qui se substitue à lui et parle à sa place. Il n'est pas rare que l'objet en question soit porteur de traits psychotiques. Et, ici, les plus grandes confusions sont possibles. [1]

Au plan métapsychologique, le « narcissisme » déloge l'Œdipe de sa place organisatrice centrale et l'accent est mis sur les traumatismes dits primaires engageant les troubles de la relation précoce à l'objet maternel et les vécus de détresse du nourrisson. La référence fondatrice est ici sans doute l'œuvre de Winnicott[2].
L'on peut mentionner à titre d'exemple particulièrement illustratif les travaux de R Roussillon (1991, 1999) qui offrent une réflexion approfondie sur les « pathologies du narcissisme » et les « souffrances identitaires-narcissiques » en lien avec les « traumatismes primaires », pour reprendre ses termes.

2.2.4.4. Jacques LACAN ou le trauma comme rencontre du Réel

Si, pour S. Freud, le traumatisme représente certes un concept clé puisqu'il est à l'origine de la formation même de l'inconscient, il conserve malgré tout une dimension événementielle alors que, chez Lacan, il est contemporain de l'accès du sujet au langage et ne ressortit plus à un événement quel qu'il soit puisqu'il devient un fait de structure.

Pour comprendre l'apport de Lacan au concept de trauma, il nous faut partir des trois ordres constitutifs du Sujet, à savoir l'Imaginaire, le Réel et le Symbolique.
C'est incontestablement à ce dernier que revient la place centrale « puisque le Réel ne sera guère qu'un au-delà indicible du Symbolique et l'Imaginaire qu'un en-deçà, en ce que toutes les manifestations de l'Imaginaire sont explicables et déterminées par le Symbolique » (J.-P. Cléro, 2002, p. 77).
L'ordre symbolique est effectivement au fondement même du sujet, ordre du langage qui, nous coupant irrémédiablement de la « chose », nous fait accéder à sa représentation. Cet ordre du langage, l'enfant le tient toujours de l'Autre, d'abord parce qu'il est parlé, inscrit avant même sa naissance dans son désir, ensuite parce qu'il a à faire l'apprentissage d'une langue qui n'est pas encore sienne mais dans laquelle il est immergé, réseau de signifiants dont il ne peut d'abord saisir que des bribes.

---

[1] A. Green (1999) : Genèse et situation des états limites, In J. André et *al.*, *Les états limites*, Paris, PUF, p. 57-58.
[2] Une grande part de ses écrits serait à mentionner et l'on se contentera de signaler son texte intitulé « La crainte de l'effondrement », toujours aussi actuel.

> L'Autre désigne chez Lacan le lieu du langage, ce qu'il appelle par ailleurs l'ordre symbolique. La tache inconsciente du sujet sera celle d'inscrire le trauma dans l'Autre du langage pour lui conférer une signification, quitte à ce que cela nécessite la formation d'un symptôme.
> La part du trauma qui échappe au sens, c'est le fantasme qui aura notamment pour fonction de le cadrer. Et lorsque le fantasme ne parvient plus à régler le rapport à l'objet de jouissance, c'est l'angoisse qui apparaît. [1]

De cette opération il subsistera toujours un reste, à savoir ce qui du réel résiste, et ne peut que résister au symbolique, puisqu'il qui tient à l'impropriété structurelle du langage : le symbolique étant un « meurtre de la chose » nous ne pouvons plus revenir à elle que dans le rapport médiatisé qu'instaure le langage. Il ne saurait ainsi exister de « rapport réel au réel » sans le langage (C. Hoffmann, 2007, p. 35-46). Le langage est en effet tout autre chose qu'une opération de désignation, un signifiant correspondant de façon univoque à un signifié. Ce que Lacan a retenu de la linguistique saussurienne est sa dimension structurale selon laquelle il n'existe plus aucune positivité : il est accès à une rationalité autre, à une abstraction, si bien qu'il nous contraint à la fois à l'impropriété, donc au malentendu, ainsi qu'à la polysémie puisqu'un signifiant n'a de réalité que dans son opposition à d'autres signifiants.
Le Réel est alors ce qui résiste à toute symbolisation. Ce que nous croyons pouvoir en saisir est en fait de l'ordre de la « réalité », c'est-à-dire de ce que l'opération du langage nous permet de nous en représenter. Quant au fantasme, il tente de recréer un lien à l'objet perdu dans une sorte de fonction « anti-traumatique » puisqu'il s'efforce de combler, sans pouvoir jamais y parvenir totalement, quelque chose de la division inaugurale du sujet qui le fait sujet de manque.

Comme chez Freud, c'est la rencontre première avec le sexuel qui est traumatique, en raison de son caractère d'abord énigmatique pour l'enfant, si bien que cette rencontre le laisse confronté avec trois énigmes : le désir de l'Autre, l'irruption de sa propre jouissance et l'irréductibilité de cette expérience au langage. Cette découverte est source d'une expérience de jouissance qui ne trouve pas dans l' « Autre du langage » un signifiant à sa mesure, et il en restera toujours une part d'énigme. C'est cette inscription inaugurale impossible qui fait le traumatisme lacanien, ou, plus exactement, le « troumatisme », parce qu'il introduit dans le réel des catégories de sens qui en rompent le caractère par essence informe, « sans loi » (J. Lacan, 2005). Mais ce réel se dérobera toujours partiellement à se laisser signifier par l'ordre symbolique puisqu'il est ce qu'il en reste d'inaccessible, par le fait même de la structure. C'est là l'origine de la répétition puisque le sujet se trouve condamné à « l'ordre d'un désir » réduit à se satisfaire de « l'objet a », sorte de substitut au désir de l'Autre, et qui le conduit d'objet en objet, puisque chacun d'entre eux ne peut dès lors être que marqué du sceau du « manque » : le propre du désir est d'être toujours insatisfait : « Par conséquent, nous pouvons reconnaître que l'objet du désir n'est que le manque qui le cause, et qui lui donne sa vérité » (C. Hoffmann, 2007, p. 44-45).
Parce que le langage est impropre à tout signifier, il introduit donc à une schize fondatrice (le sujet est irrémédiablement divisé) qui fait accéder le sujet à la castration, à la cause (il n'est d'objet que causé) au ratage, au malentendu, à la séparation, au discours, au manque donc au désir (qui est dès lors « toujours désir d'autre chose »), etc. Dans ce système, le troumatisme est constitutif de l'accès

[1] S. Maugeri : *Le travail du traumatisme*.

même à l'ordre symbolique. Il tient à l'inconscient, à l'arbitraire dirait J. Gagnepain auquel nous condamne l'accès à la structure ou encore à la « négativité » (J. Gagnepain, 1994-2010).

Ces trous resteraient des trous si un ensemble de formations psychiques, en premier lieu les fantasmes et les symptômes, ne venaient faire écran, masquer le réel que tente toujours de réduire, sans jamais y parvenir totalement, l'ordre symbolique. Et quand la réalité rappelle de trop près au sujet le traumatisme inaugural et fondateur de la castration, l'angoisse surgit pour le lui signifier.
Il arrive cependant que se produise une « mauvaise rencontre », rencontre avec ce qui reste d'insymbolisé, avec ce reste de jouissance que le fantasme ou le symptôme ne peuvent contenir ; rencontre du réel, renvoi à ce qui précisément n'a pu accéder au langage.
C'est la « Tuché », «qui gît toujours au-delà de l' « automaton », « rencontre du réel » dans ce qu'il a « d'inassimilable » (J. Lacan, 1973, p. 64 et 65).
Ainsi « La Tuché est le hasard pur, ce qui ne peut être deviné à l'avance, ni prédit et encore moins calculé » (A. Sofiyana, 2005). Quant à l' « automaton », il se situe du côté du symbolique, il est ce qui ne cesse de signifier, il est ce qui nous advient et dont nous faisons notre destin : il est la résistance que nous ne cessons d'opposer à la rencontre du réel. Nous ne cessons ainsi de faire nôtre le contingent qui nous échoit. Ainsi « l'automaton est à inscrire du côté du nécessaire, de ce qui ne cesse pas de s'écrire tandis que la Tuché est du côté du contingent, de ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire » (A. Sofiyana, 2005). Ainsi précise Cléro :

> L'éthique du désir ne se départit jamais d'un caractère *événementiel* et *accidentel* : mais elle ne permet pas non plus que nous divisions et marchandions la part de responsabilité qui nous revient et celle qui relève de l'extérieur de nous, comme si le partage était facile et pouvait, une fois pour toutes, être établi. Le désir fait constamment ce partage, mais il ne peut rejeter hors de sa responsabilité ce qu'il n'a pas voulu […] Il existe un point de vue pour transformer ce qui parait être une chance ou un hasard chaotique en tracé parfaitement déterminé, encore que sans finalité, de notre destin […] L'éthique en doit être une de l'être et du Réel ; elle ne saurait viser ni à nous protéger contre l'existence, ni à demander cette protection.[1]

Ce qui alors fait traumatisme c'est lorsque la Tuché « cesse d'être le simple manque de l'automaton » ((J.-P. Cléro, p.88), quand le réel se dérobe à tout signifiant ; ou encore **Tuché et automaton sont dans un rapport dialectiquement contradictoire et c'est la suspension de cette dialectique qui fait trauma**.
Ce qui distingue principalement théorie lacanienne des approches freudiennes du trauma est que le processus d'après-coup y est abandonné au profit d'une conception de l'événement comme rencontre du réel ; si bien que l'événement y tient son pouvoir traumatique, non à l'actualisation d'un traumatisme infantile, mais parce qu'il renvoie le sujet à un « impossible », un hors symbolique, donc à la structure même du sujet « désirant » et être de langage.

[1] J.-P. Cléro (2002) : *Le vocabulaire de Lacan*, Ellipses, Paris, p. 87.

2.2.4.5. Psychanalyse et « nouveaux » traumas

Ce n'est pas que dans le seul espace du cabinet de consultation que la psychanalyse a (re)découvert le trauma. Comme une grande partie du monde psy, elle est sortie de ses « murs » et a investi d'autres champs dont elle a dû découvrir les contraintes et pour lesquels il lui a bien fallu inventer de nouvelles modalités de présence. La guerre, les génocides, les catastrophes collectives, mais aussi les « nouvelle » souffrances liées en particulier aux situations de précarité ainsi qu'à la « mélancolisation » du lien familial et social, sont devenues aussi pour certains de ses tenants une réalité clinique quotidienne (R. Roussillon, 2007).

Des pratiques en sont nées qui, quoique clairement perceptibles dans leur nouveauté, ne sont pas toujours véritablement lisibles en raison des modèles théoriques de référence adoptés. Ceux-ci étant exclusivement centrés sur une conflictualité psychique référée à l'histoire infantile ne laissent que bien peu de place au lien social actuel et à ses effets délétères sur le psychisme. et, conséquence, ne peuvent que très approximativement éclairer des pratiques psychologiques prenant pour objet ce lien.

Au plan théorique, d'autres modalités de penser le « trauma » en sont nées, centrées sur les réaménagements internes non névrotiques au long cours (O. Douville 2003), attentives aux multiples ruptures qu'il peut engendrer, notamment au niveau des systèmes de représentation collectifs auxquels la mise en sens individuelle s'articule.

La pensée lacanienne ne sera pas absente de ces reconfigurations contemporaines, mais bien trop souvent au prise au pied de la lettre, elle ne verra dans tout trauma qu'un seul effet de structure et ne saura pas prendre en compte les inscriptions sociales du sujet et leur importance.

Intégrée cependant à la métapsychologie freudienne elle conduira certains praticiens à redéfinir la névrose traumatique comme rencontre du réel de la mort.

Alors que L. Crocq a principalement puisé dans la psychanalyse à la pensée freudienne, un ensemble d'autres théoriciens et praticiens se sont quant à eux attachés à formaliser la clinique des traumatismes post-événements catastrophiques et de guerre à partir des apports du modèle lacanien, au premier rang desquels. G. Briole, F. Lebigot [1]… dont *l'ouvrage Le trauma psychique. Rencontre et devenir* de 1994 fait ici référence.

Il est cependant difficile de trouver à cette psychanalyse lacanienne du trauma une véritable homogénéité car plusieurs tendances y sont repérables, selon d'une part que les auteurs se réfèrent exclusivement ou non à Lacan (certains se sont efforcés d'y intégrer les apports de Freud), selon qu'ils ont conçu et développé ou non des aménagements à leur dispositif usuel de cure, selon enfin qu'ils ont intégré ou non à leurs constructions l'existence des montages sociaux de restauration à disposition (pour ce qui concerne au moins les situations de guerre et de catastrophe), voire même aient proposé des dispositifs de rencontre nouveaux avec les sujets traumatisés.

[1] Voir également par exemple : M. Lassagne, P. Clervoy, G. Juglard (1992) : Le costume du père. La question de la culpabilité dans la névrose traumatique, *Synapse*, N° 87, p. 47-51.

Concernant ce dernier point, l'explosion de l'usine AZF de Toulouse prend valeur de situation paradigmatique, parce qu'elle a mobilisé l'ensemble du monde psy et s'est avérée représenter un révélateur particulièrement sensible des positions des uns et des autres.

a) Une psychothérapie psychanalytique des traumas psychiques

Au motif qu'il n'existerait pas en l'homme de représentation de sa propre mort, le moment traumatique consisterait pour F. Lebigot en la rencontre du sujet avec sa propre disparition : moment par définition impossible, double disparition en quelque sorte, et du sujet, et de la représentation de sa fin. Ainsi pour Lebigot, c'est « l'image traumatique » qui fait effraction du pare-excitations et qui, ne rencontrant sur son chemin aucune représentation susceptible de la lier, atteindrait aux couches les plus profondes du psychisme, en l'occurrence le refoulement originaire auquel elle se joindrait.

> C'est cette image qui va réapparaître dans le syndrome de répétition, la nuit, dans les cauchemars, le jour dans les reviviscences. Elle installe au cœur du psychisme du sujet une certitude qui n'y était pas, celle de sa propre mort. [1]

Cette effraction du pare-excitations a valeur étiologique et est à l'origine du développement d'une névrose singulière, la névrose traumatique, qui ne saurait être assimilée à aucune autre névrose, même si la culpabilité peut s'y avérer centrale, tant le syndrome de répétition en effet autour duquel elle s'organise en signe la singularité.
Le trauma dont il s'agit n'obéit pas à strictement parler à un processus d'après coup car il est rencontre avec le « réel de la mort » et entraîne le sujet dans une « traversée sauvage du fantasme »[2] qui le renvoie à un préœdipien, à l'originaire et à la toute puissance de l'Autre. Partant, c'est le ré accès à la castration, telle qu'il peut notamment s'exprimer dans certains rêves mettant en scène un retour à la culpabilité œdipienne, qui constituera le mode de dégagement par excellence de ce retour à l'archaïque qu'a représenté la névrose traumatique (F. Lebigot, 1999).

Il en découle des différences essentielles dans l'approche psychothérapique à développer. Ainsi les conditions de la rencontre sont à poser au plus près des particularités de l'expérience vécue, et des aménagements techniques en ont été conçus : entretiens de face à face, premier temps plus ou moins long (qui peut d'ailleurs se suffire à lui seul) à forme de débriefing (F. Lebigot, 2006), approche empathique et étayante, voire à visée pare-excitatrice, très grande prudence à l'égard de l'association libre…, réservant à un second temps de la psychothérapie un travail psychique où l'importance de l'événement initial s'estompe pour laisser place à une « clinique du refoulement » :

> La visée de « l'objet a » est celle de la psychanalyse. Elle consiste à découvrir qu'il n'y a pas dans l'Autre de réponse au manque, que celui-ci est de structure.
> Les psychothérapies sont moins ambitieuses, également dans le cas d'une névrose traumatique. Il s'agit seulement, par la grâce du transfert, de laisser le patient dérouler sa propre parole, et de l'aider

---

[1] F. Lebigot (200), *Traiter les traumatismes psychiques* p. 20-21.
F. Lebigot (1999) : Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques, *Nervure*, tome XII, N° 6, p. 16-19..
[2] Expression que l'on retrouve avec constance chez F.Lebigot et G.Briole notamment.

> à en assumer le risque. Sortant de la position d'objet de complétude, le traumatisme devient le point de départ du processus associatif. Il en subit d'ailleurs les effets directement perceptibles dans les modifications des cauchemars, par exemple. Puis il est oublié au profit de la problématique névrotique du sujet.
> Les patients passent d'une clinique à l'autre, chacun à sa manière, mais le langage les mène toujours dans les parages d'une question sur la faute et leur culpabilité.[1]

Le premier temps de verbalisation de l'événement, ou phase de débriefing, y apparaît comme un temps de rencontre presque incontournable parce que, d'abord il permet au sujet un premier dégagement de la toute puissance de l'événement pouvant d'ailleurs dans un certain nombre de cas suffire à assurer l'efficacité thérapeutique de la prise en charge, ensuite, par ses effets presque toujours apaisants, qui sont très favorable au développement d'une relation transférentielle positive permettant de développer, si nécessaire, un travail plus approfondi.

L'on peut mentionner également dans cette lignée de praticiens G. Briole qui, quoique ayant souvent affirmé son opposition à toute forme d'aide spécialisée (voir partie III l'une de ses citations), reconnaît une dimension singulière à ces configurations traumatiques résultées de la rencontre avec le « réel de la mort » (G. Briole, 1998) ; il insiste notamment sur la centralité du « syndrome de répétition traumatique » ainsi que sur les aménagements, ou « suppléances », développées par les sujets, particulièrement dans la phase de latence qui « se signale d'être en elle-même une *effraction supplée* » (G. Briole, 1995, p. 111). Ces suppléances, qui prennent généralement la forme d'une « autre rencontre », font « alternative pour le sujet et non solution de compromis, qui serait le symptôme » (*ibid.*, p. 112). Ce peut être de s'en remettre à l'idéal de groupe, de s'identifier à une victime, des désirs de vengeance, de se vouer à une cause, à toute forme de militantisme, l'adhésion à une secte, à une société secrète, la sublimation par le témoignage.
L'importance accordée aux entretiens préliminaires « souvent très prolongés dans le temps » (*ibid.*, p.119), l'attention toute particulière portée aux cauchemars et aux rêves des sujets traumatisés et à leur évolution, semblent attester d'une approche thérapeutique ajustée à ces formes de trauma (G. Briole, 1988, 1995), même s'il ne cesse d'affirmer que la rencontre traumatique « reste aussi, pour une part, de la responsabilité du sujet » (*ibid*., p. 117)[2], et que, le plus rapidement possible, « ce ne soit plus l'événement mais une question du sujet qui soit en jeu » (*ibid*., p. 119).

b) Le réel, tout simplement ?

Si, chez F. Lebigot et sans doute chez G. Briole, le traumatisme psychique justifie le développement d'une approche psychothérapique originale, il en est tout autrement d'un ensemble de praticiens se revendiquant également de l'enseignement de J. Lacan. Ceux-ci, quand bien même ils font explicitement référence à la notion de trauma psychique et semblent *a priori* lui accorder le

---

[1] F. Lebigot (2006) : Le trauma sous transfert, *Stress et Trauma*, 6(2), p. 73.
G. Briole (1998) : Emoi et traumatisme psychique, *Ann. Méd.-Psychol.*, 156, N° 1, p. 4-7.
G. Briole, F. Lebigot, M.H. Blanchard (1988) : Traumatisme, répétition, rêve et désir dans la névrose traumatique, *Annales de Psychiatrie*, 3, 2, p. 122-126.
[2] Le « aussi » semble l'indiquer puisqu'il suppose implicitement un « pas seulement ».

statut d'une configuration clinique particulière, ne paraissent, dans la pratique, en inférer aucune spécificité d'approche.

Tout au fond pour Lacan peut être « traumatique », puisque tout événement, quelque soit sa nature, est susceptible de renvoyer le sujet à « l'impossible du réel », et il n'y a alors jamais lieu d'accorder à telle ou telle des possibles formes par lesquelles ce réel s'impose plus qu'autre chose que la demande qu'il fait émerger chez le sujet. Que celui-ci puisse être confronté à la rencontre avec la mort n'en est qu'une des figures possibles : de trauma il n'est que la rencontre à chaque fois singulière du sujet avec ce qui serait son propre impossible, avec ce qui pour lui est resté d'énigmatique dans sa rencontre inaugurale avec le « Désir de l'Autre » et à ce qui le renvoie, *in fine*, à sa propre incomplétude.

La longueur de la citation suivante s'excusera du caractère exemplaire qu'elle offre d'une telle position :

> Le psychanalyste se définit par son désir de faire surgir la particularité de chacun au sein de ce qui est vécu par tous. Les cas présentés par nos deux collègues le montrent bien. Dans le cas présenté par Araceli Fuentes, après-coup du traumatisme prend la forme d'un accablement d'un sujet par sa culpabilité : « une culpabilité qui se rapporte à ce qu'il aurait pu faire et qu'il n'a pas fait.(…)Il ne s'est pas arrêté pour aider les blessés. Epouvanté, il est sorti en courant de la gare d'Atocha (…) Dans sa fuite, ce sujet rencontra un homme au visage ensanglanté, un autre gisant sur le sol, dans une position qui lui rappelait celle du Christ. La nuit, le moment de l'explosion et l'image de l'homme-Christ lui revient en cauchemar ». Il se reproche de n'avoir pu être à la hauteur du discours religieux « que lui avait transmis son père », un père tout amour, un père qui lui avait enseigné « qu'il fallait tendre l'autre joue ».Il n'a pu être à la hauteur de l'idéal chrétien du pardon (…) Au moment où le réel fait irruption », sa réponse de fuite montre qu'il ne s'identifie pas au Christ gisant de son rêve ; il ne s'identifie pas à Celui qui a sacrifié sa vie pour les hommes ; il n'a pas tendu l'autre joue. Bien plutôt, l'événement l'amène d'abord à reconnaître en lui le pouvoir de la haine.
> L'analyste en déduit la logique de sa position, qui est l'envers d'une position idéalisante. En un premier temps, la responsabilité du sujet passa par la reconnaissance de la haine qui s'était réveillée en lui à la racine du trauma, « une haine jusqu'alors inconnue ». Face au réel du trauma, l'appel du père « tout amour » n'obtient pas de réponse. Le sujet continue à être angoissé et cette angoisse est un essai de suppléance à la voie du sens religieux qui échoue. Ecouter dire cette haine et maintenir ouverte la voie afin qu'un jour puisse émerger ce qui de cette haine lui appartient en propre dans le mouvement de subjectivation de son être, telle fut l'orientation suivie par l'analyste. [1]

La catastrophe de l'usine AZF de Toulouse, parce qu'elle a suscité une mobilisation massive de l'ensemble du monde psy local et bien au-delà, a été l'occasion pour un certain nombre de praticiens se soutenant des mêmes positions de mettre en cause la doctrine et les principes de l'intervention immédiate et des pratiques de verbalisation précoce. Nous prendrons à titre d'exemple l'écrit de J.-L. Marrou (2004), *AZF. A chacun son explosion*[2], parce qu'elle est caractéristique des difficultés d'un certain monde psy à faire siens les enjeux sociaux en cause, sans pour autant se refuser à y entrer, et qu'elle condense les principales critiques adressées à l'urgence médico-psychologique.

---

[1] E. Laurent : Le traitement de l'angoisse post-traumatique : sans standards mais non sans principes, *Quarto*, N° 84, p. 22-30.

[2] Mais l'on trouvera dans ce même numéro un point de vue sensiblement différent sous la plume de J. M. Davis : *AZF. Constats d'une psychologue clinicienne concernant la situation des sinistrés et des victimes physiques et psychologiques de l'explosion de l'usine AZF en septembre 2003, soit deux ans après les faits* p. 130-47.

La question, point de départ à cette réflexion, est en elle-même déjà significative : « dans un tel dispositif, le psychologue peut-il choisir dans sa pratique une orientation psychanalytique sans la brader ? » (*Ibid.*, p. 121). Quant à la réponse, elle se décline en trois points :

- contre une clinique de l'urgence qui exclurait « toute possibilité de questionnement et d'énonciation subjective », « aller voir du côté du réel restant un choix du sujet : une forme d'objection au discours dominant actuel ». D'où un premier impératif, celui de « ne pas s'inscrire dans cette lignée de spécialistes qui devancent la demande » (*ibid.*, p. 122) ;
- distinguer l'urgence subjective de l'urgence sociale (l'urgence de « l'Autre social ») qui « somme la personne de dire sa douleur dans une démarche externe » ; cela, écrit-il, « a été une difficulté intrinsèque à notre dispositif, car souvent la demande des sujets reçus était induite par nos partenaires » ;
- « ne pas assigner à une place de victime, parce qu'il n'y a rien à attendre de cela, mais plutôt essayer d'entendre la façon dont un sujet rend compte de sa traversée de l'expérience traumatique. Nous pensons que ce n'est pas d'un dédommagement dont le sujet a besoin, mais plutôt d'une dialectisation : ne pas viser la réparation, mais une séparation avec la fascination qu'exerce pour le sujet le traumatisme » (*ibid.*, p. 123).

Il en est de même de tout un ensemble d'auteurs, comme P. Gutton qui écrit, toujours à propos d'AZF :

> Répétons-le c'est le fonctionnement psychique qui m'occupe et non la corrélation plus ou moins experte avec la matérialité des faits. Le clinicien soigne la psyché, il n'est pas l'expert. Son devoir de se dégager de la cause contraste avec tout de qu'impose « l'état de victime » : la nécessité de la preuve, le montage des figures de préjudice réclamé par les bienfaiteurs et les assurances (privées et sociales).[1]

Ceci au prix d'un clivage qui n'a pas échappé à l'auteur :

> La chose extérieure devrait être abandonnée au bénéfice résolu de l'écoute de la causalité interne psychique, précisément ce qu'il en reste dans la pathologie traumatique[…] Cette décision (…) peut surprendre ; elle est justifiée par la volonté d'écoute exclusive de ce que vit le sujet souffrant, de ce qu'il révèle de ce qu'il ressent et pense […] Sa démarche (celle du psychanalyste) suppose un renoncement (douloureux) à une vue d'ensemble de ce qui se passe ; la restriction du champ de son travail est nécessaire à une écoute qui se veut aiguë quant à ce qui est entendu et se manifeste de la vie psychique. Ce clivage volontaire et difficile entre l'éthique d'une écoute centrée sur les souffrances d'un sujet et celle de citoyen attentif aux droits de l'homme est une prise de position à contre-courant de la vie quotidienne. [2]

Véritable rabattement de la souffrance aux aléas d'une « vie psychique » réduite aux seuls mouvements internes supposés l'animer et totalement déliée des possibles effets de sa réalité sociale, **le moindre des paradoxes de ces positions est qu'elles se soutiennent de rencontres cliniques qui n'aurait sans doute jamais eu lieu si la mise en place des dispositifs qu'elles dénoncent ne les avaient rendues possibles.**

---

[1] P. Gutton, In S Pechikoff, B. Doray, O. Douville, P. Gutton (2004) : *Toulouse/AZF. Essai sur le traumatisme et la tiercéité*, La Dispute, p. 56.
[2] *Ibidem*, p. 53.

c) La notion de tiercéité

C'est au contraire le souci d'intégrer à l'écoute de la dimension subjective, voire dans certaines situations pour la rendre à nouveau possible, qu'une importance positive est accordée aux dispositifs de restauration sociale par un autre courant de réflexion et de pratique psychanalytique du traumatique.
Loin de rejeter les effets de la reconnaissance d'une condition de victime et des revendications qu'elle autorise, elle en reconnaît la nécessité :

> Il faut aussi reconnaître, et accepter ceci comme une donnée anthropologique et psychologique, que des sujets ayant vécu des mêmes dommages ont tendance à se regrouper dans des mouvements associatifs, lesquels ont l'effet de recréer du collectif et du communautaire et de prescrire de l'identité.
> Il serait à la fois indécent et faux, au seul plan théorique, d'ironiser sur ces mouvements de groupe.[1]

Ainsi, à tout rabattre sur la subjectivité, l'on en viendrait à oublier que le langage est une articulation du sujet à un réseau de signifiants collectifs et que donner du sens suppose toujours un sens à disposition auquel amarrer sa singularité : l'idée d'un pur sujet hors toute appartenance collective est proprement irréelle, comme si l'accès à la subjectivité rendait caduque toute modalité collective (plus exactement partagée) de représentation. Cela ne signifie pas que le collectif soit premier : mais que toute subjectivation suppose structurellement, dialectiquement, son opposé, à savoir ce dont elle se différencie. Ainsi :

> La psychanalyse suppose que le travail psychique de celui qui a vécu une sensation de « fin du monde » a bien comme finalité de retrouver un cadre où déposer l'ensemble des pulsions de destruction. Il ne s'agit pas seulement de redonner « un sens » et de surmonter la destruction du sens qu'a entraînée l'effraction traumatique, mais encore, et c'est là une condition préalable à toute re-symbolisation, de retrouver un ensemble de contraintes qui ont pour fonction de fournir une figurabilité suffisante, une possibilité de constituer des représentations et des liens entre ces représentations.[2]

Une notion nouvelle en est née, significative de cette perspective, la « tiercéité », ainsi définie par S. Pechikoff :

> L'action solidaire s'adresse à l'ensemble de ces sujets qui, bien que différents, présentent la caractéristique d'être tous des individus sous événement. Il apparaît que dans l'ensemble, ses acteurs sont des tiers. En principe, ils offrent de la tiercéité aux individus, de manière à se dégager de l'emprise que l'événement exerce sur eux. Il s'agit d'un rôle parfaitement essentiel.[3]

Ce tiers tient une double fonction de décollement de l'événement et d'espace de « resymbolisation » (B. Doray, 2007) :

---

[1] O. Douville, In S Pechikoff, B. Doray, O. Douville, P. Gutton (2004) : *Toulouse/AZF. Essai sur le traumatisme et la tiercéité*, La Dispute, p. 118.
[2] *Ibidem*, p. 119.
[3] *Ibidem*, p. 80.

> En fait le tiers est doublement nécessaire : premièrement il restaure le sujet en le rendant distinct et distant de l'objet ; deuxièmement, il offre à l'individu un espace possible pour déployer l'acte de symbolisation indispensable à l'intégration de l'événement. On l'a dit, le sujet doit élaborer l'expérience nouvelle pour parvenir à la dépasser.[1]

Cette pensée au croisement de la psychanalyse et de l'anthropologie se développera également sur de tout autres terrains, notamment celui des contextes de guerre (B. Doray, 2002), de l'adolescence errante et des « enfants soldats » (O. Douville, 2008, 2010).

2.3. Naissance et développements de la psychotraumatologie et de la victimologie clinique

PLAN :

Introduction

2.3.1. Naissance et développements de la psychotraumatologie

- Introduction
- 2.3.1.1. L'histoire d'une invention
  - a) 1953-1969 : La réhabilitation l'événement dans l'étiologie des névroses traumatiques de guerre
  - b) 1970-1986 : Du trauma au stress : à la recherche du moment traumatique
  - c) 1987-1998 : L'invention de la psychotraumatologie en milieu civil
  - d). 1999- … . Mythes et histoires : le trauma comme expérience anthropologique.
- 2.3.1.2. Panorama de la psychotraumatologie
  - a) La clinique des syndromes psychotraumatiques
    - Le temps de l'immédiat : entre stress, détresse et panique
    - Le temps du post-immédiat ou le temps de latence
    - Le temps du différé : névroses traumatiques et personnalité traumato-névrotique
  - b) De la psychotraumatologie comme méthode
    - Le dispositif de l'urgence médico-psychologique et les CUMP
    - Autres dispositifs spécialisés de prise en charge
  - c) Les modalités de prise en charge
    - La prise en charge en immédiat
    - Le post-immédiat et la méthode paradigmatique du débriefing
    - La prise charge des syndromes psychotraumatiques chroniques
- 2.3.1.3. Vers une praxéologie de la crise

2.3.2. La victimologie clinique

- 2.3.2.1. De la victimologie criminologique et à la criminologie victimologique
- 2.3.2.2. La seconde victimologie
- 2.3.2.3. Pratiques victimologiques
  - a) Un nouvel espace clinique : la rencontre victimes/justice
  - b) La psychothérapie des victimes
  - c) Les groupes de parole

Conclusion

[1] *Ibidem*, p. 81.

Introduction

Parallèlement à la poursuite de la réflexion psychanalytique sur le trauma, deux disciplines nouvelles, en rupture sur de multiples plans avec celle-ci, marquent la période contemporaine : la victimologie et la psychotraumatologie.
Elles sont nées de la prise en compte et de l'intégration progressive à leur réflexion et leurs pratiques, par le droit d'un côté, la psychiatrie de l'autre, de la dimension socio-anthropologique de la victimité moderne. Ou plutôt, serait-il plus juste de dire, que, constituant les deux modalités dominantes socialement à disposition (du fait de nos découpages disciplinaires et institutionnels), d'appréhender et de donner corps à ce nouvel **impératif** ou souci que représente la victimité, elles se sont vues investies de façon privilégiée la tache d'en développer des modes de « gouvernance ».

Malgré les relations « intimes » qu'elles entretiennent, faites d'emprunts respectifs, souvent d'ailleurs plus cryptiques qu'explicites, et bien qu'elles participent d'une même épistémè centrée sur le dommage psychique et la victimité, leurs origines et leurs disciplines de référence, leurs modalités respectives de penser les problèmes en jeu, leurs dispositifs et modes d'intervention propres, exigent qu'elles soient abordées distinctement ; quitte à ce qu'en conclusion nous ne tentions de dépasser les différences qui semblent les opposer.

2.3.1. Naissance et développements de la psychotraumatologie

Introduction

Quand Claude Barrois publie en 1983 « La névrose traumatique », le premier ouvrage depuis celui d'Oppenheim à porter ce titre, ou encore quand quelques années plus tôt Louis Crocq s'attache, dans une série de textes fondateurs, à redonner à cette entité une place dans la nosographie, rien ne laisse à penser qu'elle susciterait en quelques années un tel regain d'intérêt, inspirerait tant de travaux théoriques, cliniques et thérapeutiques et serait bientôt à l'origine une branche à part entière de la psychologie et de la psychiatrie.
Ce succès n'exclura bien sûr pas le développement d'un certain nombre de controverses, nous l'avons déjà relevé. Mais celles-ci n'ont, pour l'instant du moins, pas freiné cet élan dont nous tenterons de montrer dans ce chapitre qu'il tient d'ailleurs peut-être moins à la redécouverte d'un champ de la psychopathologie et de la psychiatrie dont les spécificités avaient été progressivement étouffées en particulier par l'hégémonie de la causalité névrotique infantile et le processus d'après-coup, qu'à un ensemble de créations tout à fait novatrices en matière de dispositifs et de pratiques de prise en charge. En effet, pour que la psychotraumatologie naisse et se développe, il fallait qu'elle se donne de nouveaux objets cliniques mais également, au moins sur certains points, soit en rupture avec les modalités dominantes de penser et prendre en charge certains troubles psychiques. Car sur fond de questions de psychopathologie et d'anthropologie, ce qui fait la psychotraumatologie est

d'être d'abord une pensée de l'action et de l'intervention d'urgence, dans un souci, constamment praxique, de gestion de situations de crise dont la figure paradigmatique en est la catastrophe et ses multiples configurations possibles.

Son analyse fait ressortir sept axes forts autour desquels l'on peut ordonner ses développements :

- une relecture critique de l'histoire de la pensée et des pratiques autour des événements dits traumatiques et des pathologies associées ;
- une réflexion étiologique : de la prédisposition et de l'histoire infantile à l'impact propre de l'événement comme mécanisme d'action pathogène spécifique, à partir d'une redéfinition de la notion de traumatisme psychique ;
- un travail sémiologique avec le développement d'une clinique syndromique en trois temps ;
- une réflexion nosographique réhabilitant la névrose traumatique comme entité autonome et inventant les syndromes psychotraumatiques et le PTSD, dans une mise à échéance de la question psychopathologique au profit d'une approche syndromique ayant essentiellement valeur de typologie ou de nosographie de terrain ;
- la conception de nouveaux dispositifs institutionnels de prise en charge, allant des Cellules d'urgence médico-psychologiques à des consultations spécialisées ;
- une réflexion sur l'approche et les méthodes : le défusing, le débriefing, l'approche cathartique… ;
- une métapsychologie de l'expérience traumatique comme expérience anthropologique.

Mais avant de proposer une vue synthétique de certains de ces développements, nous étudierons dans un premier chapitre comment ces sept axes constitutifs de la psychotraumatologie se sont formés, révisés et enrichis les uns les autres, cela à partir de l'exemple offert par les travaux de L. Crocq et leur évolution, des années 1960 à nos jours.

2.3.1.1. L'histoire d'une invention

Si la psychotraumatologie en milieu civil connaît ses premiers pas dans les années 1985-90 pour véritablement se développer de façon généralisée, du moins en France, à partir de 1995 avec le dispositif de l'Urgence médico-psychologique, il faut remonter aux années 1960-1970 pour trouver trace des premiers travaux sur lesquels s'appuieront ce mouvement ultérieur.

L'œuvre de L. Crocq est à de multiples égards exemplaire de cette redécouverte et ré exploration d'un champ clinique qui avait été, nous l'avons vu, presque totalement déserté en tant que tel par les spécialistes, même si les travaux historiques qui vont alors se développer montreront que, de façon confidentielle, souvent sous couvert d'autres dénominations, s'était maintenue une tradition clinique centrée sur les conséquences psychiques d'événements exceptionnels.

C'est du moins ainsi que la psychotraumatologie se présente, mais, bien plus qu'une redécouverte, c'est un véritable ensemble d'inventions qui la caractérise, même si celui-ci cherchera à se dire dans un premier temps dans la langue et les concepts à disposition et s'ancrera dans l'histoire des idées et des pratiques en psychiatrie militaire, notamment. Car il fallait aller presque totalement à l'encontre des pratiques et conceptions jusqu'alors dominantes en psychologie et psychiatrie pour pouvoir penser un dispositif tel que celui de l'urgence médico-psychologique.

C'est au regard des impératifs contemporains que cette relecture prend véritablement sens. Les premières pages de l'ouvrage de C. Barrois l'attestent : le trauma, ou du moins ce qui se désigne comme tel, est d'abord une question d'actualité qui… « …trouve sa légitimité dans le fait que les traumatismes psychiques font partie intégrante de ce que nous serions tentés d'appeler les figures de la modernité dans la deuxième moitié du XXe siècle » (C. Barrois, 1988, p. 3).

Nous prendrons, à titre d'exemple les travaux de L. Crocq parce qu'ils sont au cœur de l'invention de la psychotraumatologie et parce que l'évolution de sa pensée apparaît comme exemplaire de l'ensemble des déplacements qui ont été nécessaires à son invention[1].

a) 1953-1969 : La réhabilitation l'événement dans l'étiologie des névroses traumatiques de guerre

L'aventure commence par une série de travaux menés dans le cadre d'un service de neuropsychiatrie d'hôpital militaire, travaux apparemment hétérogènes, presque hétéroclites, puisqu'il y est question de sujets aussi divers que la surdité (1955), les ulcères gastroduodénaux (1967), la psychopathologie de guerre (1965a) ou les problèmes d'adaptation au milieu militaire (1964).

A leur carrefour cependant trois convictions se dégagent, celle de la nature psychogène de certains troubles somatiques, celle de l'importance de facteurs psychosociaux et institutionnels dans leur survenue, et enfin celle de l'existence possible d'un événement exceptionnel à leur origine.

C'est sur le terrain de la nosographie que cette dernière conviction va chercher à se démontrer, à partir d'une question centrale, celle du rôle respectif de l'événement et de la prédisposition dans l'étiologie des névroses. Se trouve ainsi ré ouvert le débat sur l'autonomie de la névrose traumatique de guerre dans le champ des névroses, en particulier par rapport à la névrose hystérique (1965b, 1969) mais aussi obsessionnelle (1968b).

C'est avec une réticence nettement exprimée à l'égard des modélisations psychopathologiques, et donc essentiellement sur le terrain de la clinique et de la sémiologie, que cette démonstration va s'effectuer. Ainsi écrit-il : « … efforçons-nous, dans notre recherche, de nous départir des incidences contemporaines doctrinales éphémères, pour appréhender la réalité clinique dans sa structure concrète. » (1965a, p. 260).

Ce retour à la clinique se dote d'une méthode, celle de la « narco-analyse amphétaminée », dont il est attendu qu'elle permette de faire un grand pas dans l'élucidation des rôles respectifs de la prédisposition et de l'événement dans la survenue des troubles de guerre (1965c, 1968a).

Ce « procédé explorateur » s'avère également une méthode thérapeutique, et s'affirme déjà avec force une idée fondamentale, celle de l'importance de la libération progressive des émotions par le langage dans un dialogue permettant d'objectiver et de maîtriser un événement imprimant son pouvoir morbide au psychisme.

---

[1] Cette lecture historique et épistémologique des travaux psychotraumatologiques et victimologiques de L. Crocq est en grande partie reprise d'une publication en deux parties : P. Pignol, LM Villerbu (2008 et 2009) : Essai d'épistémologie autour des écrits victimologiques de L. Crocq *PsychoMédia*, N° 18 et 19.

L. Crocq butera cependant longtemps sur un constat qui semble à l'époque ne souffrir aucune discussion, celui du rôle de la prédisposition :

> De toute façon le poids de cette susceptibilité individuelle ou « prédisposition » est unanimement reconnu, au point que les statistiques portant sur la guerre de 1939-1945, le conflit coréen et l'expédition d'Indochine lui accordent une part étiologique prépondérante.[1]

Il en restera sur l'idée d'une intrication complexe pouvant prendre plusieurs formes entre ces deux facteurs étiologiques. D'où sans doute une conclusion laissant le lecteur sur une impression ambiguë :

> Ainsi donc, la névrose traumatique et la psychonévrose hystérique présentent parfois des interpénétrations cliniques intimes et des implications pathogéniques réciproques, à l'occasion desquelles il convient de restreindre le déterminisme de la notion de prédisposition et de réhabiliter l'événement, au moins pour rappeler qu'il existe un traumatisme à l'origine de toute névrose traumatique. [2]

L'article de 1969 *Délimitation et signification du concept de névrose traumatique*, marque une position beaucoup plus affirmée en faveur de l'importance étiopathogénique de l'événement. La place prépondérante de la référence à la pathologie névrotique tend à s'estomper derrière l'impact propre de l'événement déclencheur en ce qu'il imprime sa marque à la symptomatologie :

> En fait il convient de distinguer les symptômes de super-structure et les symptômes fondamentaux ou originaux. Derrière la symptomatologie de super-structure anxieuse, hystérique, phobique, ou même obsessionnelle, empruntée aux autres névroses, la névrose traumatique possède une symptomatologie exclusive et originale qui atteste de son authenticité. [3]

Car c'est en fait « l'illusion rétrospective du clinicien », et non l'observation clinique rigoureuse, qui a pu faire croire à l'existence de névroses latentes chez les traumatisés :

> L'événement choisit et colore, faisant accéder à une nouvelle existence, des événements anodins de l'enfance, les érigeant au rang de prémisses, reléguant dans l'ombre comme non-sens dérisoires d'autres événements qui paraissaient dominants avant lui, donnant un sens nouveau à des significations hésitantes ou potentielles, confirmant des vérités jusque là sursitaires.[4]

Et il peut en conclure : « Voilà pourquoi par « prédisposition » il faut entendre vulnérabilité et non déterminisme et comprendre la pathogénie traumato-névrotique comme l'insertion d'une nouvelle expérience vécue sur la sédimentation offerte par les expériences antérieures. » (1969a, p. 1436)
Cependant, cette symptomatologie reste encore approximative au regard des travaux ultérieurs, le syndrome de répétition, bien que considéré comme essentiel, n'y tenant pas encore véritablement une place organisatrice centrale. Mais l'on peut dire qu'une étape décisive a été franchie, confirmée par le texte *Les névroses de guerre* (1969a et b) car une notion nouvelle en est née, celle de « psycho-traumatisme », par quoi il faut entendre un « … afflux brutal de situations critiques et urgentes que

[1] L. Crocq (1965b), p. 333.
[2] *Ibidem*, p. 339.
[3] L. Crocq (1969a), p. 1433-34.
[4] L. Crocq 1969a), p. 1435.

le sujet ne peut maîtriser par des ajustements normaux… » (1969c, p. 175) ; notion centrale puisqu'elle…

> … permet, par ses critères de violence et d'exception, et par la signification des symptômes qui en découlent, de distinguer les névroses de guerre réellement dues au combat des manifestations névrotiques exprimées en temps de guerre ou à l'occasion de la guerre chez des sujets antérieurement névrosés… [1]

b) 1970-1986 : Du trauma au stress : à la recherche du moment traumatique

L'année 1970 marque un premier tournant dans la pensée de L. Crocq avec l'apparition d'une thématique nouvelle, celle de la panique (1970), qui connaîtra d'importants développements dans les années 1986-1988 (1984, 1986c, 1986d), puis en 1998 quand l'organisation de la coupe du monde de football en réactualisera l'intérêt (1998d). Le thème peut à l'époque sembler relativement secondaire par rapport à la question de la névrose traumatique qui jusqu'alors a beaucoup occupé L. Crocq. Dans les faits, il annonce et prépare une importante inflexion de la réflexion.

Ainsi, avec la panique, la pensée n'est plus ni nosographique ni psychopathologique, même s'il s'agit toujours de traiter de phénomènes pathologiques, mais prend une orientation nettement psychosociologique et prophylactique, en cela annonciatrice des travaux ultérieurs sur les situations de catastrophes collectives et l'invention des CUMP.

Le thème manifeste également l'intérêt clinique nouveau pour les réactions immédiates, là où jusqu'alors l'attention s'était portée exclusivement sur le rôle de l'événement dans la constitution d'organisations pathologiques durables, sur les retombées de l'événement bien plus que sur sa nature même.

Cette centration sur le temps de l'événement explique l'apparition de la notion de stress qui, quatre ans plus tard, se partage avec la névrose traumatique l'intitulé d'un article charnière, *Stress et névrose traumatique* (1974).

La notion de stress, empruntée à Selye, y apparaît de façon centrale pour la première fois mais à une place et dans un sens qui connaîtront plus tard une révision importante puisque le stress y est présenté comme la réaction psychophysiologique à l'événement (dénommé traumatisme) responsable non seulement des réactions aigues mais aussi du développement de la future pathologie psychonévrotique ! En effet le stress, réaction d'alarme et de défense de l'organisme, peut donner lieu «…à des perturbations biologiques et mentales, à des états d'épuisement irréversibles, à des lésions organiques et à la mort » (1974, p. 1517). Partant, «… il est intéressant d'examiner comment l'individu devient malade ou névrosé par le canal de sa propre réaction de défense.» (1974, p. 1517).

Pour le reste l'article qui, par son ambition, son volume et sa construction s'apparente à une monographie ou un programme de futures recherches, est le premier à proposer une synthèse détaillée et aussi exhaustive que possible de toutes les questions que pose la clinique différentielle de la névrose traumatique ainsi que les enjeux psychopathologiques que l'entité soulève. Les travaux de Freud y sont repris en détail et constituent la référence théorique majeure.

---

[1] L. Crocq (1969c), p. 175.

Une part importante des travaux ultérieurs (1978, 19821990b), et jusqu'aux plus récents, s'attachent à reprendre les différents chapitres de l'article pour en affiner sans cesse l'étude. Certains d'entre eux connaîtront des révisions marquantes mais cela n'affectera jamais véritablement l'esprit profond de l'écrit et les orientations théoriques et cliniques qu'il dégage avec force. En cela l'on peut parler d'un texte fondateur.

Quant à l'article *Evénement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre* (1985a), il est tout fait représentatif des remaniements que L. Crocq n'a cessé d'apporter à sa pensée. S'appuyant ici sur une discussion approfondie des différentes positions développées par Freud à l'égard de la névrose traumatique, il procède à une réorganisation du tableau clinique en trois ensembles qui ne varieront plus. Ce sont : le temps de latence, le syndrome de répétition et la réorganisation de la personnalité sur un mode « traumato-névrotique ». Quant au rôle de l'événement, il semble ici véritablement trouver sa place et sa fonction dynamique dans un « schéma étio-pathogénique » amenant…

> … à concevoir son pouvoir ni comme pure causalité extérieure ni comme facteur occasionnel ou révélateur mais comme expérience vécue de bouleversement intense, désorganisant la personnalité, la faisant accéder à ses propres potentialités morbides, donnant corps à certains passés possibles et pas à d'autres, confirmant certaines vérités jusqu'à présent sursitaires et infirmant d'autres significations désormais dérisoires. [1]

La même année 1985, un autre texte va aborder pour la première fois de façon détaillée et prendre résolument parti sur une question sujette depuis toujours à controverses : *Les névroses traumatiques doivent être reconnues et indemnisées* (1985b)) qui ouvre à l'importante question de la reconnaissance sociale de ces troubles. Le thème sera fera l'objet d'une actualisation en 2002 (2002f).

c) 1987-1998 : L'invention de la psychotraumatologie en milieu civil

L'année 1986 a été marquée par l'ouverture d'une consultation hospitalière spécialisée à l'adresse de victimes civiles d'attentats et d'agressions et, dès l'année suivante, ses premiers enseignements font l'objet d'une publication qui à bien des égards marque un nouveau tournant. Il s'agit de *Séquelles psychiques des victimes d'attentats et d'agressions* (1988b).
Le vocable de « victime » y apparaît pour la première fois, là où jusqu'alors la plupart des termes employés renvoyaient essentiellement aux domaines de la clinique et de la psychopathologie. Il faut comprendre son usage comme contemporain de l'attention devenue centrale pour les questions de prise en charge, même si le contenu du texte consacre une large part à la description des principaux tableaux cliniques rencontrés : car l'on y trouve des notations cliniques, tout à fait nouvelles dans leur esprit, relatives aux souffrances liées au fait d'avoir été victime de… , souffrances tenant moins à la pathologie qu'à la détresse de s'être trouvé en situation de vulnérabilité extrême ; souffrances

[1] L. Crocq (1985a), p. 118.

également liées aux réponses parfois insatisfaisantes du social qui engendrent un sentiment persistant d'incompréhension pouvant aller jusqu'à la sinistrose ou la revendication active.
La diversité de la réalité clinique y est relevée, allant des réactions adaptatives de stress à des symptomatologies durables à fortes répercussions sociales : problèmes de travail, altération de la vie familiale, perte des intérêts.
Ce bilan viendra confirmer la pertinence du mécanisme de l'illusion rétrospective du clinicien : « ...nous n'avons trouvé de prédisposition vraie que chez une minorité de patients »… Quant à l'éventuelle attitude incitatrice des victimes ou leur supposée propension au masochisme, ce ne sont que « …des hypothèses d'école » (1988b, p.474).
La clinique dont il s'agit est celle d'une population de personnes ayant été prises dans un événement exceptionnellement violent et non plus, comme jusqu'alors, de sujets souffrant de troubles chroniques d'origine psychotraumatique. D'une question de nosographie et de prise en charge d'une pathologie l'on est passé à une question d'urgence sociale au sein de laquelle il importe de penser le rôle de la psychiatrie. D'où les multiples actualisations et approfondissements que connaît durant cette période la clinique (1992b, 1992e, 1994c, 1994d, 1996b, 1997a), ce qui donnera lieu à la création d'une échelle d'évaluation originale, l'Inventaire échelle de névrose traumatique (1992d).

L'article inaugure également un nouveau champ d'exploration de la pathologie psychotraumatique, le milieu civil avec ses événements singuliers et sa psychosociologie propre, milieu sur lequel les acquis de la pratique militaire vont être projetés, inventant une clinique des multiples situations d'urgence psychique et sociale. C'est maintenant bien le champ social avec ses temps et ses espaces de rupture, ses urgences et ses crises, et non plus la nosographie, qui impose ses objets à la réflexion et à l'intervention psy. Ainsi s'inventorient durant cette période les multiples conditions possibles de survenue d'expériences psychiquement extrêmes, leur spatialité et temporalité vulnérabilisantes, leur iatrogénie propre (1993b).
Une nouvelle clinique et de nouveaux outils pour un nouveau terrain d'intervention, les catastrophes (1987, 1995a, 1996a, 1998c), conduit à la création d'une véritable géographie des positions critiques en fonction de ses différents temps, lieux et protagonistes, les victimes directes mais aussi indirectes comme les familles, les sauveteurs, les décideurs (1989a).
L'actualité a imposé un second thème novateur, celui de la **« prise d'otage », qui constitue une autre forme de rencontre critique avec le réel dans l'état de dépendance arbitraire prolongée à un autrui hostile qu'elle impose**, avec ses effets propres selon sa durée, les différentes phases qui la composent (enlèvement, détention, libération), ainsi qu'à la personnalité de ses protagonistes. Ces caractéristiques exigent le développement de nouveaux syndromes et l'actualisation de certains déjà décrits (1989b,1997c), comme le « syndrome de Stockholm », en lien avec la nature ou les particularités criminologiques propres à l'événement considéré et les effets victimisants spécifiques que celui-ci peut engendrer, ainsi que les protocoles d'intervention qu'en réponse il importe d'imaginer et mettre en œuvre (1991a, 1994a).
Une clinique des positions vulnérabilisantes s'élabore également à travers la question récurrente de la gestion de la crise et de la prise de décision par les responsables en charge de la gérer (1989a, 1990c, 1991c, 1993c).

De même, le traumatisme psychique chez l'enfant, en particulier dans la guerre, s'impose comme une question importante et donne lieu à la construction d'une clinique diagnostique et thérapeutique spécifique (1997b) qui fera régulièrement l'objet d'actualisations (2002g, 2004e, 2005a, 2005b).

Enfin le contexte est presque érigé au rang de facteur étiologique au même titre que l'événement lui-même et l'on voit se dessiner en creux les principes de la doctrine de l'urgence médico-psychologique :

> Tout le pouvoir pathogène de l'événement traumatisant ne réside pas dans les seules caractéristiques de cet événement. Des circonstances conjecturales peuvent atténuer ou renforcer les effets de surprise, d'agression et d'absence de secours. La personnalité du sujet, jointe à la conjoncture, peut faire qu'il puisse effectuer une première maîtrise du trauma, ou une abréaction précoce, qui va désamorcer le travail torpide de la phase de latence. [1]

La réflexion théorique et sémiologique prend elle aussi de nouvelles orientations.

En premier lieu avec la découverte ou redécouverte de l'œuvre de Pierre Janet (1988c, 1988e) dont l'importance devient au moins égale à celle de Freud ; et l'on peut penser que c'est en grande partie à cette nouvelle source d'inspiration que l'on doit l'article majeur consacré au syndrome de répétition (1992) qui est aussi une réponse au DSM III et à l'entité Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), à ses critères approximatifs et confusionants.

Ensuite, les références à la mythologie, à la pensée grecque, à l'histoire de l'antiquité jusqu'à notre monde contemporain, qui, de *Krisis, crisis, crise. Les métamorphoses du concept* de 1991 à *Paniques collectives et peurs immémoriales* de 1992, puis à l'article *Le trauma et ses mythes* de 1993, commencent à se faire insistantes et à constituer une nouvelle ligne de force, hors toutes références à la nosographie et à la psychopathologie. Une réflexion que l'on peut qualifier d'anthropologique sur le trauma s'ouvre par une interrogation heuristique :

> Mais cette vie collective qui nous paraît caractériser notre époque, ne la vivons-nous pas depuis la nuit des temps, reprenant à notre compte les grands mythes fondateurs des collectivités et des cultures ? Nos fêtes, et aussi nos réactions collectives face aux dangers et aux désastres, ne sont-elles pas inspirées par les mêmes mythes qui inspiraient la vie de nos ancêtres ? [2]

Parallèlement, au plus près de l'événement, une nouvelle méthode d'intervention à destination des groupes de victimes s'imagine et se formalise qui, ayant pour objectif de « permettre à chacun d'effectuer sa catharsis », se veut préventive de la survenue ultérieure de la névrose traumatique : le « débriefing » (1994a, 1995b, 1995c).

1995 voit se concrétiser l'ensemble de ces réflexions sous la forme du dispositif de l'urgence médico-psychologique, d'abord expérimenté à Paris puis dans quelques grandes métropoles (1995c) avant de s'étendre à tout le territoire national avec la circulaire de 1997.

C'est en 1998, que L. Crocq consacre deux textes détaillés à la toute nouvelle CUMP : *La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions* (1998a) et *Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes* (1998b), textes enrichis en 2001 (2001a).

---

[1] L. Crocq (1992b), p. 431.
[2] L. Crocq (1992c), p. 395.

Outre la relation détaillée des conditions de sa naissance, de son organisation et de son mode de fonctionnement, les premiers éléments d'une « doctrine » de l'urgence médico-psychologique s'affirment, qui s'appuient bien évidemment sur les nombreux acquis des expériences et sur la réflexion antérieurs, notamment les leçons tirées de la « psychiatrie de l'avant » :

- importance de la prise en charge des réactions de stress initiales in situ dans la plus grande proximité temporelle et spatiale à l'événement, non seulement parce qu'elles risquent de déboucher sur des syndromes pathologiques plus ou moins durables et handicapants mais aussi parce qu'elles constituent une expérience psychique de détresse en soi extrêmement marquante ;
- importance d'aller au devant des victimes, de ne pas rester dans l'attente d'une éventuelle demande (nous ne sommes pas en psychothérapie) ;
- importance de la verbalisation précoce à visée cathartique ;
- enfin la rigueur à tous niveaux de l'organisation à opposer au chaos de la catastrophe et l'on peut voir dans le principe du trinôme psychiatre-infirmier-psychologue le souci de constituer une unité microsociale de base en réponse à la désagrégation plus ou moins massive des cadres collectifs.

En 1998, la vaste synthèse intitulée *Psychiatrie de catastrophe* (1998c) est l'occasion d'un ajout significatif dans l'ordonnancement de la clinique puisque les réactions individuelles y sont détaillées en trois rubriques, et non plus en deux comme jusqu'à présent, une pathologie dite « post-immédiate » s'intercalant entre les troubles immédiats et différés. En effet, le suivi au long cours des victimes a ouvert à une clinique longitudinale de la pathologie psychotraumatique montrant que sa forme et ses manifestations cliniques évoluaient dans le temps.

d) 1999- … Mythes et histoires : le trauma comme expérience anthropologique.

1999 est l'année de parution aux éditions Odile Jacob de l'ouvrage *Les traumatismes psychiques de guerre* (1999), qui parcourt l'ensemble des questions cliniques, étiopathogéniques et thérapeutiques relatives aux traumatismes psychiques survenus en temps de guerre, leur conception théorique et leur prise en charge. Il représente la somme et la synthèse de toutes les connaissances en la matière. Son apport déborde cependant très largement le seul registre des traumas de guerre puisque ceux-ci ne sont pour l'auteur qu'une variante étiologique des traumas psychiques.

L'année suivante, une vue historique retraçant, conflit armé après conflit armé, l'évolution des conceptions théoriques et thérapeutique en la matière (2000a), complète cet ouvrage de référence.

A partir des années 2000, la pensée semble avoir définitivement trouvé sa stabilité et sa cohérence interne : elle se déploie en se revisitant sans cesse, explorant avec toujours plus de profondeur ses fondements. De synthèse en synthèse, elle semble chercher à s'épurer de toutes ses scories pour aller à son essentiel.

Elle consiste en particulier à reprendre les éléments sémiologiques et psychopathologiques recueillis durant les périodes précédentes sous les notions de stress et de trauma et à les réinterroger et réinterpréter sous l'angle d'une expérience anthropologique extrême et singulière dont L. Crocq, à travers l'étude des mythes et des récits, s'efforce sans cesse de préciser la nature : l'expérience de la « détresse ». Ainsi les textes *Le retour des enfers et son message* (2000b), *Persée, la Méduse et*

l'effroi (2002a), *Figures mythiques de la victime* (2006a) partent-ils à la recherche de mots, récits, images…, pour tenter sans relâche de parvenir à dire l'indicible d'une forme d'expérience extrême.
L'histoire revisitée des catastrophes semble dans un autre registre répondre au même souci (2004c), jusqu'à la réflexion sur les médias à qui échoit un devoir d'énonciation proche de celui du chœur dans la tragédie antique (2002d, 2002e).
Cette recherche imprègne également toute la série de travaux historiques et critiques sur le débriefing et plus généralement sur la prise en charge des syndromes psychotraumatiques dans l'histoire (2002b, 2002c, 2004d, 2005c, 2005e), jusqu'à ce qui semble représenter le texte fondamental de ces années, *L'approche cathartique* (2003a). Avec la double référence aux mythes et à la pensée grecs, le psy ne se fait plus seulement « débriefeur », il devient « accoucheur » et « passeur » :

- accoucheur car, en suscitant la parole de la victime, il ne l'aidera à se libérer de ses émotions extrêmes qu'en la faisant accéder à une compréhension de ce qu'elle a vécu ; c'est la fonction maïeutique de la parole ;
- passeur, non pas au sens que Lacan a donné à ce terme, mais passeur dans l'aide indispensable au retour du traumatisé dans le monde commun des vivants.

La sémiologie ne sera pas absente de ces mises en perspective historiques (2001b, 2001c, 2005f), ce qui donnera lieu à quelques révisions d'importance autour de l'appellation « syndromes psychotraumatiques » (2003b, 2003c), ainsi justifiée :

> L'appellation syndrome psychotraumatique recouvre en fait la vaste gamme –un panorama- de tous les états pathologiques, immédiats, post-immédiats ou différés, éphémères, transitoires ou durables (voire chronicisés) pauci ou pluri symptomatiques, modérés ou sévères, psychologiquement bien tolérés ou très perturbants, peu incapacitants ou socialement invalidants, qui sont causés par un traumatisme psychique. [1]

Cette révision sera reprise et développée dans la série des six articles de synthèse parus dans le *Journal des Psychologues* en 2003 et 2004 (2003d, 2003 e, 2003f, 2003g, 2003h, 2004a, 2004b) puis dans l'ouvrage paru en 2007, *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*.
Enfin en 2004 paraîtra également un second article (après celui princeps de 1992) exclusivement consacré au syndrome de répétition, *Le syndrome de répétition. Formes cliniques et signification* (2004f). Sept formes en sont recensées au lieu de huit en 1992, ce qui tient à une description et une délimitation plus rigoureuses de chacun des items. : la reviviscence hallucinatoire, l'illusion, le souvenir forcé, la rumination mentale, le vécu comme si l'événement allait se reproduire, l'agir comme s'il se reproduisait, le cauchemar de répétition. Un long développement y est également consacré à la signification et la fonction psychodynamique du syndrome dans lequel les conceptions respectives de P. Janet, S. Freud, S. Ferenczi et O. Fenichel sont reprises en détail. En conclusion sont évoquées les deux faces du syndrome de répétition, comme tentative d'abréaction tardive de l'événement et comme effet de la fascination exercée par le trauma. Un article exclusivement consacré aux cauchemars enrichira encore en 2006 (2006b) cette clinique du syndrome ainsi qu'une réflexion historique critique sur le thème du trauma et de la mémoire (2006)

[1] L. Crocq (2003b), p. 6.

L'on mentionnera enfin l'ouvrage collectif publié en 2007 sous sa direction, « Traumatismes psychiques. Pise en charge psychologique des victimes », qui offre une synthèse de la clinique en trois temps des syndromes psychotraumatiques ainsi qu'un panorama des plus récentes approches en matière de prise en charge adaptées à chacun de ces temps.

2.3.1.2. Panorama de la psychotraumatologie

Nous ne reviendrons pas sur les aspects étiologiques, nosographiques et anthropologiques de la réflexion pour privilégier un examen détaillé de la sémiologie des syndromes psychotraumatiques ainsi que des dispositifs et méthodes d'intervention et leur doctrine. A eux trois en effet, ils forment le versant proprement méthodologique de la psychotraumatologie et n'ont cessé de s'enrichir les uns les autres dans la perspective d'une pratique de l'intervention médico-psychologique spécifique : clinique, dispositifs et méthodes se veulent les trois versants d'un même paradigme centré sur les impacts multiples des événements exceptionnels, tant individuels que collectifs.

a) La clinique des syndromes psychotraumatiques

C'est encore à L. Crocq que l'on doit la stabilisation progressive de la clinique des syndromes psychotraumatiques en une sémiologie rigoureuse. L'enjeu était d'importance puisque d'un point de vue psychopathologique (et plus largement médical) la réinscription de la névrose traumatique puis celle des syndromes psychotraumatiques dans la nosographie exigeait que soit démontrée leur spécificité symptomatique et syndromique. D'où l'importance du recensement des principaux signes cliniques et leur ordonnancement en un ensemble cohérent et stable qui leur confère toute leur valeur sémiologique, ainsi que la mise en évidence, sinon d'un mode d'évolution caractéristique, du moins de principes permettant de rendre compte de ses différentes formes d'évolution possibles, du retour à l'état antérieur à la névrose traumatique enkystée.

Des premières synthèses à sa conception actuelle, d'ajustements en remaniements, d'ajouts en réorganisations, cette sémiologie a connu de sensibles évolutions mais semble avoir acquis une forme stabilisée depuis quelques années. C'est celle-ci que nous allons maintenant détailler.
Cette clinique se déploie selon deux axes :

- ***diachronique***, décrivant trois grands temps chronologiquement articulés suivant plusieurs modalités possibles d'évolution de l'un à l'autre ;
- ***synchronique***, chacun de ces temps présentant non seulement une symptomatologie qui lui est propre mais également une dynamique spécifique.

Ces trois temps vont se voir qualifiés d'immédiat, de post immédiat et de différé, en fonction de leur plus ou moins grande proximité avec l'événement inaugural ainsi que de leur cohérence propre.
Quant au terme générique de « syndromes psychotraumatiques », il se veut rendre compte de la diversité des formes observables dans la clinique :

> L'appellation syndrome psychotraumatique recouvre en fait la vase gamme –un panorama- de tous les états pathologiques, immédiats, post-immédiats ou différés, éphémères, transitoires ou durables (voire chronicisés) pauci ou pluri symptomatiques, modérés ou sévères, psychologiquement bien tolérés ou très perturbants, peu incapacitants ou socialement invalidants, qui sont causés par un traumatisme psychique. [1]

Le temps de l'immédiat : entre stress, détresse et panique

Né de l'étude des paniques en milieu militaire puis en milieu civil, ce temps de l'immédiat recouvre celui des réactions survenant dans le moment même de l'événement jusqu'à environ 6 heures après celui-ci. Passé ce délai, les réactions obéissent à une autre logique, celle du post-immédiat.

Nous sommes ici dans la phase de l'urgence, urgence à s'ajuster à une situation qui s'est brutalement métamorphosée en un monde et/ou un autrui hostiles.

C'est généralement sous le terme de réaction de « stress » que sa clinique est abordée, emprunt qui chez de nombreux auteurs signe moins une référence doctrinale qu'une certaine conception de la logique de l'immédiat, en mettant l'accent sur les mécanismes adaptatifs et en partie automatiques, de nature principalement bio-physio-neurologique qui s'y développent. Les facteurs psychiques n'en sont pas absents mais peuvent être en grande partie déterminés par la réaction « organique » de survie et d'adaptation, qu'elle soit opérante ou non. Pour L. Crocq, le stress a en effet son répondant au plan psychologique, l'alerte et la mobilisation constitutifs de la réaction immédiate se manifestant également « dans les sphères cognitive, affective, volitionnelle et comportementale » (L. Crocq, 2003f).

Il existe donc une véritable clinique de la réaction immédiate avec ses formes adaptées ou au contraire problématiques, les premières dites de stress adapté, les secondes de stress dépassé. Ce sont :

Le faux stress

Il s'agit de la commotion, état neuro-organique qui a longtemps été confondu avec la réaction immédiate.

Le stress adapté

La réaction de stress est une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, normale chez tout individu traversant une situation d'exception. Elle est donc *a priori* une réaction adaptative utile caractérisée par une mobilisation de l'énergie, une focalisation de l'attention, et une incitation à l'action. Réaction exceptionnelle, elle est cependant coûteuse en énergie et peut s'accompagner d'un certain nombre de symptômes gênants tels pâleur, sudation, tachycardie, hypertension, spasmes viscéraux, nausées, tremblements, envie impérieuse d'uriner, perte parfois du contrôle urétral voire sphinctérien, état de tension psychique pénible.

[1] L Crocq (2003b), p. 6.

Le prototype en est le « stress du sauveteur », stress adapté au sens où le professionnel sera très rapidement à même de développer les gestes et comportements techniques ajustés à la situation, mais sera par contre focalisé à un tel point sur ceux-ci qu'il tendra à ne plus voir tout ce qui ne s'y rapporte pas directement.

Le stress différé

Cette forme du stress consiste en une décharge émotionnelle différée survenant quelques heures après l'événement, libérant le trop-plein de tension accumulé pendant celui-ci. Cette décharge peut se manifester par des crises de larme, une crise d'agitation motrice ou un accès de prostration, des tremblements, des cris, des invectives, ou même une décharge neuro-végétative (vomissement, perte d'urine, diarrhée). Cette « crise émotionnelle » sera brève et aura souvent un effet cathartique de soulagement puis d'apaisement.

Les réactions de stress dépassé

Si la situation dépasse en intensité les capacités d'adaptation d'un sujet, il peut avoir recours à des réactions archaïques d'urgence (réactions éthologiques communes aux mammifères supérieurs), stéréotypées et donc peu adaptatives, dont voici les principales :

- la sidération consistant en une stupéfaction intellectuelle, une stupeur affective, une inhibition volitionnelle et motrice qui laissent le sujet immobile dans le danger, en état second, incapable de percevoir, d'évaluer ou de raisonner, et dépourvu de toute volonté ;
- l'agitation motrice, qui résulte de l'impulsion à agir alors même que le sujet n'est pas en état psychique d'élaborer un schéma d'action adapté ; elle se voit dans une gesticulation désordonnée et incohérente ne permettant pas de s'ajuster aux exigences de la situation ;
- la réaction de fuite éperdue donnant lieu, quand elle est collective, aux phénomènes de panique : fuite impulsive, sauvage et inconsidérée qui peut précipiter les sujets dans un danger encore plus grand que celui représenté par l'événement ;
- les réactions automatiques consistant en des gestes et comportements automatiques adaptés tant que la situation n'exige pas autre chose, mais accompagnés d'une altération de la lucidité qui les rend inefficaces si la situation demande une réponse adaptative plus complexe ; celles-ci peuvent durer plusieurs heures et laisser au sujet un sentiment de culpabilité, d'insatisfaction, ou une amnésie ;
- Il peut également s'observer un comportement combinant plusieurs de ces formes, consistant à chercher à proximité immédiate un lieu de protection dans lequel le sujet se blottit, généralement en position fœtale, et attente de la fin du danger dans un état de semi conscience et de terreur.

Ces réactions de stress dépassé sont brèves (de quelques minutes à une heure), suivies de soulagement post-cathartique, mais souvent cependant empruntes de culpabilité et de honte. Elles sont normalement sans séquelles. Cependant, elles peuvent être à l'origine du déclanchement de véritables pathologies psychosomatiques, comme nous le verrons plus loin.

Stress névrotiques et stress psychotiques

Si la victime de l'événement, agression catastrophe ou accident, présentait déjà des troubles psychiques de type névrotique ou psychotique, la pathologie antérieure va colorer de façon significative la réaction de stress :

- *stress névrotiques* : ils se manifestent par des symptômes d'angoisse psychique ou somatique, des crises d'angoisse phobique, des réactions de conversion, un accaparement de l'attention des sauveteurs, des conduites d'évitement sélectifs chez les phobiques, des crises nerveuses spectaculaires, des états seconds. Ce sont généralement des réactions plus durables que les réactions de stress normal ou dépassé et elles sont susceptibles de récidives à brève échéance, nécessitant alors une intervention rapide de type psychiatrique : sédation, isolement, surveillance, éventuellement évacuation rapide en milieu hospitalier ;
- *stress psychotiques* : ce peuvent être des états confusionnels plus liés à un état commotionnel qu'au choc émotionnel proprement dit, qui peuvent durer de quelques heures à plusieurs jours, des bouffées délirantes spectaculaires mais brèves (24 heures maximum), des épisodes inauguraux ou de réveil d'une psychose chronique. Ils sont rares.

L'effroi

Pour certains auteurs, notamment F. Lebigot (2002), les réactions de stress ne recouvrent pas totalement le champ des réactions immédiates, même si elles en appréhendent l'essentiel, car il dans certains cas survenir une modalité de réaction immédiate qui semble échapper à leur seul déterminisme. Unique forme de réaction immédiate que l'on pourrait qualifier véritablement de traumatique, elle renverrait à une expérience particulière, indicielle que l'événement a fait trauma : **l'effroi**.

Moment indicible puisqu'il serait le moment même de la rencontre avec le « réel de la mort », les images font défaut pour en rendre compte : les expressions de blanc, trou noir, panne de la pensée, arrêt sur image…, n'en offrent qu'une approximation puisque, par définition, il serait l'instant où toute possibilité de représentation se trouverait suspendue. Le sujet en serait alors à la fois fasciné et paralysé, littéralement « médusé », à l'exemple de celui qui croise le regard de la Méduse (L. Crocq, 2002a). Le pare-excitations, débordé dans sa capacité à filtrer les excitations externes, laisserait tout loisir à l'image traumatique de pénétrer sans résistance au cœur du psychisme où elle s'installerait, révélant ultérieurement sa présence active au travers des manifestations du syndrome de répétition (F. Lebigot, 2005).

Le problème reste que les sujets traumatisés ne sont pas toujours à même de témoigner de ce moment d'effroi car, représentant l'acmé de l'horreur, il ferait souvent l'objet d'un déni. Mais l'on peut aussi penser que, comme l'image traumatique, il représente déjà un mode de résistance psychique à l' « anéantissement » (nous reviendrons sur ce point dans le chapitre consacré aux problématiques victimales).

La notion de dissociation péritraumatique

Elle se définit, selon P. Birmes et A. Brunet (2005) comme «une rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique au moment du traumatisme » (p. 35). La notion, inspirée de P. Janet

(M. Kédia, 2009) est très en usage en Amérique du nord mais beaucoup plus controversée en France, notamment par L. Crocq qui considère qu'elle n'est que l'exacte reprise, sous couvert d'une autre terminologie, des réactions immédiates de stress dépassé. Elle met en effet particulièrement l'accent sur la déréliction, les vécus de dédoublement (d'où le terme de dissociation), et l'on y retrouve décrite toute la clinique des états confusionnels aigus de la psychiatrie du début du 20ième siècle.
Elle fait souvent référence dans des travaux sur les réactions immédiates cherchant à dégager des signes cliniques immédiats prédictifs de la survenue ultérieure d'un PTSD, rêve de certains chercheurs qui, ce faisant, scotomisent toute la fonction psychodynamique du temps de latence.

Le temps du post-immédiat ou le temps de latence

Le post-immédiat représente le deuxième temps de la clinique des syndromes psychotraumatiques. Il recouvre une période qui débute à la terminaison de l'immédiat et la sédation de ses manifestations caractéristiques (de quelques heures à quelques jours après l'événement), et peut s'étendre sur une durée pouvant aller jusqu'à plusieurs années. L. Crocq mentionne cependant qu'au-delà d'une durée de deux mois le terme de temps de latence doit être discuté (L. Crocq, 2007, p. 33).
Il se distingue de la période initiale et de celle du « différé » qui lui fera éventuellement suite, par une clinique spécifique, quoique souvent discrète au point de souvent passer totalement inaperçue, et que les anciens, comme Charcot ou Janet, avaient qualifiée de phase de méditation ou d'incubation.
L'on peut y observer des réactions différées de stress ou de *queue de stress*, mais sa véritable spécificité clinique est ailleurs. Si sa symptomatologie est peu expressive, elle n'en est pas moins tout à fait observable et se caractérise essentiellement par des ruminations et un état de perplexité, laissant le sentiment à l'observateur que le sujet n'est pas tout à fait revenu de l'événement.
Sa durée, extrêmement variable, peut tenir à des facteurs externes comme internes. De côté des premiers, elle peut dépendre d'une prise en charge hospitalière nécessitée par différentes pathologies somatiques consécutives à l'événement ; c'est alors à la sortie du milieu de soin que le sujet se trouve « rattrapé » par l'impact psychique de l'événement, ou bien, chez certains professionnels, il peut tenir à une sorte de contention des traumatismes par l'appartenance active au corps, et c'est au moment de la retraire que le syndrome psychotraumatique proprement dit se développe… Du côté des seconds facteurs, l'on peut penser que le temps de latence consiste en une phase durant laquelle le sujet tente de surmonter par lui-même les effets problématiques de l'événement, cherchant à intégrer celui-ci suivant des modalités très variables d'une personne à l'autre (G. Briole, 1988).

Deux issues sont possibles à ce temps de latence : soit le sujet est parvenu, au prix d'un travail intérieur d'intégration, à surmonter l'impact de l'événement, soit il n'y est pas parvenu et les défenses qu'il avait pu mettre en place s'épuisant, il développe un syndrome psychotraumatique qu'il ne parvient plus à endiguer, et qui infiltre dès lors de toutes parts son existence.

L'issue à ce temps de latence peut être longue à se dessiner, et notre expérience personnelle montre certains cas de sujet retrouvant, sans aide, leur personnalité antérieure jusque trois ans après l'événement.

Le temps du différé : névroses traumatiques et personnalité traumato-névrotique

L'on entre ici dans les syndromes durables, enkystés, particulièrement handicapants, dont il est exceptionnel qu'ils puissent s'amender d'eux-mêmes car ils consistent en une réorganisation de l'ensemble du psychisme sur un mode pathologique, dont la névrose traumatique est la forme la plus caractéristique[1].

Leur sémiologie est organisée en deux grands ensembles de symptômes, selon qu'ils sont exclusifs des syndromes psychotraumatiques ou qu'ils se retrouvent dans d'autres problématiques psychiques (ils sont dits alors non spécifiques), à quoi il faut ajouter la réorganisation de la personnalité.

Les symptômes spécifiques

Ils forment ce qui apparaît comme le cœur des problématiques psychotraumatiques et obéissent au fait que l'événement est resté omniprésent dans le psychisme du sujet et a infiltré sa trame existentielle.

La principale expression en est le « Syndrome de répétition traumatique (SRT) » (Briole et *al.*, 1994), dont Crocq relève qu'il serait plus juste de le nommer « syndrome de reviviscence » pour mieux rendre compte de ce que le sujet revit plus qu'il ne se remémore, tout ou partie l'événement. C'est celui-ci avec ses manifestations particulièrement envahissantes, incoercibles et laissant le sujet en état de détresse, qui a inspiré à C. Barrois le titre de l'un de ses articles, « Souvenir de l'enfer et enfer du souvenir » (1992). Ce syndrome doit être considéré comme pathognomonique des problématiques psychotraumatiques.

7 formes principales en sont décrites par L. Crocq en 2004 dans l'article *Le syndrome de répétition. Formes cliniques et signification*. Précisons que l'on ne retrouve pas l'ensemble de ces manifestations chez tous les sujets psychotraumatisés, mais au moins plusieurs.

Ce sont :

1. les phénomènes hallucinatoires, très détaillés et réalistes, visuels, auditifs, olfactifs, consistant en une visualisation brutale de la scène de l'événement à laquelle le sujet assiste comme lors de sa survenue. Si pendant quelques instants le patient revit véritablement l'événement, il est capable après quelques secondes d'en critiquer la réalité présente, à la différence des hallucinations vraies ;
2. les souvenirs forcés, moins visuels et plus mentalisés, qui reviennent sans cesse à l'esprit ;
3. les ruminations mentales sur le drame et ses conséquences, l'absence de solidarité… ;

[1] Selon les orientations, cette pathologie chronique prend nom de névrose traumatique, de syndrome psychotraumatique chronique, d'état de stress post-traumatique (traduction du PTSD nord-américain). Pour un tableau comparatif de ces différentes notions, voir L. Crocq (2007) : Clinique du syndrome psychotraumatique. Névrose traumatique, état de stress post-traumatique et autres séquelles, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Masson, Paris, p. 35-49. Voir aussi C. Jonas (1996): Les conséquences psycho-biologiques du traumatisme psychique.

4. le vécu comme si : crise émotionnelle pendant laquelle la victime a l'impression que l'événement va se reproduire ;
5. « l'agir comme si » en est une variante, la reviviscence de l'événement s'accompagnant de réactions comportementales, comme le sursaut, qui en représente la forme la plus élémentaire ;
6. le vécu dissociatif ou de dépersonnalisation ;
7. les cauchemars de répétition reproduisant partie ou totalité de la scène traumatique ;

A la différence des obsessions et des stéréotypies, il s'agit de véritables reviviscences, diurnes et/ou en état de sommeil, pouvant être vécues sur trois modes : de la détresse, de l'orage neuro-végétatif (sueur, pâleur, tachycardie, spasmes viscéraux), du raidissement du corps.
Leurs circonstances de survenue sont de trois ordres : irruption spontanée, déclenchement par un stimulus, favorisé par un état physiologique fragilisant.

Les symptômes non spécifiques

Les syndromes psychotraumatiques se caractérisent également par un ensemble de symptômes dits non spécifiques en raison du fait qu'ils se retrouvent dans d'autres problématiques psychiques. Ce sont :

- l'asthénie dépressive dans sa triple dimension physique, psychique, sexuelle. Elle est à clairement distinguer de la fatigue, phénomène physiologique habituel après un état de grand stress et dont il faut parfois plusieurs mois pour récupérer. Elle correspond à ce que les anciens auteurs classaient sous le registre de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie ;
- l'anxiété et l'angoisse ;
- les symptômes psychonévrotiques : conversion (épine irritative, conservation d'une attitude, geste non effectué durant l'événement, emprunt à la mode, emprunt par sympathie à un camarade, réactualisation d'un symptôme valorisant dans l'événement, signification symbolique), phobies, rituels, vérifications obsessionnelles, tics… ;
- les troubles psychosomatiques et les plaintes somatiques : ce ne sont pas de simples symptômes fonctionnels mais de véritables affections psychosomatiques « touchant des appareils précis et produites par des mécanismes physiopathologiques déterminés, liés à la réaction bio-psycho-physiologique de stress ». Leur devenir est lié à l'évolution de la pathologie psychotraumatique. Ce peuvent être : asthme, migraine, glaucome, hypertension, ulcère gastroduodénal, colite spasmodique, eczéma, psoriasis, urticaire, canitie ou calvitie au lendemain du trauma, goitre hyperthyroïdien, diabète… L Crocq mentionne des cas de psoriasis apparus sur la cicatrisation d'une blessure, observés chez des soldats blessés durant la 1ière guerre mondiale[1] ;
  - les troubles des conduites : de type alimentaire (anorexie, boulimie), addictions (tabagisme, alcoolisme, toxicomanies), conduites à risque comme dans le *syndrome de Rambo* par exemple, conduites asociales, liées au désir de vengeance...

Le statut nosographique de ces symptômes ne va pas sans soulever de nombreuses questions, notamment celle de leurs éventuels liens avec le syndrome de répétition et le trauma lui-même, mais

[1] L Crocq (1999), *Les névroses traumatiques de guerre*, p. 132

aussi avec la personnalité antérieure, ou encore une éventuelle névrose préexistante ; se pose également la question de la co-morbidité. Ainsi Crocq écrit-il :

> Il y aurait beaucoup à dire sur ces « complications » (Fenichel, 1945) ou plutôt « superstructures » (Crocq, 1974) psychonévrotiques : sont-elles facilitées par les propensions et habitudes d'une personnalité prédisposée, qui colorerait sa névrose traumatique de sa psychonévrose antérieure ? ou sont-elles suggérées par l'expérience traumatique elle-même qui serait légitimement hystérogène […], ou phobogènes […], ou, enfin, générateur de rituels vérificatoires de protection, obsessionnels ? [1]

La personnalité traumato-névrotique

Personnalité acquise, elle est ce qu'est devenue la personnalité après le trauma. Pour O. Fenichel, (1945), nous l'avons vu, la névrose traumatique se caractérise par un triple blocage des fonctions du moi (de filtration, de présence et d'amour).

Cette réorganisation est éprouvée par les sujets sur un mode très douloureux, comme une rupture dans leur histoire de vie : ils font état d'un avant et d'un après l'événement, expriment un sentiment de n'être plus eux-mêmes et de ne pas se reconnaître dans la nouvelle personne qu'ils sont devenu.

L. Crocq, dans une approche phénoménologique de l'expérience traumatique, fait ressortir trois caractéristiques principales autour desquelles la personnalité s'est réorganisée : l'aliénation traumatique, le bouleversement de la temporalité, le non-sens impliqué par le trauma (L. Crocq, 1999).

b) De la psychotraumatologie comme méthode

Si la réflexion étiopathogénique et sémiologique a permis de redonner place dans les nosographies contemporaines à l'ancienne névrose traumatique, l'essentiel n'est sans doute pas là car cette réhabilitation est indissociable des dispositifs et des pratiques nouvelles qu'elle vient légitimer : la psychotraumatologie est sans doute d'abord une méthode et elle a inventé ses dispositifs et ses approches cliniques propres.

Pour comprendre le sens de ces nouveaux dispositifs d'intervention et de prise en charge qui la caractérisent, il faut penser, à rebours de la psychopathologie et de la psychothérapie, non pas en termes de troubles, mais de populations exposées, de populations en risque de… La visée en est, dans une perspective de santé publique, autant préventive que curative, si besoin.

Ces dispositifs n'ont donc pas été conçus à destination exclusive de sujets traumatisés ou souffrant de troubles psychiques divers, mais en premier lieu à des victimes, ou, serait-il plus juste de dire, des ***sinistrés*** ou des ***accidentés***, c'est-à-dire, au sens strict du terme, des rescapés d'un sinistre ou d'un accident, -d'un événement funeste-, réservant ainsi au terme de **victimé** aux sujets ayant été l'objet d'un acte criminel[2].

---

[1] L. Crocq (2003) : Clinique de la névrose traumatique, *Journal des psychologues*, n° 211, p. 56

[2] Nous reviendrons plus loin en détail sur ces questions de terminologie, essentielles si l'on ne veut pas confondre les registres d'analyse.

L'état de sinistré ou d'accidenté (mais également de victimé) est, analogiquement à celui de ***blessé*** au plan physique, un état psychique particulier, vulnérabilisant, et c'est cet état qu'il s'agit de prendre en charge, à un double titre :

- celui des souffrances qu'il engendre *in situ* ;
- celui d'une iatrogénie qui lui est propre, à savoir ses effets éventuellement durables dont il faut penser, dès le moment susceptible de les initier, leur possible développement ultérieur.

Il convient donc de réfléchir ces dispositifs dans leurs objectifs et leur cohérence propres et non, comme ce peut être trop souvent le cas, au nom d'un standard qui ne saurait être le leur : ils ne sont pas, ne se veulent pas, et ne doivent surtout pas être, faudrait-il ajouter, des dispositifs psychothérapiques ou apparentés.

Il existe des classifications de ces événements funestes, (accidents, catastrophes…), véritables typologies destinées à évaluer les moyens humains, matériels..., à mobiliser pour y répondre de façon aussi ajustée que possible. De là vient une définition de la catastrophe comme un écart entre les moyens à disposition et les besoins requis pour faire face à un événement critique. C'est bien le risque de cet écart qu'il faut anticiper, et au besoin réduire, le plus rapidement possible. Les SAMU ont été conçus pour répondre à l'urgence somatique, les CUMP le seront pour l'urgence médico-psychologique. C'est sur ce modèle, et plus lointainement celui de la psychiatrie de l'avant, que s'est pensée l'urgence médico-psychologique, dont les principes d'immédiateté et de proximité, d'obligation de secours, engagent une éthique et une déontologie nouvelles, parce que conçues sur les bases de ce projet particulier.

Le dispositif de l'urgence médico-psychologique et les CUMP

La naissance des CUMP peut être très exactement datée au 28 mai 1997 avec la parution au Journal officiel de la « Circulaire DH/DGS/SQ2 N° 97/383 relative à la création d'un réseau national de prise en charge du l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe ». Mais, dans les faits, le dispositif avait été expérimenté par l'organisation d'équipes psychiatriques mobiles à Paris et dans quelques grandes métropoles dès 1995 (Crocq, 1998) le lendemain de l'attentat du RER St Michel.

La France, en la personne de son Président de la République visitant les blessés dans un hôpital parisien, découvrait les « blessés psychiques » et L. Crocq fut chargé, sous l'égide du Secrétariat d'Etat chargé de l'action humanitaire d'urgence dirigé par X. Emmanuelli, de créer un dispositif à même d'assurer leur prise en charge. (L Crocq, 1998a ; P. Louville, 2001 ; F. Ducrocq, F. Vaiva, S. Molenda, 2002).

Schématiquement, le dispositif national de l'aide médico-psychologique d'urgence s'étage sur trois niveaux : départemental, régional, national, et se déploie en trois temps ayant chacun sa logique, sa méthodologie, son espace et sa temporalité propres.

La doctrine CUMP

La finalité du dispositif de l'urgence médico-psychologique est dans son principe simple : il se veut doter l'ensemble du territoire français d'équipes composées de spécialistes en santé mentale, mobilisables en urgence et capables de se rendre », suivant les termes de la circulaire de 1997, sur les lieux mêmes « d'un attentat, d'une catastrophe ou d'un accident collectif afin d'apporter aux victimes le nécessitant les premiers secours médico-psychologiques.

L'expérience a rapidement montré que les CUMP étaient, de façon croissante, sollicitées directement par des établissements et institutions (établissements scolaires, universitaires, usines, banques, entreprises…) pour des situations exceptionnelles, hors plans rouges et interventions des SAMU, ayant eu un fort retentissement psychologique sur les collectifs impliqués (P. Pignol et coll., 1999 ; F. Pierson, 2007). La « Circulaire DHOS/02/DGS/6C du 20 Mai 2003 » étendra en conséquence les compétences des CUMP à la prise en charge médico-psychologique de certaines de ces situations, à savoir les « événements à fort retentissement psychologique », comme les prises d'otages, les suicides en établissement scolaire…

Mais s'est posée, et cela reste encore parfois d'actualité, la nécessité de fixer des critères limitatifs précis face à des sollicitations de plus en plus importantes et diverses tendant parfois à déborder le strict cadre fixé par la circulaire, à l'exemple de SAMU demandant à des psychiatres coordinateurs de se rendre sur les lieux d'accidents de la circulation afin de prendre en charge les survivants et les impliqués, ou de préfets mobilisant la CUMP pour soutenir telle ou telle famille d'agriculteurs dont le cheptel allait être abattu pour cause de grippe aviaire (P. Louville et coll., 1999)[1].

Ces équipes ont également, si nécessité, pour tâche d'apporter une aide aux familles des victimes [2], aux impliqués, ainsi qu'aux sauveteurs, au besoin sur place, mais surtout au retour de mission ou dans les jours qui suivent (E. De Soir, 2002).

Si la référence aux principes de la Psychiatrie de l'avant a été souvent mise en exergue par L Crocq, le dispositif tient incontestablement au moins autant de ceux des SAMU, dans son esprit et son organisation, et cela pour deux raisons :

- les CUMP au plan de leur organisation, de leurs missions et de leur mode de déclanchement et d'action, représentent l'exact équivalent (et le complément), concernant la prise en charge des troubles médico-psychologiques, des SAMU pour ce qui relève des soins somatiques d'urgence ;

---

[1] P. Louville, F. Ducrocq, M.N. Noirot, A. Payen, L. Crocq (1999) : diversité et limites des interventions d'urgence médico-psychologique en France, 1ères journées nationales de l'AFORCUMP, Paris.

[2] Voici quelques références, parmi d'autres, sur ce thème :

- Katz J.-F. (1999) : L'accueil des victimes d'événements catastrophiques et de leur famille, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, N° 24, p 209-213 ;
- J.-M. Coq (2007) : Intervention immédiate auprès de familles et de témoins d'un accident mortel, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. .Prise en charge psychologique des victimes*, Masson, Paris, p. 223-226 ;
- E Weber, N. Prieto, F. Lebigot (2003) : L'accueil des familles des passagers lors de la catastrophe du Concorde, *AMP*, 161, p. 432-438 ;
- P Racon, L. Ferdy (2007) : Journée d'accompagnement des familles de victimes de la catastrophe aérienne au Venezuela : expérience inédite et interrogation de deux psychologues, *L'information psychiatrique*, vol. 83, N° 6, p. 467-470 ;
- M. Vitry (2007) : Deux missions d'accompagnement psychologique auprès de familles endeuillées, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. .Prise en charge psychologique des victimes*, Masson, Paris, p. 269-273.

- le dispositif obéit dans son ensemble à une logique politique de santé publique aussi soucieuse de prévention que de traitement précoce.

Quant à la doctrine CUMP, elle s'est élaborée à partir de l'analyse des expériences acquises et met particulièrement l'accent sur l'importance :

- de la prise en charge des réactions de stress initiales, dans le temps et l'espace mêmes de l'événement, non seulement parce que ces réactions risquent de donner lieu à l'apparition de syndromes pathologiques plus ou moins durables et handicapants, mais aussi parce qu'elles constituent une expérience psychique de détresse qui peut être en soi extrêmement marquante, même si elle ne laissera pas nécessairement de séquelles pathologiques ;
- d'aller au devant des victimes, de ne pas vainement rester dans l'attente d'une éventuelle demande (nous ne sommes pas en psychothérapie) ;
- de la verbalisation précoce à visée cathartique ;
- de la rigueur à tous niveaux de l'organisation[1] à opposer au chaos de la catastrophe, et l'on peut voir dans le principe du trinôme psychiatre-infirmier-psychologue le souci de constituer une unité microsociale de base en réponse à la désagrégation plus ou moins massive des cadres collectifs, cela à partir des fonctions différenciées qui sont de la compétence de chacune d'entre ces professions et la distributions des rôles *in situ* qui en justifient la présence. L'organisation de la CUMP se veut en elle-même jouer une fonction « pare-excitatrice » en contribuant à la gestion de la crise individuelle et collective qu'engendre toute situation exceptionnelle ;
- de l'entourage de la victime et de ses réactions. L. Crocq notamment, n'a cessé à juste titre d'insister sur l'importance du rôle de l'environnement d'une victime dans son devenir. Ainsi écrit-il :

> Les partenaires de la victime, ce sont la famille et les amis, les voisins, les collègues de travail, qui se montrent en général d'abord excessivement compatissants, avant de s'avérer importunés, lassés et critiques. Le cas échéant, il s'agit des sauveteurs, des secouristes et des soignants de la première heure ; et beaucoup de victimes maintiennent un attachement durable à la première personne qui les a secourues, leur a tenu la main, a écouté leur première plainte. Ce sont aussi les soignants du moyen et long terme, dont le kinésithérapeute (par l'effet de restauration narcissique exercé par les massages et les soins du corps), avec le risque d'en rester au niveau de la réception de la plainte sans être capable de faire évoluer la relation. Le médecin de famille se voit investi d'une fonction d'écoute des confidences sans être formé à inciter la victime à quitter son attitude de dépendance. Les partenaires sont aussi les agents de l'enquête, de l'instruction et du procès : policiers, juges d'instruction, procureur et experts. Ces vingt dernières années, une louable évolution s'est dessinée dans la mentalité de ces agents, grâce à une sensibilisation sur la souffrance et les besoins de la victime, en particulier chez les agents chargés de recueillir les plaintes des victimes de viol et de maltraitance, voire de harcèlement. Ils sont formés à quitter leur attitude purement technique et leur distance pour se montrer compréhensifs, voire empathique. Mais beaucoup d'experts médicaux et psychiatriques conservent encore une attitude importunée devant l'exposition narcissique des plaintes de la victime, et parfois même se montrent systématiquement sceptiques, montrant à la victime qu'ils mettent ses déclarations en doute et la soupçonnent d'exagération, de persévération ou de simulation. Une telle attitude est vécue par la victime comme une nouvelle agression, ou même un deuxième trauma. [2]

[1] Sur l'importance des aspects organisationnels, voir par exemple N. Prieto et F. Lebigot (2003) : Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe, *Stress et trauma*, 3 (1), p. 29-33.
[2] L. Crocq (2005), *Réflexions sur la victimologie*.

Le dispositif CUMP

Il s'étage sur trois niveaux, départemental, régional, national :

- *au plan départemental*, il consiste en la formation dans chaque département, d'une liste de professionnels volontaires, formés à la psychiatrie, susceptibles d'être sollicités à tout moment pour se rendre sur les lieux mêmes de l'événement catastrophique. Chaque cellule a comme coordinateur référent un psychiatre hospitalier volontaire nommé par le préfet. Tous les membres des cellules auront préalablement suivi une formation spécialisée dans la prise en charge médico-psychologique d'urgence.

- *au plan régional*, sept départements à haut risque ont été dotés d'une cellule permanente chargée de la formation des membres des CUMP régionales, de coordonner celles-ci en cas d'intervention dépassant les capacités départementales, de soutenir si besoin les cellules départementales limitrophes. Celles-ci, contrairement aux CUMP départementales, se sont vues dotées de moyens permettant le recrutement à mi-temps d'un(e) psychiatre, d'un(e) secrétaire et d'un(e) psychologue ou d'un(e) infirmier(e). La seconde circulaire a élargi ce dispositif à 37 CUMP permanentes.

La CUMP parisienne est en outre chargée d'organiser et de coordonner les missions à l'étranger à destination de ressortissants français impliqués dans des situations de catastrophe, notamment.

- *au plan national*, l'ensemble est supervisé par un comité national composé de 11 membres. Ce comité est chargé de faire un bilan annuel de l'activité des CUMP, de formuler des propositions visant à améliorer l'ensemble du dispositif et de « définir les objectifs de l'urgence médico-psychologique, préciser les méthodes d'intervention, de mettre en place une équipe pédagogique de formation et de recherche, de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif et d'évaluer les actions conduites » (L. Crocq, 1997, p. 49).

Procédures de déclenchement et de fonctionnement[1]

Que ce soit au plan départemental ou régional, les interventions des cellules sont nécessairement déclenchées par la régulation médicale du SAMU, après une première évaluation conjointe de la situation entre le référent CUMP et le médecin SAMU, éventuellement sur sollicitation du Préfet.

Le déclenchement lui-même et les interventions s'effectuent sous l'égide du SAMU.

La situation prototype est celle d'un « plan rouge ». En fonction d'une première estimation des besoins, une équipe CUMP est amenée sur place par le SAMU, mise à disposition du Directeur des Secours Médicaux (DMS) et est basée à un « poste d'urgence médico-psychologique », ou PUMP, situé à proximité du poste Médical Avancé (PMA) où sont rassemblés et triés les blessés en fonction du degré d'urgence vitale et prodigués les soins somatiques d'urgence. Les membres de la CUMP peuvent également intervenir dans des structures de soin où ont pu être hospitalisées certaines victimes.

Il est stipulé que le rôle de la CUMP ne saurait s'arrêter à l'intervention immédiate *in situ,* mais devra se prolonger dans la phase dite post-immédiate afin d'organiser une éventuelle prise de relais par les secteurs psychiatriques et les praticiens libéraux. Dans cet esprit, elle peut être également amenée à

[1] Pour plus de précisions se référer à L. Crocq (1998) : La cellule d'urgence médico-psychologique, *AMP*, 156, N° 1, p.48-54 ; P. Louville (2006) : interventions psychiatriques auprès des victimes de catastrophe ou d'attentat en France, *Perspective Psy*, vol. 45, N° 2, p. 127-132

créer des consultations spécialisées temporaires chargées de recevoir et de prendre en charge toutes victimes et personnes impliquées en exprimant la demande.

Autres dispositifs spécialisés de prise en charge

Sur des principes repris en grande partie à l'urgence médico-psychologique, tout un ensemble de nouveaux dispositifs ont depuis vu le jour en France, principalement sous la forme de consultations spécialisées et de cellules d'intervention, privées et publiques, visant à répondre à toutes formes de situations d'urgence et de crises psycho-sociales :

- des dispositifs internes à des établissements et institutions : Gendarmerie, Police, Sapeurs-pompiers, Education nationale, Enseignement privé, banques, RATP, SNCF… Les interventions en milieu scolaire ont notamment donné lieu à un nombre conséquent de travaux rendant compte des modes d'intervention nécessités par les particularités des situations rencontrées (M. Windisch, 2001 ; H. Romano, 2006, 2007 ; J.-L. Pilet, 2009) ;
- une offre privée de différentes formes de prestations s'est également largement développée, souvent sous la forme de contrats d'assurance garantissant aux souscripteurs des interventions en urgence et des suivis sur une durée déterminée ;
- quelques consultations spécialisées hospitalières publiques, comme celle qui a fourni la matière à ce travail[1].

Ces dispositifs, parfois émanation des CUMP elles-mêmes, couvrent les situations pour lesquelles l'UMP n'a pas véritablement vocation d'intervenir.

c) Les modalités de prise en charge

Les particularités de la clinique psychotraumatique, avec ses trois temps distincts, ont conduit à penser la prise en charge comme devant s'ajuster au plus près de chacun d'entre eux (P. Louville, 1997).

S'il existe des principes généraux s'appliquant à toutes les formes de situations d'urgence, il été relevé des spécificités tenant à la nature de certains événements, comme celles des interventions de masse à caractère humanitaire (V. Dubois, 2005), des interventions dans le cas de catastrophes industrielles (P. Birmes, L. Schmitt et C. Arbus, 2005) ou encore dans les cas de catastrophes naturelles (C. Guillaumont et D. Maltais, 2005), etc.

Les prises d'otages, en raison de leur grande fréquence et des effets particuliers (comme le syndrome de Stockholm) qu'elles peuvent engendrer ont également donné lieu à une littérature spécifique (Tarquinio et *al.*, 2003 ; Vila et *al.*, 1998).

Mentionnons également toute la littérature consacrée au trauma chez l'enfant et ses spécificités cliniques (G. Vila et *al.*, 1999 ; L. Bailly, 1996 ; J. D. Osofsky, 2007).

[1] Concernant de telles consultations voir J. L'Huillier, G. Julia-Simon (2006) : Organisation d'une consultation de psychotraumatologie, In L. Jehel, G. Lopez et *al.*, *Psychotraumatologie. Evaluation*, *clinique*, *traitement*, Dunod, Paris, p. 237-24.

La prise en charge en immédiat

Elle relève exclusivement de l'action des CUMP. Celles-ci sont incluses dans le dispositif d'ensemble prévu en cas de plan rouge dans lequel, à l'intérieur du périmètre de l'événement, leur est dévolu un espace distinct, le Poste de l'urgence médico-psychologique, ou PUMP, si possible un peu à l'écart mais malgré tout à proximité du « Poste médical avancé » (PMA), véritable centre de triage par lequel passent tous les blessés. Les membres de la CUMP sont placés sous la responsabilité du coordinateur général de l'intervention. Ils y ont pour mission de prendre en charge médicalement et psychologiquement les rescapés adressés par le poste médical avancé. (P. Louville, 1998).

La CUMP se veut répondre aux besoins urgents de soutien psychologique, qui viennent bien évidemment après les besoins prioritaires (soins somatiques, et dans les situations de grande catastrophe, les besoins physiologiques, une sécurité minimale, un abri…). Mais, « sur ces besoins prioritaires se greffent des besoins psychologiques, cognitifs et affectifs » (L. Crocq, 2004a), et c'est à certains de ceux-ci que s'attachent à répondre les professionnels des CUMP : réconfort, réassurance, encouragement, soutien, informations sur la situation, explicitation des réactions du sujet..., en sont les principes de base.

Outre le traitement médical des états de stress aigus le nécessitant, le mode d'intervention le plus pratiqué est de nature psychologique : le « défusing ». Pratiqué dans le temps faisant immédiatement suite à l'événement et sur les lieux même de celui-ci, il fait partie des soins psychologiques d'urgence prodigués aux victimes en état de choc psychique. Il a pour objectif une prise en charge immédiate des réactions émotionnelles par une première expérience de verbalisation à visée libératoire. Sa traduction en français par le terme bien peu élégant de « déchoquage » met cependant l'accent sur les côtés actif et quelque peu rudimentaire de la technique (mais peut-il en être autrement sur le site d'une catastrophe ?) et sur l'effet escompté d'une atténuation rapide des manifestations émotionnelles les plus bruyantes. De façon générale, il s'agit d'instaurer une « attitude d'écoute empathique » (L. Crocq, 2004), l'objectif étant d'inciter à une verbalisation précoce par le sujet de son vécu de l'événement afin de l'aider à en assurer, au minimum, un début de maîtrise (L. Crocq, 2004a ; J-M Coq, 2007 ; F. Lebigot et N. Prieto, 2001). La fonction de holding de ces premières interventions a été également soulignée (P. Bessoles, 2007). Pour une vue générale de l'intervention en immédiat, l'on peut également se référer au chapitre 7 de l'ouvrage *Le débriefing psychologique* (A. Ponseti-Gaillochon, C. Duchet, S. Molenda, 2009)

Le post-immédiat et la méthode paradigmatique du débriefing

Emprunté au vocabulaire militaire pour désigner dans l'aviation des séances de bilan critique de missions à leur retour [1], le terme a été repris dans la pratique en milieu civil et recouvre un ensemble de pratiques d'entretiens précoces à destination de personnes ayant été impliquées dans un événement « à fort potentiel traumatique ».

Il s'agit d'une méthode proposée aux sujets (qui sont libres d'accepter ou de refuser) aussi bien victimes, impliqués et secouristes. Dans l'idéal, il doit être proposé dans une période allant de deux à

[1] L Crocq (1999) : *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, Paris.

dix jours après la survenue de l'événement. Sa forme collective doit être réservée aux groupes déjà constitués avant l'événement. Dans sa forme individuelle, il peut toujours être conduit à plus grande distance (parfois des années après, avec d'incontestables bénéfices) et sur plusieurs séances, mais avec la précaution de ne pas systématiquement amener trop rapidement le patient à une verbalisation détaillée (F. Lebigot, 2005).

Entretien verbal semi directif, il consiste en un parcours détaillé de l'événement (par moments seconde par seconde) à partir des trois dimensions supposées en permettre une reconstitution aussi complète que possible, celle des émotions, celle des faits, celle des pensées. Sa visée est conçue principalement comme maïeutique et cathartique (nous y reviendrons dans la partie III). Les premières retombées ou conséquences de l'événement sont également travaillées sur un mode similaire. Il se conclut généralement par une phase de synthèse consistant en une récapitulation et une explicitation des réactions évoquées en séance et leur évolution possible dans la durée, suivie de conseils en vue d'une meilleure gestion de celles-ci ainsi que des conséquences que l'événement peut avoir dans de multiples domaines de l'existence.

Forme d'acte original, il représente un travail sur l'événement presque incontournable tant il répond chez les victimes au besoin impérieux d'en témoigner et de s'en libérer.

De quelque obédience théorico-clinique ou d'école que se revendiquent les praticiens du débriefing, l'on peut en dégager une sorte de plus petit dénominateur commun qui le caractérise dans ce qu'il a de singulier et d'unique par rapport à toutes les autres formes de pratique psychologique. Cette singularité est d'être un entretien centré (ou focalisé) sur un événement critique et ses retombées immédiates, à destination de personnes ayant été impliquées dans celui-ci.

Cette définition générique laisse apparaître des différences parfois considérables dans les modalités de le pratiquer, différences tenant d'abord aux caractéristiques cliniques rencontrées pouvant amener le clinicien-débriefeur à ajuster sa méthode et son dispositif au plus près des particularités de la situation (type d'événement, type de population, contexte général…), mais aussi aux références cliniques et théoriques des praticiens.

L'on peut dresser une liste non exhaustive de différents facteurs permettant d'ordonner ces variations :

- individuel/collectif (F. Lebigot, 1997, 1998)
- unique /réitéré
- directif/semi-directif
- organisé en phases préconstruites/à partir d'un unique consigne initiale
- groupes de professionnels/ de civils (E. Vermeiren, M. De Clercq, 2001)
- groupes constitués/groupes circonstanciels
- verbal/non verbal (l'on pensera ici aux pratiques de dessin)
- consigne initiale
- formes de relances…

Objectifs

Il est souvent affirmé qu'il ne s'agit pas d'une méthode thérapeutique mais d'une pratique s'adressant à des gens normaux ayant connu un événement hors du commun, anormal dans sa

nature. Elle aurait donc un but essentiellement préventif et de réassurance. Cependant, la question se pose de sa nature thérapeutique ou non (M. De Clercq et *al*., 1996 ; M. Passamar et al., 2003 ; A. Marchand et al., 2003)

Voici ses principaux objectifs tels que L. Crocq les a formulés en 1999 (p. 297-302) :

- faire parler de l'événement et des émotions qu'il a suscitées afin de permettre une maîtrise de celles-ci par le langage ;
- faire prendre conscience de la normalité des émotions et des réactions ;
- informer et resituer dans le temps et l'espace normaux ;
- atténuer les sentiments négatifs de culpabilité d'impuissance d'échec ;
- mettre à plat les tensions de groupe, résoudre les conflits ;
- mettre en garde contre la tendance à tenir des propos inconsidérés en présence des médias ;
- informer sur les symptômes pouvant survenir et les dédramatiser à l'avance ;
- repérer les sujets les plus vulnérables à prendre en charge individuellement ;
- mettre un point final à l'événement ;
- orienter positivement vers l'avenir.

Conditions matérielles.

Le débriefing doit être conduit dans les trois premiers jours suivant l'événement, avant si possible que les personnes ne risquent de développer un PTSD et dans la période où, étant encore sous l'effet immédiat de l'événement, elles ressentent un très intense besoin de parler et de se décharger des émotions intenses qu'elles ont ressenti. L'idée est ici que si on laisse se développer une phase de rumination, les risques sont accrus que la personne ne développe ultérieurement un syndrome psychotraumatique faute d'avoir pu, au moins en partie, liquider sur un mode cathartique le trop plein d'émotions ressenties.

Il va dépendre des circonstances et de la nature de l'événement que le débriefing se déroule immédiatement ou à une certaine distance de l'événement.

Lorsque les conditions matérielles s'y prêtent, il s'effectuera par petits groupe de 6 à 8 personnes, chaque groupe étant pris en charge par un professionnel. Certaines équipes américaines n'hésitent pas mener des séances de 20 à 30 personnes. Cependant, ce type de rencontre réunissant un grand nombre de participants, paraît bien peu propice à l'évocation détaillée d'émotions problématiques.

De nombreuses équipes préconisent dans tous les cas de travailler en couple : un leader qui conduit la séance, un co-débriefeur, plus en retrait et en position d'observateur. Il peut cependant intervenir à la demande du débriefeur ou de lui-même s'il perçoit une difficulté ou un élément important non pris en compte. Il peut également être amené à intervenir lorsqu'une personne quitte la salle, ou encore lorsqu'un participant, par ses manifestations émotionnelles trop intenses, perturbe le déroulement de la séance, et qu'il convient alors de le prendre à part.

Tous les spécialistes insistent sur l'importance de créer un cadre sécurisant, confortable, calme, à l'écart des lieux de l'événement. Des boissons devront être à la disposition des participants, ils devront pouvoir fumer. Il est bon de prévoir des mouchoirs en quantité.

Certains souhaitent cependant mener le débriefing sur les lieux mêmes de l'événement, dans la banque qui a connu le braquage par exemple.

La disposition des participants sera en U ou en cercle, y compris les intervenants.

La durée préconisée est variable selon les praticiens, allant de 2 à 3 heures.

Créer des catégories homogènes de victimes

Ce principe semble être commun à toutes les méthodes. L'expérience a montré en effet qu'un des principaux écueils au bon déroulement d'un débriefing était la coexistence de sujets dont la présence était motivée par des raisons très différentes et parfois incompatibles, comme celle des sujets dans une relation hiérarchique.

Il importe en outre que tous se participants aient été impliqués au même titre dans l'événement, que ce soit comme victimes directes, comme impliqués, comme intervenants professionnels, comme membres de la famille…

Toutes les personnes susceptibles d'être concernées auront été informées à l'avance de la tenue du débriefing et doivent être libres d'y participer ou non.

Les trois grands temps du débriefing

Quelque soit la méthode développée, un débriefing se décompose en trois grandes phases qui, si elles sont d'inégale durée, participent toutes à sa réussite ou à son échec :

- la phase d'introduction ;
- la phase de développement ;
- la phase de conclusion.

Exemples de protocole de débriefing

L'on trouve aujourd'hui dans la littérature spécialisé différents protocoles détaillés de débriefing. En voici quelques-uns, à titre illustratif de la variété des pratiques en la matière.

Le protocole NOVA (National Organization for Victim Assistance, USA) selon M. Young

Phase 1

Exprimer sa compassion.

Se présenter ainsi que le cadre d'intervention.

Garantir la confidentialité et demander aux participants de faire de même.

Consigne donnée de dire librement tout ce qui leur vient à l'esprit ; prohiber toute conduite violente.

Donner le programme de la réunion.

Un intervenant dirige la séance, un autre note sur un tableau les mots et phrases jugés clés, c'est-à-dire renvoyant aux émotions les plus communément problématiques en cas de stress: culpabilité, douleur morale, honte, colère, peur, frustration.

Phase 2

Ou étaient-ils, avec qui, qu'ont-ils vu, entendu senti, touché, goûté, fait ? Questions sensorielles qui sont aiguës lors d'une catastrophe et qui peuvent faire surgir des émotions très fortes.

Ne pas leur demander comment ils se sentent.

Si une personne ne parle pas, ne pas la solliciter.
Il est exceptionnel que personne ne parle.

Phase 4

Commencer à aider les gens à se distancier.
Comment ont-ils réagi depuis ? Qu'est-il arrivé depuis le désastre ?

Phase 5

Que pensent-ils qu'il va arriver dans l'avenir ? Comment vont-ils y faire face ? Questions pratiques.

Phase 6

Résumer la réunions, remercier les participants, informer des éventuels symptômes à venir, laisser des adresses et des téléphones en cas de besoin.

Le Traumatic Event Debriefing de Mitchell.

Ce protocole, à l'origine destiné à être pratiqué auprès de personnels d'intervention d'urgence, a été étendu à l'ensemble des victimes d'événements critiques.
L'équipe comprend de deux à quatre personnes dont un leader dont le rôle est d'animer les entretiens. Chaque séance regroupe de 25 à 30 victimes. Elles durent de 2 à 3 heures.
Les personnes seront disposées en cercle avec les débriefeurs.
Le but est d'amener les personnes d'un niveau cognitif à un niveau émotionnel puis de revenir à un niveau cognitif.
Ayant une visée cathartique, il se déroule en 7 phases.

Phase de présentation

Elle consiste pour les intervenants à se présenter, à exprimer sa compassion pour les victimes, esquisser le but de la rencontre, donner un bref historique de sa pratique et l'utilité de ce type de rencontres.
Préciser les règles : confidentialité, pas de personnes extérieures à l'événement à participer, aucune obligation de parler, ne parler que de soi, aucun départ prématuré autorisé, la visée est une décharge émotionnelle, ceux qui le désireront pourront être reçus individuellement à la fin de la séance.

Phase d'introduction

Il est demandé aux participants de décrire les faits les concernant, leurs activités durant l'événement. Ils doivent exposer qui ils sont, leur niveau social, leur place et leur activité durant la situation. Chacun parle à son tour jusqu'à ce que les détails de l'événement soient reconstitués dans leur ensemble.

Phase de réflexion

Cette phase doit conduire les participants d'un niveau descriptif et cognitif à un niveau émotionnel d'expression.

Il est alors demandé aux participants de révéler les premières pensées dont ils furent conscients durant l'épisode, en particulier les pensées dites intrusives telles « j'aurais pu faire mieux, je me sens coupable », pensées qui viennent rendre difficile le contrôle émotionnel.

Il leur est également demandé de faire part de leurs impressions sensorielles qui, autrement risquent ultérieurement d'être à la source de pensées ou de souvenirs intrusifs (ou de conversions somatiques) exemple « j'ai entendu un coup de feu et j'ai ressenti une douleur derrière ma nuque.

Phase de réaction

Il s'agit alors d'attirer l'attention vers les réactions des participants durant et après l'épisode : « quel a été le pire moment pour vous ? ». C'est l'occasion pour eux de constater que leurs réactions ont été semblables à celles des autres.

A ce stade, plutôt que de normaliser les réactions décrites l'intervenant s'attachera à solliciter l'expression éventuellement en posant des questions directes : « quelqu'un a-t-il ressenti cela ? ».

Les réponses émotionnelles vont ici s'intensifier s'accompagnant de pleurs, d'angoisses, de sentiments de frustration, de culpabilité.

Phase des symptômes

Phase de transition, elle vise a revenir progressivement d'un niveau émotionnel élevé à un niveau cognitif.

L'on demandera aux personnes ce qui a changé pour elles depuis, ce que d'autres ont pu constater comme changements. Ceci inclut les éventuels symptômes présentés.

Phase d'enseignement

Elle est un retour à un niveau cognitif.

Vise à normaliser les réactions décrites ainsi que les réactions ultérieures éventuelles.

Il résume ce qui a été dit des réactions émotionnelles de chacun, souligne les points communs afin de renforcer la normalité de l'expérience.

Il informe des éventuelles réactions ultérieures en soulignant également leur normalité au vu du caractère exceptionnel de l'événement. Il suggère des stratégies visant leur réduction.

Phase de conclusion

Permet de répondre aux questions.

Une synthèse du débriefing est faite.

Rafraîchissements.

Information sur aides psychologiques supplémentaires.

Phase de débriefing des « débriefeurs »

Le débriefing a ses vertus et ses limites. A condition de ne pas en attendre plus qu'il ne peut offrir, de respecter ses principales contre-indications et de le conduire de façon à la fois souple et rigoureuse, il permet presque toujours le développement d'un travail psychique fécond qui apporte un au minimum un apaisement sensible aux personnes concernées. Reste que son éventuelle action sur le trauma demeurent sujette à controverses, certains auteurs allant jusqu'à soutenir qu'il aurait des effets intempestifs, contrariant même l'évolution « naturelle » des sujets vers la guérison.
Des études à la méthode comparative parfois hasardeuse ont autorisé les conclusions les plus diverses quant à son rôle et son efficacité, allant parfois jusqu'à en totalement contre-indiquer la pratique. Chez certains praticiens la désillusion que cela a provoqué semble voir été à la mesure de l'engouement et de l'enthousiasme que sa nouveauté avait suscité dans une sorte d'idéalisation les ayant conduit à croire que la méthode pouvait avoir sur tous ceux à qui on l'appliquait des résultats similaires. Or le débriefing**, comme toute forme d'entretien**, ne peut jamais assurer à tout coup le praticien de ses effets, sauf à méconnaître l'importance des dimensions transférentielles et contre transférentielles inhérentes à toute approche relationnelle : peut-on par exemple imaginer, hormis peut-être le cas des questionnaires standards, un clinicien qui ne s'ajusterait aucunement aux réactions que ses interventions engendrent ? En second lieu, ça n'est jamais que dans l'après coup et dans les éventuels changements qui y feront éventuellement suite, que l'on pourra mesurer son efficience, de même que la nature de ses effets : l'on ne peut ainsi jamais par avance déterminer la nature d'une intervention et l'on sait par exemple depuis fort longtemps qu'un bilan psychologique, *a priori* à visée strictement évaluative, peut avoir dans certains cas, pourrait-on dire malgré lui, des effets de changement conséquents ; et qu'à l'inverse, une interprétation peut y échouer totalement.
A un certain nombre de conditions quant à la manière dont il doit être mené et aux circonstances dans lesquelles il peut être proposé (ses indications et contre-indications), à condition de n'en pas espérer plus qu'il n'est à même d'apporter, nombre de praticiens francophones s'entendent cependant aujourd'hui sur son effet positif indéniable vis à vis des réactions dites de stress, qu'il participe à grandement apaiser et à métaboliser chez la plupart des victimes. Par contre, son efficacité est beaucoup plus discutée quant à son aptitude à prévenir la survenue de troubles durables renvoyant à un vécu traumatique de l'événement, bien que l'on puisse penser qu'il permette déjà d'en aborder certains aspects et de réduire la durée et l'intensité d'un éventuel syndrome psychotraumatique ultérieur. Mais il possède souvent aussi, du côté des sujets, une fonction d'évaluation de leur état qui leur permet de demander (en aparté, à la fin de la séance ou dans les jours suivants) un conseil ou une aide personnalisés.
Du côté des intervenants, il permet un possible repérage clinique précoce des personnes les plus touchées.

Quoiqu'il en soit le débriefing est bien plus qu'une technique et s'il continue d'avoir chez beaucoup une place centrale dans l'approche précoce des victimes c'est que, par delà la technique d'intervention elle-même, il est paradigmatique des principes qui sont au fondement même de la psychotraumatologie contemporaine dont il représente de l'esprit singulier suivant lequel elle se conçoit et se propose, sorte de symbole de ce qu'elle a de plus original et de novateur :

- l'offre précoce d'offres versus l'attente passive de la demande. Il y a un côté volontariste dans la proposition de débriefing qui tient au devoir de solidarité que se donne la société. Il en va de question de responsabilité collective plus que de désir personnel ;

- l'interrogation avant tout d'un contexte ou d'un moment critique inaugural et non, comme en psychothérapie, une structure ou une organisation psychique à partir des aléas de sa constitution ;

- la centralité du travail sur l'événement, sa dénomination, sa constitution comme tel, le sens collectif qu'on peut lui donner, les valeurs à restaurer à sa suite et dont il a représenté l'abolition ou symbolisé la vacuité, versus les associations libres qu'il peut susciter en tout un chacun ;

- sa nature d'intervention brève ;

- sa précocité, au plus près de l'événement ;

- son épistémè plus pédagogique que thérapeutique, malgré une tendance récente à l'assimiler à un acte psychothérapique précoce, contre les intuitions originelles (nous y reviendrons).

Cependant sa consigne s'épuise plus ou moins rapidement et doit, le cas échéant lorsqu'il n'a pas suffi à aider la victime à se dégager de l'emprise de l'événement, laisser place à d'autres questionnements et méthodes pour lesquels il ne donne pas véritablement d'indications.

La prise charge des syndromes psychotraumatiques chroniques

L'approche cathartique

La « réhabilitation » du pouvoir traumatique, en soi et pour soi, d'un événement, ne pouvait conduire L. Crocq qu'à une réflexion approfondie sur l'approche thérapeutique des patients psychotraumatisés. Car si la névrose traumatique ne peut plus être confondue avec les psychonévroses, ni au plan étiologique, ni au plan sémiologique, pas plus qu'au plan de la signification psychodynamique de leurs symptomatologie, les principes mêmes de leur traitement devaient être eux aussi très clairement distingués. Il en est ainsi notamment du processus d'après-coup qui, dans les névroses traumatiques « … est plus un alignement rétrospectif de vérités sursitaires que la révélation d'un déterminisme jusqu'alors latent » (L. Crocq, 2003, p. 20).
Or des premiers traitements en état hypnotique provoqué développés par de nombreux magnétiseurs au 19ième siècle, à P. Janet et ses pratique thérapeutique de « désinfection morale » par la recherche et la verbalisation de l'événement traumatique puis son intégration à l'histoire de vie comme souvenir, à S. Freud reprenant à son compte la méthode dans ses « Etudes sur l'hystérie »[1],

[1] Même s'il renoncera ensuite à la méthode. Malgré tout, L Crocq note que : « En fin de compte la méthode cathartique est aux yeux de Freud bien plus qu'un simple procédé technique : elle est une véritable stratégie thérapeutique, impliquant la guidance du malade jusqu'à la mis en ordre de son histoire et vie et la récupération de son autonomie » (2003, p. 2O).

aux traitements des névroses de guerre sous hypnose ou narcose, etc., une méthodologie commune se dégage, bien distincte de la «cure par la parole » à destination des psychonévrosés.
Car toutes ces approches ont en commun la recherche de l'événement à l'origine des troubles et sa verbalisation, reprenant en cela les principes de la psychothérapie telle que les grecs anciens l'avaient conçue et développée autour de deux concepts clés, la *catharsis* et la *maïeutique* :

- la catharsis, qui consiste à amener le sujet à une « reviviscence abréactive » de l'événement avec toute la charge des affects qui y sont restés attachés (terreur, colère, impuissance, détresse…), afin d'aider le sujet à s'en libérer ;
- la maïeutique, à savoir la découverte et la compréhension progressive, dans et par le dialogue, de l'expérience très particulière qu'a pu constituer l'événement dans ses multiples dimensions, significations et implications.

C'est en cela que « l'approche cathartique » représente pour L. Crocq « la voie royale pour initier le traitement de cette « névrose particulière » qu'est la névrose traumatique : « Permettant d'accéder sans résistance au noyau de l'expérience traumatique et invitant à l'énonciation associative et attributive de sens, elle peut constituer une clé pour l'initiation d'une thérapie plus longue et aider le traumatisé à aborder enfin la question de son trauma. » (L. Crocq, 2003, p. 23)

Les psychothérapies

C'est vers la rubrique « psychothérapie des syndromes psychotraumatiques » qu'il faut se tourner pour trouver des indications quant à la nature et la forme du travail psychologique au long cours que peut nécessiter ce qui, selon la clinique francophone, ne ressortit plus aux réactions initiales de stress mais à une exposition proprement traumatique à l'événement et dont les effets psychiques, survenant après le temps de latence.
L'on va alors retrouver un grand nombre de pratiques psychothérapiques classiques (psychothérapie analytique, psychothérapie psychodynamique, cognitivo-comportementale, hypnose, EMDR, approche systémique), mais l'on peut observer que là comme ailleurs, deux grands modèles font de façon dominante référence et se partagent (se disputent serait sans doute un terme plus juste) le domaine : le modèle analytique et le modèle cognitivo-comportemental. Pour une revue détaillée de l'ensemble de ces pratiques, l'on peut se référer à U. Schnyder (2005), A. Seguin-Sabouraud (2006), L. Crocq (2007)…
Malgré des aménagements apportés par certains praticiens à leur dispositif de prise en charge et avancées au plan théorique, Il n'en reste pas moins que l'une et l'autre école n'ont abordé la question des troubles qu'à partir de notions jamais véritablement discutées comme telles, celles de trauma et de stress (l'une entretenant la possible confusion de la névrose traumatique avec les psychonévroses comme l'hystérie, l'autre avec la phobie), qu'elles se sont efforcées d'appréhender théoriquement et cliniquement avec les catégories conceptuelles et des objets psychiques qui étaient les leurs : la culpabilité d'un côté, l'anxiété et les distorsions cognitives de l'autre. Au plan théorique du moins, elles n'ont ainsi fait pour l'essentiel que se revisiter.

De plus, malgré tout leur intérêt, il reste que ces approches psychothérapiques exigent du sujet une demande initiale et un investissement de suffisamment longue durée pour prétendre apporter ce qui en est attendu, à tout le moins un apaisement sensible des manifestations symptomatiques, au mieux une guérison (F. Lebigot, 2005).

PANORAMA DE L'AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE AUX VICTIMES

	IMMEDIAT	POST-IMMEDIAT	DIFFERE
Temps de l'intervention	• Au plus près de l'événement jusqu'à sa clôture.	• De 24 heures à 15 jours maximum après l'événement	• Le trauma psychique est atemporel
Type D'événement	• Catastrophes • Accidents collectifs ou attentats • Evénements à fort retentissement psychologique • Evénements individuels	• Catastrophes • Accidents collectifs ou attentats • Evénements à fort retentissement psychologique • Evénements individuels	• Tous types d'événements individuels ou collectifs
Lieux et dispositifs d'intervention	• CUMP in situ (au sein du PUMP), dans le cadre d'un plan rouge • Services d'urgences • Médecine légale *Plus rarement :* • Services de psychiatrie • Services de médecine somatique • Consultations spécialisées	• CUMP, membres de la CUMP et/ou du secteur psychiatrique correspondant • Consultations spécialisées • Permanences d'aide médico-psychologiques • Consultations de secteur • Services de psychiatrie • Services de médecine somatique	• Consultations spécialisées • Consultations de secteur psychiatrique • Services de psychiatrie • Services de médecine somatique • Centres de détention
Manifestations Cliniques Dominantes	• Etats de stress aigus ou dépassés • Inhibition stuporeuse • Agitation incoordonnée • Fuite panique • Actions automatiques	• Queues de stress • Phase de latence • Premières manifestation de syndrome de répétition • Deuils traumatiques	• Syndromes psychotraumatiques • Névroses traumatiques • Deuils pathologiques
Nature des Interventions	• Evaluation et tri • Restauration d'un espace sécurisant • Défusing • Sédation des états aigus • Hospitalisation en milieu spécialisé • Information des victimes • Aide à la gestion des phénomènes de panique collective • Aide à la gestion du stress des décideurs	• Débriefing collectif • Débriefing individuel • Réunions • Soutien psychologique • Rituels de deuil • Gestion des phénomènes collectifs problématiques : rumeurs, bouc émissaires… • Prévention pharmacologique des états anxio-dépressifs	• Débriefing individuel • Psychothérapies • Groupes de parole • Accompagnement psycho-judiciaire • Traitements pharmacologiques de soutien
Personnes Concernées	• Victimes • Impliqués : familles, témoins • Sauveteurs et secouristes • Décideurs	• Victimes • Impliqués : familles, témoins • Sauveteurs et secouristes • Décideurs • Certains groupes d'appartenance	• Tous types de personnes souffrant d'un trauma psychique

En tout cela, le dispositif de l'urgence médico-psychologique a participé activement à la diffusion très rapide à l'ensemble de la psychiatrie de savoirs et savoir-faire en matière de psychotraumatologie.
L'une des retombées en est la prise en considération de plus en plus assurée, sur de toutes autres bases que la sinistrose, des questions médico-légales et d'expertise (J. Audet et J.-F. Katz, 1999 ; L. Crocq, 2002f) ; car la dimension psychotraumatique des troubles, appréhendée selon une temporalité allant de leur moment et conditions d'émergences, en passant par un temps de latence plus ou moins prolongé, jusqu'à leur éventuelle enkystement, avec les effets de longue durée qui, à l'image du syndrome de répétition, en portent la marque distinctive, vient dès lors attester de leur authenticité.

2.3.1.3. Vers une praxéologie de la crise

> Parce que le risque est une construction sociale, les variances de la sensibilité à ce qui reçoit cette appellation méritent l'attention afin de savoir dans quelle mesure, dans le champ de l'observation empirique, il est considéré comme un donné ou envisagé comme construit. Dans le premier cas, les risques existent indépendamment de notre perception, ce qui correspond à la notion d'aléa. L'aléa est un événement possible, avec une probabilité plus ou moins forte d'actualisation. Avec l'autre option, le risque est beaucoup plus le résultat d'un processus d'évaluation, qui ne dépend pas uniquement de la réalité telle qu'elle existe en dehors de notre perception. Comme le rappelle Mary Douglas, le risque « n'est pas une chose mais une façon de penser et, en cela, il est un stratagème hautement artificiel ». Il est perception d'un danger possible, avec un certain degré non seulement de probabilité mais de prévisibilité. [1]

Ainsi le risque, dans son principe, implique des systèmes collectifs complexes de représentation et il engage un ensemble de pratiques et dispositifs dont l'opérativité s'éprouve dans leur aptitude à prévenir la survenue d'événements dont l'on a appris par expérience leur possible advenue. Il est, comme le disait Rousseau, la rencontre d'une possibilité de la nature et d'une vulnérabilité. Et il n'est de vulnérabilité que culturelle puisqu'elle ne tient qu'à ce à quoi nous accordons de la valeur qui nous permet de mesurer des gains et des coûts.
Même si certains en font encore une exigence, l'on sait maintenant que le risque zéro est une utopie et que les politiques de prévention, aussi élaborées soient-elles, ne nous protègeront jamais de tout ce qui l'on voudrait ne pas voir survenir ; non seulement parce qu'aucun ordre n'est jamais totalement réductible aux lois ou aux constances que nous lui prêtons, mais surtout parce que, nous l'avons vu, le risque est toujours une construction *a posteriori*, qui s'invente sans cesse dans ses formes et est dès lors infini dans ses variétés. L'on ne peut s'assurer de tout puisque l'on ne sait pas encore la veille ce qui sera risque le lendemain : la conjonction d'événements funestes qui fera la catastrophe prochaine n'étant pas encore advenue, nous ne pouvons l'anticiper donc nous prémunir de sa survenue ainsi que de ses effets. L'homme se voit ainsi encore renvoyé, non sans douleurs, à la vacuité de ses prétentions à maîtriser le monde, tout en ne pouvant y renoncer.

[1] F. Walter, *op.cit.*, p. 235.

L'on pourrait alors penser que la « catastrophologie » ait atteint ses limites et qu'elle n'ait plus qu'à prévenir et assurer les configurations toujours nouvelles qui lui sont soumises en jouant à l'identique de ces mêmes modalités opératoires.

Mais un nouveau domaine s'est plus récemment inventé, qui en transforme profondément les principes puisqu'il n'a plus directement trait à la survenue même de la catastrophe ni à la gestion et l'indemnisation de ses conséquences, mais aux modalités mêmes d'y faire face et de la gérer. Il ne s'agit alors plus seulement d'anticiper ou de prévenir sa survenue, mais de se préparer à l'imprévisibilité de son irruption toujours possible et à ses effets potentiels d'autant plus désorganisateurs qu'elle frappera le plus fort là où précisément nous nous sommes le moins préparés à y faire face ; dans les trous noirs de nos systèmes prévisionnels, préventifs et d'intervention.

La catastrophe se fait alors essentiellement **crise**, c'est-à-dire désorganisation de notre ordre social, et sa gestion « gestion de crise », au point c'est sur elle que se centre l'intervention.

Sa nature (naturelle, technologique, politique…) en devient presque secondaire et n'est plus qu'un facteur parmi d'autres. La dimension humaine y devient par contre première et c'est elle qui fait l'objet d'anticipation, anticipation de son caractère potentiellement imprévisible dans la désorganisation que sa désorganisation risque d'engendrer.

Cette révolution s'est opérée en deux temps :

-celui de la mise en place de protocoles d'intervention spécifiques. Elle s'incarne dans la notion de plan : plan rouge, plan blanc, plan Orsec…, Ces différents plans consistent en la mise en place d'une organisation, d'une logistique et d'une technicité adaptés au caractère exceptionnel des circonstances (mobilisation et organisation de moyens matériels et humains hors normes habituelles), par exemple pour une catastrophe naturelle : activer les secours d'urgence aux survivants (sauvetage, médecine d'urgence et de catastrophe), pourvoir aux besoins élémentaires (approvisionnement en eau, nourriture, abris transitoires…), sécuriser le milieu (anticipation de certaines conséquences de la catastrophe comme les épidémies…), restaurer progressivement les structures matérielles et politiques antérieures (réseaux de transports, hôpitaux, police…), etc.

- celui de protocoles de gestion de la crise où c'est le rapport inéluctablement inadéquat entre les conditions créées par la catastrophe et les réponses à disposition qui fait l'objet sinon d'une planification du moins d'une « culture de crise » **:**

> La culture de crise, c'est connaître ce qu'est une crise, savoir qu'une crise peut se produire dans un avenir plus ou moins proche, s'y attendre, y être préparé. La culture de crise doit être présente dans les mentalités ; elle se traduit par le fait de penser, par moments ou en permanence, à l'éventualité de la survenue d'une crise ; et de se référer à l'expérience issue des crises passées en ayant réfléchi aux enseignements pratiques à en tirer. [1]

Cette culture suppose d'être déjà en capacité de savoir reconnaître une crise, ce qui exige une juste évaluation de la situation et savoir notamment ni en sous-estimer, ni en surestimer, la gravité.

[1] L. Crocq et all (2009), *Gérer les grandes crises*, p 34.

Cette catastrophe devenue crise se décline alors en phases et en stades ayant chacun sa dynamique et son iatrogénie propres, dont il revient aux responsables d'assumer les aléas.
La culture de crise devient alors une sorte de protocole des protocoles, et non un ensemble préprogrammé de réponses : une connaissance des principes à suivre pour en concevoir de nouvelles formes au plus près des contraintes rencontrées. Et dans ce protocole, le « décideur » devient lui-même un composant de la situation, dans sa plus ou moins grande capacité à y faire face ; et c'est ce pourquoi la notion de stress y devient centrale comme élément pouvant être déterminant dans l'évaluation de la situation et la prise de décisions qu'elle exige (Crocq et *al*., 2009).

S'invente ici finalement une crise mise au carré, pour laquelle le rapport instauré à la situation par celui qui en a la responsabilité devient partie intégrante de celle-ci, et objet de toutes les attentions.
Avec la notion de crise ainsi redéfinie, la catastrophe perd ses derniers éléments de positivité naturelle et devient définitivement une affaire entre l'homme et lui-même.

2.3.2. La victimologie clinique

A la différence de la psychotraumatologie qui tient ses racines de la psychiatrie et de la médecine d'urgence et trouve ses références dans la psychopathologie, la victimologie, quant à elle, est issue des pratiques juridiques et sa discipline première est le droit. Et si leur objet commun est bien la « victime », leur espace et leur temporalité de déploiement sont bien distincts : d'un côté la catastrophe dans le temps condensé des interventions d'urgence qu'elle requiert, de l'autre un parcours qui se déploie dans la longue durée. L'une se situe dans le moment critique de la crise et anticipe ses possibles retombées, l'autre est déjà dans un après et sa gestion au long cours.
D'où sans doute pour une bonne part le malaise de certains praticiens du psychisme face à la notion de victime et les malentendus engendrés par les pratiques développées à son adresse dans le champ de la santé mentale ; car, contrairement au psychotraumatisé, rien ne semble justifier *a priori* qu'elle relève d'une quelconque approche psychologique, sinon dans une visée qui ne peut être que normalisatrice car elle ne semble pas s'appuyer sur une raison fondée en psychopathologie. Et de l'autre côté une réticence symétrique : la question victimale n'est pas d'abord affaire de pathologie, mais de droit à restaurer.
C'est sur ces bases que la victimologie contemporaine s'est développée et il a fallu qu'elle rompe elle aussi avec certaines de ses origines pour se faire victimologie clinique en se centrant sur la dimension potentiellement problématique au plan psychique de l'état de victime, cela que la rencontre avec le système judiciaire se produise ou non.

2.3.2.1. De la victimologie criminologique à la criminologie victimologique

Au-delà de la question débattue de la paternité du terme de victimologie –tantôt attribuée à Benjamin Mendelsohn, tantôt à H. Von Hentig ou encore, selon E. Fattah, au psychiatre américain F. Wertham-, l'on peut considérer qu'elle émerge simultanément en différents lieux dans l'immédiate après seconde guerre mondiale, sur le fond commun d'une centration des intérêts sur les victimes et d'une reconsidération de la question criminelle.

C'est dans le cadre d'une criminologie essentiellement préoccupée par la commission des crimes qu'est née la victimologie, autour la question de la responsabilité pénale ; et c'est sur les mêmes bases épistémiques qui permirent de construire les premières conceptions de l'homme criminel que la victime va d'abord être pensée. Qualifiée par R. GASSIN (2007) de première victimologie, ou de *victimologie criminologique*, M. Baril en définit ainsi le projet :

> Pourrait-on attribuer, du moins partiellement, à certains traits de personnalité qui prédisposeraient certains individus à subir des agressions ? On l'a cru. A la remorque de la criminologie, la victimologie s'est demandée, longtemps après elle, s'il existait des victimes nées, une personnalité victimale ou des prédispositions victimogènes. En 1941, Von Hentig écrivait ; « s'il y a des criminels nés, il est évident qu'il y a des victimes nées qui s'automutilent et se détruisent à l'aide d'une personne complaisante. [1]

Cette victimologie est à l'origine de nombreuses typologies : classifications victimologiques des crimes en catégories allant des crimes contre des victimes réelles à des crimes sans victimes, et surtout classifications des victimes selon leur degré de responsabilité dans la commission des faits.

Hans Von Hentig, criminologue nord-américain d'origine germanique, fut, dès 1934, l'initiateur de ce courant de recherches, mettant l'accent sur l'importance de la connaissance scientifique de la victime pour une politique criminelle éclairée.

C'est sur des postulats similaires que Mendelsohn va édifier à la même époque sa propre typologie, puisque celle-ci s'attache pour l'essentiel à déterminer les différents degrés possibles de responsabilité de la victime :

1. la victime totalement innocente
2. la victime coupable par ignorance
3. la victime aussi coupable que l'agresseur
4. la victime plus coupable que l'agresseur
5. la victime presque entièrement voire uniquement coupable

G. LOPEZ fait état d'une autre typologie, conçue par le criminologue S. SHAFER, dont l'objet est, dans le cadre de ce que l'on dénomme alors le ***couple pénal***, de déterminer le degré de responsabilité des différents protagonistes de tout acte criminel, victime incluse. Ceci donnait la classification suivante :

1. La victime sans relation avec le criminel : tous les membres du corps social victimes potentielles
2. La victime provocatrice qui encouragerait l'agresseur, comme dans certaines agressions sexuelles
3. la victime incitatrice, provocante par son attitude ou l'étalage de ses biens

[1] M. Baril (1984) : *L'envers du crime*, p.66.

4. La victime physiologiquement faible et donc vulnérable
5. La victime socialement vulnérable comme l'immigré, l'exclu, le membre d'une minorité ethnique
6. L'autovictime comme le toxicomane, l'alcoolique, le joueur pathologique, le suicidaire
7. La victime politique

Cette première victimologie a également produit des essais de classification des crimes en fonction du type de victime qu'ils visaient : crimes contre des victimes réelles, contre des victimes fictives (atteintes à l'ordre public), contre des victimes potentielles (conduites en état d'ivresse), crimes sans victimes (actes immoraux ne causant aucun dommage visible à des tiers).

Ezzat Abdel FATTAH s'attachera à de multiples reprises à défendre cette « branche de la victimologie comme un apport incontournable dans une approche dynamique de l'acte criminel, sa perspective étant celle d'une prévention du crime :

> S'il était possible de déterminer, de façon assez spécifique, que les personnes ou les entreprises qui possèdent telle ou telle caractéristique sont des victimes plus probables que d'autres, et que des infractions se produiront plus probablement dans certains lieux plutôt que d'autres, les mesures prises pour lutter contre la criminalité donneraient des résultats plus probants. [1]

Elle est pourtant aujourd'hui majoritairement considérée comme une sorte de préhistoire plus ou moins gênante de la victimologie contemporaine, dans la mesure où la victime s'y trouvait réduite à un facteur criminogène dont il s'agissait d'étudier le rôle et les paramètres agissant dans la survenue et le déroulement de l'acte criminel. Vision par trop substantialiste, comme si la victime pouvait, même au titre de facteur, préexister à l'acte criminel qui la constitue comme telle : la victime y est déjà victime avant même d'avoir fait l'objet des actions qui, aux yeux de la justice et au terme d'un long processus, la constitueront éventuellement comme telle.

Trop hâtivement et superficiellement dénoncée dans son ensemble, cette victimologie mérite cependant que l'on s'arrête à ses développements, non seulement parce qu'elle représente un moment historique fondateur, mais parce que certains malentendus ont participé à en trop rapidement récuser les fondements.

Son analyse critique a notamment ouvert à une différenciation heuristique entre « mode opératoire » et « mode de vie », responsabilité et culpabilité psychiques, responsabilité et culpabilité juridique (L. M. Villerbu, 2004), ainsi qu'une réflexion renouvelée sur le couple pénal, tant d'un point de vue agressologique (L.M. Villerbu, V. Moulin, 2008) que victimologique (P. Pignol, L.M. Villerbu, V. Moulin, 2008).

2.3.2.2. La seconde victimologie

C'est au prix d'une ambiguïté, autorisée par la polysémie non discutée du terme de victime,

[1] Cité par Lopez (1997) , *Victimologie*, Dalloz.

qu'une continuité historique est établie entre ces deux victimologies, tant leur point de départ, leurs enjeux et leurs développements procèdent de deux logiques distinctes. Car il a fallu que la victimologie commence à se concevoir selon d'autres perspectives et d'autres questionnements pour qu'émerge la *seconde victimologie* ou *criminologie victimologique* dénommée aussi *victimologie générale* par Mendelsohn.

Il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver dans les différentes terminologies employées qui renvoient, soit à des sous disciplines de la victimologie, soit à des conceptions contrastées de celle-ci. Ainsi R. Cario résume-t-il la situation actuelle, témoignant de ce l'écriture de l'histoire de la victimologie (comme de toute histoire) tient pour beaucoup à la conception que l'on en a :

> Des distinctions plus abouties opposent la première victimologie (étiologique) à la seconde victimologie (aide aux victimes), encore reconstruites autour de la victimologie de l'acte et de la victimologie de l'action. Dans le même souci de balisage des champs, la victimologie pénale doit s'accommoder de la victimologie criminologique. La victimologie générale (ou criminologie victimologique) est encore distinguée de la victimologie clinique (ou appliquée ou empirique). Quant la victimologie humaniste n'est pas opposée à la victimologie scientifique ! [1]

Toujours est-il qu'autant la « victime » de la première victimologie n'était qu'un paramètre parmi d'autres de la situation criminogène, autant la victime de la seconde victimologie est d'abord et avant tout un citoyen sujet de droits. C'est le déplacement de l'enjeu politique du pénal au social qui permet de rendre compte du passage à cette autre victimologie pour laquelle la question du dommage va se substituer à celle de la responsabilité.

Cette seconde victimologie s'est développée à partir de 1975-1980 et s'est donnée pour visée d'étudier les victimes pour elles-mêmes. Il en est émergé le concept de « victimité » pour désigner la situation de toute victime suite au crime dont elle a pu faire l'objet, dans ses multiples dimensions : juridique, sociale, psychologique… Dans cette perspective nouvelle, elle a progressivement élargi son champ, au-delà des seules personnes ayant fait l'objet d'actes criminels, à celles victimes de catastrophes naturelles, d'accidents et plus globalement de faits non délictueux ; extension qui ne va pas d'ailleurs pas sans débats et qui, si elle est revendiquée par un auteur comme G. Lopez dans le prolongement des positions de Mendelsohn qui mettait au cœur de la question victimologique la souffrance subie, est par contre vivement contestée par R. Cario qui prône pour une distinction claire des champs pénal et social :

> Quant au plan des concepts mêmes, l'utilisation du syntagme est parfois considérée comme inadaptée au regard du risque de stigmatisation des personnes concernées et/ou de leur consolidation dans un statut de victime inapproprié, notamment à l'égard des victimes psychiques de faits non infractionnels. [2]

Nous ne ferons que mentionner la branche plus proprement juridique de cette victimologie générale qui se consacre à une ré interrogation du droit à partir de ce qui est affirmé comme l'indispensable prise en compte de la victime dans le processus judiciaire et de sa fonction dans la restauration du lien social, et que la seule dimension pénale centrée sur le crime et sa sanction ne

---

[1] R. Cario (2006) : *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*, Paris, L'harmattan, p. 36.
[2] *Ibid.*, p. 37.

suffit pas à garantir. Le projet d'une « justice restauraive » en est une de ses dimensions constitutives et les travaux et engagements de R Cario en sont par excellence l'incarnation.

2.3.2.3. Pratiques victimologiques

C'est dans le cadre de la seconde victimologie qu'a émergé à partir environ des années 1980, un ensemble de pratiques à destination des victimes, pratiques associatives d'accompagnement d'abord.

Parmi celles-ci, que ce soit dans une visée thérapeutique ou expertale, s'est développée une victimologie dite clinique à partir des apports de la médecine et de la psychologie dans l'approche des conséquences de certaines victimisations. Ainsi pour Lopez, la victimologie clinique concerne (G. Lopez, 1997, p. 70) :

1) l'étude des conséquences médico-psychologiques du processus de victimisation ;

2) le traitement des complications.

La question reste posée de ses différences avec la psychotraumatologie à laquelle l'assimile par exemple le même auteur en 2010. Dans cette seconde perspective, la clinique en question est pour l'essentiel celle du stress du trauma ou du PTSD, etc., selon la terminologie adoptée, c'est-à-dire des retombées médico-psychologiques (ou plus exactement appréhendées et traitées comme telles) d'un événement engendrant un préjudice.

Cependant, s'il est clair que les deux disciplines n'ont cessé de s'emprunter mutuellement, chacune est partie d'une question et d'un champ qui lui est propre et a inventé ses modes d'intervention au plus près de ce qui fait leurs spécificités. Ainsi la victimologie s'est-elle centrée sur le processus judiciaire et ses possibles effets de survictimisation et en a conçu ses méthodes d'accompagnement au plus près des aléas de cette rencontre.

a) Un nouvel espace clinique : la rencontre victimes/justice

Empiriquement expérimentée par certaines associations de victimes, instituée avec la création de l'INAVEM, une voie nouvelle s'est ouverte dans l'aide aux victimes en France, profondément novatrice dans ses principes car fondée sur de toutes autres bases que les approches médico-psychologiques traditionnelles. Trop souvent réduite à un soutien judiciaire, elle représente dans les faits en une forme originale d'aide.

C'est la confrontation au judiciaire et son accompagnement par des professionnels du droit formés à la psychologie des victimes qui l'a initiée, et son originalité tient à ce qu'elle se donne pour référence, non pas un modèle, non pas un cadre, mais un parcours imposé à suivre, le parcours judiciaire.

Elle est née du constat des difficultés de nombreuses victimes à parvenir à se constituer comme telles et à soutenir les exigences du parcours judiciaire : incapacité plus ou moins totale à l'intégrer, à suivre le parcours qu'il implique, a y assumer pleinement la fonction qui leur y est octroyée, à effectuer en leur temps les démarches et actes que l'on y attend d'elles. D'où un rapport d'emblée problématique de la victime à la justice et au droit, dont se sont fait l'écho les associations de

victimes, partant du constat que celle-ci n'y avait pas réellement de place en tant que telle alors même qu'il était souvent essentiel pour sa restauration comme personne qu'elle en eût une.
Ainsi, un certain nombre d'entre elles (en particulier celles que dans un autre champ l'on dirait "traumatisées") s'en avéraient incapables sur différents modes et l'aide aux victimes s'est trouvée être le témoin et le dépositaire de positionnements problématiques faisant de façon plus ou moins cruciale échec au « bon » déroulement de la procédure : vécu persécutif de celle-ci, débordements émotionnels, culpabilité empêchant par exemple un dépôt de plainte, sur-adaptation au discours juridique, abandonnisme… ; autant de signes d'un enfermement dans une *position victimale* problématique sans autre issue qu'elle-même et que même le déroulement « favorable » de la procédure ne parvenait jamais à durablement à apaiser. L'expérience montrait ainsi que ce parcours, loin d'être toujours "salvateur", pouvait être fait d'obstacles et, même dûment explicité, engendrer des effets paradoxaux car il contenait des éléments potentiels de survictimisation.

Une clinique nouvelle, pas toujours véritablement appréhendée comme telle, en est émergée, clinique n'empruntant ni à la psychopathologie ni à la psychologie clinique, ni à un quelconque dispositif thérapeutique ou de soin, mais au rapport de la personne victime aux modes de restaurations sociaux à disposition : une clinique de la survictimisation ou de la victimisation secondaire, ou encore une clinique des impossibilités à s'inscrire dans les parcours socialement prescrits.
Il s'en est conçu et développé des pratiques d'accompagnement originales qui, si elles s'appuient sur une pédagogie du fonctionnement de la justice, ne s'y réduisent pas tant il peut être problématique, contre l'évidence commune, de croire que toute victime est à même assumer, même dument expliqués, la place et le rôle de victime tel que celui-ci est accordé et défini par la loi et la justice.

Il ne va pas de soi, dans une perspective psychologique, de penser la fonction et les ressorts de telles formes d'accompagnement. Selon C. Damiani, le processus judiciaire aurait pour fonction essentielle de restaurer le lien d'appartenance à la communauté que le traumatisme a plus ou moins gravement détruit par effraction des « enveloppes groupales », occasionnant ce que C. Barrois dénomme une « rupture communautaire ». Vécu d'abandon, mise en cause des valeurs collectives justifiant un double travail - de recherche ou mise en sens personnel à l'événement, -de restauration du lien d'appartenance à la collectivité.

> Cet exutoire n'est bien souvent que partiel, mais le procès peut être le début de la sédation du sentiment de vengeance, de la reconnaissance par les victimes de l'accusé comme être humain qui a des droits malgré l'horreur de son acte.
> Il peut initier une élaboration psychique qui transforme la colère et la révolte en chagrin et en douleur devenus partageables. Cependant, il y aurait une dérive à attendre tout du système judiciaire et du procès en particulier. [1]

Quel accompagnement imaginer et mettre en œuvre en retour ? Pour Damiani, celui-ci doit se penser en trois temps articulés autour du procès, moment clé du processus : avant celui-ci, durant son déroulement, après sa conclusion.

[1] C. Damiani (2008) L'accompagnement psychologique durant le parcours judiciaire, *PsychoMédia*, n° 16, p. 74.

Avant le procès

Il est à deux faces, l'une dite « extra thérapeutique » et faite, d'une part d'informations à caractère juridique, d'autre part, sous la forme de groupes de parole informels, autour des angoisses et des attentes que suscite le procès ; l'autre dite « thérapeutique ». De cette dernière elle écrit :

> Le thérapeute pourra s'attacher :
> - à « délocaliser » une plainte de victime en la transformant en véritable demande de sujet, à faciliter la transition d'un « statut » de victime à un « statut » de sujet en favorisant un questionnement personnel : « qu'est-ce qui, moi, me fait souffrir dans cette rencontre avec la violence ? »
> - à articuler réalité judiciaire, événementielle, et réalité psychique, construite, reconstruite par le sujet
> - à différencier puis à lier culpabilité « réelle », sans cesse questionnée au cours de la procédure pénale, et culpabilités inconscientes. En partageant sa culpabilité, le procès peut être l'occasion, pour le sujet, de renoncer à la toute-puissance de la sienne. Le procès peut alors représenter un exutoire efficace, mais partiel parce qu'il ne règle pas ce qui reste de l'ordre de l'intrapsychique. [1]

Durant le procès

Moment à la fois hors du temps commun et d'une intensité émotionnelle souvent extrême, le procès semble réactualiser et condenser toutes les interrogations et les angoisses.

Il n'est pas dit en quoi consiste ici l'accompagnement de la victime durant celui-ci, mais l'on peut en comprendre que la violence des éprouvés justifie une présence professionnelle contenante à visée pare-excitatrice.

L'après procès

Organisé là encore sous la forme d'un groupe de parole, les mêmes thèmes sont réabordés mais il faudra encore du temps pour que certains effets se fassent sentir. Ainsi :

> Le procès ne joue pas sur le trauma, mais sur l'apaisement de la culpabilité et de la violence. Il peut aider le sujet à différencier responsabilité et culpabilité, à répondre à la question de la faute, à la question de la dette et de la vengeance et à séparer définitivement le destin de la victime de celui de l'auteur.

Mais :

> Les fonctions pacificatrices et réparatrices du procès ne pourront s'exercer si la victime fait l'économie d'un cheminement personnel et qu'elle persiste à « externaliser le conflit », au détriment d'un conflit intrapsychique, certes douloureux mais nécessaire. [2]

Nous aurons à revenir sur cette conception duelle de l'expérience victimale, des questions cliniques que pose leur conciliation et des problèmes qu'elle soulève au plan théorique.

Dans ce même esprit, quelques autres travaux, trop peu nombreux au regard des implications cliniques en jeu, ont abordé les rapports complexes entre victimes et système judiciaire.

---

[1] *Ibidem*, p. 74-75.
[2] *Ibidem*, p. 77.

Ils se sont essentiellement centrés sur la question de la réparation et, dans une moindre mesure, sur le temps de la révélation, mais essentiellement chez l'enfant (F. Moroy et al., 2000).

Pour ce qui concerne le thème de la réparation, et sans parler des problèmes d'expertise que cela peut poser, il a été insisté sur son caractère souvent inassumable par les victimes (J. Leyrie, 1996 ; B. Dorey, 2004[1]).

Relevons malgré tout que ce thème fait l'objet de deux chapitres de la Conférence de consensus intitulée *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir »* (N. Horassius, 2004) : *Interactions entre les parcours médicaux, sociaux et judiciaires* de B. Gohier et *Quel est le rôle du psychiatre au long cours du parcours judiciaire de la victime ?,* par C. Jonas.

b) La psychothérapie des victimes

Quant au champ de la « psychothérapie des victimes », s'il tend souvent à se confondre avec celui des pratiques à destination des psychotraumatisés et ce dernier avec celui des psychothérapies, plusieurs éléments significatifs l'en différencient. Ainsi, il convient d'être attentif aux nombreux aménagements mis en place et pas toujours explicités comme tels par les praticiens. Citons G. Lopez, qui en a dressé une liste très complète :

> D'une façon générale, des aménagements techniques sont nécessaires, car les modalités éprouvées mises au point pour les thérapies de névrosés sont inadaptées. Les principaux aménagements consistent à :
>
> - poser clairement et simplement des questions sur le passé traumatique, dès le premier entretien, pour obtenir une réponse ;
> - être préparé à recevoir et à gérer les réponses par une bonne connaissance du réseau de prise en charge médico-socio-judiciaire ;
> - prendre clairement parti pour la victime pour ne pas se faire le complice (involontaire) du déni caractéristique du « système agresseur » qui entretient la confusion ;
> - établir une relation de confiance avec ces sujets qui ont toujours été trahis par les personnes qui étaient chargées de les protéger, mais indispensable pour obtenir une bonne compliance thérapeutique ;
> - se référer constamment à la loi, mais ne pas imposer un dépôt de plainte comme préalable indispensable au travail thérapeutique ;
> - définir le cadre thérapeutique de façon démocratique avec un sujet qui a toujours vécu dans un système de domination imposée (la loi du plus fort) et recadrer à chaque tentative de transgression du cadre ;
> - faire preuve d'empathie en tentant d'identifier les émotions ressenties par le patient, tout en gardant la distance qui maintient le cadre thérapeutique dans les limites préalablement définies (il ne s'agit pas de sympathie, laquelle consisterait à s'identifier totalement à la personne souffrante) ;
> - contrôler le contre-transfert traumatique et les mécanismes d'identification projective pour ne pas risquer de se mettre inconsciemment en position d'agresseur ; prohiber tout passage à l'acte, sexuel notamment qui serait la répétition littérale des événements traumatiques (le thérapeute doit s'interroger s'il a tendance à se comporter de façon agressive). [2]

[1] Voir le chapitre IV de S. Pechikoff et *al.* (2004), *Toulouse/AZF*.

[2] G. Lopez (2010) *La victimologie*, Dalloz, p. 173-74.

Comme pour les « psychothérapies du trauma », l'on y retrouve les différents courants dominants de la psychothérapie : psychodynamiques, cognitivo-comportementales, hypnose eriksonnienne, EMDR, etc. (G. Lopez, A. Sabouraud-Seguin, 1998).

c) Les groupes de parole

La référence à la victimité, parce qu'elle revêt toujours une dimension politique et qu'elle se joue aussi sur les terrains juridique et social, procède d'une dimension d'emblée collective. La revendication et/ou la défense de droits, même si elle peut être individuelle, engage de fait la communauté tant la condition de victime suppose une reconnaissance. Le regroupement en associations autour d'une forme de victimisation commune en est l'expression la plus manifeste, où s'entremêlent des objectifs politiques de reconnaissance, de témoignage, de soutien, de conseil juridique, d'entraide…

Il importe de bien distinguer les associations d'aide professionnelle (comme l'INAVEM) ou apparentées, des associations de victimes (M.-C. Millequand, C. Rosenstrauch, L. Capelle, P. Louville, 2005), même si ces dernières font de plus en plus souvent appel à des spécialistes pour assurer des prestations spécifiques comme des consultations juridiques. La création et la dissolution récente, de l'association SOS Attentats par F. Rudetzki (1996, 2004) en offre un exemple récent mais il faudrait citer les multiples associations regroupant notamment des victimes d'inceste, de viol, de violences conjugales, de familles d'enfants disparus (comme l'APEV), d'erreurs médicales, d'accidents de la route, etc., presque toujours développées à l'initiative d'une victime (comme l'Ange bleu). Elles ont parfois uniquement pour but de défendre les droits des victimes d'un événement tout à fait précis. Selon leurs objectifs, leur durée d'existence est très variable.

Ajoutons que développement du réseau Internet a incontestablement facilité cette forme de regroupement et rendu bien plus aisés les partages d'expérience, échanges, témoignages.

De là vient sans doute l'importance des pratiques de groupe ainsi que leur diversité. Il est en effet peu d'associations de victimes qui ne proposent pas de telles offres, dont l'animation est confiée de plus en plus à un professionnel extérieur. De même, certains centres et consultations spécialisées organisent-ils de tels groupes de parole.

Etonnamment cependant, la littérature professionnelle s'est jusqu'alors très peu intéressée à ce domaine pourtant très actif de l'aide aux victimes, et rares sont les travaux qui lui sont consacrés, excepté au Canada (C. Morbois, M.-F. Casali, 1998).

A la différence des pratiques de débriefings, ces groupes se développent sur la durée et réunissent des personnes qui certes ont connu un événement ou une situation prolongée de victimisation similaire : violences intraconjugales (J.-P. Vouche, 2009), terrorisme (N. Kacha, 2005), agression sexuelle, inceste (J. Roisin, 2003)…,), mais ne se connaissent pas.

Hormis quelques grandes règles communes comme la confidentialité, la liberté de participation, liberté d'expression, la nécessité d'un entretien individuel préalable, etc., leurs modes de

fonctionnement sont très divers : groupes ouverts ou fermés, engagement ou non sur une durée ou un nombre de séances déterminé, thème des rencontre prédéterminé ou décidé en début de réunion, objectif thérapeutique ou non…

Les intérêts de tels groupes sont multiples. L'on peut penser qu'ils tiennent en premier lieu à la possibilité qu'ils offrent à chacun des participants d'un témoignage et d'un partage, contre les effets de désaffiliation qu'ont presque toujours les expériences « traumatiques » (la solitude extrême qu'évoquent par exemple R. Antelme et J. Améry). Ils permettent ainsi d'articuler à des significations collectivement élaborées l'expérience de non sens qu'elles ont constitué, de recréer, via le collectif et la forme d'expérience commune qui unit les participants, des représentations auxquelles chacun puisse se rattacher afin de constituer un cadre personnel à ce qui lui est advenu.

Conclusion

L'histoire de la criminologie, que ce soit dans son versant agressologique ou victimologique, peut se décliner en quatre temps (L.M. Villerbu, V. Moulin, 2008 ; P. Pignol, L.M. Villerbu, V. Moulin, 2008) :

Temps 1 : théorie sociologique de l'influence nocive d'un milieu et de modes de vie pour laquelle n'y a de victime que des conditions socio-psychologiques d'existence antérieure.

Temps 2 : théorie de la responsabilité victimale pour laquelle il n'y a de victime que dans ce qu'elle offre, à son insu ou non, à l'agresseur. La référence dominante est celle offerte par l'étude des violences domestiques, familiales et conjugales.

Temps 3 : théorie de la répétition traumatique, soit par identification à l'agresseur, soi par identification à une position de soumission passive assignée, et sa répétition. Elle implique une analyse de l'histoire infantile en termes de modèles identificatoires et/ou de fixation à un stade de l'ontogenèse, notamment.

Temps 4 : théorie de l'impact. Du côté de l'agresseur l'accent est déplacé sur l'impact de situations précipitantes où ce qui fait « l'agression de l'agresseur tient très étroitement à ce qui le rend le plus vulnérable » et que « nous ne sommes plus dangereux que là où nous sommes le plus vulnérable » (L.M. Villerbu, V. Moulin, 2008, p. 271). Du point de vue victimologique, l'on sera sensible aux impacts désorganisateurs d'un événement et aux aménagements psychiques qu'ils peuvent exiger sur la durée, celles-ci pouvant être à l'origine de néo-réalités auto- et/ou hétéro- destructrices.

C'est dans ce temps 4 que nous nous situons et c'est sur ses bases qu'il nous faudra penser la psycho-victimologie.

Conclusion -chapitre 2- : de la victime au victimé

Les interrelations entre victimologie et psychotraumatologie sont aujourd'hui telles qu'il est bien difficile d'attribuer à l'une ou à l'autre les « mérites » de telle ou telle invention notionnelle ou clinique. Elles représentent les deux grands versants contemporains, l'un psychiatrique, l'autre juridique, d'un même mouvement, l'aide professionnelle et instituée aux victimes, chacune puisant de façon privilégiée à l'un des deux champs institutionnels constitutifs de la victimité et des modes de gouvernement en ayant principalement la charge : la médecine et le droit. Elles sont les inventions d'une époque qui a cessé de penser le sinistrosé comme un profiteur ou un malade, mais d'abord comme un sujet pris dans un rapport problématique à un dommage subi, à qui l'on doit collectivement aide et réparation. Elles participent en outre l'une et l'autre au déplacement contemporain des modalités selon lesquelles ce dommage se conçoit, comme un dommage psychique.

Malgré leurs liens et leurs emprunts respectifs, cette intégration de la victimité s'est partiellement faite en parallèle l'une de l'autre. Cela tient sans doute à ce qu'elles sont nées et œuvrent dans des espaces sociétaux distincts, traitant chacune de formes de désordres spécifiques, aux enjeux, objets, logiques, modalités d'intervention, etc. suffisamment éloignés pour ne pas avoir eu à se rencontrer, sinon ponctuellement : crime vs catastrophe, atteintes à l'ordre public vs atteintes à l'ordre social, police et justice vs SAMU, procédures judiciaires vs plan rouge ou ORSEC, indemnisation vs secours publics…

La première, en raison de ses origines médico-psychologiques et de son inscription dans le champ sanitaire, s'est essentiellement exprimée sur le terrain des pratiques et dispositifs de santé publique. Sur de telles assises, elle ne pouvait se justifier que de la pathologie et de ses thérapeutiques possibles ; d'où l'accent mis sur le trauma et, dans une moindre mesure, le stress, pour désigner et donner raison à ce qu'elle se donnait comme objet et enjeu à ses interventions. Car aucune autre entité pathologique que la névrose traumatique ne semblait dans un premier temps susceptible de lui offrir un cadre à la mesure de ses constructions.

Passé d'ailleurs une phase d'emprunts, elle a en quelque sorte subverti ceux-ci, même si la terminologie a semblé presque la même ; mais, du traumatisme et de la névrose traumatique aux syndromes psychotraumatiques, s'est subrepticement intercalé une nouvelle perspective, - orientée sur la crise (qu'elle soit individuelle ou collective incarnée par la catastrophe ou l'attentat), - ses retombées à court, moyen et long terme, - suivant un impératif d'intervention se voulant à la fois curatif et préventif. Les syndromes psychotraumatiques, dans leur variété sémiologique et la diversité possible de leur devenir, constituent fondamentalement une nosologie de terrain sous-tendue par un souci de gestion et de résolution des multiples modalités de désorganisation que toute crise engendre, selon un impératif praxéologique. La théorie du trauma a dû également été revisitée, s'efforçant de bien différencier les traumatismes « exogènes » (même s'il s'agit bien de traiter de leurs retombées internes), parallèlement aux traumatismes névrotiques nés des conflits psychiques.

La notion de trauma n'en appréhende cependant que certaines de ses dimensions, et il a bien fallu y adjoindre tout un ensemble d'autres éléments de compréhension constitutifs de l'expérience de sinistré, qu'elle n'était pas, à elle seule, à même d'appréhender. D'où la notion épistémologiquement hybride de « trauma second », qui correspond à la réintroduction secondaire de la dimension proprement sociale de gestion de l'après événement et de son iatrogénie propre, totalement hors champs explicatif du trauma.

La perspective victimologique, bien que souvent implicite, voire déniée, est tout à fait présente dans la construction psychotraumatologique car c'est elle qui inscrit l'expérience traumatique dans le champ social et les diverses modalités de gestion qu'il en offre ; d'où cette déclinaison du trauma en autant de « traumatismes » qu'il est de situations sociales à sa possible origine : traumatisme du viol, de l'inceste, de l'accident, de la prise d'otage…, autant de modalités de réintroduire la dimension institutionnelle des troubles, moins dans un sens juridique que médico-social. **Peut-être alors vaudrait-il mieux, afin d'éviter toute ambiguïté, de qualifier le sujet de sinistré ou d'accidenté et réserver le terme de victime à celui aux prises avec un processus pénal.**

Quant à la victimologie, issue du droit et de la criminologie, dont elle ne fut d'abord qu'un rejeton conçu sur des questions de responsabilité, elle s'est affranchie de cette filiation quand la rencontre entre « victimes » et justice est devenu un enjeu de société et quand les premières ont commencé d'être pensées autrement que comme de simples témoins des infractions dont elles avaient fait l'objet et sont devenues d'une part de possibles acteurs à part entière du processus judiciaire, d'autre part l'objet d'un souci de restauration.

C'est dans leurs difficultés plus ou moins insurmontables à s'inscrire dans le parcours judiciaire que la victimologie a découvert sa clinique, dont sont émergés ses modes différents modes d'accompagnement.

Il est clair que ce n'est plus exactement ni exclusivement de la victime du droit pénal dont se préoccupe cette « seconde » victimologie et que, d'un point de vue strictement juridique, l'usage qu'elle fait du terme de victime en déborde de partout la stricte acception. **C'est le vécu persistant de dommage en lien avec un événement et/ou contexte victimisant, qu'il relève ou non d'une qualification juridique et qu'il fasse ou non l'objet d'une procédure, qui constitue l'objet central de ses préoccupations. Afin d'éviter toute confusion et par analogie avec le sinistré et l'accidenté, serait-il plus pertinent de parler de victimé.**

Le problème qui s'est posé, et se pose encore à elle jusqu'à un certain point, est presque l'exact inverse de celui auquel est confronté la psychotraumatologie : si elle a bien un objet d'intervention, la victime, elle n'a pas encore véritablement théorisé ce que serait sa problématique propre, c'est-à-dire ce en quoi la position de victimé peut donner lieu à des positions psychiques critiques ressortissant comme telles d'une analyse psychologique, voire psychopathologique. Le recours second à la notion de traumatisme en fait office mais c'est au prix d'un forçage qui ne rend que très approximativement compte des spécificités de cette clinique victimale.

En conclusion, afin d'une part de clairement distinguer les perspectives juridique et psychologique, afin d'autre part de ne pas multiplier les termes comme ceux de sinistré, d'accidenté…, selon le type d'événement à l'origine d'un vécu de dommage persistant, nous conviendrons d'adopter désormais le terme générique de **victimé pour désigner une position ou ensemble de positions particulières, persistantes et problématiques à l'égard d'un événement ou d'un contexte, tels que ses modes d'inscription dans les dispositifs médico-socio-juridiques à disposition les laissent apparaître.**

Conclusion PARTIE A

Nous avons conçu l'histoire du trauma comme une histoire à deux dimensions :

- d'une part celle des transformations profondes qu'ont connu nos représentations collectives du mal à partir de la rupture que représente dans le monde occidental la fin de la théodicée ; c'est l'émergence et l'affirmation de la **victimité** comme modalité renouvelée de penser les rapports de l'homme au malheur, là où ceux-ci étaient jusqu'alors appréhendés comme sanction divine du mal ou comme destin individuel ;
- d'autre part celle, savante, des constructions proposées par les différentes disciples scientifiques, à partir de leurs modèles et de leurs paradigmes, pour rendre compte de l'impact de certain événements sur la « santé » au sens large du terme, de ceux les ayant traversés.

Il est apparu que l'une ne pouvait aller sans l'autre sauf à courir le risque de positiver le traumatisme en oubliant qu'il est d'emblée, dès son émergence même, une construction scientifique importée de la chirurgie et projetée sur une question sociétale en quête de critères objectifs.

Ainsi, la première approche nous a permis d'appréhender les conditions socio-morales d'émergence au 19ième siècle d'une catégorie anthropologique nouvelle, que nous avons désigné du terme de **victimité**. Cette notion se veut rend compte d'une reconfiguration radicale du vécu de dommage. Celui-ci, délié de la faute morale et de la sanction divine qui le justifiait, s'est d'abord « naturalisé », devenant les conséquences d'atteintes aux loi de la nature, pour ensuite se redéfinir comme un accident dont chacun devait, par sa prévoyance, se prémunir et, après-coup, en assumer seul les coûts. Ces accidents apparurent vite comme la contrepartie regrettable du progrès industriel et il sembla plus équitable d'en faire porter la charge par l'ensemble de la collectivité. C'est le passage de la faute, juridiquement passible d'une sanction, au risque, prédictible et assurable, qui a permis ce déplacement, au prix de l'invention d'un principe novateur emprunté aux pratiques assurancielles, celui de la **responsabilité sans faute**. Il revint alors à une nouvelle fonction, celle d'expert, d'établir sur des bases rationnelles le lien possible entre un accident et un ensemble de dommages objectivables. La victimité nouvelle prend donc ici la figure de l'accidenté (du travail) ou du sinistré.

D'autres configurations vont s'en former dans d'autres champs sociaux et juridiques, quant à d'autres problématiques, à mesure que se réélaboraient sur le même principe de dés essentialisation ou d'une dé naturalisation de l'ensemble des catégories constitutives de l'ordre social et du monde qui, ne procédant plus dès lors d'un quelconque ordre transcendantal, pouvaient devenir l'enjeu de « débats de société » et faire l'objet d'une contractualisation.

La question des agressions sexuelles sur la femme et l'enfant en a offert un autre exemple remarquable et l'histoire de leur représentation sociale et de leur traitement juridique a fait apparaître tout un ensemble complexe de conditions nécessaires à la prise en considération comme victimes (au sens contemporain du terme) de ceux qui pouvaient en faire l'objet, conditions qui ne se sont formées que très progressivement et ne se sont trouvées réunies que dans le dernier quart du siècle dernier.

Cette analyse des conditions d'émergence et de formation de la victimité nous a enfin permis d'appréhender ce qui en représente les plus récentes péripéties. Ce sont celles-ci qui permettent en grande partie de rendre compte du succès et de l'usage contemporain généralisé que connaît la notion de traumatisme en ce qu'il vient désigner une nouvelle conception du dommage : celui-ci de moral est devenu psychique.

L'histoire savante de la notion de traumatisme est apparue, quant à elle, particulièrement illustrative et exemplaire de celle des référents scientifiques en psychiatrie. L'on a ainsi pu voir les principales disciplines et les théories qu'elles se sont formées de leurs objets se succéder pour en proposer chacune une construction théorique renouvelée. Mais la question est au fond toujours restée la même car si les références se sont déplacées, leur objet reste essentiellement identique, à savoir le dommage et ses retombées. Celles-ci ont d'abord été pensées sur le modèle de la biologie et des connaissances et disciplines médicales, chirurgie, neurologie, physiologie, psychiatrie… Et avec les sciences humaines, un nouveau référent s'impose à partir duquel tout ou presque de la clinique du traumatique se trouve réinterprété en termes de souffrance psychique.

En résumé, voici un tableau synoptique des principales conceptions du traumatique que l'histoire de la notion nous a permis de dégager. Il reste à compléter.

PRINCIPALES CONCEPTIONS DU TRAUMATIQUE DE SA NAISSANCE A NOS JOURS

Discipline	Modèle de référence	Mécanisme étiologique	Dénomination	Paradigme étio-pathogénique	Auteurs
Chirurgie	Anatomo-pathologie du système nerveux moteur	traumatisme physique lésionnel de la moelle	Railway spine ou concussion de la moelle	Localisations	Erichsen Clevenger
Chirurgie	Anatomo-pathologie du système nerveux central	traumatisme physique lésionnel du cerveau	Railway brain	localisations	Putnam et Walton
Chirurgie	Choc chirurgical	Neuromimesis			Page
Chirurgie	Choc chirurgical	Ebranlement du SN			Knapp
Neurologie	multiple	Multiple	Troubles fonctionnels		Putnam et Walton
Neurologie	Anatomo-pathologie	Choc entraînant une lésion fonctionnelle	Hystéro-traumatisme	Diathèse héréditaire	Charcot
Neurologie		Auto-suggestion	Pithiatisme		Babinski
Neurologie	Modèle réflexe	Choc physique et choc	Névrose traumatique		Oppenheim
Neurologie		Influence du milieu	Neurasthénie	Dégénérescence acquise	Béard
Physiologie	Exo-toxique	Emotion auto-intoxicante	Etats confusionnels		
Physiologie	Allergie	Allergique	Allergie émotionnelle		Sivadon
Physiologie	Modèle du stress	Mécanismes adaptatifs comportementaux auto-intoxicants	Pathologies du stress PTSD		Seyle
Sciences humaines		Dissociation de la conscience	Névroses	Evénements de vie	Janet
Sciences humaines	Neurotica	Séductions sexuelles précoces	Névroses de transfert		Freud
Sciences humaines	Trauma et défenses alloplastiques	Confusion de langue ; désaveu ; violences éducatives	Névroses traumatiques		Ferenczi
Sciences humaines	Ontogenèse et Phylogenèse	Fixation à un stade psycho-sexuel	Pathologies mentales	Régression à un stade lointain de l'humanité	Freud
Sciences humaines	Le système Cs	Effraction du pare-excitation	Névrose traumatique	?	Freud
Sciences humaines	La castration	Angoisse de castration	Névroses	Structure	Freud
Sciences humaines	Réel, Imaginaire, Symbolique	Rencontre du réel de la mort	Névrose traumatique	Traversée du fantasme ; retour au refoulement primaire	Briole Lebigot
Sciences humaines	Crise engendrée par l'impact d'un événement désorganisateur	Expérience anthropologique	Syndromes psycho-traumatiques	?	Crocq

Un autre tableau reste à construire, conçu sur le même mode, mais s'attachant cette fois à établir des correspondances entre les différentes modalités anthropologiques de penser le malheur et les différents paradigmes scientifiques sous-tendant les diverses modélisations du traumatique que nous avons cru pouvoir dégager.

L'on en trouve une esquisse dans une courte mais remarquable étude de G. Lanteri-Laura (1991) qui, partant du constat de similitudes entre les notions de mal et de maladie sur certains points, s'attache à mettre en parallèle les principales conceptions de la dégénérescence, de la constitution et de la structure développées en psychiatrie avec celle, théologique, de la prédestination, en montrant ainsi les dimensions communes. L'on peut ainsi voir à l'œuvre dans des domaines *a priori* très éloignés de la pensée, les mêmes grands paradigmes.

PARTIE B

Du psychotraumatisme au Travail psychique de victime.

Prolégomènes à une psycho-victimologie.

PLAN :

Introduction
-Chapitre 1- : ESSAIS D'EPISTEMOLOGIE AUTOUR DE LA NOTION DE TRAUMATISME
-Chapitre 2- LE TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME
Conclusion

Introduction

Le trauma aujourd'hui à des airs d'évidence tels qu'on pourrait croire qu'il est une « chose », un réel à théoriser, et non déjà en lui-même une théorie. Pourtant, sinon à hypostasier les concepts, il n'y a pas, épistémologiquement parlant, de théories du trauma, ou encore chaque théorie conçoit sa « chose traumatique » et rien n'autorise, sinon une rémanence positiviste, à en faire un seul et même objet.

C'est ce que l'histoire nous a progressivement enseigné dans ce qui est apparu comme une pluralité d'usages et de perspectives, et elle nous a rendu sensible à la surdétermination des concepts de traumatisme et de névrose traumatique. Mais elle nous a permis d'en mieux différencier les enjeux multiples, les lignes de force et de fracture, l'hétérogénéité des positions tenues à leur propos.

Il va maintenant s'agir, notamment à partir des querelles qu'elles ont suscitées, de pointer le caractère irréductible les uns aux autres de ces différents développements théoriques et cliniques pour, dans un second temps, proposer une construction se donnant comme objet ce que nous

aurons dégagé comme l'un de ses enjeux spécifique, celui de « l'après-trauma », cela dans une perspective clinique.
Dégagé de la question métapsychologique du trauma, c'est donc la problématique de « l'être l'étant traumatisé », en tant qu'il se peut se donner encore, psychiquement et socialement, de l'existence comme être-victime ou victimé, qui constituera notre champ de réflexion.

Cette seconde partie apparaît donc comme une partie charnière, un temps de déconstruction et de reconstruction, un essai de recomposition du champ du traumatique en psychologie et en psychopathologie.
Dans le chapitre 1, nous nous attacherons d'abord à montrer qu'un certain nombre de débats relatifs à l'étiologie interne et/ou externe, ou encore réelle ou fantasmatique, des traumas psychiques relèvent certes de vraies querelles, mais de faux problèmes, à l'exemple de ce qui s'est joué entre Freud et Ferenczi. Ainsi, à la différence du titre donné par W. Granoff (1958) à l'un de ses textes qui pose la question en forme d'alternative, *Ferenczi : faux problème ou vrai malentendu*, nous soutiendrons que, s'il y a bien eu une vraie querelle entre les deux hommes, elle tenait à un faux problème, au sens où ils ne traitaient pas des mêmes objets.
D'autre part, nous serons amenés à différencier la question du trauma de celle de l' « après-trauma » ce qui nous conduira, dans un prolongement de la pulsion de mort, concevoir l'enjeu premier de la névrose traumatique comme celle de la « tentation létale ».

Nous appuyant sur cette déconstruction du champ du « traumatique », nous proposerons dans le Chapitre 2 une étude se voulant renouvelée de l'une de ses dimensions : celle des retombées psychiques d'un événement « traumatique », ou temps de « après-trauma ». Nous emprunterons pour cela à S. Freud la notion d' « épreuve de réalité » telle qu'il l'a développée dans son travail sur le deuil, afin d'appréhender, sur un mode phénoménologique, et de formaliser en terme de quatre dilemmes constitutifs, le travail psychique particulier constitutif de cet « après-trauma ».
Il en ressortira dans ses diverses configurations tout à fait singulières qu'il donne à observer, comme une modalité de travail psychique singulier impliqué par le fait d'avoir été victimisé, à savoir le Travail psychique de victime.

PARTIE B

- Chapitre 1 –

Essais d'épistémologie

autour de la notion de traumatisme

PLAN

Introduction
1.1. Vraies querelles, faux problèmes
1.1.1. La superposition de deux enjeux
1.1.2. Trauma névrotique-Trauma traumatique : un vrai malentendu.
1.2. De la pulsion de mort à la tentation létale
1.3. Le traumatique entre hasard et déterminisme
1.4. Les temps du traumatique : du moment traumatique à l'après-trauma
Conclusion

Introduction

Au terme de l'historique du concept de traumatisme chez Freud, ainsi que de la place qu'y tenait la notion de névrose traumatique, nous avons pu pointer la diversité des acceptions qu'il y prenait successivement, au point que l'on était en droit de se demander s'il s'agissait bien d'un seul et même objet tant clinique et nosographique pour ce qui concerne l'entité dégagée par Oppenheim, que métapsychologique dans le rôle que pouvait tenir le traumatisme dans la phylogenèse.
L'on peut en dire de même de ses développements ultérieurs qui, d'une certaine façon, n'ont fait qu'en rendre encore plus opaque l'analyse, en témoigne, entre autres éléments, la querelle qui opposa Freud à Ferenczi, ou encore les développements récents de la psychotraumatologie et de la victimologie clinique qui s'en sont saisis dans une perspective nouvelle parce que praxéologique et institutionnelle.

Nous tenterons dans un premier moment d'analyse, d'appréhender quelques unes de ces querelles comme la résultante de faux problèmes, au sens nous nous efforcerons de montrer qu'elles ne tiennent pas tant à des divergences théoriques, doctrinales, etc., qu'à une méconnaissance de l'hétérogénéité des questions théoriques et cliniques abordées, sous couvert des mêmes concepts et entités cliniques.

1.1. Vraies querelles, faux problèmes

1.1.1. La superposition de deux enjeux

Parce qu'il a fait l'objet de nombreux travaux et commentaires, nous allons repartir d'un événement qui fait unanimement date chez les commentateurs de l'œuvre de Freud : la lettre à Fliess déclarant l'abandon de ce qu'il espérait pourtant être la « source du Nil » de l'hystérie, la neurotica.

Nous avons pu voir d'abord les premiers exégètes de Freud faire de cet abandon la véritable naissance de la psychanalyse, au prix d'un caviardage de la correspondance avec Fliess, à jute titre révélés et dénoncés par Masson, mais dont l'interprétation qu'il en a donnée reste sujette à caution. Puis comment, dans un second temps, les analyses de ce renoncement s'étaient faites plus nuancées au regard de ce l'étude chronologique rigoureuse de l'œuvre laissait apparaître, sinon des contractions, à tout le moins des superpositions entre les deux modèles étiologiques des névroses de transfert. Il en était ainsi de la persistance dans différents textes du maintien de la question de la réalité des séductions d'une part, de l'importance au plan de la phylogenèse des influences extérieures assimilables à de véritables traumatismes externes d'autre part ; tout cela postérieurement au renoncement au modèle exo-traumatique de la névrose par la séduction au profit de la théorie de la sexualité infantile et du traumatisme névrotique né d'un conflit psychique insoluble autrement que par le refoulement. Dans un troisième temps nous avons vu Freud reprendre en considération les influences extérieures et leurs possibles effets effractants sur le psychisme avec un renouveau d'intérêt pour la névrose traumatique et l'invention de la pulsion de mort, puis par la réhabilitation du rôle de l'angoisse parallèlement à celui que jouait le refoulement ; et comment enfin, du côté de certains auteurs postfreudiens, le traumatisme, jusqu'alors tout entier du côté de l'étiopathogénie des névroses, ne devienne tout autant positif que négatif, positif dans la formation du caractère, négatif dans son pouvoir névrogène ; et qu'il en devienne à la fois cause et effet.

Revenons brièvement au projet initial de Freud. C'est avant tout sur le terrain de l'étiologie des névroses qu'il entend se situer, et ce qu'il vise, c'est le modèle héréditaire en tant qu'il fait obstacle au développement d'un déterminisme fondé sur les faits d'histoire individuelle, ainsi que Charcot avait commencé de le montrer[1]. C'est dire que la question de l'étiologie de l'hystérie, sur laquelle il ne cesse de revenir durant ces années, déborde de toutes parts le seul problème de l'étiologie des névroses, qui semble progressivement ne plus devenir qu'un prétexte, ou plus justement la matière première, à un autre projet autrement bien plus vaste et ambitieux :

[1] Sans pour autant cependant en nier l'importance, Freud en a relativisé le rôle au profit de ce qui se joue durant l'ontogenèse : « Il est remarquable que les auteurs qui ont travaillé à l'explication des particularités et des réactions de l'individu adulte aient accordé tellement plus d'attention à la préhistoire constituée par la vie des ancêtres, à savoir : l'hérédité, et lui aient attribué tellement plus d'importance qu'à l'autre préhistoire qui figure déjà dans l'existence individuelle, à savoir : l'enfance. » (*Trois essais*, p. 93).

l'édification d'un modèle général du psychisme humain fondé sur le conflit et le refoulement, dans lequel l'inconscient tient un rôle bien plus considérable que le conscient et la volonté. Dès la *Communication préliminaire*, soit 1892, ces orientations sont déjà affirmées avec force et il ne reviendra jamais dessus. L'hérédité, ou encore la constitution, représentent certes un ensemble de déterminations qui échappent au sujet, mais qui n'accordent absolument aucune place à l'histoire personnelle : celle-ci est en quelque sorte déjà inscrite en lui, écrite avant même que le sujet ne la vive, tout comme le traumatisme ne fait qu'actualiser pour Charcot une diathèse déjà-là. Or, précisément, la séduction traumatique de l'enfant par un adulte offre un premier modèle de dégagement possible de l'étiologie héréditaire : l'événement traumatique est un fait d'histoire et non un fait d'anatomie ou de biologie, dans tous les cas un fait non prédéterminé.

Mais si la théorie de la séduction sexuelle précoce de l'enfant par un adulte représente bien, avec ses effets d'après-coup tardifs survenant à la période pubertaire, une forme d'alternative à l'héréditarisme, qu'est-ce qui conduit Freud à la mettre si radicalement en cause, puisqu'elle semblait répondre à son projet initial ? Car Freud aurait pu finalement en rester là, si ce n'était que la théorie de la séduction présentait un inconvénient majeur.
Quel était-il ? Dans la théorie de la séduction, il existe un événement originant, même si Freud ne sait trop quel statut lui donner. Toujours est-il qu'il laisse une marque, une trace qui, si elle est réveillée ou plus exactement actualisée par un événement plus récent, conduit à un refoulement accompagné de symptômes névrotiques. Mais, dans sa recherche de la scène de séduction supposée à l'origine de toute névrose, Freud découvre deux choses :

- de telles scènes peuvent être des fantaisies et il n'est pas possible de faire la part des choses entre leur caractère de réalité et leur dimension imaginaire ;
- elles sont en lien avec quelque chose de l'ordre du sexuel, mais d'un sexuel en quelque sorte présexuel puisqu'il n'est pas encore orienté vers la génitalité à laquelle n'accèdera le sujet qu'après un long processus.

C'est donc en raison de ces deux découvertes qu'il se dit contraint de devoir abandonner sa « neurotica ». Mais, dans la mesure où il ne renoncera jamais totalement à faire de telles séductions un facteur étiologique des névroses, il nous faut imaginer que ce n'est pas tant le fait que ces événements soient réellement survenus ou non qui lui pose problème, mais qu'un tel type d'événement puisse tenir à une loi de l'espèce humaine. Car quand bien même ces séductions seraient toutes attestables, la maturation sexuelle de l'enfant supposée le conduire à la sexualité adulte, cette maturation réussie au sens où elle doit permettre d'assurer la perpétuation de l'espèce, ne tiendrait alors soit :

- qu'aux aléas de l'histoire infantile de chacun, -et l'on ne voit pas comment ces aléas individuels seraient tous de même nature et convergeraient unanimement dans la même direction pour atteindre au même but, à la même maturité ;
- qu'à une sorte de loi de l'espèce que constituerait la séduction effective, ce qui d'une part est choquant (mais ce n'est pas un argument), d'autre part absolument pas attesté, et est enfin

contredit par les effets pathologiques qu'après-coup elle peut engendrer, à savoir les névroses, qui contrecarrent l'accès à, et l'exercice de cette sexualité normale adulte.

Ce qu'il importe alors de relever et de prendre la pleine mesure, au plan de l'évolution de la pensée freudienne, c'est le glissement insensiblement opéré d'une question étiopathogénique à une question ontologique, celle de savoir par quel processus l'enfant doit passer pour, de pré-maturé, accéder à la maturité sexuelle, la réponse à la seconde devenant la condition de possibilité de réponse à la première. Freud raisonne ainsi sur deux plans simultanés :

- celui de l'étiologie psychique des maladies mentales ;
- celui d'une méta psychologie, c'est-à-dire des conditions même de possibilité et d'existence d'une psychopathologie autonome, ce qui suppose une théorie générale du psychisme humain sur laquelle édifier une modélisation de ses ratés possibles, à savoir un modèle étiologique des névroses et des autres troubles psychiques.

Ce que recherche Freud, à travers la critique de l'hérédité comme facteur causal, c'est moins la formule étiologique des névroses, qu'à travers celle-ci une nouvelle modalité étiologique, un nouveau type de causalité pathogénique. Il se situe ainsi sans cesse sur un double registre conceptuel, à la recherche d'un axiome et de l'univers mathématique dans lequel un tel axiome puisse tenir sa possibilité d'existence. La question de l'étiologie des névroses est un moyen d'accès à une autre question d'une portée bien plus vaste et qui semble fasciner Freud, celle de l'ontogenèse. N'écrit-il pas :

> Nous avons appris qu'aucun des symptômes hystériques ne peut procéder uniquement d'une expérience vécue réelle, mais qu'à chaque fois le souvenir d'expériences vécues antérieures, éveillé par association, agit conjointement pour la causation du symptôme. Si –comme je le pense- cette proposition est exacte sans exception, elle nous désigne aussi le fondement sur lequel une théorie psychologique peut être édifiée. [1]

Il écrit également dans les *Trois essais* :

> Les occasions accidentelles externes acquièrent à cette époque une importance considérable et durable. Au premier plan se trouve l'influence de la séduction qui traite prématurément l'enfant comme un objet sexuel et qui lui fait connaître, en des circonstances propres à l'impressionner, la satisfaction des zones génitales, qu'il est alors le plus souvent contraint de renouveler au moyen de l'onanisme. Ce genre d'influence peut être le fait d'adultes ou bien d'autres enfants ; je ne puis admettre que j'en aie surestimé la fréquence ou l'importance dans mon article de 1896 « L'étiologie de l'hystérie », bien que j'ignorasse encore à l'époque que des individus restés normaux peuvent avoir vécu les mêmes expériences au cours leur enfance et que j'eusse ainsi accordé plus de poids à la séduction qu'aux facteurs de la constitution et du développement sexuelle. Il va sans dire qu'il n'est pas besoin de la séduction pour éveiller la vie sexuelle de l'enfant et que cet éveil peut aussi se produire spontanément sous l'effet de causes internes. [2]

[1] S. Freud (1896) : Sur l'étiologie de l'hystérie, in *La première théorie des névroses*, p 129.
[2] S. Freud (1905) : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, p 117-118.

Cela montre bien, *a posteriori*, que ce qui préoccupait Freud était également, en plus de l'étiologie des névroses, de déterminer comment l'enfant pouvait accéder à la sexualité adulte, lui qui semblait a-sexué et « a-sexualisé », sans sexe et sans sexualité, au sens génital du terme.

Cela laisse à penser que la neurotica tenait une double place et jouait dans l'édifice théorique une double fonction : celle de rendre compte des névroses ***et*** de la sexualité comme source possible de traumatismes dans l'enfance. Laplanche et Pontalis ont à plusieurs reprises montré que la question implicite de Freud au temps de la neurotica, et qui va devenir explicite au temps des *Trois essais*, est bien celle de savoir pourquoi la sexualité peut être traumatique dans un temps où l'enfant n'y a pas encore véritablement accédé.

Partant, du point de vue de l'étiologie des névroses, la théorie de la séduction offre une formule simple et claire ; mais de celui d'une métapsychologie, du problème de l'ontogenèse, elle présente l'incontestable inconvénient de fonder la maturation humaine sur des événements accidentels d'ordre individuel qui, de plus, contrarient l'accès à celle-ci. D'où le fait que Freud puisse d'un côté récuser la neurotica en tant que modèle ontogénétique d'accès du psychisme humain à l'âge mature, et de l'autre la maintenir en raison de ce que certains types d'événements infantiles sont susceptible de constituer, au moins à titre partiel, un facteur étiologique des névroses. Seule alors, peut-on penser, la dimension de modèle de la neurotica se trouve supplantée par celui de la sexualité infantile, modèle ontogénétique qui rend compte de la sensibilité des enfants aux faits de sexualité.

Il en ressort que le passage à la théorie sexuelle infantile s'effectue selon un double déplacement :

- elle se substitue à la neurotica comme modèle de compréhension du sexuel et de son importance chez l'enfant, et en fait un moteur essentiel dans l'ontogenèse. En cela elle rompt également avec la dimension par trop phénoménale de la neurotica, les événements sexuels n'étant pas de l'ordre d'accidents mais prenant sens d'un processus maturatif évoluant par stades, chacun d'entre eux correspondant à un ensemble d'acquis psychiques nouveaux s'appuyant sur la maturation biologique ;
- elle dissocie deux questions : celle d'un modèle ontogénétique relevant dès lors d'une métapsychologie, et celle de l'étiologie des névroses, relevant elle d'une psychopathologie. La seconde n'est pas une déduction de la première même si elle contribue à penser la pathologie comme procédant d'échecs partiels du processus de maturation psychique. Il lui faut de surcroît concevoir des mécanismes étiologiques car le modèle ontogénétique indique ce qui échoue de la maturation, mais aucunement pourquoi cela peut échouer.

Cette nouvelle conception métapsychologique répond ainsi aux deux dimensions théoriques qui se sont progressivement imposés à Freud, et que ne différenciait pas la neurotica :

- celle d'une universalité du processus d'ontogenèse, assimilable à une hominisation qui, du nourrisson psychiquement indifférencié et dépendant à l'être adulte et autonome, duplique en raccourci la phylogenèse, c'est-à-dire la formation de l'espèce humaine ;
- celle des avatars individuels, toujours uniques, que connait cette traversée par chacun de ses grandes étapes constitutives et dont la pathologie névrotique représente l'une des possibilités.

A l'universalité des stades s'oppose l'histoire singulière de l'advenue de chaque homme à lui-même.

La sexualité infantile se substituerait donc à la neurotica comme modèle ontologique, mais elle en conserverait l'importance de possibles séductions comme facteur pathogène susceptible de faire obstacle à la maturation sexuelle-psychique normale et de conduire ultérieurement à la névrose.
Il ne s'agirait pas alors, comme il l'a été parfois soutenu, de la superposition de deux modèles étiologiques exclusifs l'un de l'autre, mais de deux temps de la construction sous-tendus par deux enjeux distincts.
L'on comprend alors mieux ce qui fait question, et que l'hypothèse d'une superposition temporaire de l'ancien et du nouveau modèle n'explique qu'imparfaitement : réalité et fantasme ne s'opposent pas puisque ce sont des notions nées de perspectives différentes dans le cadre de schémas théoriques distincts, que Freud lui-même aurait eu le tord d'opposer comme deux modèles incompatibles du psychique. Ainsi :
- la théorie de la séduction s'oppose à la prédestination héréditaire et sa question est celle de l'étiologie des névroses ;
- le modèle fantasmatique (avec en particulier les fantasmes originaires), en tant qu'il est une émanation de la sexualité infantile, s'oppose quant à lui à l'accidentel ou à l'aléatoire, et sa question est celle de l'ontogenèse.

Ainsi la théorie de la séduction a permis un premier dégagement du déterminisme héréditariste ; elle a constitué une première concrétisation du postulat général de mécanismes psychiques à l'œuvre dans l'hystérie et a ouvert une voie nouvelle en mettant en valeur l'importance de la subjectivité et des aléas de l'histoire individuelle dans la formation de celle-ci. La subjectivité représente une nouvelle forme de causalité échappant à la fois à la conscience et à la prédétermination héréditaire ; une appropriation, une mise en histoire (en sens) singulière par le sujet des aléas et éventuels accidents de son existence, une construction toujours en œuvre dans l'après coup parce qu'elle se revisite sans cesse.
Théorie transitoire mais théorie intermédiaire nécessaire, il manquait à ce premier essai la trame de la maturation à suivre par chacun et de déterminer de quels enjeux (de quelle conflictualité) elle était chez l'homme faite pour connaître parfois, comme dans les névroses, de tels accidents ? Qu'était donc cette sexualité pré sexuelle ?
Deux questions se différenciaient, mais une seule notion y répondait, nécessairement polysémique : la séduction ; là résidait le problème, car la séduction-fantasme et la séduction-abus semblaient difficilement substituables l'une par l'autre.
Ainsi, après avoir posé les premières bases de la constitution de la subjectivité, il restait à Freud à inscrire celle-ci dans les lois propres à l'espèce humaine ; sinon que serait une « espèce » même si singulière et complexe que l'espèce humaine, qui n'obéirait à aucun schéma ontogénétique commun ?
Pour formaliser les ratés hystériques il fallait donc se doter d'un modèle de la maturation sexuelle normale, dont la phase des remaniements pubertaires avait donné une première approximation, quoique encore bien trop grossière pour en appréhender toute la complexité. Mais c'est, peut-on penser la généralisation de son principe qui rend possible la conception de la sexualité infantile.

Les *Trois essais* en naîtront, et l'on peut dire que dans une grande mesure ils répondent à cette double exigence de fournir un modèle général de l'accès à la maturité sexuelle et de fonder en raison psychopathologique les névroses, mais aussi les perversions, en tant que formes d'échec partiel de ce processus devant conduire l'enfant à la génitalité. Ce modèle ontogénétique, en posant les conditions d'accès à la sexualité adulte comme la résolution d'une série de conflits, définissait en même temps la possibilité même de ses échecs.
Mais il ne faisait qu'en déterminer l'espace et les enjeux sans pour autant être à même de déterminer la nature des événements ou facteurs pouvant être responsables de ces ratés. D'où certainement la persistance chez Freud de l'importance du facteur « séduction-abus » comme susceptible de « fixer » l'enfant à un stade infantile de la sexualité, que ses difficultés plus tardives à soutenir des situations hétérosexuées génitalisées venaient « après-coup » révéler.

Ce détour essentiel par la sexualité infantile et ses lois fondait certes en raison l'hypothèse de la problématique névrotique et tant que problématique sexuelle et situait son origine dans l'enfance et, ce faisant, déterminait un ensemble sinon de conditions, du moins de pré requis à l'accès à la maturité. Ainsi, a contrario des effets pathogènes des attentats sexuels, les soins maternels « tempérés »[1] constituent dès lors le facteur premier indispensable à la découverte d'un plaisir corporel lui-même essentiel à la maturation, en même temps qu'ils pouvaient fournir la matière à la future névrose.

> Les traumatismes, les fantasmes de désir, constituent l'élément indispensable à la névrose. Si ces éléments correspondent à la réalité, tant mieux, si la réalité les récuse, ils sont formés d'après tel ou tel indice et complétés par l'imagination. Le résultat est le même et il ne nous a pas encore été donné de constater une différence quant aux effets, selon que la vie infantile est un produit, plutôt de la fantaisie, ou plutôt de la réalité. [2]

C'est la thèse que soutient J. Laplanche, celle de la « séduction généralisée », dont l'on perçoit bien ici l'origine dans les manques du modèle freudien. Si cela ne remet pas en cause le modèle lui-même, c'est à notre sens jouer de façon dommageable sur la polysémie du terme « séduction » et tendre alors à faire un seul et même phénomène, d'agressions sexuelles à forme violente ou de séduction (abus de confiance) et de l' « érotisation » impliquée par toute relation éducative normale, notamment auprès du nourrisson où c'est le parent qui pendant un temps fait office de médiateur dans la découverte de son corps et du plaisir qui y est associé comme source de relation au monde. La séduction, entendue dans cette dernière acception, n'est alors ni plus ni moins que l'équivalent de l'importance de l'usage du langage par les parents à l'adresse de l'enfant dans l'accès à celui-ci par ce dernier : bien qu'étant à partir d'un certain âge doté du conditionnement biologique lui donnant accès à la capacité langagière, s'il n'est pas pris dans un bain langagier et se trouve contraint à parler il n'en acquerra aucune des bases. Quant à savoir qui du père ou de la mère tient dans cette séduction éducative le rôle premier, cela revient à confondre le principe même de la parenté avec la répartition sociale des rôles à laquelle elle donne lieu entre parents, et, de ce dernier point de vue, il n'y a aucune raison de privilégier la mère.

---

[1] Des faits d'amour « non passionnels », aurait pu dire Ferenczi, ou D. Winnicott. « Suffisamment bons ».
[2] S. Freud (1916), *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, 1970, p. 349.

Le modèle a cependant le mérite de mettre l'accent sur la complexité du problème de la séduction auquel était loin de répondre entièrement le renoncement à la neurotica. Car il y a bien dans tous les cas une violence externe :

> …violence qu'incarnent ceux déjà-là du seul fait de leur existence et de l'inclusion sauvage à laquelle ils procèdent en permanence du petit être dans le champ des significations dont il ont, eux, la disposition et dont ils ne cessent de lui marquer l'extériorité tout en l'incorporant de force. Entrecroisement énigmatique et indécidable d'une pré-compréhension, qui fait que l'enfant sait que c'est de sexe qu'il s'agit, et d'une fermeture, qui fait que c'est de l'autre, et de lui seul, par effraction, que doit venir l'introduction du sens. Déchirure dynamique entre une anticipation et un retard, entre une identification virtuelle au point de vue de l'autre et une impossibilité dernière de se mettre à la place de l'autre en fonction de laquelle peut s'enclencher le procès de métabolisation de l'*avant* qui rendra le sujet contemporain de son monde, au travers de la relativisation de sa place dans la site des générations.[1]

Mais les séductions-abus ressortissent-elle à cette violence là et leurs conséquences peuvent-elles être assimilées aux psychonévroses ?

1.1.2. Trauma névrotique-Trauma traumatique : un vrai malentendu.

Cette première analyse ne lève pas toutes les interrogations soulevées par le passage de la neurotica à la sexualité infantile et au fantasme. Un problème subsiste dont l'un des signes est d'un côté l'insistance de Freud à rechercher dans ses cures des éléments de réalité, à l'exemple de celle de l'Homme aux loups, de l'autre le caractère affirmé indécidable, ou à tout le moins secondaire, de la nature réelle ou fantasmatique des séductions.

> Les traumatismes sont soit des expériences touchant le corps même du sujet, soit des perceptions sensorielles affectant le plus souvent la vue et l'ouïe ; il s'agit donc d'expériences ou d'impressions. [2]

Mais l'inscription des séductions abusives au rang d'expériences parmi une multiplicité d'autres, elles aussi sources de refoulement, les invalident-elles totalement comme étiologie possible, non plus des névroses, mais d'autre chose, d'autres pathologies psychiques ?
Deux grandes lignes d'arguments se présentent pour soutenir une telle hypothèse :

- l'existence d'autres constellations clinques que celle retenue par Freud pour délimiter cliniquement le champ des névroses et qui, de la neurotica à *L'homme Moïse*, ne variera que très peu, sinon pas du tout ;
- la possible hétérogénéité de la clinique des « névrosés » à laquelle se réfère Freud, notamment l'existence chez certains de phénomènes de répétition n'obéissant d'aucune manière au principe de plaisir, comme il le mentionne dans *Au-delà du principe de plaisir*.

Avec Charcot et l'hystérie masculine, a déjà affleuré la question de l'homogénéité, en termes de pathologie, de la population des patients en référence à laquelle il construisait ses élaborations. Des

[1] G. Swain, *Freud revisité*, *op.cit.*, p. 203.
[2] S. Freud, *L'homme Moïse*, *op.cit.*, p. 161-162.

hystériques femmes aux hystériques hommes, n'était-il pas dans les faits insensiblement passé d'une pathologie à une autre, non pas d'une forme d'hystérie à une autre, mais de l'hystérie à autre chose ? La même interrogation est venue à A. Green quand, entreprenant une synthèse comparative entre la clinique des états limites et celle de l'hystérie, il écrivit :

> Inversement, un regard rétrospectif sur nombre de travaux classiques amène à questionner parfois la validité du diagnostic d'hystérie. Si ça n'est vraiment pas le cas pour la Dora de Freud, c'est beaucoup plus vraisemblablement celui des patients figurant dans les *Etudes sur l'hystérie.* [1]

Non que cela nous autorise à émettre un doute quant à la validité de ces diagnostics : cela reviendrait à projeter anachroniquement nos références nosographiques actuelles sur un passé qui, et pour cause, ne les avait pas encore conçues. Car tout diagnostic est par essence différentiel et procède d'une double opération : l'une positive de choix d'une entité au titre du plus grand nombre de similitudes cliniques entre le cas et l'entité, l'autre négative de rejet de toutes les autres occurrences possibles. Si bien qu'un diagnostic est toujours à référer au système nosologique (implicite ou explicite) formé par l'ensemble des entités cliniques faisant référence et se différenciant les unes des autres de par un ensemble cohérent de critères sémiologiques (G. Lanteri-Laura, 1982). L'ajout ou le retrait d'une seule entité redistribue inéluctablement pour partie la population des patients entre les entités formant le nouvel ensemble.
Aucune comparaison ne serait-elle alors possible entre différents systèmes nosographiques ? La réponse est pourtant positive mais à la condition de comparer non pas les diagnostics en eux-mêmes, mais les données cliniques à partir desquelles ils ont été posés. De ce point de vue, l'on n'a sans doute pas suffisamment prêté attention au fait qu'en définissant l'hystérie et son étiologie sexuelle, Freud procédait simultanément à la mise entre parenthèses de tout un ensemble de configurations cliniques et que définir l'hystérie revenait à déterminer dans le même temps ce qui n'en relevait pas. Pour faire exister l'hystérie, puis la névrose obsessionnelle, telles qu'il commençait à les concevoir, il lui a donc fallu dans un même mouvement procéder à l'exclusion de tout un ensemble de données sémiologiques. Ce travail en quelque sorte en creux n'apparaît pas toujours comme tel car les situations cliniques exclues ne se sont pas nécessairement vues accorder un statut clinique et nosographique. Elles sont souvent restées latentes, en jachère, comme le fond indéfini duquel, par contraste, la forme « névrose de transfert » ressort dans toute sa consistance et sa valeur positive.

Ce « reste », ou cet arrière-fond de l'hystérie, quel est-il, ou encore, quels sont les phénomènes cliniques qui n'en relèvent pas ? Ils se laissent déduire des éléments positifs définitoires des névroses, à savoir, au temps de la neurotica dans l'article *L'hérédité et l'étiologie des névroses* de 1896 :

- la résurgence de souvenirs inconscients ;
- souvenirs d'expérience soit d'une passivité sexuelle, soit d'un événement subi brutal ou d'une séduction moins violente ;
- expérience sexuelle initiée par une personne plus âgée ;

[1] A. Green (2002) : *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, p. 80.

- événement survenu dans la « première jeunesse », avant la « maturité sexuelle », c'est-à-dire avant 8-10 ans ; ainsi « …un événement de passivité sexuelle qui n'arrive qu'après l'âge de 8 à 10 ans ne pourra plus jeter les fondements de la névrose ». Par contre, « Tous les événements postérieurs à la puberté, auxquels il faut attribuer une influence sur le développement de la névrose hystérique et sur la formation des symptômes ne sont vraiment que des causes concurrentes, « agents provocateurs » comme disait Charcot… » (1896, p. 93). ;
- expérience où « …l'irritation sexuelle précoce produit un effet nul ou peu d'effet à sa date », bien que « la trace psychique » en soit « conservée ». (1896, p. 92) Ou encore : « une expérience subie avec indifférence ou avec un petit peu de dépit ou d'effroi » ;
- expérience qui, avec les réaménagements pubertaires, acquiert un sens et un pouvoir traumatique qu'elle ne recelait jusqu'alors pas, à l'occasion d'un événement dont l'apparente banalité vient par association réveiller et actualiser le souvenir ancien réprimé, et qui donne alors lieu à son refoulement de la conscience et à la production de symptômes, selon notamment selon le mécanisme de conversion.

Dans *L'homme Moïse*, il synthétise ainsi sa position :

> … il est ressorti que ce que nous nommons les phénomènes (symptômes) d'une névrose sont la conséquence de certaines expériences et impressions, dans lesquelles nous reconnaissons pour cette raison des traumatismes étiologiques. Nous nous trouvons par conséquent en face de deux taches : celle de rechercher 1° les caractères communs à ces expériences ; 2° les caractères communs des symptômes névrotiques… [1]

Pour les premiers ce sont :
- des traumatismes survenus dans les 5 premières années (la période de 2 à 4 ans apparaissant la plus importante) ;
- l'oubli de ces expériences et impressions parce que survenues dans la phase d'amnésie infantile ;
- leur contenu sexuel-agressif : impressions, possibles atteintes précoces du moi ou blessures narcissiques.

Quant à la nature des symptômes névrotiques, elle est de deux ordres, comme nous l'avons vu plus haut :
- positifs : fixations et contrainte de répétition, formation du caractère : « tentatives d'en revivre une répétition » ;
- négatifs : réactions de défenses, phobies…, faisant obstacle à la remémoration.

Toute configuration clinique qui n'obéirait à ces caractéristiques ne devrait donc pas, *stricto sensu*, relever de la catégorie des névroses de transfert et, en conséquence, obéir au même schéma étiopathogénique.

L'une d'entre elle a été étudiée par Freud, celle où l'événement, au lieu d'avoir été vécu passivement, l'a été de façon active : c'est « la névrose d'obsessions » où « il s'agit au contraire d'un événement qui a fait plaisir, d'une agression sexuelle inspirée par le désir (en cas de garçon) ou d'une

[1] S. Freud, *L'homme Moïse*, *op.cit.*, p.160-61.

participation avec jouissance aux rapports sexuels (en cas de petite fille) » (S. Freud, 1896, p. 93). Une autre est celle des névroses actuelles ; une autre encore est le cas des perversions qui, dans le modèle freudien, sont la conséquence d'une fixation à la sexualité infantile distincte dans son mécanisme de celle à laquelle obéissent les névroses.

Mais que dire, et que faire, de toutes celles ne répondant aux critères retenus : postérieures à l'âge de 5 ans, n'ayant pas donné lieu à oubli, n'ayant pas engendré de processus de refoulement ou qui, ayant été refoulées et réémergeant après-coup, dont le « refoulement » n'est alors pas suivi de manifestations symptomatiques de type névrotique, etc. ?

Avec l'hystérie, l'on se trouve ainsi face à un espace clinique délimité excluant de son domaine un ensemble de cas de figures dont, pour une part, l'on peut penser qu'ils ne relèvent pas de la psychopathologie, mais pour une autre part qu'ils forment autant problématiques dont le statut clinique et psychopathologique reste à concevoir, et enfin, pour ce qui concerne la névrose traumatique, d'une entité n'ayant pas encore de statut métapsychologique établi.

Or cette clinque de la « non psychonévrose », si l'on ose dire, il est clair que l'on en trouve une grande partie développée chez S. Ferenczi et c'est sans doute là qu'il convient de situer l'origine du malentendu entre les deux hommes.

La reconnaissance tardive de Ferenczi en France a, nous l'avons vu, participé à réactualiser une question qui semblait avoir été définitivement tranchée, celle des rôles respectifs des fantasmes et de la réalité dans l'étiologie des « névroses » (P. Sabourin, 1985, chap. VI ; T. Bokanowski, 1988 ; P. Herlem, 2009) sans que les essais de réponses n'aient pour la plupart modifié les termes dans lesquels s'était initialement posé le problème ; et l'on a vu deux thèses s'opposer, celle de l'irréductibilité des deux approches, celle de leur possible conciliation, les deux facteurs jouant simultanément en plus ou moins grande proportion selon les cas.

Une autre analyse en est possible, celle d'un vrai malentendu, au moins au plan clinique et théorique, car nul doute que la rupture a bien eu lieu entre les deux hommes. Cette hypothèse trouve une première justification dans le constat souvent fait que les patients auxquels ils font référence à l'appui de leurs élaborations, ne relèvent pas des mêmes problématiques, même si l'un et l'autre (Freud beaucoup plus que Ferenczi) les qualifient identiquement de névrosés. S. Korff-Sausse note ainsi :

> Les patients de Ferenczi ne sont pas des névrosés classiques et sa clinique offre d'importantes perspectives sur la pathologie et les traitements des états-limites, qui font l'objet depuis quelques décennies d'un intérêt grandissant. [1]

Les abus et leur violence, Ferenczi en décrit les effets immédiats chez l'enfant, dans le temps même de leur déroulement, là où Freud, même au temps de sa neurotica, n'en avait développé aucune description clinique véritable (évoquant de « véritables attentats » pour un peu plus loin n'en retenir qu'une irritation sexuelle aux « effets minimes ou nuls à leur date »), et tout juste leur avait-il donné le nom de séduction, terme devenu avec le temps de plus en plus ambigu ; alors qu'avec Ferenczi,

[1] S. Korff-Sausse (2006), Préface à S. Ferenczi, *Le traumatisme*, *op.cit.*, p. 26.

l'on est au plus près du débordement du pare-excitations, avec ses effets désorganisateurs , sinon destructeurs, immédiats et massifs.

De plus, ces réactions ne font pas, comme chez Freud, l'objet d'une mise en latence pour, seulement dans l'après coup et à la lumière des nouvelles significations qu'il tenait du passage par la puberté, prendre véritablement le sens nouveau d'un événement débordant par l'excitation qu'il provoquait alors, valeur traumatique ; c'est dans la continuité des premières réactions que se mettent en place très rapidement d'autres modes de survie portant la marque du traumatisme initial

Le traumatisme ferenczien ne renvoie manifestement pas à un conflit psychique inconscient, comme chez Freud où c'est le sexuel qui est au fond traumatique dans les motions contradictoires qu'il suscite chez le névrosé, mais à une violence dont il décrit à la fois les effets dévastateurs qu'elle peut avoir sur le psychisme de l'enfant et les modalités pathologiques d'y survivre.

En outre, ce n'est pas seulement que Ferenczi réactualise l'importance de la séduction dans l'étiologie des névroses, ce n'est pas seulement qu'il en précise les conditions psychologiques de possibilités, c'est qu'il en fait un processus essentiellement relationnel. Ce ne sont pas en premier lieu les manifestations pathologiques dont va souffrir ultérieurement l'adulte qui lui importent, ou du moins pas selon les modalités dont on en rend habituellement compte en psychanalyse : ce sont les effets des abus dont il démontre le pouvoir pathogène, hors toute fixation à un conflit psychique infantile. Il y a certes une clinique de l'adulte, mais c'est celle de l'enfant en tant qu'il a été abusé. Chez Ferenczi, le patient ne souffre pas des retombées symptomatiques d'un conflit psychique inconscient, c'est-à-dire d'une névrose, mais des conséquences que les stratégies de survie psychique et physique qu'il a été contraint de développer, dans son enfance, pour faire face à des abus et leur déni par des adultes proches, continuent d'avoir sur lui ; il est ainsi malade de la survivance active des modes d'adaptation aux situations extrêmes auxquelles il a été soumis. Ces modes de survie, dans la mesure où ils ont pour fonction de rendre « supportable » ce qui était mortifère, doivent, pour avoir une certaine efficacité, intégrer en partie des éléments de conditions des abus ; ce que l'on a dénommé ailleurs syndrome d'adaptation, syndrome de Stockholm[1]… ; et en cela, ils ne peuvent que préparer à d'autres agressions.

Pour qu'il y ait trauma, au sens ferenczien du terme, il faut donc qu'un certain nombre de paramètres cliniques exclus explicitement par Freud, pour élaborer sa théorie fantasmatique de la névrose et de l'effet d'après-coup, aient été repris en considération : effets immédiats dévastateurs relayés ou dupliqués dans la continuité par des effets durables… effets délétères de son désaveu par l'entourage, identification à l'agresseur, modes de survie plus psychotiques que névrotiques, pour autant qu'une telle terminologie ait ici un sens, à forme d'éclatement, de déni, de clivage… La clinique que construit Ferenczi, c'est celle dont Freud a récusé l'existence au profit de l'effet d'après-coup : une clinique de la névrose traumatique chez l'enfant ou, plus exactement, une clinique de la confusion de langue et de son désaveu.

Définitivement, Freud et Ferenczi ne parlent pas du même trauma, ou plus justement : s'ils ne parlent pas du même trauma c'est qu'ils ne parlent pas des mêmes patients, encore que l'on doive s'interroger sur l'homogénéité du corpus clinique freudien à la lecture attentive de certaines de ses « études ». L'on pensera notamment à Emma, dont l'on notera que la levée de son amnésie est bien

[1] Voir à ce propos les analyses que P. Sabourin développe de la pensée de Ferenczi.

trop rapide pour être crédible, ce qui laisse à penser que les abus qu'elle relate étaient tout à fait présents à son esprit dès le moment où elle demande de l'aide à Freud.

Ainsi mise en perspective, la question n'est plus tant celle de déterminer si les séductions réelles jouent un rôle étiologique central ou secondaire par rapport à la vie psychique dans la formation de l'hystérie, mais jusqu'à quel point le modèle étiologique dégagé par Freud peut être transposé à d'autres problématiques, dont celles présentées par des adultes ayant été dans leur enfance l'objet d'une confusion de langue et de son désaveu par des adultes supposés subvenir à leurs besoins primaires essentiels.

Nous sommes dès lors mieux à même de saisir les enjeux de la querelle entre les deux hommes et d'en proposer une hypothèse compréhensive qui permette d'en dépasser les termes : en réhabilitant le rôle des séductions infantiles, Ferenczi ne contestait pas le modèle étiologique freudien des névroses, il n'opérait pas une régression à la neurotica, il concevait une autre problématique que la névrose, dont il s'efforçait d'établir l'étiologie exo-traumatique mais aussi ses retombées psychiques au long cours : la « confusion de langue ».

Freud et Ferenczi décidément ne parlaient pas du même trauma : trauma traumatique ferenczien et trauma hystérique freudien ne ressortissent pas au même « régime » du traumatique.

C'est cette problématique que l'on trouvera appréhendée longtemps plus tard sous les termes d'états limites, et il n'est pas surprenant qu'elle ait été contemporaine d'une relecture de Ferenczi et d'une réhabilitation du traumatique dans le champ psychanalytique ; et qu'enfin elle ait toujours résisté à se laisser appréhender en terme de structure (J.-J. Rassial, 1999) tant le « traumatique » dont elle se soutient n'est pas le traumatique de la névrose ou de toute autre problématique psychique, tant les facteurs exogènes y sont déterminants [1] ?

L'on peut encore avancer une autre hypothèse : ce que Ferenczi a pensé chez l'enfant, c'est ce que Freud avait su concevoir chez l'adulte, à savoir la névrose traumatique, non seulement dans sa dimension économique immédiate, mais aussi dans ses retombées au long cours avec les phénomènes de répétition. Pourquoi n'a-t-il pu entendre ainsi la construction ferenczienne ?

Sans doute parce que trop préoccupé par le rôle de la sexualité infantile dans la construction du psychisme, il ne pouvait l'appréhender que comme une régression à la neurotica, sans voir que la « confusion de langue » n'avait finalement que bien peu à voir avec la sexualité infantile et l'Œdipe et que les troubles à l'âge adulte que décrivait Ferenczi étaient bien plus proche de la compulsion de répétition décrite dans *Au-delà* que de symptômes de pulsions refoulées émanant d'un conflit entre principe de plaisir et principe de réalité, comme dans les névroses.

Certains ont cru pouvoir réconcilier en quelque sorte Freud avec lui-même, ou encore Freud et Ferenczi, en faisant du modèle de la séduction et de celui du fantasme les deux faces d'une même réalité psychique. Dans les faits l'un et l'autre ne parlent ni de la même réalité interne ni de la même réalité externe.

---

[1] Pour une revue des études sur les liens entre états limites et violences sexuelles subies dans l'enfance, voir Q. Debray (2006).

Pour Freud, l'externe consiste en un environnement offrant, ou n'offrant pas, au psychisme infantile en constitution, la matière à son développement qui, de crises en dépassements, de ruptures en nouveaux équilibres, doit conduire l'enfant de l'état de dépendance à celui d'adulte. Ce réel environnant procure entre autres choses la matière à des élaborations d'ordre fantasmatique ayant rapport au stade de maturation auquel en est l'enfant (ces choses vues et entendues), au risque toujours d'une excitation débordante. D'où la possibilité théorique d'un « traumatisme positif », moment de crise maturative durant laquelle le psychisme peut être transitoirement débordé par un afflux d'excitation que le passage à un autre stade va permettre d'intégrer ou va laisser l'enfant fixé au stade où il en est, sans parvenir de façon satisfaisante à le dépasser. Il en restera alors une sorte de point de fixation, propice au développement ultérieur d'une névrose. Celle-ci se structurera quand, à l'occasion du remaniement pubertaire, le psychisme devra disposer de toutes ses énergies pour accéder pleinement à la génitalité adulte et s'en verra empêché par la fixation du psychisme à un stade sexuel précoce.

Pour Ferenczi la réalité externe est, en cas de « confusion de langue » non pas tant « insuffisamment bonne », que foncièrement mauvaise. Elle est, sous la forme de l'adulte abuseur captant les besoins de tendresse de l'enfant et les détournant à son intérêt exclusif, violemment effractante et le laisse en état de mort psychique. Son intériorité en est littéralement retournée comme un gant : le pare-excitations est désormais orienté vers l'intérieur, interdisant à ce qui reste de l'interne de s'exprimer, et laissant en même temps le psychisme ouvert sans défenses à toutes les influences extérieures, comme autant d'ouvertures pour de nouvelles agressions, séductions, abus, confusions, désaveux… ; ou, comme des travaux récents, en particulier d'inspiration psycho-criminologique, le montrent, dans leur retournement en passages à l'acte violents, sexuels ou non (C. Balier, 1988, 1992 ; C. Balier, A. Green et coll., 2005 ; P. Sabourin 2000 ; M. Nisse et P. Sabourin, 2004 …), aux antipodes de la névrose.

1.2. De la pulsion de mort à la tentation létale

Doit-on, comme nous y invitent certains auteurs, voir dans *Au-delà du principe de plaisir* et son étonnant retour sur les névroses traumatiques, une forme de réhabilitation des facteurs exo-traumatiques ?

Rien n'est moins sûr car ce qui retient l'attention de Freud et constitue le point de départ à sa réflexion ce n'est pas la névrose traumatique en tant qu'entité nosographique distincte, mais d'abord la nature des rêves de répétition. Leurs particularités posent incontestablement problème puisqu'elles semblent aller à l'encontre du principe général auquel semble obéir l'activité onirique, celui du principe de plaisir.

Ensuite et surtout, la définition strictement économique qu'il propose du traumatisme laisse grandement indéterminé le caractère endo- ou exo- gène de celui-ci puisqu'il est la résultante d'un rapport entre deux forces : d'un côté un afflux d'énergie, de l'autre une fonction pare-excitatrice supposée ne laisser pénétrer dans le psychisme que ce qui est nécessaire à son fonctionnement. Au sens strict de cette définition, deux occurrences sont possibles :

- l'événement externe faisant trauma peut aussi bien être bénin du moment que pour le psychisme qui y est confronté il représente une somme d'excitation inassumable, et c'est le cas de nombre d'hystériques. Une bonne part de ses élaborations futures va dans ce sens (dans *L'homme Moïse* notamment). La névrose traumatique pourrait ne faire ici que révéler une névrose infantile latente dans un effet d'après-coup.
- l'événement peut sembler à tout un chacun exceptionnel, voire même, passé un certain seuil, dépasser les capacités de résistance de quiconque, et l'on ne peut pas ne pas penser ici à certains faits de guerre. L'on se trouverait alors dans le strict cadre d'une névrose traumatique.

Le long développement qui fait suite et dont l'objet est la « pulsion de mort », confirme cette seconde occurrence puisqu'il s'attache de donner un statut métapsychologique à la répétition. Il en ressort un concept fondamentalement novateur ouvrant à une définition du trauma comme rencontre avec la mort, d'ailleurs presque unanimement aujourd'hui admise. Nous verrons cependant que l'on peut peut-être aller encore un peu plus loin que Freud ne l'a fait dans l'étude de ce rapport entre le trauma et la mort.

C'est à Freud, dans ses considérations actuelles sur la guerre et la mort, de 1915, que l'on doit une première conception de notre rapport à la mort :

> C'est que la mort propre ne nous est pas représentable et aussi souvent que nous tentons de nous la représenter, nous pouvons remarquer qu'en réalité nous continuons à être là en tant que spectateur. C'est pourquoi dans l'école psychanalytique on a pu oser cette déclaration : personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient chacun de nous est convaincu de son immortalité. [1]

Il serait sans doute plus juste de dire que l'homme tient à l'égard de sa mort une double posture selon de « quelle mort » il s'agit, car il se sait à la fois mortel et immortel puisqu'il peut se penser au-delà de sa mort, position formellement identique à celle que nous avons à l'égard de nos défunts : cultiver leur souvenir revient à les faire exister au-delà de leur disparition. La mort chez l'être humain ne coïncide pas avec la fin de sa vie, au sens biologique du terme. Ainsi, plus loin dans sa réflexion, Freud semble faire une concession importante à sa première affirmation quand il soutient que la vie « …perd de son intérêt, dès l'instant où dans les jeux de la vie il n'est plus possible de risquer la mise suprême, c'est-à-dire la vie elle-même ». (*ibidem*, p. 33). Et si nous n'engageons que rarement un tel pari c'est que : « La pensée alors qui alors nous paralyse c'est de savoir qui, en cas de malheur, remplacera pour la mère le fils, pour l'épouse l'époux, pour les enfants le père. » (*ibidem,* p.33-34).

S'accepter comme mortel suppose ainsi une forme de travail de deuil très particulier car ça n'est pas la perte de soi pour soi qui y serait en cause (sa propre perte), que l'abandon des siens, le deuil de soi pour les autres. C'est bien pourquoi quand nous nous imaginons mort, ce que nous nous représentons imaginairement, c'est le poids de notre absence, la continuation de la vie sans nous. Il s'agit là d'un travail très particulier, celui consistant à accepter qu'autrui puisse se passer de notre présence : un travail de renonciation à la place que nous tenons (ou plus exactement croyons tenir) à

[1] S. Freud (1915), *Considération actuelles sur la guerre et sur la mort*, p. 31.

leur égard. D'où une question : que se passe-t-il quand nous cessons d'accorder du prix à ce que nous imaginons être la souffrance du deuil que devront faire de nous nos proches ?

Mais ce n'est pas de se savoir mortel dont parle Freud lorsqu'il soutient qu'il n'en est pas de représentation possible. Et ce n'est pas une affaire d'inconscient ou de croyance en notre immortalité : penser sa mort est proprement impossible, car cela supposerait encore une conscience, incompatible avec l'idée de mort elle-même. L'on peut se voir mourir, l'on peut voir ce qui la produit, la mort jamais. L'idée de « réel de la mort » est déjà en soi une aporie car le réel est ce qui résiste et donc a déjà une consistance ; la mort elle n'en a même pas puisqu'elle est abolition de notre conscience. Penser sa mort, c'est déjà y résister. C'est ce que relève J. Lagrée :

> La philosophie a toujours en beaucoup de mal à penser la mort parce que la mort au sens propre n'est pas. D'où la formule d'Epicure « la mort n'est rien pour nous car quand elle est là nous ne sommes plus et lorsque nous sommes vivants elle n'est pas ».
> La mort est une limite entre l'état du mourant qui est encore vivant, agonisant c'est-à-dire luttant contre l'affaiblissement de sa vie et l'état de cadavre, déjà mort. Comme toute limite elle ne se laisse pas penser parce qu'elle est un néant entre deux positivités […]
> On ne peut pas penser la mort puisque on ne peut pas penser le rien ou la limite entre l'être et le néant qui est encore de l'être. On peut anticiper, se représenter ce qui se passera après la mort ou la mort de l'autre mais dans ce cas là ce n'est pas la mort qu'on pense : on imagine une suite événementielle ou affective susceptible de se produire. On se représente, soi-même ou autrui comme mort mais on ne pense pas la mort. [1]

Telle est, schématiquement en 1915 la position de Freud à l'égard de la mort, Mais une autre conception de la mort va bientôt voir le jour, invitant à penser quelque peu différemment les rapports entre le trauma et la finitude.

L'on ne peut que s'étonner de l'intérêt que porte à partir de 1918 Freud à la névrose traumatique car son sort semblait avoir été définitivement réglé dès les préliminaires des *Etudes sur l'hystérie* où, dans le prolongement des positions de Charcot, la place et l'intérêt de la notion s'y trouvaient réduits à n'être qu'une forme de déclanchement de la névrose hystérique.
Analyser la construction freudienne de la névrose traumatique revient ainsi en même temps à s'interroger sur les motifs de sa résurgence à un moment de son parcours.
L'on doit bien évidemment invoquer les circonstances de guerre, en ce que, à travers les travaux de Ferenczi, Abraham, Simmel, il ne peut qu'être sensible à la multiplication des cas « d'hystérie » et à certaines de leurs caractéristiques cliniques. L'on notera que déjà Freud se montre bien plus prudent que ses jeunes collègues à adopter d'emblée la thèse de l'étiologie sexuelle. Il faut dire que l'observation d'impuissances fonctionnelles mise en avant par Ferenczi pour la justifier paraît quelque peu forcée, au regard notamment de la situation de guerre dont l'on peut penser qu'elle mobilise la libido à d'autres urgences que la satisfaction sexuelle, ce que relèvera d'ailleurs plus tard O. Fenichel.
L'introduction au Congrès de Budapest montre comment Freud parvient, concernant les névroses de guerre, à concilier la thèse de la névrose comme expression d'un conflit psychique avec le rôle qu'il

[1] J. Lagrée (2011) : *Les philosophes et la mort*, Journées d'étude « Du droit à disposer de soi-même », Université de Rennes 2, 27et 28 mai 2011.

paraît difficile de négliger du contexte de la guerre, ne serait-ce que dans la multiplication de ces formes de troubles.

Le long développement d'*Au-delà du principe de plaisir* suggère une autre hypothèse, à partir du constat qui s'impose alors à Freud que la névrose traumatique représente une énigme psychopathologique parce qu'elle échappe à la causalité sexuelle infantile.
L'on sait que le point de départ de cette réflexion est la nature si particulière des « rêves d'accidents », rêves qui échappent au principe qui dicte toutes autres formes de rêves, y compris les rêves d'angoisse, le principe de plaisir, déduit du principe de constance selon lequel l'appareil psychique tend à chercher systématiquement à rétablir un état de stabilité.
Ces rêves d'accident sont la manifestation de réactions psychiques face à un danger extérieur ou à des exigences pulsionnelles internes, et rien ne permet d'y voir à l'œuvre le principe de plaisir tant ils ramènent « …sans cesse le malade au moment de son accident, situation dont il se réveille avec un nouvel effroi » (S. Freud, 1920, p. 56) ; ainsi « la fonction du rêve est ébranlée et détournée de ses fins, à moins d'invoquer les énigmatiques tendances masochistes du moi » (S. Freud, 1920, p. 56). En outre, le traitement des névrosés fait apparaître que la résistance à la remémoration de refoulés inconscients obéit elle aussi à un principe identique puisqu'elle satisfait aux exigences du moi en lui évitant le déplaisir qu'occasionnerait pour lui la libération du refoulé. La « compulsion de répétition » qui conduit le névrosé à répéter dans le présent certains fragments de son passé, obéit dans ce cas, à une même dynamique : ce qui est déplaisir pour un système est satisfaction pour l'autre. Il doit cependant constater que chez ces mêmes sujets, « la compulsion de répétition ramène aussi des expériences du passé qui ne comportent aucune possibilité de plaisir et qui même en leur temps n'ont pu apporter satisfaction, pas même aux motions pulsionnelles ultérieurement refoulées. » (i*bidem*, p. 66).

Cette dimension de la compulsion de répétition se retrouverait donc aussi bien dans la cure de certains névrosés que chez des sujets non névrosés dont l'existence se caractérisée par un « éternel retour du même ». D'où l'hypothèse « …qu'il existe effectivement dans la vie psychique une compulsion de répétition qui se place au dessus du principe de plaisir » (*ibidem*, p. 69) auquel l'on peut désormais rapporter les rêves de la névrose d'accident et le jeu chez l'enfant, quoique dans ce dernier la compulsion de répétition soit intriquée à d'autres motifs renvoyant eux au principe de plaisir. Il en résulte que : « Il subsiste un résidu suffisant pour justifier l'hypothèse de la compulsion de répétition qui nous apparaît comme plus originaire, plus élémentaire, plus pulsionnelle que le principe de plaisir qu'elle met à l'écart. » (*ibidem*, p. 70). C'est l'« au-delà du principe de plaisir » qui reverrait à un temps plus ancien qui l'aurait précédé.

Mais à quelle fonction une telle pulsion obéit-elle ? La réponse à cette question conduit Freud à un long développement théorique, qu'il qualifie lui-même de « spéculation ».
C'est d'abord à la conscience que cette spéculation le conduit à s'intéresser, conscience qui, si elle ne constitue pas l'essentiel de l'activité psychique qui pour Freud reste essentiellement inconsciente, n'en joue pas moins un rôle important qu'il s'attache à préciser. Cette conscience consiste en un

système se trouvant spatialement à l'interface de l'intérieur et de l'extérieur, tout en étant tournée vers ce dernier. Quant à sa fonction :

> Ce que la conscience nous livre consiste essentiellement en perceptions d'excitations venant du monde extérieur et en sensations de plaisir et de déplaisir qui ne peuvent provenir que de l'intérieur de l'appareil psychique… [1]

De là provient la célèbre image d'un appareil psychique semblable à une vésicule vivante et excitable. Celui-ci, pour se protéger des énergies provenant du monde extérieur qui autrement le submergeraient, est entouré d'une couche externe faisant fonction de « pare-excitations », si bien qu'il n'est transmis aux couches internes du psychisme qu'une partie de l'énergie externe. Il en résulte une définition nouvelle du traumatisme : « nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations » (*ibidem*, p. 78). Quant à la névrose traumatique « commune », elle serait « … la conséquence d'une effraction étendue du pare-excitations ».

Dans cette conception économique du traumatisme comme débordement des protections du psychisme par un afflux d'énergie provenant de l'extérieur, l'effroi tient une place importante car il est la résultante d'un manque de préparation par l'angoisse du psychisme, quoique Freud ajoute qu'à partir d'un certain degré d'intensité l'impréparation du psychisme « cesse de compter ».

En cas d'effraction de la couche protectrice, « le principe de plaisir est mis hors d'action » car il n'est plus possible d'empêcher l'afflux d'excitation. L'urgence est alors ailleurs : « c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitation qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation. », afin qu'ensuite le principe de plaisir puisse retrouver toute sa place. De là résulte la fonction si particulière des rêves d'accident :

> Ces rêves ont pour but la maîtrise rétroactive de l'excitation sous développement d'angoisse, cette angoisse dont l'omission a été la cause de la névrose traumatique. Ils nous ouvrent ainsi une perspective sur une fonction de l'appareil psychique qui, sans contredire le principe de plaisir, est pourtant indépendante de lui et semble plus originaire que la recherche du gain de plaisir et l'évitement du déplaisir. [2]

De telles considérations ne pouvaient se prolonger que par un retour à la théorie des pulsions, notamment celles d'autoconservation, puisque la problématique centrale abordée ici par Freud est celle d'une mise en péril de l'appareil psychique par un danger extérieur, hors toutes questions de désir et de refoulement, problématique mettant en jeu les systèmes de protection et de défense du psychisme, moins contre ses mouvements internes que contre une extériorité dont le principe restait cependant à construire.

Il s'agirait au fond d'une toute autre approche du moi comme processus de différenciation d'un milieu externe et d'un milieu interne, par filtrages et régulation des échanges entre les deux.

---

[1] S. Freud (1920) : Au-delà du principe de plaisir, In *Essais de psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, 2001, Paris, p. 71.

[2] *Ibidem*, p. 82-83.

C'est avant tout dans la biologie que Freud est allé chercher l'ultime explication de la pulsion de mort, dans cette tendance du vivant à retourner à sa forme primitive de non vivant, seule à même de garantir un état d'ataraxie :

> Mais quelle est la nature de la relation entre le pulsionnel et la compulsion de répétition ? Nous ne pouvons échapper ici à l'idée que nous sommes sur la piste d'un caractère général des pulsions et peut-être de la vie organique dans son ensemble, caractère qui n'a pas jusqu'à présent été clairement reconnu ou du moins pas expressément signalé : une pulsion serait une poussée inhérente à l'organisme vivant vers le rétablissement d'un état antérieur que cet être vivant a du abandonner sous l'influence perturbatrice de forces extérieures ; elle serait une sorte d'élasticité organique ou, si l'on veut, l'expression de l'inertie dans la vie organique. [1]

Poursuivons le raisonnement de Freud :

> Il advint un jour que les propriétés de la vie furent suscitées dans la matière inanimée par l'action d'une force qu'on ne peut encore absolument pas se représenter. Il s'agissait peut-être d'un processus préfigurant celui qui plus tard a fait apparaître la conscience dans une certaine couche de la matière vivante. La tension survenue dans la substance jusque-là inanimée cherche alors à se réduire : ainsi, était donné la première pulsion, celle du retour à l'inanimé. [2]

Si au début « le vivant avait la mort facile », sa complexification progressive avec notamment le développement des pulsions de conservation, l'a conduit à rendre toujours plus difficile ce retour à son état primitif,
Ainsi la pulsion de mort serait apparue du fait « que la substance inorganique a pris vie ». De là vient le « principe du Nirvana », tendance du vivant à retourner vers le néant, terme approximatif car le Nirvana, dans la pensée bouddhiste à laquelle il est emprunté, n'est pas un état d'anomie mais celui d'une conscience apaisée.

L'on peut s'étonner que Freud en soit resté à décrire ce principe du Nirvana au seul domaine biologique et qu'il n'ait pas, comme il le fit souvent, cherché à lui trouver son équivalent pour ce qui concerne l'ontogénèse et la phylogénèse, sous la forme par exemple d'un tabou fondamental comme il l'avait fait pour le passage par le stade de la horde sauvage avec le meurtre du père et de la traversée de l'Œdipe avec l'interdit de l'inceste.
Or si l'on transpose au plan de la vie psychique cette dualité pulsion de vie/pulsion de mort, nous nous trouvons contraint de concevoir un autre interdit fondateur que ceux du meurtre du père et de l'inceste : celui de céder à la pulsion de mort, de se laisser entraîner par elle vers un retour à l'état primitif d'être inanimé, en d'autres mots à la **tentation létale**.
Ce serait alors bien, comme le soutient Lebigot à notre rapport à notre mort que le trauma nous reverrait, non pourtant pas à son irreprésentabilité, mais à la tentation d'y céder. La rencontre avec la mort soulèverait le problème non de l'horreur et de la répulsion que susciterait en nous la découverte brutale de notre finitude, mais de la fascination qu'elle ne cesserait au plus profond de nous, d'exercer. Le trauma réactualiserait ainsi en nous un interdit dont l'on peut penser, dans le prolongement de la pulsion de mort, qu'il est tout aussi fondateur que celui du meurtre et de

[1] *Ibidem*, p. 88.
[2] *Ibidem*, p. 91.

l'inceste, et **ce dont ne reviendrait pas le sujet traumatisé ce n'est pas de l'horreur de s'être découvert mortel, d'avoir dans l'effroi touché sa propre mort, mais d'avoir au contraire été tenté de s'y abandonner.**

Cette hypothèse ouvre à une nouvelle compréhension des pulsions suicidaires, très fréquentes chez les sujets traumatisés mais aussi à certains phénomènes d'hypervigilance, notamment à l'égard du sommeil. Car pour se pour se laisser aller à la perte de conscience qu'il représente, encore faut-il être certain de pouvoir se réveiller et, quand le doute est trop fort, il ne peut venir que comme équivalent d'une mort.

1.3. Le traumatique entre hasard et déterminisme

L'on ne peut mieux résumer l'incompatibilité, en apparence totale, entre l'affirmation d'une réalité psychique et le paradigme de la victimité que C. Janin, lorsqu'il écrit :

> Dès lors, la pratique psychanalytique s'ancrera sur cette révolution opérée par Freud,, l'enjeu de toute cure étant que le patient se découvre *sujet* de son histoire psychique, et plus précisément *sujet œdipien désirant*, alors qu'il était venu à l'analyse en se disant *objet du destin*, revendiquant un statut de victime… [1]

Se dire ou se vouloir victime reviendrait, du point de vue de la théorie psychanalytique, à littéralement court-circuiter ce qui fait du sujet un sujet désirant. De là une position récurrente assimilant toute affirmation et, *a fortiori* revendication, victimale à une forme de déni de son inéluctable implication dans ce qui lui advient, ou plus exactement, dans la manière dont il fait siens les faits de hasard auxquels il est confronté. Ce n'est pas qu'il soit responsable de la catastrophe qu'il traverse, mais il l'est de ce qu'il en fait psychiquement : une expérience traumatique, ou tout autre chose… Le problème d'une telle position, nous l'avons déjà mentionné, est qu'elle ne peut qu'échouer en une position socio-morale, véritable tyrannie de la « question du désir » à laquelle devrait en passer toute victime avant toute demande d'indemnisation, comme si une telle demande ne pouvait qu'être suspecte d'aller à l'encontre d'une supposée vérité du sujet, ne pouvait être entendue que comme un moyen d'échapper à sa propre culpabilité inconsciente et de vouloir la monnayer, de « rabattre celle-ci sur une question strictement comptable », d'échapper à la nécessaire « dialectisation de l'événement traumatique », etc. (W. Gontran, 2006, *op.cit.*).

Tout se passe comme si la position prise par nombre de sujets victimés devait obéir à la théorie du psychisme développée, dans une véritable scotomisation de la réalité comme compromis et dans une confusion totale entre vérité scientifique et vérité du sujet.

Il n'empêche, une nouvelle question se profile sur laquelle nous allons devoir revenir, celle de la signification et du poids de l'événement dans l'éclosion des traumas psychiques.

---

[1] C. Janin (2005) : Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme, *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, Monographies de psychanalyse, PUF, Paris, p. 43.

Pour Freud comme d'ailleurs pour Janet, la priorité était sans conteste de fonder la psychologie comme discipline clinique autonome, une psychologie susceptible de surcroît d'éclairer de façon heuristique les troubles de la conduite humaine et faire apparaître leur cohérence dans leur incohérence, leur raison dans leurs manifestations irrationnelles, leur sens dans leur caractère insensé. Tout ou presque était à concevoir de cette causalité psychique qui d'emblée se présentait comme un ensemble de processus non seulement complexes mais d'apparence paradoxaux : la conscience supposait l'inconscient, la mémoire l'oubli, la liberté les contraintes morales, les interdits leur transgression, les désirs leur refoulement au moins partiel, la responsabilité la possibilité de la folie…

Dégager les lois du psychisme humain, démontrer la réalité psychique, revenait à récuser, nous l'avons vu, non seulement l'hérédité au profit de l'ontogenèse et de ses avatars, mais aussi, tout pouvoir à l'aléatoire. C'est la leçon notamment de la *Psychopathologie de la vie quotidienne* : l'homme a toujours quelque chose à voir avec ce qui lui advient, même s'il ne l'a pas consciemment voulu. L'on peut dire que l'ensemble de la pensée psychanalytique s'est édifiée sur ce postulat fondateur, celui du caractère ni aléatoire, ni prédéterminé, des faits psychiques, et qu'en cela elle s'est donc construite contre deux formes de déterminismes.

L'accident, tel qu'il apparaît à l'origine des névroses traumatiques, pourrait sembler aller à l'encontre d'une telle position et il est vrai que Freud restera jusqu'au bout relativement incertain, non pas tant pourtant sur leur origine psychique que sur leurs liens avec la sexualité. N'a-t-il pas écrit dans *Psychopathologie de la vie quotidienne* dans un chapitre intitulé *Déterminisme, hasard, superstition* :

> Je ne crois pas qu'un événement (*Ereignis*) à la survenue duquel ma vie psychique n'a pas participé puisse m'apprendre quelque chose de caché concernant la configuration future de la réalité ; je crois par contre qu'une manifestation non intentionnelle de ma propre activité psychique me révèle assurément quelque chose de caché qui, à son tour, n'appartient qu'à ma vie psychique ; je crois certes à un hasard extérieur (réel), mais pas à un hasard intérieur (psychique). [1]

Ce qui a suggéré à J-P. Kamieniak le commentaire suivant :

> Ce faisant, on le voit, c'est à une approche radicalement nouvelle de l'accident que Freud nous invite, car il est désormais pensé comme une *rencontre* ; son statut, dans la pensée freudienne, tient tout entier dans ce hasard inscrit sur fond de finitude, en tant qu'il provoque une rencontre avec la psyché qu'il *précipite*, au sens psychique du terme. Vivre, c'est en effet expérimenter de manière continue ce qui résulte d'une *situation de rencontre* car la psyché, comme le souligne Piera Aulagnier, se trouve « d'emblée plongée dans un espace à elle hétérogène, dont elle subit de manière tout aussi continue et tout aussi immédiate les effets. [2]

Il ajoute plus loin « La leçon est claire et définitive : l'accident ne prend son sens qu'articulé à la psyché qui le vit, l'agit et qui nécessairement le pense ou tente de le penser, car c'est sa fonction même. » (p. 70)

---

[1] S. Freud (1901), Psychopathologie de la vie quotidienne, Paris, Gallimard, 1997, p. 411.
[2] J-P. Kamieniak : Accident, hasard et destin chez Freud, *Le Coq-Héron*, 2009, p.68.

Il y a bien pour Freud hasard mais hasard à assumer, à faire nôtres les aléas auxquels il nous confronte ; notre destin n'est pas prédéterminé, il ne se réalise pas, il se construit dans une rencontre qui ne cesse de nous solliciter dans nos capacités à le signifier, à en faire notre histoire, si bien que **le contingent nous contraint au sens.**

C. Malabou (2007) s'est particulièrement attachée à analyser les articulations successives conçues par Freud, des *Etudes sur l'hystérie* au modèle fantasmatique, entre ce que dans sa *Psychopathologie de la vie quotidienne* il dénomme l'Ereignis d'un côté et l'Erlebnis de l'autre. Cette relation, qu'il dénomme encore ailleurs les *Daimon kai Tuchè* (J.-P. Kamieniak, 2008), est au fondement de cette « réalité psychique ». C. Malabou reprend notamment l'analogie faite par Freud ente la psyché et le cristal suivant laquelle le psychisme ne se bise pas n'importe comment, tant ses brisures mêmes suivent les lignes de faille de sa structure. Elle écrit :

> Freud décèle donc dans la maladie un rapport réglé ente le hasard du choc et la nécessité de la forme de la cassure, forme qui obéit aux fractures déjà dessinées dans la vie psychique interne. La métaphore du cristal permet ainsi de comprendre que l'événement est toujours pour Freud une synthèse entre l'accident inopiné et le cours endogène des événements psychiques. [1]

L'angoisse de castration en offre l'exemple même en ce qu'elle représente la matrice de toutes les angoisses futures et la carence de l'angoisse

> Freud en vient à défendre l'idée selon laquelle les événements extérieurs tirent leur efficacité des fantasmes qu'ils activent et de l'excitation que ces fantasmes déclenchent. Dès los, le fantasme n'apparaît plus comme la charnière ou le point d'articulation entre *Ereignis* et *Erlebnis*, entre ce qui arrive du dehors et l'événement vécu. Il marque au contraire leu caractère indissoluble, voie identique, leur unité originaire, qui ne requiert précisément plus de soudure. Le fantasme (*Phantasie*) finit par désigner lui-même le mode de survenue de l'accident dans le psychisme. Il n'y aurait plus l'incident d'un côté, son accueil dans l'intimité de l'expérience de l'autre. L'événement psychique est désormais lié à *une survenue originairement fantasmatique de l'accident*. [2]

Alors :

> Un incident qui se produit dans la « réalité matérielle » peut déclencher le trouble sans en être du tout la cause. Un accident peut en cacher un autre. Un événement –*Ereignis*- provenant de la réalité « matérielle », peut provoquer un dommage psychique sans en être la raison dernière. Il « déclenche » une autre source du trouble, elle-même véritablement première, inscrite dans la psyché à titre d'événement fantasmatique. [3]

A la diathèse héréditaire avancée par Charcot s'est certes substituée la réalité psychique, mais celle-ci tient également la place et la fonction d'un déterminisme que l'on verra chez Lacan affirmé avec encore plus de force avec la notion du « troumatisme » comme fait de structure.

C'est sur de tout autres postulats, contre la causalité sexuelle infantile et le processus d'après-coup, que la psychotraumatologie contemporaine s'est édifiée. La référence à la névrose traumatique d'Oppenheim et au modèle freudien de l'effraction du pare-excitations marquent la

[1] C. Malabou (2007), *Ontologie de l'accident*, p. 136-37.
[2] *Ibidem*, p. 163.
[3] *Ibidem*, p. 165.

volonté de s'en démarquer le plus nettement possible au *prorata* de l'importance accordée à l'événement dans son impact et sa signification propres.

Mais quelle conception développer qui, sans nier la causalité psychique, lui accorde tout son pouvoir disruptif ? L'effort théorique va consister à dégager l'impact propre de l'événement, hors toute référence à une quelconque prédétermination, qu'elle ressortisse à l'hérédité ou à l'histoire infantile. Deux lignes de pensée vont participer à cette réhabilitation

La subjectivité et son pouvoir signifiant ne va pas pour autant être niée mais resituée au rang d'une vulnérabilité qui, chez L. Crocq, est de trois ordres : de constitution, de conjoncture et de signification. La vulnérabilité n'a rien d'un déterminisme, elle est plutôt une sensibilité à un contexte ou à type d'événement et, si le trauma est bien l'effet d'une rencontre, elle est celle d'une personne totale en situation. C'est dire que l'événement n'y joue pas que le rôle d'un révélateur, tant il initie une véritable crise (L. Crocq, 1999) de par l'expérience vécue qu'il engendre.

D'autre part, cette expérience est d'une nature à la fois unique, qui n'a pas d'équivalent sinon un autre événement traumatique, ensuite elle relève d'une véritable expérience anthropologique qui transcende toutes les époques et les cultures, telle que la référence aux grands mythes vient l'attester.

Ce qui ferait trauma est que l'expérience se dérobe à tout sens et que, nous le verrons en détail dans la partie suivante, les sens auxquels le sujet peut le raccrocher sont éminemment problématiques. **A ce qui semble un excès de sens dans le trauma névrotique, fait pendant son défaut total dans la névrose traumatique**. Le trauma est effondrement de notre réalité tant externe qu'interne, de ce sur quoi nous asseyons notre existence et qui se dérobe soudain à nous.

Mais l'élément sans doute le plus essentiel est la rupture qu'il instaure dans la trame existentielle et surtout dans l'histoire de vie. L'événement traumatique relève d'une fracture radicale dans l'histoire de vie, ce dont s'est efforcée de rendre compte C. Malabou :

> Il existe des métamorphoses qui dérangent la boule de neige que l'on forme avec soi-même dans la durée, ce gros tas circulaire bien rempli, replet, complet. D'étranges figures qui surgissent de la blessure, ou de rien, d'une sorte de décrochage d'avec l'avant, des figures qui ne résultent ni d'un conflit infantile non réglé, ni de la pression du refoulé, ni du retour subit d'un fantôme. Il est des transformations qui sont des attentats.[1]

De l'accident surgiraient ainsi « des modes d'être sans généalogie », des êtres nouveaux venus « d'une tranchée profonde ouverte dans la biographie », des êtres devenus irrémédiablement étrangers à eux-mêmes :

> En conséquence de graves traumatismes, parfois pour un rien, le chemin bifurque et un personnage nouveau, sans précédent, cohabite avec l'ancien et finit par prendre toute la place. Un personnage méconnaissable, dont le présent ne provient d'aucun passé, dont le futur n'a pas d'avenir, une improvisation existentielle absolue. [2]

Ainsi, la catastrophe…

---

[1] C. Malabou, *Ontologie de l'accident*, p. 10.
[2] *Ibidem*, p. 10.

> … inscrit, dans le cours d'une existence qui pouvait s'ignorer comme telle, un avant et un après. Une temporalité particulière et capricieuse, instable : un avant et un après, un *après* qui se présente toujours comme une création avant *l'avant*… Un avant jusqu'alors inconnu s'impose avec les certitudes de ses fondations détruites.[1]

C'est, peut-on alors penser, la structure même de la subjectivité qui se trouve affectée, et non telle ou telle subjectivité en fonction des avatars de son ontogenèse ; c'est une mauvaise rencontre certes, mais en tant qu'elle révèle la fragilité propre à la structure psychique humaine, son impossible, sa limite même à pouvoir soutenir toute forme de subjectivé. Dans les *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* (1932, p. 82-83), Freud avait comparé le psychisme au cristal qui, lorsqu'il se brise sous l'effet d'un choc, ne se casse pas de n'importe quelle façon, ses brisures suivant des tracés certes jusqu'alors invisibles, mais prédéterminés par sa structure même. La maladie mentale serait ainsi la rencontre d'un choc accidentel et d'un psychisme formé de tracés secrets susceptibles de constituer des lignes de fracture pour ce choc. Si l'on va jusqu'au bout de ce que suggère cette image, l'on peut entendre que chaque cristal est unique dans sa forme mais obéit à une structure commune qui en fait précisément un morceau de cristal et pas de tout autre minéral. Nous sommes ici bien proches du concept de troumatisme de J. Lacan, troumatisme tenant bien plus à la structuration de l'inconscient « comme un langage », qu'aux aléas individuels de sa constitution chez chacun.
Vu du point de vue de l'après-coup de ce moment traumatique, il n'y aurait rien d'autre à dire que cette implosion de l'être dans le dérobement de sa demeure (H. Maldiney, 1975) et dont l'on fait rétroactivement, par déduction du présent déficitaire dans lequel il laissait le sujet, un moment inaugural. Celui-ci est d'abord une fiction théorique nécessaire dont, a *posteriori*, il faut postuler l'existence pour rendre compte des phénomènes psychiques observés : un **être-égaré** dans sa présence à lui-même, à autrui et au monde que laisse le trauma, qui en sera, peut-être à jamais, « distordue » (L. Binswanger, 2002).

C'est avec un être qui se sait devenu étranger à lui-même qu'il faudra au sujet traumatisé dorénavant faire avec. La nécessité de penser une « ontologie de l'accident » tient chez C. Malabou à ce constat.

1.4. Les temps du traumatique : du moment traumatique à l'après-trauma

Si nous faisons bien du hasard notre destin, il est donc pour la pensée contemporaine des accidents que nous ne parvenons pas à faire nôtres, et c'est à ceux-là qu'elle s'est particulièrement intéressée.

---

[1] L M Villerbu : Après et avant, quand la victime parle. Une clinique psychologique dans les embarras de la victimologie et l'apport de la psycho-criminologie. *Journée d'étude, mai 2004, La Roche sur Yon, Institut Catholique d'Etudes Supérieures.*

L'attention s'est alors portée d'une part sur le moment traumatique, le moment inaugural du choc en ce qu'il relevait au plan phénoménologique d'une expérience singulière hors toutes normes communes, d'autre part sur les aménagements psychiques au long cours auxquels il contraignait le sujet.

Ce temps de l' « après-trauma » a été conçu, à l'opposé de l'après-coup freudien, non comme la confrontation du sujet à un retour du refoulé originaire ou d'événements sexuels infantiles problématiques, mais comme une clinique des essais de reconstructions entrepris par le sujet pour faire face à ses effets dévastateurs. Si l'on peut encore parler d'après-coup c'est alors au sens strict du terme selon une temporalité progrédiente et non plus régrédiente, ou régressive, comme dans le trauma névrotique, qui renvoie le sujet à son échec à avoir pu assumer le passage d'un stade sexuel infantile à un autre.

Pour cette pensée, le moment traumatique est un moment inaugural. Le trauma dont il est question delà de sa condition détruite, car le sujet ne sait que trop bien ce qu'il a été.

Admettons un instant, sachant que c'est une pure fiction scientiste, que, d'un point de vue métapsychologique, la question de « l'énigme » du trauma, ait été résolue et posons-nous celle de **l'après-trauma**, la seule qui au fond concerne le praticien ; car, ou le sujet, au sens organique du terme, en est revenu, où il y est resté, et la rencontre avec la mort n'a pas été qu'une image. L'on n'a jamais affaire qu'à des survivants.

C'est alors toujours aux conséquences de l'expérience traumatique que nous sommes confrontés et non à l'expérience traumatique elle-même, si tant est qu'on puisse la qualifier d'expérience ; conséquences au sens de ce qu'il en reste et du comment faire avec ce reliquat.

Qu'il en reste quelque chose va à l'encontre de l'idée de néant et de néantisation trop vite avancée par certains auteurs (J. Roisin, 2010) : le rien est rien et le trauma n'est pas rien, il est ne serait-ce qu'un moment d'effroi, *a minima* donc, un affect, ou sans doute plus justement une manifestation de révolte du corps : car si ce que réalise l'effroi est une suspension, un gel de la métamorphose, de l'effondrement ou du basculement du monde, il représente une forme de résistance à sa destruction, à son basculement… En cela il s'y oppose de toutes forces en maintient malgré tout, à la fois le monde et un mode de présence à celui-ci, ne serait-ce que sous la forme réduite d'une image figée que l'on peut regarder, même fasciné. Elle n'est pas néant mais au contraire **trop-plein** d'un basculement ou d'un déchirement du monde ou, plus exactement, de notre impuissance intérieure à ne pouvoir le tenir et le maintenir dans son intégrité et sa cohérence ; et, au contraire d'un vécu de perte qui en résulterait, c'est de la persistance, et la conscience douloureuse qui en résulte de ce qui n'est plus et ne sera plus jamais, mais est encore là dans les ruines qu'il a laissées.

A l'encontre des positions affirmant que l'image traumatique pénètrerait sans résistance au plus profond du psychisme où elle se fixerait à ses couches les plus archaïques, il semble impossible que celui-ci n'y oppose aucune résistance ; ce que Freud avait d'ailleurs mentionné en relevant que l'urgence à laquelle l'énergie psychique devait répondre immédiatement, était de lier ce matériel, comme l'a souligné plus récemment C. Garland (2001) :

> La difficulté centrale propre à un désastre réside, je crois, en ce point précis ; l'intensité de la lutte entreprise pour gérer un déluge de matériel non assimilable en l'absence d'un appareil pour penser lie

> le matériel, avec force, précisément à ce qui a été relâché par l'effondrement des barrières et des structures internes. En créant des liens avec ce qui existe déjà, en joignant ce qui fait irruption à un trait ou à une fonction existante du psychisme, le moi tente de créer une fois de plus des structures permanentes dans lesquelles son fonctionnement est possible. [1]

Il faudrait ainsi ajouter à cette définition son envers et soutenir que ce qui fait trauma (ou plutôt syndrome psychotraumatique), c'est la résistance à une pénétration, et non uniquement la pénétration elle-même[2] ; ou encore, que c'est sur le mode de l'effraction que cette résistance tente de se constituer. Au reste, l'effraction est une image qui se soutient d'une certaine représentation de l'appareil psychique comme vésicule, dont la dimension métaphorique a été signalée par Freud, probablement dans une assimilation non consciente du psychisme à ce que l'on supposait en être le lieu principal, le cerveau, et son anatomie : comme lui, le psychisme serait, un corps entouré d'enveloppes protectrices.

L'homme s'y découvre fini, au sens de la finitude : il y découvre une limite inhérente à sa condition. Cette finitude n'est pas, sinon par métaphore, la mort, mais la découverte dans l'effroi ou la panique d'avoir franchi sa propre limite, d'être passé sans s'en rendre compte dans une sorte d'au-delà de sa condition, d'un autre côté dont il ne soupçonnait pas même l'existence. La conscience de cette limite ne naît pas de la rencontre d'un mur, d'une frontière, d'un quelconque point de butée, mais de son au-delà, des effets de son franchissement. La limite survient dans l'après-coup d'avoir été passée et elle réside non dans la perte de son illusion d'immortalité, mais dans suspension toujours possible et irrémédiable de tout projet. Peut-être serait-il plus juste de parler de vacuité de tout projet en tant qu'il engage l'avenir. C'est la possibilité d'advenir, de se projeter qui est outrepassée, et la limite en cause est celle inhérente à tout projet de monde, au sens phénoménologique. Tout projet est **pari**, pari sur soi, le monde des valeurs… ; d'où **la tentation létale**, tentation de s'abandonner à l'absence de projet. Il n'est pas fortuit que V. Frankl (1959) ait conçu, dans le prolongement de son expérience concentrationnaire, les « névroses noogènes », provenant de « l'absence de raison de vivre » (1959, p. 101).
La limite en cause n'est pas néant mais au contraire trop-plein de l'expérience de dérobement ou de déchirement du monde ou, plus exactement, de notre impuissance à pouvoir encore le soutenir et le maintenir dans son intégrité et sa cohérence ; et, à l'opposé d'un vécu de perte, il en résulte la conscience douloureuse de ce qui n'est plus et ne sera plus jamais à travers les ruines qu'il a laissées.

L'on ne rencontre ainsi jamais le trauma mais ses retombées. Mais encore faut-il un cadre particulier pour prêter à un certain type d'événement un tel pouvoir disruptif. « Parler trauma » (comme on parle boutique) c'est déjà être dans un registre institutionnel de gestion des troubles, postuler un trauma c'est initier une possible reconstruction : c'est une politique et à ce titre cela a des effets, de même que récuser le pouvoir traumatique, en soi et pour soi, d'un événement en a d'autres.

---

[1] C. Garland (2001) : *Comprendre le traumatisme*, Editions du Hublot, Larmor Plage, p. 29.
[2] Déjà, une fracture osseuse ne procède pas d'un autre mécanisme : il n'y a fracture que parce que l'os a résisté… jusqu'à son point de rupture. S'il n'avait pas résisté, que serait-il advenu ? : il se serait désagrégé.

Le trauma d'après-trauma n'est donc pas le trauma du moment traumatique, il ne ressortit pas à la psychopathologie, mais relève des dispositifs institutionnels susceptibles de lui donner corps : il n'est d'après-trauma que dans les tentatives de reconstruction qui lui permettent (ou non) de s'incorporer, au sens de lui prêter existence, de faire, au moins transitoirement, office de suppléance aux formes morbides d'existence qu'il a engendrées : l'on n'observe jamais ici que les effets en retour des offres de rencontres promues, ou plus exactement la résultante de la manière dont s'en saisit le sujet traumatisé. C'est, nous le verrons dans la partie suivante, la dimension transférentielle/contre-transférentielle qui est en jeu. Le « trauma sous transfert », pour reprendre l'expression de F. Lebigot (2006), n'est pas le trauma du supposé moment traumatique, tout comme le récit d'un rêve par le rêveur est autre chose que le rêve rêvé lui-même (H. Maldiney, 1973). Et O. Douville (2003) ne dit pas autre chose quant il affirme que « du choc au trauma… il y plus d'un temps ».

Le premier et le plus essentiel de ce reste de l'expérience traumatique est sans doute, si l'on suit Freud jusqu'au bout de sa pulsion de mort comme nous l'avons tenté, ce que nous avons dénommé la « tentation létale », la tentation de se laisser aller à ce à quoi nous invite le trauma : l'abandon de soi-même. D'où le problème, d'ordre ontologique, posé du survivant : comment lutter contre la fascination qu'exerce désormais sa propre mort, et quelles nouvelles modalités d'existence inventer en retour ?

C'est à ce point que l'après-trauma est une autre épreuve, à l'issue incertaine, dont la notion de trauma ne saurait rendre compte, puisque tel n'est pas d'abord son objet. C'est ce pourquoi, comme l'a proposé L. Crocq (2003a), est-il plus pertinent de parler de « syndromes psychotraumatiques » que de trauma ou de traumatisme, parce que la clinique en cause est celle des tentatives développées par le sujet pour en résorber ou contenir les effets ; quant au caractère pluriel de l'expression, il se justifie de ce que les formes ne peuvent qu'en être variables au gré des particularités de chaque événement ainsi que ses capacités propres d'y faire face. Et il a bien fallu à C Barrois inventer un trauma qui n'en était pas un (le traumatisme second) pour rendre compte de ce que cet après trauma avait partie liée aux conditions qui lui étaient faites à son « retour ».

L'après-trauma ne tient qu'aux conditions internes/externes de réinscriptions offertes à l'être traumatisé. Sur d'autres références que la psychopathologie, celle notamment offertes par les témoignages, cet « après » s'est fait « survivance » ; et, du côté de la victimologie, ont pu être inventés les termes de victimisé ou de victimé. L'intérêt de telles approches est qu'elles déplacent les enjeux vers des questions relatives aux issues possibles à l'après-trauma et qu'elles mettent l'accent sur la dimension inéluctablement sociale de toute reconstruction, le ré accès à la subjectivité étant en même temps ré accès à l'intersubjectivité. C'est le sens notamment des travaux de C. Damiani analysant le processus judiciaire et les multiples aléas de son intériorisation par le victimé. **Toute reconstruction engage la mise en jeu de dimensions normatives et axiologiques qui, pour être portées par chacun jusque dans son inconscient, n'en sont pas moins collectives et font de nous des citoyens : on ne peut se reconstruire que suivant les voies culturellement prescrites et partagées qui font de nous des sujets.**

Les problèmes que soulève l'après-trauma débordent donc de toutes parts ce que permet d'appréhender la notion de trauma, entendu comme « la rencontre avec le réel de la mort ». L'on en dirait de même de l'énigme de l'acte dans le passage à l'acte.

Il n'est d'ailleurs pas certain que ce modèle du trauma appréhende l'ensemble des modes de rencontre mortifères avec un événement ; et nous verrons plus loin (partie B et partie III) avec les problématiques victimales qu'il ne rend pas compte de toutes les configurations cliniques observables, entendues comme autant de tentatives de réinscription de l'être-traumatisé dans une présence restaurée à soi et à autrui. Au point que la clinique de l'après trauma nous invitera à repenser, en les diffractant, les modalités d'impact d'un événement, dont le trauma ne formerait qu'une des configurations possibles.

La nouveauté est aujourd'hui les formes collectivement conçues pour soutenir ce ré-être : la victimité dans ses multiples dimensions[1]. Il en va ici du registre proprement institutionnel de toute reconstruction : elle passe par les prescriptions collectives qui à la fois donnent sens à l'expérience et l'étayent.

C'est la leçon que l'on doit retenir de la victimologie clinique et de la psychotraumatologie : la dimension constitutionnellement politique du trouble ou de la souffrance, et de leur surmontement possible.

Conclusion

Cette partie, d'inspiration plus épistémologique/critique, nous a confirmé dans ce qui ressortait de notre historique, à savoir la multiplicité d'acceptions et la pluralité d'usages de la notion de traumatisme.

C'est cette polysémie, insuffisamment discutée, qui nous semble en grande partie responsable d'un ensemble de querelles à son propos, nombre des conceptions développées tendant de façon hégémonique à n'en retenir que leur seul abord et leur seule acception. Il en va pourtant avec le champ du traumatique d'une pluralité de questions et d'objets, chaque discipline, chaque modèle, chaque paradigme…, en ayant conçu chacun sa « chose traumatique ».

Nous avons cru pouvoir en trouver un exemple particulièrement significatif dans la controverse ayant opposé S. Freud à S. Ferenczi en l'analysant rétroactivement comme procédant d'un faux malentendu tant les deux hommes ne se référaient pas au même champ clinique : Freud, en délimitant celui des névroses de transfert, avait laissé en jachère tout un ensemble de configurations cliniques, dont celles de la « confusion de langue », que précisément Ferenczi avait mis au cœur de sa réflexion, ainsi que celle des névroses traumatiques chez l'adulte. Si le refoulement (C. Hoffmann, 1998) est bien au cœur de la construction freudienne, c'est, peut-on penser, l'emprise relationnelle qui l'est chez Ferenczi.

[1] Osons un anachronisme : n'était-ce pas ce qui manquait à Ferenczi, la possible judiciarisation des affaires d'inceste ou, plus justement, un étayage possible sur un interdit socialement affirmé ?

D'autre part, le prolongement de la réflexion freudienne sur la pulsion de mort imaginée par Freud à partir de la question des névroses traumatiques et de la répétition si singulière qui la caractérise, nous a donné accès à une dimension du traumatique, non comme rencontre du sujet avec sa propre mort, mais avec la tentation d'y céder ; d'où le dégagement d'une notion nouvelle, la **tentation létale** permettant de rendre compte d'une partie de la clinique psychotraumatique.

Nous avons ensuite abordé la question du hasard et du déterminisme dans la pensée freudienne et relevé qu'il pouvait exister deux formes majeures de déterminisme : les unes tenant à la singularité de toute histoire, les autres, à la structure même du psychisme. D'où la nécessité de penser, parallèlement au processus d'après-coup dans les névroses de transfert, une véritable ontologie de l'accident dans les névroses traumatiques, pour reprendre à notre compte l'expression de C. Malabou.

Enfin, nous avons pu relever que le terme de traumatisme pouvait renvoyer, tantôt à une réflexion métapsychologique relative à ce qui peut constituer le moment traumatique ou encore à ce qui peut faire trauma, tantôt à l'après-trauma, c'est-à-dire à la question des réaménagements psychiques à court, moyen et long terme à laquelle la rencontre, en tant qu'elle a fait trauma, convoque le sujet.

Des enjeux hétérogènes en ressortent qu'il importe dès lors de différencier et d'appréhender de façon indépendante.

Pour ce qui nous concerne dans ce travail, dont l'orientation se veut praxéologique dans la recherche de modalités spécifiques de prises en charge des patients victimés et psychotraumatisés, c'est bien évidemment à la question de l'après-trauma et de sa clinique, telle que nous venons d'en dégager les contours, que nous allons consacrer la suite de notre réflexion.

PARTIE B

- Chapitre 2 -

LE TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME

PLAN :

Introduction

2.1. L'après-trauma. Eléments pour une clinique de la victimité
- 2.1.1. La culpabilité, les culpabilités. Un travail de la culpabilité ?
- 2.1.2. Le travail de la honte
- 2.1.3. Les mécanismes de défense
- 2.1.4. La résilience
- 2.1.5. Eléments pour une approche psychodynamique du syndrome de répétition
- 2.1.6. La victime et le processus judiciaire
- 2.1.7. Le travail du pardon

Conclusion

2.2. Epreuves de réalité et travail psychique
- 2.2.1. Deuil et pathologie de deuil chez Freud
- 2.2.2. Du deuil au trauma

2.3. Le travail psychique de victime (TPV)
- 2.3.1. Un travail psychique à deux versants
- 2.3.2. La construction juridique de l'auteur et de la victime : culpabilité et responsabilité juridiques
  - 3.2.1.1. La responsabilité juridique
    - a) L'Imputation : qui a fait quoi ?
    - b) La Qualification : quoi est quoi ?
  - 3.2.2.2. La culpabilité juridique
    - a) La Réparation : qui doit quoi ?
    - b) La Condamnation : quoi coûte quoi ?

- 2.3.3. Le versant juridique du Travail Psychique de Victime
  - 2.3.3.1. L'imputation
  - 2.3.3.2. La qualification
  - 2.3.3.3. L'indemnisation
  - 2.3.3.4. La condamnation

- 2.3.4. Du plaignant au victimé : la construction subjective de l'auteur et de la victime
  - 3.4.1.1. La responsabilité psychique et les normes personnelles

a) De l'Imputation juridique aux Normes de vie personnelles
b) De la Qualification juridique à l'Ordre personnel du monde
3.4.2 2. De la culpabilité psychiques : engagements éthiques et valeurs personnelles
a) De la Réparation juridique aux Engagements existentiels
b) De la Condamnation juridique aux Idéaux et Valeurs essentielles

2.3.5. Des victimes sans auteur ?
2.3.5.1. L'imputation
2.3.5.2. La qualification
2.3.5.3. L'indemnisation
2.3.5.4. La condamnation

Conclusion : les 4 dilemmes constitutifs du TPV

Introduction

La question qui va nous occuper maintenant est donc celle de l'après-trauma. Formulons-la ainsi : l'événement a de toutes les façons, qu'il ait été traumatique ou non, **fait problème,** et nous l'appréhenderons désormais comme une véritable **épreuve**, celle impliquée par un impératif à ré-être, par la nécessité de recréer de l'existence avec, et malgré, la présence insistante et mortifère des ruines laissées qu'il a laissées : contre la tentation létale.

Il va s'agir dans un premier temps de recenser les principales approches développées par les auteurs pour tenter de rendre compte des processus psychiques en jeu dans cet après-trauma et des principales interrogations théoriques et cliniques qu'elles soulèvent, afin, dans un second temps de nous efforcer de les dépasser.
Pour ce faire, nous emprunterons à S. Freud la notion d'**épreuve de réalité** telle qu'il l'a développée à propos du deuil, pour en projeter les principes sur le champ du traumatique. Il en ressortira l'hypothèse d'un travail psychique exigé par cet après-trauma que nous nommerons le **Travail psychique de victime.** Avec ce terme, nous avons conscience d'aller à l'encontre de nos propres préconisations et il eut été en accord avec celles-ci de dénommer ce travail, « travail psychique de victimé » ; cependant l'expression nous a semblé quelque peu hermétique et par trop inélégante, d'où celle adoptée.

La nouveauté, nous l'avons vu, est aujourd'hui les formes collectivement conçues pour soutenir ce ré-être : la victimité dans ses multiples dimensions[1]. Il en va ici du registre proprement institutionnel de toute reconstruction : elle passe par les prescriptions collectives qui à la fois donnent sens à l'expérience et l'étayent. C'est la leçon que l'on doit retenir de la victimologie clinique et de la psychotraumatologie : la dimension constitutionnellement politique du trouble ou de la souffrance, et de leur surmontement possible.

[1] Osons un anachronisme : n'était-ce pas ce qui manquait à Ferenczi, la possible judiciarisation des affaires d'inceste ou, plus justement, un étayage possible sur des interdits socialement affirmés et leur transgression juridiquement sanctionnée ?

C'est pour cette raison que nous devrons faire un long détour par une analyse du processus judiciaire, afin de montrer qu'appréhendé comme un ensemble de processus de constitution des positions d'auteur et de victime, en termes de culpabilité et responsabilité juridiques, il ouvre à une intelligence possible des enjeux psychiques propres à l'après-trauma, celui-ci vu à partir d'une des modalités sociales collectivement privilégiée de restauration. La modélisation que nous en proposerons nous permettra en effet de mieux appréhender les difficultés que certains sujets victimés présentent durant le parcours judiciaire et au-delà.

Cependant nous verrons, qu'ainsi défini, le travail d'assomption et d'intégration de ses procédures que tout parcours judiciaire implique s'avère formellement similaire au travail psychique auquel, en raison de cette épreuve de réalité qu'a constitué l'événement, est confronté, ne serait-ce qu'un instant, tout sujet victimé. Car qu'il y ait procédure ou non, celui-ci se trouve mis en demeure de soutenir quatre dilemmes essentiels, constitutifs de ce que nous dénommerons désormais **le travail psychique de victime,** véritable équivalent d'un procès intérieur qu'il instruit en lui et pour lui, à charge et à décharge.

2.1. L'après-trauma. Eléments pour une clinique de la victimité

Comment les auteurs ont-ils rendu compte de ce qui se dessine comme un travail psychique particulier propre à l'après-trauma ? A l'aide de quelles notions ont-ils tenté de l'appréhender et de le formaliser ?

Nous allons voir que deux notions principales se partagent aujourd'hui le champ de cette clinique de la résistance psychique aux effets du trauma : la culpabilité principalement, et plus récemment la honte.

Mais nous devrons également aller voir du côté de la fonction psychodynamique des symptômes psychotraumatiques, notamment ceux répertoriés dans le syndrome de répétition, de celui de la rencontre entre victimes et justice dans une clinique du trauma second ou de la survictimisation, puis nous interroger sur une notion qui tend de plus en plus à faire référence pour nombre d'auteurs, la résilience, pour enfin faire un bref détour par celle de défense et enfin, de celle de pardon, en ce qu'elle apporte un éclairage original sur certains des processus en jeu.

En conclusion à ce recensement, nous dégagerons trois des principaux écueils présentés par ces différentes approches.

2.1.1. La culpabilité, les culpabilités. Un travail de la culpabilité ?

Evoquons d'abord les sentiments dits de culpabilité très souvent exprimés par les sujets et qui peuvent les amener à s'imputer tout ou partie de la responsabilité de la survenue de l'événement dont ils ont été victimes. Sous ce terme de culpabilité est en fait regroupé tout un ensemble d'observations hétérogènes renvoyant manifestement à des niveaux de fonctionnement psychique tout aussi divers (Damiani, 1997) :

- *les sentiments de culpabilité* explicitement exprimés par le sujet, donc non inconscients, consistant en des auto-reproches multiples quant à son comportement durant l'agression (ne pas avoir su se défendre, ne pas avoir été assez vigilant…), ou après (de manquer de la force nécessaire pour d'en sortir, d'y penser sans cesse…), voire même bien avant l'événement, selon le mécanisme décrit par L. Crocq sous le terme d' « illusion rétrospective » consistant en une réinterprétation de leur passé au regard de l'événement traumatique… ;

- *la culpabilité œdipienne* : elle représente pour F. Lebigot le mode de dégagement par excellence du registre du traumatique, l'angoisse de castration offrant une issue à l'angoisse de néantisation à laquelle le trama a renvoyé le sujet.

- *la culpabilité du survivant* qui a été pour la première fois observée et décrite chez les survivants des camps nazis [1]et que l'on peut retrouver, éprouvée de façon plus ou moins intense, chez nombre de victimes d'événements impliquant d'autres personnes.

- *la « culpabilité originaire »* liée au fait que le traumatisme a renvoyé le sujet au stade archaïque des premières expériences de jouissance, retour éprouvé comme une transgression majeure engendrant un vécu aigu de faute dont le sujet ignore l'origine (F. Lebigot, 2005).

Mentionnons également les réflexions de D. Cremniter (2004) qui s'attache, dans le prolongement des thèses de F. Lebigot et C. Damiani, à différencier la culpabilité et la faute : la première, revoie à l'imaginaire du sujet, expression d'un vécu de transgression (celle d'avoir vu ou entendu ce qui n'aurait jamais dû être), la seconde à l'éventuelle réalité d'une faute juridiquement sanctionnable chez l'un des protagonistes de l'événement. Il écrit ainsi : « A cette culpabilité imaginaire se rajoute la notion de faute réelle qui envahit la problématique du sujet, phénomène particulièrement en jeu lors de catastrophes accidentelles. » (D. Cremniter, 2004, p. 37) Ce à quoi il adjoint les formes de culpabilité empruntant des voies d'expressions autres, comme la projection sur autrui (au lieu d'une intériorisation) ou encore la recherche d'une faute chez ce dernier, et enfin le déni de toute culpabilité.

Ces différents registres de culpabilité sont analysés par les auteurs comme des tentatives de dégagement par le victimé de la toute puissance de l'auteur ou de l'événement auquel il a été confronté : se culpabiliser prend ici le sens d'un effort de réappropriation de l'événement en se donnant une place active dans sa survenue et/ou son déroulement. Les développements les plus achevés d'une telle position sont offerts par A. Ciccone et A. Ferrant (2009) sous le terme de « fantasmes de culpabilité », « scénarios reconstruits dans lesquels le sujet se désigne comme coupable du traumatisme qu'il subit ». Ils précisent :

[1] L'on trouve un recensement très complet des premiers travaux consacrés à cette culpabilité dans un article de M. Porot et al. (1985).

> Ces fantasmes ont une double fonction : d'une part, atténuer l'impact traumatique du traumatisme (le sujet devenant actif là où il subit passivement, et, d'autre part, rendre possible et rendre compte d'un mouvement d'appropriation (le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère qui s'impose à lui). On peut dire, en effet, que si le sujet est coupable de ce qu'il subit, s'il y est pour quelque chose, si l'événement est justifié, le traumatisme est alors moins traumatique, et il est par ailleurs, maîtrisé, contrôlé, car approprié par le sujet. [1]

C'est en ce sens que pour ces auteurs il faut penser un véritable « travail de la culpabilité » en ce qu'elle « impose un travail psychique » et représente en elle-même « un travail psychique » (p. 97).

Nous y reviendrons, mais l'on ne peut qu'être frappé, et gêné, de la multiplicité des significations accordées à la notion de culpabilité.

2.1.2. Le travail de la honte

Si l'on considère le peu d'intérêt que Freud et la psychanalyse de son temps ont porté à la honte, la publication ces dernières années de plusieurs ouvrages lui étant spécifiquement consacrés ainsi que d'un nombre conséquent d'articles y faisant référence, prend alors sens d'un événement dont il convient d'abord d'esquisser de quoi il peut bien être le signe.

Certes tous les auteurs relèvent que Freud s'est très peu intéressé à la honte et qu'il l'a très clairement située, dans le cadre des *Trois essais*, du côté des processus de formation du sur-moi ; mais que, parallèlement, il y avait eu recours de loin en loin, dans des perspectives sensiblement différentes et très certainement en lien avec le développement du concept de narcissisme, sans pour autant y consacrer une véritable réflexion.

L'on peut penser que les avancées métapsychologiques qu'a connues la question aujourd'hui devenue centrale du narcissisme ne sont pas sans rapports avec l'importance nouvelle accordée à la honte, et que celle-ci trouve, dans son cadre, une place et un sens bien plus importants qu'elle ne pouvait en avoir dans celui de la formation du sur-moi, où la culpabilité, en lien avec le refoulement, tenait, si l'on peut dire, toute la place. Cela a conduit à la distinction du Sur-moi et de l'Idéal du moi, la culpabilité étant par la plupart des auteurs rapportée au premier, la honte au second.

C'est dans cette ligne théorique que se situent clairement de nombreux travaux, dont celui récent de C. Janin (2007) dont le projet explicite est de « proposer les bases d'une véritable métapsychologie de la honte » (p. 25). L'auteur d'ailleurs conteste cette opposition Sur-moi/idéal du moi et argumente pour celle entre « honte primaire » et « honte secondaire », sur le modèle freudien de l'angoisse tel qu'il est développé dans *Inhibition, symptôme et angoisse*.

Les champs cliniques de la honte

Mais ce n'est pas à proprement parler aux questions métapsychologiques soulevées par la honte qui nous intéresseront dans ce chapitre que les raisons d'ordre clinique ayant conduit un nombre croissant de praticiens à s'y référer. Quels usages en est-il fait que d'autres notions bien plus classiques et éprouvées n'autorisaient pas, et quelle(s) place(s) tient-elle par rapport à celles-ci ?

---

[1] A. Ciccone et A. Ferrant (2009) : *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod, p. 98.

Car ce qui frappe, au moins chez des auteurs d'ouvrages comme S. Tisseron (1992), D. Scotto di Vettimo (2006), A. Ciccone et A. Ferrant (2009)… et, dans un autre registre, V. De Gaulejac (1996), ou encore d'articles comme celui de G. Briole (1998) ou de M. Selz (2006) pour ne citer que ceux-là, est la perspective essentiellement clinique dans laquelle ils se situent, suivant laquelle ils s'efforcent d'appréhender et de décrire des registres d'expérience, des configurations cliniques, des parcours de vie, etc., dont ni l'angoisse ni la culpabilité ne sont à même de restituer les particularités.

Evoquons brièvement le champ clinique de la honte tel qu'il se présente chez ces auteurs. Deux grands axes en ressortent :

- celui des expériences traumatiques et de leurs retombées : inceste familial, traumatisme sexuel, exil chez Scotto di Vettimo ; survivance des camps, torture, violences familiales chez Tisseron; inceste et incestualité, traumatismes chez Ciccone et Ferrant, etc.
- celui des humiliations sociales et de l'exclusion : illégitimité, rejet, déchéance, exclusion chez De Gaulejac ; handicap et maladie chez Ciccone et Ferrant ; secrets familiaux chez Tisseron, etc.

Quelle que soit la thématique abordée, clinique du traumatisme ou clinique de l'exclusion, elle renvoie toujours à une expérience extrême de relation à autrui : dans le premier cas l'autre est en nous, et nous en sommes devenus perméables, dans le second, la distance est telle que nous sommes perdus à l'autre, faute, de pouvoir encore le rencontrer : à l'être exilé de lui-même fait pendant un être exclu de sa communauté. C'est cet ensemble apparemment protéiforme, que l'on se gardera d'assimiler prématurément au champ des états limites, qui semble constituer le fond clinique justifiant leur recours à la notion honte, dans une acception plus clinique et phénoménologique que métapsychologique, ainsi que dans sa mise en parallèle et en contraste avec la culpabilité, comme si le champ clinique que cette dernière occupait devait être dédoublé en honte et culpabilité pour pouvoir rendre compte de l'ensemble des données cliniques.

La dimension d'altérité des expériences de honte

Qu'appréhende donc la honte que ne saurait le faire la culpabilité ? C'est à J.-P. Sartre (1943), dans *L'être et le néant*, que l'on doit la démonstration que toute expérience de honte est une certaine expérience d'autrui, quand bien même il est intériorisé : « la honte dans sa structure première est honte *devant quelqu'un* » (p. 265) Il ajoute :

> Je viens de faire un geste maladroit ou vulgaire : ce geste colle à moi, je ne le juge ni ne le blâme, je le vis simplement, je le réalise sur le mode du pour-soi. Mais voici tout à coup que je lève la tête : quelqu'un était là et m'a vu. Je réalise tout à coup toute la vulgarité de mon geste et j'ai honte. Il est certain que ma honte n'est pas réflexive, car la présence d'autrui à ma conscience, fût-ce à la manière d'un catalyseur, est incompatible avec l'attitude réflexive : dans le champ de ma réflexion je ne puis jamais rencontrer que la conscience qui est mienne.. Or autrui est le médiateur entre moi et moi-même : j'ai honte de moi tel que j'apparais à autrui… La honte est, par nature, reconnaissance. Je reconnais que je suis comme autrui me voit. [1]

[1] J.-P. Sartre (1943), p. 266.

La honte est, pour Sartre, expérience d'un « pour-soi pour-autrui ». Et c'est bien cette dimension d'altérité qui est omniprésente dans la honte : elle peut être contagieuse et ne pas être le seul apanage de celui qui la vit ; l'on peut faire honte à quelqu'un, éprouver de la honte pour un autre ; l'on peut être honteux de se voir être vu, comme avoir honte de ce dont l'on a été le témoin passif. Scotto di Vettimo ne dit pas autre chose :

> En tant qu'éprouvé narcissique, la honte serait plus pernicieuse et plus coûteuse pour l'économie et la dynamique psychique du sujet, car elle révèle une véritable défaillance de l'appareil moïque, une perte de contrôle des fonctions défensives du moi, devant témoin. Ce qui devait être caché, maintenu intime, est brutalement dévoilé et montré. Alors que la culpabilité vient, dans une perspective classique, du rapport à la loi, de l'éventuelle transgression de cette loi et de la peur de la sanction. En ce sens, elle se réfère surtout à des exigences verbales, des interdits et des critiques. Au contraire de ce qui se passe dans la culpabilité qui est facilement confiée, la honte « fait honte » et entraîne le sujet à se taire. A la monstration de la culpabilité dans un but d'expiation, s'oppose la honte comme renvoyant le sujet à lui-même, à l'image qu'il a de lui-même et à celle qu'il imagine que les autres ont de lui. [1]

La honte parle donc de ce que ne peut approcher la culpabilité, - d'un anéantissement- là où cette dernière, selon Freud, une fois intériorisés les interdits familiaux et sociaux, reste une affaire entre soi et soi. La culpabilité maintient le lien à soi-même, et, à travers soi, à autrui ; elle reste une forme de présence, certes douloureuse car elle peut impliquer des formes particulièrement rigoureuses de soumission aux exigences du sur-moi, y compris des conduites d'expiation, d'échec… : elle fait un être certes névrosé, mais un être malgré tout. Ce pourquoi S. Tisseron fait de la culpabilité une issue positive possible à la honte.

Hontes et honte : les deux faces de la honte

La clinique de la honte, telle qu'elle s'observe dans les problématiques traumatiques et d'exclusion, apparaît toujours double. Ainsi pour S. Tisseron, elle a toujours deux faces :

> La honte a donc toujours deux significations opposées qui s'affrontent en proportions variables selon les personnes, les actes et les situations : une signification tragique et une signification rédemptrice. Dans la première, la honte est le signe vécu de la marginalisation : celui qui l'éprouve s'est déjà en quelque sorte retranché du genre humain. Dans la seconde, au contraire, la honte est le signe que le divorce avec l'humain n'est pas encore consommé : ressentir la honte, c'est éprouver que l'on n'est pas totalement passé de « l'autre côté », là où la honte serait nommée par les autres sans plus être éprouvée par soi. [2]

Il écrit également :

> L'individu se réunifie, mais comme sujet indigne. Pourtant cette indignité même concourt, à sa façon, à la re-socialisation. En effet, en reconstituant son identité du point de vue du regard d'un autre, l'individu s'affirme solidaire des valeurs qui fondent le groupe. C'est au nom de cette solidarité qu'il en est retranché. La honte assure l'individu d'une place dans le groupe tout en l'obligeant à la laisser temporairement vide. Ainsi se révèle une contradiction essentielle de la honte : structurante par certains aspects, elle est déstructurante par d'autres. [3]

---

[1] D. Scotto Di Vettimo (2006), p. 179-180.
[2] S. Tisseron (1992), p. 79.
[3] *Ibidem*, p. 57.

D. Scotto di Vettimo quant à elle, évoque son expérience comme étant fondamentalement paradoxale, car elle « permet à la fois de se maintenir comme sujet » et « à la fois ramène celui qui la subit à une impossibilité de la refouler » (p. 29). Elle ajoute :

> D'un point de vue génétique, l'histoire de l'apparition de la honte se décompose en deux temps : le temps du traumatisme serait vécu sans que n'apparaisse de vécu de honte. Le modèle classique d'un tel vécu est l'événement traumatique en tant que tel ; l'apparition de la honte surviendrait dans l'après-coup, lorsque –dans la pénombre psychique- le sujet se remémore les faits. Tout se passe comme si, tourné vers lui-même et ressassant la situation traumatique, il essayait de l'inscrire dans son expérience psychique. Enfermé dans des images -déjà morbides- qui dévoilent le spectre du futur trauma, le sujet est réduit au silence, au vide de la pensée et à un étrange sentiment de paralysie interne. Face à cette réalité ressentie de plus en plus insupportable, l'apparition de la honte dans l'après-coup marque une tentative conjointe de penser le trauma et de continuer à s'éprouver comme sujet… Or, c'est précisément dans cette dynamique d'apparition de la honte qu'il est capital d'y comprendre la tentative du sujet d'une réappropriation de sa subjectivité. [1]

Dans ce second temps, la honte permet au sujet de se ressentir honteux, d'où une « honte de la honte ».

Quant à Ciccone et Ferrand, ils font la même observation : « La honte signe un rejet hors de la communauté mais elle est aussi, en contrepoint, ce qui permet de renouer le lien intersubjectif » (p. 72).

C'est ce que S. Amati avait déjà relevé au long du processus thérapeutique avec des sujets torturés :

> Je considère que les sentiments de honte sont un autre signal de la résistance que le moi oppose à la corruption qu'on a voulu lui imposer […] Dans ces processus psychothérapeutiques, les sentiments de honte apparaissent quand le patient est en train de sortir de sa symbiose avec le monde concentrationnaire qui l'a occupé, au moment où le patient récupère le sentiment de pouvoir choisir son propre comportement et se rendre à l'évidence des aspects de sa propre passivité, d'avoir accepté ce qu'il ne voulait pas. [2]

Et elle poursuit :

> Dans des processus thérapeutiques de longue durée, j'ai perçu l'existence de « paliers » dans l'élaboration de la honte, comme si, progressivement, certains sentiments de honte intolérable laissaient place à d'autres sentiments de honte intolérables. A mesure que chaque expérience est élaborée et située dans son contexte particulier, on voit surgir d'autres niveaux de l'expérience pénible que l'on a essayé de refouler. Les « paliers de la honte » sont propres à chaque patient et dépendent de la structure de sa personnalité et de sa hiérarchie de valeurs propres. Les sentiments de honte qui surgissent en premier sont ceux qui sont liés à la « perte de la face », à la perte de l'image qu'on s'est donnée de soi-même dans le contexte social naturel : par la suite se dévoile la honte devant les situations honteuses pour lesquelles le Moi de la victime n'avait pas d'anticipation ou prévision possible. [3]

On le constate, toutes ces propositions soulèvent un même problème : celui de rendre compte de ces deux dimensions, honte tragique et honte rédemptrice, honte éprouvée et honte non

---

[1] Scotto Di Vettimo, *op cit*,, p. 171.
[2] Silvia Amati (1989) : Récupérer la honte, In J. Puget, R. Kaës et coll., *Violence d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod, p. 118.
[3] S. Amati , *op. cit.*, p. 120-121.

éprouvée, honte « signal d'alarme » et honte symptôme (S. Tisseron, 1992), etc. par une seule et même notion, celle précisément de honte. Car la honte y est donnée comme issue à la honte, à la fois problème et solution. Le paradoxe résidente peut-être moins dans les propriétés de la honte en soi et pour soi, que dans le manque d'une notion qui rendrait compte de ce qu'il semble exister une honte non-honte, ou bien une expérience honteuse sans affect honteux éprouvé. Et c'est là que l'on peut rejoindre C. Janin (2007) avec l'idée d'une « honte primaire », ou encore concevoir une honte inconsciente comme il existe une culpabilité inconsciente qui n'a que bien peu à voir avec l'affect du même nom.

Il faudrait trouver un terme pour dire que la honte de la honte n'est pas la honte, tout comme une honte non éprouvée ne peut être qualifiée comme telle : c'est de son absence dans les deux cas qu'il s'agit. Mais que peut être le négatif de la honte, comment nommer sa défaillance, ou son abolition ?

C'est précisément ce que s'attache à différencier M. Selz (2006), ou encore C Habib (1992) lorsqu'il écrit :

> La crainte d'être vu, la crainte de s'exposer à la honte n'est pas une peur comme les autres : son contraire n'est pas le courage, mais le dévergondage… La pudeur se distingue donc de la crainte, n'étant la crainte de la honte ; et du même coup, elle se distingue de la honte : la honte est ce qui la borde. La honte sanctionne l'échec de la conduite pudique. L'on ressent de la honte, c'est qu'il s'est produit, chez soi ou chez un autre, un manquement à la pudeur. Celle-ci n'a pas suffi à régler les cours de l'échange, un accroc s'est produit. La honte est toujours disqualification de la pudeur, la preuve qu'elle n'a pas suffi. Du point de vue de la pudeur, la honte est un état limite et presque une pathologie : d'ailleurs on est saisi par la honte tandis qu'on est seulement retenu par la pudeur. La honte interdit le geste, la pudeur l'infléchit. L'une fige, l'autre freine. [1]

Alors, si l'accès à la honte est signe d'une réémergence à la pudeur, d'une intimité retrouvée, même si cette honte montre qu'il y a quelque chose à cacher de honteux, elle marque la restauration d'une limite, donc d'une subjectivité : la réapparition de vécus de honte signe la reconquête d'un espace intime.

Autre versant possible de l'expérience victimale, ou autre modalité conceptuelle de théoriser les mêmes processus ? Dans tous les cas la honte ouvre à de nouvelles perspectives cliniques en mettant l'accent sur la dimension d'altérité.

Tout concourt à penser qu'il existe bien un **travail de la honte**, au sens d'un essai de restauration de la pudeur dont les éprouvés de honte sont le signe. Quant à la perte de la pudeur dont elle constitue un premier moment de restauration, elle apparaît comme essentielle dans la clinique des configurations psychotraumatiques : elle ouvre une voie, très différente de la culpabilité, à leur compréhension, et à plus forte raison quand elle est « muette » et ne s'exprime dans aucun affect.

Cela n'est à la réflexion guère étonnant pour autant que l'on mette en parallèle cette clinique de la honte chez les victimés avec ce que l'on sait aujourd'hui des modes opératoires de certains agresseurs : elle représente, du côté de ceux-ci, une véritable stratégie d'instauration et de maintien d'une emprise (L.M. Villerbu, 1993, 1994). Puisqu'elle fait de celui qui la vit un étranger à sa communauté, elle joue un rôle actif dans la création de cet espace/temps discret dans lequel se réalisent les abus. Chez l'abuseur d'enfants notamment, la honte est un implant, travaillé, alimenté,

[1] C. Habib (1992) Préface, *Revue Autrement*, p. 9.

qui tient son efficacité à ce qu'elle isole d'une part le victimé de son univers familier de références et, d'autre part, le coupe de sa réalité intime. De ce point de vue, elle suggère une relecture des notions ferencziennes d'identification à l'agresseur et d'introjection de la « culpabilité » de celui-ci par l'enfant ainsi doublement abusé.

2.1.3. Les mécanismes de défense

Par contraste avec le champ psychanalytique qui en fait un usage abondant, la notion est très peu, voire pas du tout, usitée en victimologie et en psychotraumatologie, où celle de stratégies de survie, ou équivalent, lui est préférée.

Il est vrai que même si son domaine a été étendu par certains auteurs à des modalités de défense contre des dangers externes, voir même à certains mécanismes adaptatifs[1], elle semble bien plus pertinente à la place que lui avait donnée Freud en lien avec les conflits internes, pour désigner les « procédés dont se sert le moi dans les conflits susceptibles d'aboutir à une névrose » et à l'analyse dont ils doivent faire l'objet dans le cadre de la cure.

Cela n'est guère étonnant car dans la clinique des sujets psychotraumatisés ou victimisés, ces mêmes mécanismes sont la plupart du temps appréhendés, non comme des résistances aux progrès de la thérapie mais au contraire comme des modes de restauration d'une subjectivité effractée et plus ou moins en ruine. C'est ce que nous venons de relever concernant la honte et la culpabilité.

L'on doit malgré tout mentionner ici les apports de Ferenczi à la clinique de la confusion de langue, notamment avec les notions de déni, clivage, identification à l'agresseur…, dont nous pensons avoir déjà montré qu'elles relevaient d'un travail de cette nature, à la condition de les appréhender, non comme des modes de défense à l'égard d'un conflit interne, mais comme des modes de résistance contre un agresseur intériorisé de force.

2.1.4. La résilience

Une notion s'impose depuis quelques années en référence à la capacité de certains sujets à résister ou surmonter des expériences extrêmes et à faire montre, en d'autres termes, d'étonnantes aptitudes « auto-thérapeutiques » : la résilience.

La notion tient son origine à un changement de perspective fondateur et heuristique dans l'approche des retombées des événements traumatiques sur ceux les ayant traversés (M. Anaut, 2003). Traditionnellement appréhendés et analysés dans leurs effets vulnérabilisants, il s'agit au contraire avec la résilience de mettre en exergue les issues positives que certains parviennent à trouver, en eux-mêmes et dans leur environnement, pour se dégager du trauma, voire tirer de la catastrophe une substance positive, sinon un enrichissement.

La résilience se présente ainsi comme l'envers des conceptions du trauma comme expérience destructrice irréversible, et il y a de façon sous-jacente à la notion une forme de philosophie de vie

[1] L'on peut se référer sur cet usage du concept et ses évolutions au très complet ouvrage de S. Ionescu, M-M. Jacquet, C. Lhote (2005) : *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Armand Colin, Paris.

positive selon laquelle par exemple « tout ce qui ne tuerait pas renforcerait », ou qu'« il ne faudrait jamais abandonner la lutte car la résilience peut toujours survenir », ou encore que « le bonheur est toujours possible » pour reprendre le tire d'un ouvrage grand public (S. Vanistendael et J. Lecomte, 2000) ; ou bien que, par exemple, les victimes d'inceste ou de maltraitance auraient le choix « entre le passage à l'acte et l'innovation culturelle» (B. Cyrulnik, 2001, p. 172).
Les analyses biographiques de « résilients » célèbres ou anonymes s'attachent d'ailleurs à apporter des illustrations convaincantes à ces principes et sont supposées nous enseigner, par l'exemplarité de leur parcours, qu'il est toujours possible de « s'en sortir », malgré tout.
Il y a incontestablement une dimension moraliste dans la résilience, dans cette idéologie valorisant le potentiel individuel de chacun, ses capacités créatives face à l'adversité, se voulant faire pendant aux conceptions jugées « catastrophistes » et pessimistes du trauma.

Certains auteurs comme M. Lemay (2002) ont singulièrement relativisé cette vision quelque peu idéalisée de la résilience en relevant qu'elle avait un coût qui peut dépasser de beaucoup les éventuels gains que l'on peut retirer d'une expérience traumatique, si tant est d'ailleurs que ce coût et ces gains relèvent d'une même échelle des valeurs, ce dont l'on ne peut que douter. La plus grande prudence est donc de mise pour qualifier de résilient un comportement ou une défense, et les exemples souvent cités de Primo Levi et Bruno Bettelheim, qui tous deux ont mis fin tardivement à leur vie après avoir semblé offrir des exemples de vie résiliente, l'attesteraient.
C'est aussi ce pourquoi, peut-on penser, S. Tomkiewicks nous prévient du risque d'un détournement idéologique de la notion qui consisterait à renvoyer chacun à sa responsabilité personnelle et à minimiser, voire occulter, les rôles pourtant essentiels du macro-environnement (et ses effets très concrets sur les souffrances psychiques individuelles), des politiques sociales et plus globalement de la reconnaissance et de la solidarité à l'égard des victimes. Au reste pour cet auteur, la résilience semble bien plus relever d'une éthique professionnelle que d'une capacité individuelle : « Bienveillance, empathie, recherche systématique des aspects positifs, aide à l'émergence des capacités latentes, valorisation des ressources individuelles et communautaires…, espoir que des progrès restent toujours possibles. »[1]

Le problème est, qu'à cette logique, l'on est n'est pas loin de devoir assimiler la résilience à toutes formes possibles d'adaptation ou de survie, qu'elles soient ou non réprouvables par la morale et la loi ou encore jugeables pathologiques par la psychologie ; la résilience tend ici à se confondre avec les « pulsions de vie », y compris certaines formes de répétition, du moment que cela témoigne encore d'une lutte contre la « pulsion de mort ». Car dans cette logique qu'est-ce qui autorise à dire pathologique un déni prolongé ou plus généralement des formes de défenses amoindrissant les capacités d'adaptation et de souplesse psychique d'un sujet, s'il n'a eu d'autres ressources que celles-là et a su mettre à profit les seuls moyens qu'il avait à sa disposition ? Qu'est-ce qu'être non résilient, sinon mourir ?

[1] Tomkiewicz (2001) : Du bon sage de la résilience, cité par J. Lighezzolo et C. De Tichey (2004) : *La résilience. Se (re)construire après un traumatisme*, Editions In Press, p.139.

B. Cyrulnik pourtant, s'efforce de différencier stratégies adaptatives et stratégies résilientes, seules les secondes pouvant être considérées comme véritablement positives : « Les facteurs d'adaptation ne sont pas des facteurs de résilience puisqu'ils permettent une survie immédiate mais arrêtent les développements et préparent souvent une cascade d'épreuves. » (B. Cyrulnik, 2001, p. 199).

Mais comment apprécier la dimension résiliente ou « simplement » adaptative d'une défense ou d'une stratégie, quand les mêmes défenses et les mêmes stratégies peuvent être classées dans les deux catégories selon les sujets et, chez chacun, selon le moment de leur parcours existentiel auquel ils les développent ?

Bien souvent il en est proposé une définition tautologique, comme celle qui fit dire à Binet que l'intelligence était ce que mesurait son test ; mais au moins avait-il, lui, un outil de mesure autorisant les comparaisons entre sujets…

Car l'on aura beau multiplier les exemples de fonctionnements affirmés d'évidence résilients, quand la résilience fonctionne, l'on en est réduit à des hypothèses littéralement invérifiables sur ce qu'elle est et comment elle opère, parce que rien ne peut venir les contredire (les falsifier aurait dit K. Popper). Ce d'autant plus qu'il ressort des études menées qu'un sujet « résilient » ne l'est pas de face à toutes formes de situations extrêmes ; la résilience n'est pas l'équivalent d'un facteur G.

Seul l'échec, la panne, la pathologie, peuvent nous enseigner, en creux, par déduction, ce qui est nécessaire à un fonctionnement normal ; raisonnement que le même auteur tient pourtant quelques pages plus loin quand il écrit : « A coup sûr, les déterminants génétiques existent puisqu'on décrit actuellement sept mille maladies génétiques. Mais ils ne « parlent » que lorsque les erreurs héréditaires empêchent la poursuite des développements harmonieux » (p. 42)

Allons jusqu'au bout de cette logique, la seule qui permette d'apprécier de l'importance d'une aptitude, d'un processus, d'un mode défense…, celle de la méthode pathologique. La résilience ne « parle » que quand elle se tait et ce ne peuvent être que ses impasses qui nous enseignent, en creux, de quels processus elle se soutient.

Quant aux conditions d'acquisition de cette capacité de résilience, elles tendent à se confondre avec le développement normal de l'enfant, l'accent étant particulièrement mis sur le lien d'attachement à la mère, dans le prolongement des travaux de Bowlby, Spitz, etc.[1] sur les liens précoces mère-enfant. A la question de l'acquisition de la résilience Cyrulnik répond :

> A cette question je répondrai que le façonnement précoce des émotions a imprégné dans l'enfant un tempérament, un style comportemental qui lui a permis lors de l'épreuve de puiser dans ses ressources internes. [2]

L'autre grand point problématique est celui de la définition accordée à l'événement, qu'il soit d'ailleurs ponctuel ou durable, le spectre des qualificatifs allant d'événements de vie hautement risqués, au stress, à l'adversité, au malheur, aux influences pathogènes, jusqu'au traumatisme dont

[1] Pour un recensement des prolongements récents de la théorie de l'attachement en lien avec la notion d er résilience, voir A. Guedeney (1998) : Les déterminants précoces de la résilience, in B. Cyrulnik *Ces enfants qui tiennent le coup*, Hommes et Perspectives, p. 13-27.

[2] B. Cyrulnik, *op. cit.*, p. 25.

l'on ne sait d'ailleurs pas toujours clairement s'il désigne le potentiel délétère d'un événement, la réaction immédiate du sujet à celui-ci ou encore ses effets pathogènes au long cours, c'est-à-dire un mode spécifique symptomatique d'aménagement psychique : entre événement externe, catastrophe psychique et mode de survie, à la fois cause et conséquence de quel trauma parle-t-on ?
Partant, comment savoir sur quoi porte la résilience : sur le potentiel traumatique de l'événement, ou sur les effets psychiquement destructeurs de celui-ci ?

En conclusion de ce bref examen de la notion de résilience, nous pouvons faire nôtre la remarque de Lighezzolo et De Tychey :

> Car pointer les principaux déterminants permettant à un sujet de faire face à un traumatisme laisse également au moins partiellement en suspens l'histoire de leur construction, et dans une perspective de remédiation, les procédures à mettre en œuvre pour en faciliter l'émergence ou soutenir un changement chez le sujet. [1]

La question est bien d'un point de vue clinique celle-là : en quoi et comment la description de processus résilients qui n'auraient pas été validés par l'observation des effets de leur carence peut-il apporter à une meilleure connaissance des ressorts possibles de l'aide psychologique ? Pour le praticien, le problème que pose la notion de résilience est de deux ordres :
- les critères font défaut pour une évaluation du caractère strictement adaptatif ou résilient des stratégies de « survivance » développées par un sujet ;
- comment œuvrer avec des sujets qui n'ont pas été d'eux-mêmes capables de développer leurs potentialités résilientes, s'ils en avaient ? Comment aider les autres à en acquérir ? Comment enfin aider les uns et les autres à se trouver des « tuteurs de résilience » et à les faire leurs ?

Nous devrons répondre à ces deux grandes interrogations mais l'on peut déjà soutenir que ce qui ferait « résilience », par contraste avec une conduite simplement adaptative, c'est la possibilité d'une conflictualité restaurée[2]. En ce sens, ce n'est pas le mode de défense qui seul importe et est à prendre en compte, mais en quoi et comment celui-ci peut réintroduire de la contradiction dans une position réifiée. Tous modes d'adaptation peuvent remplir cet office pourvu qu'ils ré ouvrent à du conflit, leur caractère « résilient » tenant cette vertu, non à leurs propriétés positives, mais au rapport contradictoire qu'ils rendent à nouveau possible.

Mais là n'est sans doute pas l'essentiel qui est que la résilience se présente comme une alternative à la notion de trauma, et cela selon deux modalités qu'il nous faut maintenant distinguer, même si elles ne sont pas toujours clairement posées comme telles par ses tenants :
- l'accent mis sur l'après trauma et non sur le trauma lui-même : ce sont les issues ou modes de dégagement de l'expérience « traumatique » qui intéressent la résilience et dont le trauma ne peut rien nous dire. Comment ces sujets ont-ils pu se re projeter dans leur propre existence ? La

[1] J. Lighezzolo, C ; De Tychey : *La résilience. Se (re)construire après un traumatisme*, p. 136.
[2] Cyrulnik n'est pas loin d'une semblable approche de la résilience quand il note du déni « qu'il entraîne une trop bonne adaptation, une absence étonnante de conflictualité puisque le sujet dénie le danger et la douleur de son épreuve » (p. 228) ; mais la remarque pour pertinente qu'elle soit, ne le conduit pas à un faire un principe général.

résilience se veut mettre l'accent sur d'autres formes d'issues spontanément développées par certains sujets qui, pour n'être sans doute pas dans les normes sociales, n'en sont pas pour autant à classer dans le registre de manifestions pathologiques.

- le trauma lui-même. Aux yeux des auteurs soucieux de ne pas banaliser l'expérience traumatique et attachés à juste titre à lui donner une définition rigoureuse (le trauma n'est pas le stress, etc.), chez Cyrulnik comme chez d'autres, la notion semble bien imprécise et recouvrir aussi bien un type de situation (notion de situation à haut potentiel traumatique par exemple) qu'un mode de réaction à celles-ci, que la rencontre du sujet avec « son » trauma, *id est* les effets délétères de la façon dont il a vécu tel événement ou situation. Difficultés, traumas, événements stressants, etc., semblent être rendus équivalents et mis au même rang. En miroir, la notion de résilience est définie tantôt comme une capacité ou « une caractéristique intrinsèque au sujet » (Lighezzolo et De Tychey, 2004, p. 21), tantôt comme un processus, tantôt comme un résultat.

L'on peut y voir une carence conceptuelle, ou un moyen aisé d'éluder une question, mais l'on peut aussi l'analyser comme l'effet d'un changement de perspective qui ne se dit pas explicitement comme tel. Quel est ce changement de point de vue ?

Il consiste à se demander s'il est pertinent de ne traiter du « trauma » que comme trauma, c'est-à-dire de n'en avoir que le seul abord qu'en propose la psychopathologie ? Tout traumatisme est-il traumatique, c'est-à-dire rencontre avec le réel de la mort, pour n'en retenir qu'une de ses définitions les plus partagées ?

Se peut-il, autrement dit, qu'il existe des expériences qui aient toutes les allures d'expériences traumatiques, et qui en soient, mais suivant d'autres modalités que celles décrites sous le terme de traumatisme ? Est-il possible de penser des expériences traumatique qui soient des « rencontres du réel », sans pour autant que celui-ci ne soit la mort ou l'impossible du réel pour tel sujet ? Est-ce parce que le sujet est soumis à la compulsion de répétition ou, dirons-nous plus loin, à la tentation létale, qu'il répète le réel de la mort ?

Nous en retiendrons ici pour l'essentiel qu'elle met l'accent sur la possibilité de développer d'autres formes d'issues à un traumatisme ou à une expérience extrême que celle de la pathologie ou d'une existence marquée par la répétition. Ces issues témoignent de ce qu'ont pu être inventés des modes dé dégagement de l'expérience « traumatique »

Si les théories de la résilience n'apportent guère de précisions quant à la nature des processus en jeu (ils sont rapportés aux capacités que le moi a acquis dans l'ontogenèse) quant à leurs modes d'action (un sujet n'est pas résilient face à toutes les formes d'adversité), au moins mettent-elles en exergue les possibilités « auto-thérapeutiques » spontanées du psychisme à faire face aux situations les plus extrêmes et à leurs multiples conséquences.

C'est à ce titre qu'un un certain nombre de praticiens s'y réfèrent aujourd'hui et la rendent quasiment synonyme des ressources internes et externes sur lesquelles s'appuyer dans une perspective d'aide psychologique aux sujets psychotraumatisés, à savoir tout ce qui n'a pas été atteint par le trauma (C. Duchet, 2006 ; J.-P. Vouche, 2009).

2.1.5. Eléments pour une approche psychodynamique du syndrome de répétition

De nombreux éléments concourent à appréhender et analyser la symptomatologie psychotraumatique dans une perspective psychodynamique comme autant de tentatives spontanément développées par le sujet pour lutter contre les effets destructeurs du trauma.
C'est notamment toute la question de la fonction du **temps de latence** considéré par les anciens auteurs comme un temps d'incubation et dont l'on sait aujourd'hui qu'il peut déboucher soit sur un retour à l'état antérieur, soit sur la survenue d'un syndrome psychotraumatique (L. Crocq, 2003b). L'on peut donc penser qu'il consiste en une phase de lutte psychique contre l'envahissement traumatique et que le caractère positif ou négatif de son issue dépendra du succès ou de l'échec de celle-ci. La notion de « suppléances » développée par G. Briole (1994, 1995) à son propos va tout à fait dans ce sens.
Le **syndrome de répétition** quant à lui, a fait l'objet de notations théoriques très proches. A l'encontre de Freud (1920) qui l'avait essentiellement assimilé à l'une des manifestations de la « compulsion de répétition », d'autres auteurs, comme P. Janet ou S. Ferenczi, ont vu dans cette répétition une tentative de maîtrise d'un événement ayant débordé sur le moment les capacités d'intégration du sujet, tout en reconnaissant par ailleurs qu'elle témoignait d'une fixation problématique du psychisme au moment du traumatisme. L'on pourrait ainsi le considérer dans le prolongement de P. Janet comme une forme élémentaire et spontanée de tentative de récit fait à soi-même, c'est-à-dire de symbolisation, de représentation ou encore de mise en sens de l'événement, etc.. Le syndrome comme tel tient donc sa cohérence de ce que ses différentes manifestations s'explicitent par l'omnipotence et de l'omniprésence de l'événement, dont il forme autant de « répliques » en rendant possible un début de maîtrise.

L'on peut cependant aller plus avant dans l'analyse de sa dynamique en s'attachant à étudier de plus près les formes qu'il peut prendre en ce qu'elles sont loin d'être équivalentes les unes aux autres au plan des processus dont elles sont l'expression manifeste. Ainsi leur examen attentif montre que des logiques diverses s'y trouvent à l'œuvre.
Par exemple, pour reprendre les formes de répétition dégagées par L. Crocq (2004f), la dynamique présidant aux « ruminations » sur le sens et la cause de l'événement paraissent bien différentes de celle dont procèdent les « reviviscences hallucinatoires » : dans les premières, l'événement s'impose certes dans le présent, mais comme objet de questionnements idéiques sur son sens, alors que dans la seconde forme il s'impose dans un en-face, et se substitue pour un moment, de façon intrusive, à la trame du présent dans un télescopage des temporalités et des mondes : il vient, comme un autre réel, en lieu et place de la réalité présente.
La forme hallucinatoire peut elle-même être distinguée de ce que L. Crocq dénomme la « reviviscence par illusion », dans laquelle un élément du réel de la situation présente, perçu tel quel par le sujet, se trouve décontextualisé, s'autonomise et devient partie d'une autre scène qui se trouve alors actualisée dans son ensemble ; alors que dans les formes hallucinatoires il semble que

ce soit d'emblée la totalité de l'événement traumatique qui se présentifie, entraînant le sujet à y rejouer les mêmes comportement et à y éprouver les mêmes émotions.

Les « souvenirs forcés », quant à eux, s'apparentent plus à une sorte de réminiscence qu'à une reviviscence proprement dite, au sens où le sujet y revoit les scènes passées sans véritablement les revivre. Il en est le spectateur passif et ce qui semble dominer, c'est la détresse de se voir avoir été en situation de détresse. Ces souvenirs forcés s'apparentent donc plus aux ruminations qu'aux reviviscences proprement dites.

Enfin, évoquons « l'agir comme si l'événement se reproduisait », qui peut être un « agir élémentaire telle une réaction de sursaut », phénomène que l'on peut rapprocher des phénomènes de tics traumatiques décrits par Ferenczi, en ce qu'ils engagent une réaction comportementale partielle que l'on ne retrouve pas dans la précédente forme. De plus, cet agir n'est pas assimilable aux formes hallucinatoires dans la mesure où ce n'est pas la scène que visuellement le sujet revit comme dans un film.

On le voit, le syndrome regroupe des formes de répétition, différenciables dans leur dynamique, qui justifieraient notamment une comparaison systématique avec certaines des modalités pathologiques de réponses décrites empiriquement par H. Rorschach à son ***Epreuve d'élaboration de formes fortuites***, comme la contamination et la confabulation (L.M. Villerbu, 1993). Rorschach d'ailleurs, dans sa thèse de médecine qui préfigure ses travaux ultérieurs sur l'interprétation de tâches d'encre, s'était particulièrement intéressé aux travaux de Kahlbaum sur les « hallucinations réflexes » et nombre des exemples qu'il en donne ne vont pas sans évoquer certaines des formes cliniques du SRT.

Quant aux symptômes dits « non caractéristiques », formant le troisième volet du syndrome, nous verrons plus loin comment ils peuvent être réinterprétés dans une perspective identique. Mais l'on peut mentionner à l'appui de notre propos qu'il a déjà été relevé leurs fonctions défensives en tant que modalités de lutte contre l'envahissement par le syndrome de répétition. Cela semble tout particulièrement évident pour les symptômes dits phobiques, l'anxiété…

2.1.6. La victime et le processus judiciaire

Nous allons poursuivre cette revue de la littérature évocatrice d'un travail psychique en lien avec un événement ou une situation « traumatique » par l'examen des relations complexes qui peuvent s'instaurer entre les « victimes » et le dispositif social supposé aider activement à leur reconnaissance et leur restauration, à savoir la justice. Ce sont ici les travaux de C. Damiani qui feront référence[1].

Ils mettent l'accent sur ce qui apparaît comme un double travail nécessaire de la part du victimé, ou du moins un travail sur deux « réalités » qui semblent se recouper et interférer sans cesse : la

[1] C Damiani (2001) Psychothérapie post-traumatique et réparation. In F. Marty (Dir.), *Figures et traitements du traumatisme*, Dunod, Paris, p. 103-134 ; (2003) Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? *Stress et Trauma*, 3(1), p. 55-58 ; (2005) Le travail psychanalytique et la réparation. La relation victime/agresseur, *Colloque Victimes et agresseurs*, Rennes, 14-15 Mai 2005 ; (2008) L'accompagnement psychologique durant le parcours judiciaire, *PsychoMédia*, n° 16, p. 71-77.

« réalité psychique » et la « réalité judiciaire », bien qu'elles soient considérées par l'auteur comme totalement indépendantes l'une de l'autre. Nous allons résumer ses travaux sous la forme du tableau à deux colonnes suivant :

	Réalité psychique	**Réalité judiciaire**
?	Loi symbolique ; interdits du meurtre et de l'inceste	Loi positive ; loi de la République
?	Temps du trauma	Temps judiciaire
?	Cheminement individuel	Cheminement judiciaire
?	Traumatisme psychique	Effraction des enveloppes groupales. Rupture communautaire. Atteinte du sentiment d'appartenance
?	Transgression interne ?	Transgression de la loi
?	Scène de l'intime	Scène judiciaire, publique
?	Construction subjective. Ecriture intérieure de l'événement	Vérité événementielle objective
?	Donner un sens personnel à l'événement : Travail psychanalytique Psychothérapie	Processus de reconnaissance collective : Travail de réparation Procédure pénale Apaisement des haines et des conflits Rétablir chacun comme sujet de la loi
?	Réalité psychique s'originant dans une configuration fantasmatique inconsciente	Réalité événementielle
?	Culpabilités inconscientes	Culpabilité réelle qui trouve son exutoire dans le procès
?	Culpabilités inconscientes en strates Honte intime	Distinction culpabilité et responsabilité

Deux spatialités, l'une interne, l'autre externe, se dessinent, définies par des enjeux distincts génératrices de positionnements problématiques impliquant des modes de travail et de résolutions propres. Mais sur quoi se fonde une telle opposition ?

Tout concourt ainsi à penser deux réalités comme une rationalisation seconde, ou la visée idéale, d'un dispositif d'aide à deux versants puisque, chez les victimes traumatisées, elles semblent interférer sans cesse, et cela de façon problématique :

- la réalité psychique est définie comme « la conjonction entre la réalité de l'acte subi par le sujet et sa traduction interne, sa réécriture intérieure » (C. Damiani, 2003, p. 56) ;
-la culpabilité psychique pourra trouver un « exutoire efficace » dans une « culpabilité partagée qui l'aidera à renoncer à la toute-puissance de sa culpabilité qui le dispose à se croire à l'origine de tout » (C. Damiani, 2005, p. 3) ;
- les thérapies sont dites « très dépendantes de la réalité et des aléas de la procédure » (C. Damiani, 2005, p. 3) ;

- attentes multiples et illusoires que le procès réponde « aux questions de l'intrapsychique » (C. Damiani, 2005, p. 3). Il existe notamment, chez certaines victimes, « un besoin « fondamental » d'un coupable extérieur » (C. Damiani, 2005, p. 4) ;
- les « fonctions pacificatrices et réparatrices » du procès pénal « ne pourront s'exercer si la victime fait l'économie d'un cheminement personnel et qu'elle persiste à « externaliser le conflit », au détriment d'un conflit intrapsychique » (C. Damiani, 2005, p. 6)… ;
- elle devra également « donner un sens symbolique à la réparation », réparation qui n'est qu'un « étayage dans la réalité » (C. Damiani, 2003, P. 58).

Ainsi là où, en théorie, la dualité irréductible de l'expérience victimale est affirmée, en pratique, par contre, elle semble devoir faire systématiquement l'objet d'une désintrication que le travail d'accompagnement à deux versants, l'un psychanalytique, l'autre d'accompagnement de la victime dans son parcours judiciaire, menés conjointement par des professionnels différents, tente d'assurer :

- d'un côté l'accompagnement psycho-judiciaire, qui s'attache à contenir les effets problématiques qu'une réalité psychique traversée par des mouvements extrêmes tend à occulter dans sa cohérence et ses objectifs propres, et dont les effets positifs potentiels ne surviendront qu'à la condition de n'en pas faire une scène psychique ;
- de l'autre côté un travail psychothérapique qui tente lui aussi d'instaurer son cadre et de ménager un espace d'élaboration personnelle qui ne dépende pas que des aléas de la procédure.

Il s'agit donc bien, implicitement, de soutenir la nécessité d'un dispositif d'accompagnement à deux niveaux, aussi indispensables que disjoints : psychologique dans une référence au modèle psychothérapique, judiciaire dans un accompagnement au plus près d'un parcours et de son iatrogénie propre, à savoir les risques de survictimisation ou de trauma second.

2.1.7. Le travail du pardon

Ressortissant *a priori* bien plus d'une catégorie de la réflexion *stricto sensu* morale que de l'étude classique des processus psychiques, la notion de pardon doit ici sa place à ce qu'elle a donné lieu, ces dernières années, à plusieurs travaux en lien avec la question victimale[1]. Dans cette perspective, son introduction par les auteurs se justifie de ce que le pardon constituerait une issue possible aux sentiments de haine et de vengeance susceptibles d'étouffer littéralement le victimé, enfermé dans ses « ressentiments ».

Ainsi J. Améry [2] pose-t-il comme apaisement de ceux-ci la condition suivante :

> Il cloue chacun de nous à la croix de son passé anéanti. Il exige absurdement que l'irréversible soit inversé, que l'événement n'ait pas eu lieu. Le ressentiment bloque l'accès à la dimension humine par

[1] Parmi ceux-ci citons : M Vaillant (2001) : *Il n'est jamais trop tard pour pardonner à ses parents* ; G Rubin (2007) : *Du bon usage de la haine et du pardon*, Payot, Paris ; M Delage (2004) : Le pardon est-il une notion utile en psychothérapie ?, *Synapse*, N° 207, p. 17-20.

[2] Jean Améry a été arrêté et torturé par la Gestapo, puis déporté à Auschwitz comme résistant.

> excellence : l'avenir. Je sais, chez l'esclave du ressentiment, le sens du temps est distordu, si l'on veut, puisqu'il réclame ce qui est doublement impossible : le retour en arrière dans un temps écoulé et l'annulation de ce qui a eu lieu […] Ce que cet albatros (André Neher prônant l'élévation) nous conseille à nous, persécutés, c'est d'intérioriser notre souffrance passée et de l'intérioriser dans une ascèse affective de la même manière que les tortionnaires le feront de leur culpabilité. Avouons-le sans détour, je n'en ai ni l'envie, ni le talent, ni la conviction. Il m'est impossible d'accepte un parallélisme qui me ferait longer la même route que cet homme qui me fustigeait de son nerf de bœuf. Je ne veux pas devenir le complice des mes bourreaux. J'exige au contraire qu'ils se nient eux-mêmes et me rejoignent dans cette négation.[1]

Et ajoute-t-il « il ne s'agit pas de vengeance, pas plus que d'expiation », car « l'expérience de la persécution était celle d'une extrême solitude » (p. 153) et « celui qui a été soumis à la torture est désormais incapable de se sentir chez soi dans le monde » (p. 95)

Cependant, les auteurs qui s'y sont intéressés se sont tous attachés à le dégager de ses connotations religieuses et morales pour tenter de le faire accéder à la dimension d'un processus ou plus exactement d'un travail intérieur singulier auquel, même s'il ne prend pas toujours la forme usuelle de ce que l'on entend par pardon, tout victimé se trouve à un moment ou à un autre confronté. C'est même, pour un auteur comme M. Vaillant (2001), l'aboutissement d'un processus de dégagement, terme d'un cheminement et d'une maturation intérieurs qui, dans la configuration particulière dans laquelle elle l'étudie, -celle du pardon accordé aux enfants à leurs parents-, semble permettre d'accéder à une pleine libération, non seulement du victimé, mais aussi de ses propres enfants. L'auteur se défend certes d'en faire une obligation, ne cesse d'en affirmer le caractère de choix strictement personnel, il n'empêche, tout concourt à en faire la forme la plus aboutie et libératrice d'un passé non dépassé, y compris pour les générations futures.
M. Delage (2004), dans un article dont le titre situe on ne peut plus clairement la perspective dans laquelle il se situe, *Le pardon est-il une notion utile en psychothérapie ?* , le définit-il comme une forme de don échappant aux règles communes de la réciprocité dans la mesure où, quand bien même il se joue dans la relation, il ne procède ni d'une amnistie, ni d'une excuse accordée à un auteur, ni d'un oubli ; il apparaît bien plus comme une « fermeture à l'échange » tant il n'est pas un don appelant un à un contredon, ou encore invitation à la restauration d'une relation au sein de laquelle il solliciterait l'expression d'un repentir, ou équivalent, de la part de celui à qui il semble s'adresser : il est *a priori* « gratuit ». De même M. Vaillant en souligne la nature parfois secrète et non formulée, ainsi que le fait qu'il puisse s'adresser, avec de semblables effets d'apaisement, à des personnes disparues.

Son enjeu semble donc essentiellement intérieur et il s'y agit avant toute chose pour une victime « d'abandonner ses ressentiments ou sa haine à l'égard l'auteur, sachant qu'elle n'a guère que trois voies pour y parvenir : celle de la vengeance, celle de l'introjection dans une identification à l'agresseur, et enfin celle du pardon. Défini alors comme un « travail psychique particulier et complexe », souvent long à se mettre en place », susceptible d'être souvent remis sur le chantier (M.

[1] J. Améry (1995) : *Par-delà le crime et le châtiment. Essai pour surmonter l'insurmontable*, Actes Sud, p. 150-151

Delage, 2004), il se rapproche du travail de deuil, mais en diffère radicalement parce qu'il ne concerne un sentiment d'injustice et non un vécu de perte.

On le voit, la référence au modèle anthropologique du don de M. Mauss, auquel M. Vaillant fait également référence, ne répond que très imparfaitement à ce que semble engager spécifiquement le pardon et oblige très vite les auteurs à s'en démarquer : le pardon n'est au fond aucunement une question d'ordre relationnel, à la grande différence de l'indemnisation qui elle, on le verra, implique toujours un échange. Affaire entre soi et soi, l'on est bien près de penser, avec G. Rubin (2007), que c'est une réconciliation avec soi-même qui, de façon apparemment paradoxale, se cherche dans le pardon accordé à autrui. Elle écrit ainsi : « Le pardon dont il sera ici question n'est pas celui qu'on devrait ou voudrait octroyer au bourreau, mais le difficile pardon que doit s'accorder un innocent qui se sent coupable » (2007, p.16).

Le pardon apparaît alors comme une question relevant de l'économie interne du sujet ; reste cependant à déterminer de quelle culpabilité il s'agirait ici.

Conclusion

Culpabilité, honte, pardon, fonction psychodynamique de nombreux symptômes comme ceux regroupés sous le terme de syndrome de répétition…, nous confirment dans l'hypothèse du développement chez les sujets d'un travail visant à réduire les effets délétères d'un événement traumatique, ou à tout le moins critique. Les formes singulières, comme les phénomènes de répétition, que prend cette clinique de l'après-trauma, de même que ce qui se dessine comme ses enjeux propres (non la perte d'un objet d'amour mais l'énigme que constitue un événement disruptif, dans sa nature et ses causes, ou encore le caractère injuste d'un dommage), nous confirment également qu'il doit être distingué du travail de deuil.

L'après-trauma y apparaît fondamentalement comme **résistance psychique**.

Trois interrogations ressortent de cet examen, trois points théoriques restés en grande partie en suspens :

a) La surdétermination des notions de honte et de culpabilité

On l'aura noté dans les chapitres qui leur sont plus haut consacrés, les notions honte et de trauma, d'une part ne sont pas toujours clairement différenciées l'une de l'autre, d'autre part recouvrent chacune des registres psychiques singulièrement hétérogènes qu'une idée comme celle de niveaux de honte ou de culpabilité reste insuffisante à expliciter : quelles différences et quels rapports entre culpabilité inconsciente et affect de culpabilité ?, entre honte non éprouvée et affects de honte ?

Il en est ainsi de la différenciation faite par D. Cremniter entre culpabilité et faute, qui, pour être tout à fait pertinente, n'est pas exactement superposable, comme il le fait pourtant, à une opposition entre culpabilité imaginaire (la culpabilité) et culpabilité réelle (la faute). Car l'on voit qu'à raisonner ainsi, la notion de culpabilité tient en fait deux places : celle de manifestations symptomatiques, celle

d'un processus de subjectivation. La clinique montre, et Cremniter en donne un exemple, qu'il existe des expressions de sentiment de faute qui ne tiennent qu'au seul sujet, à la crainte imaginaire ne se fondant sur aucun élément réel d'être fautif (à l'exemple de victimes reconnues comme telles par la justice et qui continuent de s'auto-accuser d'être responsables de l'événement). A l'inverse, il existe une culpabilité tout à fait de l'ordre du « réel social », celle prononcée par la justice, qu'on ne peut pourtant pas qualifier de faute dans la mesure où cette dernière différencie très clairement l'une et l'autre.

La faute ne s'oppose donc pas à la culpabilité parce qu'elle serait de l'ordre du réel (versus imaginaire), mais parce qu'elle renvoie à une problématique distincte, la responsabilité, au fait d'être redevable de ses actes ; et cette responsabilité ne saurait au plan psychique être confondue avec la culpabilité car l'on peut fort bien assumer ses actions, y compris les plus condamnables, sans pour autant s'en sentir coupable, c'est-à-dire en écart à ses propres exigences morales.

Les mêmes remarques valent pour la notion de honte qui peut indifféremment être consciente et inconsciente, rédemptrice et aliénante…

Quant à la distinction entre honte et culpabilité, elle n'est pas faite par tous les auteurs alors que leur clinique montre qu'à travers l'une et l'autre ne s'expriment pas les mêmes enjeux psychiques.

b) Du trauma à l'après-trauma

Le lien ne va pas de soi et l'on ne saisit pas toujours ce qui de l'événement et de son impact propre sollicite précisément les processus psychiques décrits, ou, à l'inverse, en quoi et comment ceux-ci offrent des modes de résistance, voire de résolution à l'expérience traumatique.

Quels liens, au plan théorique, peut-on établir entre trauma d'un côté et affects de culpabilité et de honte, de l'autre ? Reprenons un extrait déjà cité de l'ouvrage de Ciccone et Ferrand, parce qu'il est représentatif des positions tenues en la matière :

> Ces fantasmes ont une double fonction : d'une part, atténuer l'impact traumatique du traumatisme (le sujet devenant actif là où il subit passivement, et, d'autre part, rendre possible et rendre compte d'un mouvement d'appropriation (le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère qui s'impose à lui). On peut dire, en effet, que si le sujet est coupable de ce qu'il subit, s'il y est pour quelque chose, si l'événement est justifié, le traumatisme est alors moins traumatique, et il est par ailleurs, maîtrisé, contrôlé, car approprié par le sujet. [1]

Si ces observations cliniques ont toute leur valeur, elles restent de l'ordre d'un constat essentiellement empirique et ne répondent pas à tout un ensemble de questions : pourquoi honte et culpabilité, et non pas syndrome de répétition ou toute autre symptomatologie qui aurait valeur défensive comme le déni, le clivage, etc. ? En va-t-il des options théoriques des auteurs, de concepts empruntés sans discussion à leurs références métapsychologiques, ou bien se justifient-ils d'une analyse clinique affinée ?

Mais surtout l'on voit bien qu'ils représentent des modes de dégagement en eux-mêmes problématiques, ce qui laisse en suspens ce que serait un dégagement ou une intégration non

[1] A. Ciccone et A. Ferrant (2009) : *Honte, culpabilité et traumatisme*, Dunod, Paris, p. 98

symptomatique de l'événement, et totalement énigmatiques les processus psychiques qui y seraient nécessaires.

Notre analyse de la notion de résilience nous a cependant laisse entrevoir qu'il devait s'agir non de processus adaptatifs mais d'une conflictualité retrouvée.

c) L'opposition entre intra- et extra-psychique, réalité interne et externe

Que la rencontre sur la longue durée avec les sujets victimés aux prises avec un processus judiciaire complexe et problématique dans nombre de ses dimensions ait justifié de la nécessité de proposer un accompagnement à deux versants représente incontestablement l'une des grandes inventions de la victimologie clinique. Mais cela implique-t-il pour autant de dédoubler la « réalité » en l'une externe et l'autre interne ? Car qu'est-ce qu'une réalité interne hors tout enjeux de réalité sinon un processus hallucinatoire aurait dit Freud ?, et qu'est-ce qu'une réalité externe hors tout enjeu psychique ?

Il est difficile de ne pas voir dans cette dualisation le maintient, tels quels, bien distincts, de deux espaces professionnels et disciplinaires : psychothérapeutique en référence au modèle de l'inconscient d'un côté, d'accompagnement judiciaire en référence au droit de l'autre.

Tout pourtant, dans les singularités de la clinique décrite, incite à devoir au contraire penser, de chaque côté, le nécessaire dépassement de ce qui semble les opposer : la question « juridique » au cœur du psychisme, la question de la subjectivité au cœur du processus judiciaire. Il n'empêche, il reste à penser l'articulation entre processus judiciaire et processus subjectif d'élaboration.

Il va nous falloir dès lors intégrer ces différents apports à la clinique de l'après-trauma, tout en prenant en compte ce que nous avons pointé comme certaines de leurs insuffisances.

2.2. Epreuves de réalité et travail psychique

Il fallait bien pouvoir tenir à la fois le fait que l'expérience traumatique trouvait son origine dans un basculement du monde et, *a priori*, relevait pas d'une conflictualité interne, en même temps que c'est pourtant bien l'appareil psychique qui s'en trouve mis en demeure de s'auto restaurer et de faire avec l'étranger à lui-même qu'est devenu le sujet. Et rien n'est moins sûr que les expériences de détresse précoce du nourrisson, ou encore le « traumatisme de naissance » postulé par Rank et récusé par Freud, puissent faire référence pour l'inconscient dans cette quête : le problème est qu'il n'est *a priori* rien dans le psychisme qui puisse, de près ou de loin, faire modèle pour une telle expérience.

C'est en cela que la notion d'***épreuve de réalité*** nous a paru féconde car elle permet, jusqu'à un certain point, de formaliser selon d'autres modalités que celles du refoulement de motions internes, ce qui pourtant relève bien d'un problème psychique.

Un exemple nous en est fourni par Freud dans *Deuil et Mélancolie* de 1925[1], étude dont nous allons maintenant largement nous inspirer dans l'objectif de dégager une autre voie que celle offerte par les concepts de trauma ou traumatisme dans l'étude des troubles consécutifs à certains événements de vie.

Il ne s'agira pas de réintroduire avec la notion d'*épreuve de réalité* l'idée que la réalité serait une sorte d'étalon auquel le désir devrait sans cesse mesurer sa légitimité (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, 1997, p. 138-142)[2] ; mais de soutenir celle qu'il est des formes d'expériences et des conditions d'existence proprement insoutenables pour le psychisme, tant elles vont à l'encontre du « principe de plaisir » et que le surmontement des traces qu'elles y laissent peut s'avérer source d'un travail long et complexe, parfois même impossible.

2.2.1. Deuil et pathologie de deuil chez Freud

Résumons d'abord très succinctement le contenu de ce texte bien connu, quitte, en en schématisant à l'excès le propos, à prêter à Freud certaines articulations logiques dont il n'est pas certain qu'elles aient été dans sa pensée, aussi affirmées.

Le deuil y est défini comme un état temporaire réactionnel à la perte d'une personne aimée[3], état qui, quoique s'écartant sur de nombreux points d'un comportement normal, ne saurait être considéré comme pathologique en raison des circonstances à son origine, et de ce qu'il consiste en un travail psychique dont l'on attend qu'il se résoudra de lui-même, après qu'un temps et une énergie plus ou moins importants lui auront été consacrés.

Ce travail de deuil, « si extraordinairement douloureux », consiste à faire face à « l'épreuve de réalité » que constitue la perte irrémédiable d'un objet d'amour, épreuve exigeant le retrait de la libido des liens qui unissaient le sujet à lui ; travail long, s'effectuant pas à pas, souvenir par souvenir, espoir mis sur l'objet perdu par espoir :

> … l'épreuve de réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet. Là-contre s'élève une rébellion compréhensible, - on peut observer d'une façon générale que l'homme n'abandonne pas volontiers une position libidinale même lorsqu'un substitut lui fait déjà signe. Cette rébellion peut être si intense qu'on en vienne à se détourner de la réalité et à maintenir l'objet par une réalisation hallucinatoire de désir. Ce qui est normal c'est que le respect de la réalité l'emporte.[4]

Il en résulte une « inhibition et une limitation du moi », le deuil absorbant toute l'activité mentale au point de ne laisser aucune énergie pour d'autres investissements jusqu'à ce que le moi, ayant achevé

---

[1] In *Métapsychologie*, Gallimard, 1983, p.147-174.

[2] Celle de permettre au sujet de différencier les stimuli provenant de son monde intérieur de ceux émanant de l'extérieur, le protégeant ainsi en quelque sorte de la réalisation hallucinatoire de ses désirs. En dehors du cas des hallucinations, c'est elle qui pour Freud est mise hors jeu dans le rêve.

[3] Freud ajoute à cette définition : « … ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. ». L'on ne peut aujourd'hui être que très réservé quant à cette extension du deuil à une perte d' « abstraction », ne serait-ce que parce le lien à un objet d'amour suppose une réciprocité (aimer quelqu'un qui vous aime c'est l'aimer aussi pour l'amour qu'il vous porte, et réciproquement) qui en rend la nature tout à fait singulière.

[4] S. Freud, *Deuil et mélancolie*, p. 150.

ce travail de désinvestissement, soit redevenu libre et puisse investir ailleurs l'énergie qu'il y avait consacré.

Quelle place tient la mélancolie (au sens que lui donne Freud dans ce texte, d' « états mélancoliques », ne recouvrant pas la totalité des formes de mélancolie, comme il le précise lui-même en introduction) dans ce schéma ?

> La mélancolie emprunte donc une partie de ses caractères au deuil et l'autre partie au processus de la régression à partir du choix d'objet narcissique jusqu'au narcissisme. Elle est d'une part, comme le deuil, réaction à la perte réelle de l'objet d'amour, mais, en outre, elle est marquée d'une condition qui fait défaut dans le deuil normal ou qui transforme celui-ci en deuil pathologique lorsqu'elle vient s'y ajouter. La perte de l'objet d'amour est une occasion privilégiée de faire valoir et apparaître l'ambivalence des relations d'amour. [1]

Une interprétation possible est de considérer que ces états mélancoliques, comme d'ailleurs d'autres états décrits sous le terme de deuils pathologiques, peuvent survenir à l'occasion d'une perte parce que, déjà présents à l'état latent ou potentiel, ils viennent empêcher le travail de deuil en détournant celui-ci de sa voie normale. Il en serait ainsi des liens de type narcissiques à l'objet, du fait d'une problématique narcissique sous-jacente. L'on concevra alors que le deuil ne soit qu'une des multiples épreuves de réalité possibles pour la mélancolie de s'actualiser, et il ne s'agirait alors que d'étudier les effets du deuil sur la mélancolie, celle-ci tenant sa logique ailleurs.

L'on notera cependant, à l'encontre de cette interprétation, que Freud distingue deux cas de figures, ou plus exactement deux modalités d'articulation entre deuil et mélancolie : soit il s'agit d'une simple comparaison (la mélancolie emprunte une partie de son caractère au deuil, *id est* elle n'a pas besoin du deuil pour se manifester), soit elle survient dans le cadre du deuil et elle confère à celui-ci un caractère pathologique (elle est expression *symptomatique* d'un deuil qui ne peut s'effectuer). Dans cette seconde occurrence, il ne s'agit plus tant de considérer les conséquences possibles d'un deuil sur une mélancolie (ce que serait le deuil dans la mélancolie ou plutôt chez le mélancolique), qu'à l'inverse, ce que serait la mélancolie dans le deuil : une mélancolie de deuil, comme d'autres auteurs après Freud décriront une manie de deuil[2], etc. ; plus exactement donc, un état mélancolique, et non une pathologie mélancolique.

Dans cette seconde hypothèse, l'on peut appréhender la mélancolie comme une forme de fourvoiement du deuil, comme l'expression d'un travail empêché de désinvestissement des liens à l'objet, c'est-à-dire comme l'échec de l'une des conditions mêmes de son effectuation, à savoir ici le surmontement du caractère ambivalent de toute relation d'amour, et dont le dépassement en formerait, précisément, l'un de ses enjeux constitutifs. **La mélancolie révèlerait l'une des dimensions du travail de deuil, non en tant mélancolie entendue comme pathologie mentale ayant sa dynamique propre, mais comme état mélancolique survenant de l'impossibilité à assumer le travail qu'il exige. L'état mélancolique alors éclaire le processus de deuil en en révélant à la fois l'une de ses exigences structurelles et l'une de ses modalités d'échec possibles.**

---

[1] *Ibid.*, p. 160.

[2] Voir par exemple N. Abraham et M. Torok (1987) : Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis, In *L'écorce et le noyau*, Flammarion, Paris.

Freud d'ailleurs fait état d'une sorte de graduation allant du deuil normal avec ses manifestations propres aux deuils pathologiques et où l'ambivalence à l'égard de l'objet est au premier plan, et enfin à la mélancolie où le moi s'identifie à l'objet perdu, confortant en cela que le deuil peut devenir pathologique en lui-même.

Ceci nous conduit à penser qu'en dehors de toute pathologie, ou plus justement de lien pathologique à l'objet perdu, le travail de deuil puisse, pour des raison qui tiennent à sa complexité propre et à ses exigences parfois (souvent) à la limite du psychiquement supportable, au moins partiellement échouer et donner lieu à des états (comme ces états mélancoliques évoqués par Freud, mais aussi bien d'autres), témoignant de l'impossibilité à le soutenir jusqu'à son achèvement « normal », avec toute la relativité à accorder à ce terme tant le deuil ne se laisse par ainsi réduire à un processus normalisé, standard, ayant un début, un milieu et une fin.
Que des états pathologiques antérieurs, ou se révélant à son occasion, puissent représenter des facteurs de complication d'un processus psychique déjà en lui-même complexe, n'exclue pas que le travail de deuil, inhérent à toute perte d'objet d'amour, puisse donner lieu à des formes transitoirement ou durablement « pathologiques ». D'ailleurs la rémission de ces états ne dispense jamais le moi du travail et de son caractère profondément douloureux. Car il s'agit bien, dans tous les cas, d'une véritable épreuve de réalité imposée de l'extérieur au moi, et non d'un conflit psychique au sens habituel du terme, comme il en est dans les névroses. La compréhension psychodynamique des deuils pathologiques, en d'autres termes, ne s'épuise pas dans une psychopathologie du lien amoureux.

2.2.2. Du deuil au trauma

Il n'est pas fortuit que le travail de deuil fasse référence, au moins au titre d'analogie, chez de nombreux auteurs pour désigner ce qui, suite à un événement traumatique, se présente également comme un travail psychique nécessaire et dont témoignent les phénomènes de répétition, pour autant cependant qu'on les considère comme autant d'essais spontanés de perlaboration.
Ainsi, le travail de deuil semble-il susceptible d'éclairer la question psychotraumatique, non parce qu'une assimilation peut être faite entre trauma et deuil quant à la nature des deux ordres d'expérience en jeu (nous reviendrons plus loin sur ce qui les différencie radicalement), mais parce qu'un modèle d'approche renouvelé des problématiques psychotraumatiques et victimologiques peut en être conçu sur des bases sensiblement différentes que les approches psychopathologiques traditionnelles.

Il y a en effet à l'œuvre, dans la notion de travail de deuil et dans sa mise en relation avec certains états mélancoliques, une forme de pensée potentiellement heuristique si on la projette sur les problématiques psychotraumatiques et victimologiques. Qu'est-ce qui nous autorise à un tel parallèle et à quoi nous conduit-il ?
Elle tient aux trois dimensions fortes qui se dégagent de la réflexion freudienne :

a) la notion d'**épreuve de réalité**, développée ici dans un sens quelque peu différent de celui qu'elle revêt dans d'autres travaux freudiens. Concernant le deuil, cette épreuve de réalité consiste en le fait que le est sujet confronté à une perte réelle, ici la disparition d'un objet d'investissement ;

b) que ce désinvestissement, loin de consister en une sorte d'extinction naturelle des affects liant le sujet à l'objet perdu, exige un travail psychique spécifique : le ***travail de deuil***. Celui-ci se présente comme un processus de désinvestissement complexe, parce que conflictuel, amenant à des réaménagements internes ;

c) l'échec possible de ce travail, l'impossibilité à soutenir l'ensemble de ses exigences, conduit alors au développement des modalités défaillantes et problématiques, de faire face à l'épreuve de réalité, responsable de ce que qui a été désigné comme des formes pathologiques de deuil. Ce n'est alors pas la mélancolie comme pathologie mentale qui rend impossible le deuil, c'est le travail de deuil qui, faute de s'effectuer complètement, échoue en état mélancolique, maniaque, pathologique…

Ce véritable triptyque constitue non seulement une théorie du deuil normal et du deuil pathologique, mais encore, au-delà la seule situation de perte d'un objet d'amour, suggère un modèle général explicatif des rapports entre pathologie et événements de vie radicalement différent de celui de la névrose. Ainsi conçu, ce modèle peut être étendu à d'autres situations existentielles que le deuil, situations exceptionnelles, épreuves de réalité au sens le plus fort du terme puisque la réalité fait gravement obstacle au principe de plaisir. Projeté sur les problématiques psychotraumatiques et victimologiques, il nous permet d'intégrer de façon renouvelée leur intelligence, la clinique qu'ils donnent à voir étant dès lors à appréhender comme l'expression symptomatique de modalités problématiques de soutenir le travail psychique que, par son impact sur le psychisme, l'intégration de l'événement et de ses retombées exige.
C'est cette hypothèse générale que nous allons maintenant développer.

2.3. Le travail psychique de victime (TPV)

Nous l'avons relevé, la notion de trauma n'est pas la mieux à même de rendre compte de l'après-trauma et, à moins de réduire ce dernier à la manifestation directe du premier (une clinique du trauma en quelque sorte, dans une mise en équivalence de l'étiologie et du trouble), il fallait l'envisager et le penser comme un travail psychique nécessité par ses effets problématiques, secondaires à la désorganisation interne qu'il avait engendrée.
La clinique de la culpabilité et de la honte chez les psychotraumatisés et les victimés, la dimension psychodynamique du syndrome de répétition, les aléas de la rencontre entre les victimés et la procédure judiciaire et, dans un autre registre, ce que laisse supposer l'idée de résilience ou encore

le travail du pardon, nous ont laissé entrevoir quelle était la nature et certaines des formes que pouvait prendre ce travail, ainsi que les processus psychiques susceptibles d'y contribuer.
Ce sont eux que nous allons maintenant détailler en nous efforçant de les rapporter à ce qui fait le propre de ce travail psychique, à savoir **quatre dilemmes essentiels**.

2.3.1. Un travail psychique à deux versants

L'on pourrait penser qu'il existe des étayages et des modes de défense internes et externes fonctionnant de façon relativement voire totalement indépendants les uns des autres, les uns œuvrant au rétablissement psychique, et les autres au rétablissement social du sujet traumatisé.
Pourtant, une analyse de contenu des propos et des préoccupations spontanément exprimés par la très grande majorité (sinon de la totalité) d'entre eux fait apparaître que cette dualité ne trouve pas son fondement dans la clinique mais tient à des postulats théoriques et des options thérapeutiques ayant dichotomisé la question entre réalité interne, fantasmatique dans sa nature, et réalité externe objective, sinon objectivante.
Cette analyse montre en effet que l'une et l'autre ne sont que les deux faces d'un seul et même processus dont l'objet est chez le victimé **l'essai de constitution de sa présence à l'événement et à ses retombées.** C'est ce qu'attestent les multiples interrogations spontanées qui font une part importante (sinon l'essentiel) de la rencontre avec les victimés, questions lancinantes, d'autant plus répétitives qu'elles ne trouvent que très difficilement réponses, ou dont le caractère instable fait que le moindre événement ou la moindre remarque peut les balayer en un instant. **Elles sont autant de déclinaisons d'une question qui les condense toutes, pourquoi ?** Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait ? Que n'ai-je pas fait ? Pourquoi a-t-il fait ça ? Est-il fou ? Suis-je fou ? Est-il pervers ? A quoi sert la prison ? Va-t-il être condamné ? Va-t-on me croire ? Je ne veux pas de son argent. C'est sa parole contre la mienne… Autant d'interrogations dont la parenté avec les enjeux de toute procédure judiciaire ne peuvent que frapper le praticien, ce d'autant plus que les réponses qu'elle y apporte ne suffisent pas toujours, loin de là, à y répondre. Que les victimés soient si sensibles au processus judiciaire, à l'affût de ses moindres mouvements, qu'ils puissent parfois si violemment réagir à certaines de ses procédures comme à ses décisions, laisse à penser que se joue à travers lui bien plus qu'une seule demande de justice.
Et l'on n'est pas loin de penser que la scène judiciaire a tout d'une scène projective, que le rapport qu'instaure à elle le victimé va souvent très au-delà du seul souci de défense de ses droits, tant il peut y être à l'affût de tout ce qui peut faire échos négatifs et positifs à ses propres doutes et certitudes : tout laisse à penser qu'il s'en saisit comme d'une surface de mise en jeu de ses propres mouvements psychiques ; mais que, plus encore, elle lui permet de leur donne forme, corps espace et temps à l'instar d'une scène « exutoire ».

D'où l'hypothèse d'une première approximation possible du TPV à partir d'une analyse de la procédure judiciaire et de ses enjeux : car si elle est autant investie, c'est qu'elle est susceptible de nous dire quelque chose de tout ce qui occupe et peut envahir tant sur un mode problématique, le sujet victimé.

2.3.2. La construction juridique de l'auteur et de la victime : culpabilité et responsabilité juridiques

Qu'en est-il donc lorsque, déplaçant le regard, l'on ne se donne plus comme espace clinique celui délimité par la psychopathologie (avec notamment les notions de stress et de trauma), mais celui de la confrontation au judiciaire, ses acteurs, son processus et ses enjeux ? Qu'en est-il des modalités que se donne le victimé pour construire après coup sa présence à l'événement ? Qu'en est-il de ses difficultés parfois insurmontables à s'inscrire dans le parcours qui lui est proposé et à intégrer les constructions que la référence au judiciaire élabore ?
Croire que les victimes ne sont concernées que par le dépôt de plainte initiant le processus judiciaire et la question de la réparation venant à sa conclusion, est certes cohérent du point de vue du droit, mais est proprement illusoire dans une approche victimologique clinique. Il n'est guère de victimes avec qui l'espace de la rencontre n'est pas envahi, de façon récurrente et parfois chronique, par ce qui se joue dans l'espace judiciaire. De l'audition dont le victimé ressort avec la conviction de n'avoir pas été cru ou plus encore assimilé à un responsable, à la confrontation au mis en en examen aux effets psychiques dévastateurs, en passant par les conclusions des expertises ressenties comme négatives, la lenteur chronique du processus lassant penser que l'affaire est enterrée…, toute avancée, comme toute non avancée, de la procédure peut être vécue sur un mode d'autant plus déstructurant que le victimé attend d'elle de parvenir à se poser comme victime.

Donner une place centrale à cet ensemble de constats cliniques revient à remettre en perspective ce que la première victimologie avait étudié sous le terme de *couple pénal*, mais ici dans la perspective psycho-victimologique d'analyse des difficultés plus ou moins insurmontable du victimé à constituer **de** l'auteur et **de** la victime.
Partant, il devient imaginable de se former une première représentation cohérente et détaillée du TPV à partir des conditions posées par la construction juridique des positions d'auteur et de victime pour, dans un second temps, rechercher comment, dans le cadre de ses normes et valeurs subjectives, le victimé fait subjectivement siennes ces questions.
Cette confrontation du victimé au parcours judiciaire devrait donc nous permettre de nous former une première approche du TPV.

Même si l'expérience subjective que l'on peut en faire en est bien plus complexe et tortueuse, parfois « kafkaïenne » tant elle peut être source d'épreuves, la représentation spontanée la plupart d'ente nous se fait de la justice est celle d'une sorte de parcours ayant un point de départ et une conclusion ; parcours supposé conduire ses protagonistes du dépôt initial d'une plainte à l'exécution des éventuelles sanctions prononcées, en passant par le temps du procès.

En voici très schématiquement présentées les principales étapes (P. Pignol et D. Gouénard, 2009) :

LES PRINCIPALES ETAPES DU PARCOURS JUDICIAIRE

Dépôt de plainte :	Enquête :	Procureur de la République (instruction) :	Renvoi devant une juridiction de jugement :
Faire connaître	Rechercher les faits et les personnes	Qualifier les faits, décider	Débats, sanction, indemnisation

Dans ce schéma, le plaignant, une fois sa plainte déposée, n'aura guère d'autre place que celle offerte par la possibilité de se porter partie civile pour, à la conclusion de ce même parcours, demander réparation des dommages subis, dans le cas bien sûr où une infraction aura pu être établie et qualifiée. Pour la justice, l'**auteur** sera celui qui aura été jugé responsable d'un ensemble d'actes contrevenant à la loi et, de ce fait, justifiables d'une sanction, pour autant qu'on l'aura estimé accessible à celle-ci ; il en sera de même pour le plaignant qui ne sera éventuellement reconnu au sens strict du terme **victime** qu'au terme de ce même processus.

Mais les choses sont loin d'être aussi simples pour beaucoup de plaignants. C'est ce que montre de nombreux constats : en premier lieu, le dépôt initial de plainte ne va pas toujours de soi ; en second lieu le processus judiciaire, à chacune de ses étapes, peut faire l'objet de réactions négatives aussi multiples et variées que problématiques allant jusqu'à mettre en péril sa cohérence, alors que du point de vue de ses acteurs, il se déroule comme il le devrait. Tout pourtant peut être pour les plaignants matière dans sa trame à constituer autant d'écueils difficilement surmontables et générer chez eux d'importantes perturbations psychologiques. Quant à affirmer que ceux-ci ne doivent y être concernées que par la question de la réparation est certainement impératif du point de vue judiciaire[1], mais est proprement illusoire d'un point de vue psychologique[2]. Et que dire quand son déroulement et ses réponses, à l'image d'affaires récentes, s'avèrent pour le moins critiquables par une partie de la société ?

Pour comprendre ces réactions, parfois extrêmes, présentées par certains plaignants face aux mouvements de la procédure, il nous faut en passer par une analyse du processus judiciaire.
Une telle analyse fait apparaître qu'il est sous-tendu par quatre questions essentielles et que ce sont celles-ci qui posent diversement problème aux victimés.

[1] Avec tous les risques de construire le procès sur l'espoir d'en obtenir des vertus thérapeutiques immédiates pour les victimes. Sur cette question voir : « Victime, Justice et Peine. Devoir de sanction, besoin de réparation et désir de vengeance. » Journée d'étude, mai 2004, La Roche sur Yon, Institut Catholique d'Etudes Supérieures.
[2] Sur cette question l'on ne peut que se référer aux travaux de C. Damiani, par exemple : Psychothérapie post-traumatique et réparation, p. 131, in F. Marty *: Figures et traitements du traumatisme*, Dunod, Paris, 2001 ; ou encore, C. Damiani : *Les victimes. Violences publique et crimes privés.* Bayard Editions, Paris, 1997.

L'on peut en circonscrire et dégager les logiques autour de quatre enjeux : **Imputer, Qualifier, Réparer, Condamner**, chacun de ces enjeux obéissant à une logique de recherche de réponses relatives à une question centrale, à savoir :

IMPUTER : Qui a voulu et fait quoi ?

QUALIFIER : Quoi est quoi ?

REPARER : Quoi compense quoi ?

CONDAMNER : Quoi coûte quoi ?

Les réponses aux deux premières participent à déterminer la **responsabilité juridique**, les deux secondes la **culpabilité juridique**, donnant ainsi lieu à l'élaboration de quatre rapports : Plaignant/Mis en cause, Faits/Infraction, Préjudice/Indemnisation, Faute/Peine.
En deçà de ses multiples péripéties, de ses avancées, ses stases, de ses moments forts et de ses rites, son analyse fait donc apparaître un processus dont la logique obéit à quatre questions, chacune revoyant à un enjeu fondamental et implicite, que l'on peut figurer en un tableau :

UNE ANALYSE FORMELLE DU PARCOURS JUDICIAIRE EN 4 ENJEUX

Responsabilité Juridique	**IMPUTER** ***Qui a voulu et fait quoi ?*** **Plaignant/Mis en cause**	**QUALIFIER** ***Quoi est quoi ?*** **Faits/infraction**
Culpabilité Juridique	**REPARER** ***Quoi compense quoi ?*** **Préjudice/indemnisation**	**CONDAMNER** ***Quoi coûte quoi ?*** **Faute/peine**

Ce sont les réponses à ces quatre questions qui vont permettre de constituer, au terme de ce parcours, deux positions essentielles pour ce qui nous intéresse ici, celle d'auteur et celle de

victime, **et les distribuer entre les différents protagonistes de l'affaire**. L'agresseur n'est ainsi pas toujours le responsable et, inversement, le jugé responsable peut ne pas avoir participé directement aux faits ; il n'y a pas d'auteur sans délit juridiquement qualifiable, mais il peut par contre y avoir des victimes, au plan civil ; l'inculpé peut être jugé responsable mais pas nécessairement condamnable et donc juridiquement coupable, etc.

Pour constituer de l'auteur et de la victime, il faut donc que ces quatre questions aient pu être judiciairement traitées et aient donné lieu à réponses**,** car ni l'un ni l'autre ne sont déjà-là en attente d'être découverts et désignés comme tels : auteur et victime sont le résultat positif à la conclusion d'un long processus de constitution d'une responsabilité et d'une culpabilité, au sens juridique de ces deux termes. C'est bien ce pourquoi la « vérité » qui ressort d'un procès est une vérité qui a dû être sujette à débats contradictoires : elle est une construction, parmi d'autres possibles, et n'est ni plus ni moins objective que toute autre construction, sinon qu'elle doit obéir à des critères de validité et à des processus de validation strictement codifiés qui, s'ils ne sont pas respectés, donnent lieu à des « vices de procédures ». Si bien que chacun des enjeux considérés, pour donner lieu à des élaborations juridiquement valides, obéit à deux logiques contradictoires : l'une consistant en une formalisation hypothétique (une abstraction du réel), l'autre venant comme son principe de réalité et consistant à en vérifier la pertinence, à l'attester dans et par le réel considéré (ce qu'on appelle indices, preuves…, selon le degré de validation de la construction qu'ils apportent). Ce processus d'élaboration peut nécessiter du temps pour arriver à une construction stabilisée et devoir en passer par toute une série d'hypothèses intermédiaires et de recherche d'éléments du réel pouvant les confirmer ou les invalider, dans un va-et-vient constant entre les deux. Toute construction juridique, pour avoir quelque valeur, doit ainsi toujours se mettre à l'épreuve du réel qu'elle tenter de pénalement constituer.
La vérité judiciaire ne saurait donc prétendre à être une vérité plus objective qu'une autre, mais l'on peut dire qu'elle obéit à des modes d'objectivation qui lui sont propres et qui ont pour finalité de « faire œuvre de justice », c'est-à-dire les traiter en termes de culpabilité et de responsabilité juridiques.

Nous allons maintenant examiner de façon plus approfondie chacun de ces enjeux ainsi que les procédures contradictoires à leur élaboration, pour montrer qu'ils exigent de la part des plaignants un travail de compréhension et d'assomption qui est très loin d'aller de soi.

2.3.2.1. La responsabilité juridique

L'établissement de la responsabilité suppose d'une part qu'un délit puisse être établi, d'autre part que celui-ci puisse être imputé à quelqu'un. L'on notera qu'il n'existe entre les deux aucun lien d'ordre chronologique (la constitution du délit ne précède pas obligatoirement la recherche d'auteurs, même si elle est presque toujours première), mais procède plutôt d'une co-construction : des faits nouveaux peuvent amener à reconsidérer la responsabilité des uns et des autres, et une évolution dans la compréhension du rôle de chacun conduire à une requalification des faits…

Ce sont ici les normes qui font référence, normes définitoires d'écarts de conduite et d'irrespect des codes définitoires des différentes formes d'infractions.

a) L'Imputation : qui a fait quoi ?

Elle obéit à l'impératif de devoir attribuer, en terme de responsabilité, la survenue des faits et de leurs conséquences infractionnelles, à l'un (ou plusieurs) de ses protagonistes. Visant à déterminer qui a fait et voulu quoi, il s'agit ici d'opérer une double analyse :

- des motifs, motivations, mobiles, à la présence de chacun des acteurs à la scène et/ou au scénario infractionnel ;
- du rôle et de la place que chacun y a tenu positivement, suivant une distribution des responsabilités dans la survenue des faits et leur commission : préméditation, caractère intentionnel ou non des actes…

L'on notera que la constitution du mobile et celle de la participation se font en interrelation constante, l'établissement de l'un pouvant confirmer ou infirmer l'autre et, pour qu'il y ait imputation du délit à l'un des protagonistes, il est nécessaire que les deux soient portées par la même personne.

Il s'agit donc de procéder à une analyse des comportements de chacun au regard des motifs et de la nature de leur présence respective à l'événement. Dans ce processus, le motif représente une construction hypothétique quant à ce que voulaient (et ne voulaient pas) les protagonistes, construction s'attestant à partir de la nature de leur participation concrète aux faits tels que par exemple les témoignages et éléments matériels à disposition permettent de la reconstituer. A l'inverse, les éléments matériels ne prennent véritablement sens qu'à converger et permettre d'en déduire, sur un mode hypothétique, une intention criminelle chez l'un (ou plusieurs) des protagonistes, c'est-à-dire la volonté que survienne l'événement ainsi que ses conséquences.
Relevons enfin qu'il n'est pas toujours d'emblée aisé d'avoir connaissance de l'ensemble des acteurs impliqués, et il en est certains dont l'on peut ignorer longtemps qu'ils ont tenu une place et joué un rôle dans l'événement. Ceux-là peuvent rester dans l'ombre et leur rôle demeurer occulte jusqu'au moment où l'on découvre leur existence et leur importance[1].

b) La Qualification : quoi est quoi ?

Si l'imputation consiste en la recherche des protagonistes de l'événement, la qualification quant à elle, s'attache à l'établissement de la dimension délictuelle des faits. Ceci suppose :

- la constitution d'un scénario de l'événement ;

[1] Le désaveu de l'autre parent, dans les cas d'inceste, peut être d'autant plus masqué qu'il se joue en « négatif », dans un défaut de protection. Dans un tout autre domaine, celui des thérapies familiales, l'on peut penser aux travaux de M. Selvini (1984, 1987) sur le **référent**, personnage occulte et pourtant essentiel dans la perpétuation du système familial pathologique et qui n'appartient d'ailleurs pas nécessairement à la famille.

- sa détermination comme délit, ce qui implique que les faits puissent être rapportés à un article de l'un des codes (civil, pénal…) susceptible d'en affirmer le caractère illégal, infractionnel, ainsi que sa gravité en termes de sanction.

Dans cette double opération, un fait ne peut être constitué comme tel qu'à la condition qu'il vienne soutenir (ou infirmer) la détermination de l'événement comme délit ; à l'inverse, le délit doit constamment s'attester dans du fait dont il rend compte comme élément d'un scénario ou d'une scène délictuels.

Il n'est de contrevenance que ce qui est répertorié dans les différents codes comme actes interdits exposant à une sanction. Ainsi, entre les récits des différents protagonistes, dont celui du plaignant, et ce que la procédure judiciaire va entendre, retenir et enregistrer, il existe tout un processus complexe de réduction (au sens où il s'agit de ne retenir que certains éléments) et d'élaboration (au sens où ce n'est pas qu'une mise en forme ou une traduction en langage juridique mais une véritable mise en sens) : une infraction est un ensemble de faits bruts (indices, témoignages, etc.) mis en éléments juridiquement qualifiables, c'est-à-dire passibles d'une condamnation.

Autant le travail d'imputation vise, par la recherche d'acteurs impliqués, à faire porter la survenue des faits à certains de leurs participants, autant la qualification ne se préoccupe pas des personnes. Occupée à la constitution des faits et à leur traduction en délit, se devant d'en rester au strict registre des contrevenances et à elles seules, elle les anonymise, si bien qu'ils n'appartiennent plus à personne : peu importe ici qui a fait quoi, ce sont les actes ou les faits qu'il faut établir, faits qui ne tiennent leur importance qu'à leur possible inscription comme relevant d'un article de code

A l'inverse de l'imputation, la qualification tend donc à indifférencier les protagonistes pour ne s'intéresser qu'à la dimension infractionnelle de l'événement.

2.3.2.2. La culpabilité juridique

L'établissement juridique de la culpabilité engage, quant à elle, un tout autre registre de questionnements et d'élaborations. Son domaine n'est pas celui des normes, mais des valeurs, dans une véritable économie de la responsabilité pour laquelle les atteintes ne s'y définissent plus comme des écarts, mais comme des coûts et prix à payer en contrepartie de ce qu'ils ont eux-mêmes coûté aux victimes et à la collectivité.

a) La Réparation : qui doit quoi ?

Elle représente la dimension civile de tout processus judiciaire, c'est-à-dire, selon J. Garapon (2001), qu'elle répond au souci moins de punir que de rétablir un échange entre les protagonistes. C'est la dette qui est ici centrale. Elle exige, pour être constituée, là aussi deux opérations distinctes :

- d'estimation d'un préjudice, ce qui implique l'existence d'une échelle des dommages, échelles des coûts ou pertes engendrés chez la ou les victimés (dès lors juridiquement des victimes), par la commission du délit ;

- d'établissement d'une indemnisation, sorte de coût du coût, contrepartie accordée au dommage provoqué. C'est le prix à payer pour avoir oublié l'autre.

C'est le propre de tout système de compensation que de chercher à créer des correspondances entre deux échelles de valeurs hétérogènes, de convertir l'estimation des préjudices subis en une autre valeur que celle qui a été préjudiciée ; c'est par exemple le passage d'un quantum de souffrance à une somme d'argent, selon un principe d'équivalence inéluctablement arbitraire, ou, plus justement, purement conventionnel.

Dans ce système de mise en équivalence, l'indemnisation vient en quelque sorte attester du préjudice, de la valeur collectivement accordée à ce qui a été endommagé, préjudicié, perdu.

b) La Condamnation : quoi coûte quoi ?

Ici la référence n'est plus la dette dans une visée de rétablissement de l'échange, mais la faute dans une référence à la loi, et la finalité de la condamnation est de restaurer, non pas des personnes, mais la valeur qui a été bafouée par l'infraction. Et c'est une échelle, non plus des préjudices, mais de la gravité de l'atteinte à la loi et aux interdits qu'elle instaure en termes de crime ou délit, qui est visée. Deux opérations sont là encore sollicitées par cet enjeu :

- d'estimation de l'atteinte à la loi, ce qui suppose une échelle des fautes établissant le prix accordé à la valeur de référence ;
- d'établissement d'une peine fixant le coût de l'oubli de la loi. Il s'agit là aussi d'établir un système d'équivalence entre deux échelles, celle des fautes et celle des sanctions. Toute atteinte à la loi a un coût et c'est celui-là qu'il convient ici de fixer. Plus elle touche à une valeur fondamentale, plus l'atteinte est jugée grave et plus la sanction est élevée.

La peine n'est cependant pas l'exact équivalent de l'indemnisation puisqu'elle recherche autre chose que la restauration de l'échange. Son coût ne prend pas sens d'une contrepartie qui effacerait la faute, mais de ce qu'elle se veut une « sanction morale infamante » (A. Garapon, 2001) visant à la prise de conscience par le délinquant des atteintes inacceptables aux valeurs que ses actes ont constitué. En ce sens, la peine n'éponge jamais la faute comme l'indemnisation pouvait le faire du préjudice : elle a une finalité expiatoire a pour objectif la réincorporation par le délinquant des valeurs communes dont il s'est affranchi, au moins le temps de son acte. L'on sait cependant aujourd'hui que le caractère « infamant » de la peine est souvent loin de se suffire à lui-même et qu'elle nécessite un accompagnement de ce qui prend alors sens d'un véritable travail psychique de la peine et de ses possibles impasses. Nous verrons qu'il peut en être de même du côté des sujets victimés, suivant des modalités évidemment différentes.

La sanction vient donc attester la faute de par le prix exigé en retour que constitue la peine, si bien qu'elle est dans son principe un renoncement qui n'en a jamais fini avec lui-même parce qu'il n'autorise à rien, l'interdit devant le rester toujours. Personne en ce sens n'a jamais

« payé sa dette », car ce n'est fondamentalement pas de dette ici qu'il s'agit mais de **sacrifice** ; et la condamnation prend fondamentalement sens, non d'une réparation mais d'une véritable peine.

De la même façon que l'imputation mettait en personnes des faits par ailleurs définis par leur seul report possible aux articles des différents codes (civil, du commerce, administratif, de santé publique…), ici la réparation engage les acteurs alors que la condamnation tient son principe aux valeurs et aux interdits qu'elles fondent. L'une personnalise en endettant et en réparant, l'autre anonymise puisque ce n'est pas un auteur que l'on sanctionne, mais une faute, un interdit transgressé fondé sur des valeurs partagées comme essentielles.

Ceci donne le tableau synthétique suivant :

CONSTITUTION JURIDIQUE DES POSITIONS D'AUTEUR ET DE VICTIME

	Des acteurs : des motifs mis en personnes	**Des faits : un événement mis en codes**
Axe juridique de la Responsabilité : mise en relation de comportements infractionnels et d'acteurs	**IMPUTER** **Distribuer les responsabilités** ***Qui a fait et voulu quoi ?*** **Référence : la scène criminelle** Différencier des positions en termes de motifs de la présence de chacun à l'événement = des participants- que faisaient-ils là ? Attestation matérielle des motifs et intentions = une distribution	**QUALIFIER** **Constituer le délit** ***Quoi est quoi ?*** **Référence : les codes** Constituer l'infraction en référence à un article de code = une contrevenance Etablir les faits = un scénario
Axe juridique de la Culpabilité : constitution des dommages et des coûts	**REPARER** **Créer des équivalences** ***Qui doit quoi ?*** **Référence : barèmes d'indemnisation** Etablir du préjudice = des dommages aux personnes Etablir par équivalence une compensation = une indemnisation	**CONDAMNER** **Dire la peine** ***Quoi coûte quoi ?*** **Référence : le code pénal** Déterminer la faute = une atteinte aux valeurs Fixer la peine

2.3.3. Le versant juridique du Travail Psychique de Victime

C'est à l'ensemble de ces modes de construction des positions d'auteur et de victime que le plaignant va être, tout comme le mis en cause, confronté. Qu'en est-il alors du processus juridique, vécu de son point de vue ? Quels problèmes, sans encore parler de positions véritablement problématiques, lui pose-t-il du fait même d'avoir été victimisé ?
L'opus judiciaire a sa cohérence propre et met en demeure le victimé d'en intégrer les principes, de les faire siens, même, et à plus forte raison, s'il s'agit de pouvoir en contester certains de ses actes, de ses conclusions et de ses décisions. Défendre ses droits ne peut se faire que sur un terrain et au travers de procédures qui lui sont imposées et lui opposent leurs contraintes propres.

2.3.3.1. L'imputation

Une agression, comme toute expérience critique, constitue un temps plus ou moins long de perte de différenciation, d'autonomie, des repères internes… Il ne va alors pas de soi de faire la part des choses entre ce que l'on a voulu et ce que l'on n'a pas voulu, entre ce qui revient à soi et à l'autre, quand les gestes et les paroles des protagonistes se sont enchaînés les uns aux autres et les comportements de l'agresseur se sont littéralement nourris des réaction de l'agressé : de fait, tout agressé a participé, même à son corps défendant, au déroulement de l'événement.
En outre, avoir été le motif ou le mobile d'un acte délictueux interroge de fait ce que l'on est, ce que l'on a bien pu faire ou montré de soi-même pour avoir ainsi pu l'« inspirer » ; car comment ne pas se sentir impliqué dans sa survenue quand quelque chose de nous-mêmes, pour un autre, a pu le motiver et l'amener à passer outre les lois ?
Et les procédures d'enquête, comme les auditions, les confrontations, certaines expertises dites de crédibilité, ne vont pas nécessairement pour faciliter un premier travail par le victimé de dégagement de l'agresseur et de réappropriation de lui-même, bien au contraire : le plaignant aura, comme le mis en examen, à rendre compte de sa présence et de ses actes, à justifier du fait d'avoir été à cet endroit à ce moment précis, à avoir, ne serait-ce qu'un instant, partagé le même espace/temps que l'agresseur, à avoir réagi comme il l'a fait, etc. Il aura, en cas de procès d'assises, à s'expliquer au besoin sur son histoire de vie, à y rendre compte de ses modes d'être au regard des normes sociétales, éventuels témoins à l'appui. Et, pour autant que cela puisse éclairer l'affaire, tout ce qu'il voudrait taire de lui parce qu'il peut estimer que cela relève de sa vie privée et ne regarde que lui, devra être dévoilé et passé au crible de cette recherche de mise en cohérence et en explications.
Assumer le travail juridique d'imputation exige donc du plaignant qu'il se fasse le garant de lui-même et de sa bonne foi, et tout ce qui pouvait faire évidence devra être expliqué, justifié, mis en raisons juridiquement enregistrables. Il n'y a pas pour la justice de hasard, mais de l'inexpliqué, des zones d'ombre qu'il faut réduire, des motifs qu'il faut reconstituer.

2.3.3.2. La qualification

La qualification, cette opération consistant à mettre en codes l'événement, c'est-à-dire à l'analyser dans son déroulement et sa désignation sous le seul angle de l'infraction qu'il peut constituer, exige du plaignant :

- d'une part qu'il se fasse témoin neutre de l'événement pour en restituer le déroulement ;
- d'autre part qu'il parvienne à reconnaître quelque chose de ce qu'il en a vécu dans l'appellation juridique qui va en être donnée.

L'on conçoit là encore à quelles difficultés ces deux opérations peuvent également se heurter chez lui. De fait, son vécu subjectif de l'événement va se trouver mis de côté, voire même devenir un obstacle à l'établissement des faits, alors même qu'il s'est agi pour lui d'une expérience émotionnelle souvent hors toutes normes. Ses émotions, ses blessures, ses traumatismes etc., ne vaudront que dans la mesure où ils peuvent faire trace, c'est-à-dire venir attester ou non de l'existence d'un délit.
En outre, l'événement ne peut être pour lui que proprement irréel ou impossible puisque, par nature, il est une transgression de l'ordre social et n'aurait jamais dû survenir. Comment penser et intégrer quelque chose qui se définit en premier lieu d'être ce qui n'aurait pas dû être, une sorte de négatif impensable de notre ordre commun du monde. Et ce n'est pas une quelconque qualification juridique qui pourra donner ne serait-ce qu'un contour à cette expérience de l'impossible. Tout acte délictueux est, au moins pour un temps, de l'ordre de l'inqualifiable.
C'est d'ailleurs ce pourquoi les plaignants peuvent être profondément déstabilisés par les procédures traitant plus spécifiquement de la qualification car, comme participants aux faits, ils ont là aussi le sentiment de se trouver mis exactement au même rang que le délinquant, puisque ici l'objectif n'est pas d'imputer les faits à l'un ou l'autre des protagonistes, mais de chercher à attester de leur dimension délictuelle. Etre le témoin neutre de sa propre agression ne va pas de soi.

2.3.3.3. L'indemnisation

Rien ne semble plus inassumable à nombre de plaignants de penser qu'une indemnisation puisse compenser d'une quelconque façon le préjudice qu'ils ont eu à subir, et encore plus problématique que cette réparation qui leur sera personnellement accordée (en dehors de toute peine infligée à l'auteur) puisse faire l'objet d'une quantification financière. Cela tient à ce que l'argent n'a rien à voir en la matière, qu'imaginer en outre s'accorder du plaisir avec quelque chose qui viendrait de l'auteur aurait quelque chose de totalement scandaleux, et qu'enfin, plus fondamentalement, parce que le victimé se trouve littéralement contraint, là aussi, à une double opération :

- d'une part d'estimation du préjudice, ce qui suppose de lui donner littéralement une limite puisqu'il d'agit bien de le relativiser en le situant sur une échelle des pertes ;
- d'autre part de conversion de son estimation du dommage subi en une autre valeur que celle par laquelle il vivait ce dommage.

L'on ne peut mieux illustrer à quel point cela peut faire problème que ne l'a fait J. Leyrie [1] citant les propos d'une femme qui avait perdu sa sœur, tuée à ses côtés dans un accident de la route, en réponse à la question du montant de l'indemnisation qu'elle devait demander en réparation : "Un franc symbolique ou une somme sans limite. Recevoir de l'argent sur le cadavre de ma sœur…, jamais !"

Mais en deçà de cette comptabilité, il s'agit pour la victime d'entrer dans un échange, de rétablir ou non l'auteur comme interlocuteur : accepter l'indemnisation c'est accepter de négocier donc d'échanger sur des valeurs, sur des coûts et des contreparties. Dans ce dialogue, ce que l'un gagne ou perd n'a pas le même prix pour l'autre. D'où, nous le verrons plus loin, une possible crise des valeurs internes du victimé, interpellé sur le prix pour lui de ce qu'il a perdu ainsi de la contrepartie qu'il doit en demander, et accepter.
En outre, toute acception d'une contrepartie au préjudice subi va, de facto, exonérer l'auteur de sa dette et le restaurer comme pair, égal. L'acceptation de l'indemnisation signe le renoncement à tout contentieux ultérieur et vaut comme solde de tout compte. Le victimé peut certes en escompter de ne plus être lui-même endetté par la dette de l'auteur, car tant que le contentieux n'est pas réglé, il reste lié à lui. Mais il ne sera jamais assuré que ce n'était pas un marché de dupes et que ce qu'il a obtenu a effectivement valeur d'indemnisation, c'est-à-dire le soulagera d'au moins une partie du préjudice subi : il s'en trouvera, peut-être, dégagé de l'auteur, mais moins certainement des dommages qu'il a laissés en lui.

2.3.3.4. La condamnation

Qu'en est-il pour le victimé de la question de la condamnation et quels problèmes soulève-t-elle en lui ? Ils sont également de deux ordres :

- renoncer à faire de la condamnation un équivalent de la souffrance née de la haine que l'agresseur a fait émerger en lui. C'est la haine qui sous-tend les exigences de sanctions équivalentes aux torts subis : une souffrance contre une souffrance. Et c'est là que se pose le problème de la vengeance : la haine génère de la haine et le victimé ne le sait que trop bien puisqu'il en fait lui-même l'expérience douloureuse et envahissante, d'où cette crainte très souvent exprimée que l'agresseur ne revienne se venger, une fois sa peine purgée, comme si sa peine pouvait n'avoir aucun effet sur lui, sinon même alimenter la sienne. Il s'agit donc que le victimé reconnaisse en lui ses désirs de vengeance, et qu'il y renonce : qu'il admette qu'il ne doit pas être concerné par la condamnation, car la peine se veut alternative à la Loi du Talion, ou supposée telle. Et même ce que l'on dénomme ainsi, résumé par la formule « œil pour œil, dent pour dent », suppose déjà, quoiqu'en disent certaines interprétations trop superficielles, **un principe de conversion** puisque la notion de vengeance implique déjà, de fait, une limite à ne pas dépasser : rendre coup pour coup suppose à

[1] J. Leyrie : La réparation. De l'ambiguïté de la demande des victimes et du système d'indemnisation. *Perspectives Psy*, vol. 35, no 5, déc.1996, pp. 377-384.

tout le moins une évaluation du coup reçu et par conséquent une recherche d'équivalence. Tout n'y est pas permis et une vie ne « vaut » pas n'importe quelle autre vie, un œil n'importe quel œil : tout dépend de leur valeur, celle-ci étant relative à ce que leur perte coûte à celui à qui s'en trouve privé ou à sa collectivité. C'est la société et ses lois qu'elle cherche à restaurer et on ne lui laisse guère d'autre choix que de s'en remettre à la décision de la justice ;

- reconnaître la valeur de la peine, qu'elle représente effectivement un coût pour l'auteur suffisamment important (ou symbolique) pour lui faire prendre conscience de la gravité de son écart. Mais comment croire en celle-ci quant l'on a fait l'expérience de ce qu'aucune loi commune n'a pu l'arrêter ? Tout laisse à penser au victimé que rien ne puisse jamais l'atteindre et l'empêcher de récidiver puisqu'il est déjà passé outre nos valeurs ; si bien que la sanction ne lui offre aucune garantie qu'il ne récidivera pas.

La condamnation est donc, dans son principe ni réparation ni vengeance, mais prononcé d'une peine, et il est bien attendu que le victimé ne fasse pas de celle-ci le prix à payer par l'auteur pour ses souffrances ; qu'il reste dans le respect des valeurs promues et, partant, renonce à sa propre haine.

2.3.4. Du plaignant au victimé : la construction subjective de l'auteur et de la victime

Il faut bien que les enjeux judiciaires trouvent chez tout un chacun leur répondant pour qu'ils puissent être à l'origine des tels effets, positifs ou négatifs chez le victimé, et que la responsabilité et la culpabilité juridiques aient leur pendant au plan psychique.

Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement puisque le droit est une construction humaine et ne peut qu'être à l'image de ceux qui l'ont créé et ne cessent d'en réviser les formes ? Est-il étonnant que la psyché soit préoccupée par les mêmes questionnements que la justice puisque la seconde s'est construite en réponse aux questions de morale, d'éthique et de déontologie que se posait la première ?

Tout événement extrême met ainsi à l'épreuve, ne serait-ce qu'un instant, non seulement nos valeurs existentielles mais également la consistance de nos normes et de notre représentation du monde personnels. Et c'est un processus formellement similaire au processus judiciaire que donne à voir en lui le victimé, à ceci près que sur cette scène intérieure il y joue successivement ou simultanément tous les rôles et y tient toutes les places : de victimé, d'agresseur, de juge, d'enquêteur, d'expert, de juré, de témoin…

Si la responsabilité et la culpabilité juridiques se mesurent à des écarts et aux sanctions encourues en retour, quels sont leurs répondants au plan psychique ? Par analogie avec ceux constitutifs du parcours judiciaire, il faut imaginer deux grands enjeux généralement amalgamés dans l'expression « donner du sens » sur lesquels porte le travail psychique :

- constituer l'événement et ses acteurs : l'inscrire dans un système de représentation qui lui donne la consistance précisément d'un événement. La responsabilité se fait ici psychique au sens où se trouvent interpellées et mises à l'épreuve les normes et le mode de vie personnels. La référence n'en est pas ici les différents codes, comme c'est le cas pour la responsabilité juridique, mais les normes qui sont, sinon personnelles (car elles peuvent être celles, introjectées, de l'agresseur), du moins internes ;
- donner prix à l'événement, le lester de valeurs personnelles au titre desquelles des gains et des coûts vont s'apprécier et donner lieu à des stratégies personnelles de réparation, de sanction et, possiblement, de conversion, c'est-à-dire alors de changement de système de valeurs.

Il s'agit donc d'un côté d'un travail sur la responsabilité et de l'autre sur la culpabilité, abordés cette fois du point de vue psycho-moral du victimé et non plus socio-juridique.

2.3.4.1. La responsabilité psychique et les normes personnelles

Il ne va pas de soi pour le monde psy de penser que la responsabilité puisse, au même titre que la culpabilité, constituer un processus psychique autonome ressortissant à la subjectivité ; d'une part parce que précisément la culpabilité est un concept ayant de façon hégémonique envahi l'analyse de l'espace psychique, d'autre part parce que la question de la responsabilité y est presque toujours appréhendée à partir des constructions qu'en élabore le Droit.

La responsabilité n'est pourtant pas qu'une affaire de lois et de codes et, quand bien même elle engage autrui, elle est d'abord et avant tout un ensemble d'obligations faites à soi-même sans lesquelles l'on ne comprendrait guère que chacun, sinon sous la contrainte et la répression extérieures constantes, puisse intégrer les normes collectives auxquelles il est confronté quotidiennement (ou, à l'inverse, les contester), et qu'il puisse en outre être redevable, à ses propres yeux, de ses actes personnels.

Tout comme la culpabilité, au sens analytique du terme, n'est aucunement réductible à un sur-moi extérieur au sujet et ne consiste pas en une intériorisation des valeurs collectives, mais en une capacité interne d'autocastration (J. Gagnepain,1994-2010), **la responsabilité relève d'un processus interne d'auto-obligation à l'égard d'autrui ; et ce n'est pas affaire de culpabilité parce que la référence n'est pas la transgression d'un interdit personnel, mais un manquement à ses devoirs tels que le sujet les conçoit.**

Ce point nécessiterait de longs développements et nous nous en tiendrons à mentionner que le thème de la responsabilité, très peu abordé par la psychanalyse, tient par contre une place importante dans les courants de pensée et de pratique d'orientation « existentielle ». Il est ainsi central dans la « Logothérapie » de V. Frankl (1975, 2006), et I. Yalom, dans son ouvrage *Thérapie existentielle*, y consacre un long chapitre. Celui-ci, commentant la conception sartrienne de la responsabilité y écrit notamment :

> Je porte la responsabilité de ce que je fais et de ce que je choisis d'ignorer. La position sartrienne ne se situe pas au plan de la morale : Sartre ne dit pas que je devrais faire autre chose, mais affirme que ce que je fais est de ma responsabilité.[1]

La responsabilité psychique se réalise donc dans un ensemble de choix déterminant la place, ou les places, que nous nous donnons à l'égard d'autrui en fonction de ce que nous décidons ou non d'assumer pour lui, et dont nous avons, d'abord à nous-mêmes, à rendre compte.
Analogiquement à la responsabilité juridique, elle se déploie en deux processus distincts, tous deux constitutifs des normes personnelles :

- l'un qui élabore un mode et des normes de vie, des modalités personnelles de s'inscrire et de se mouvoir dans le monde et à l'égard d'autrui ;
- l'autre qui construit un système de représentation qui donne au monde sa consistance, sa réalité, ses évidences et ses certitudes, mais aussi, en creux, ses limites et ses impossibilités.

a). De l'Imputation juridique aux Normes de vie personnelles

Choisir un métier, faire ou non des enfants, se marier, vivre à la ville ou à la campagne, exercer son droit de vote ou non…, renvoient certes à des options existentielles, mais participent également à constituer un mode de vie et un mode d'être à autrui dont régularités statistiques n'épuiseront jamais totalement la subjectivité des choix dont ils procèdent. Dans la perspective du TPV, deux questions se feront ici insistantes : « que faisais-je là » ? Et « quel rôle ai-je joué ? ».
La question n'est donc pas qu'affaire d'imputation juridique et il se pose ainsi à tout victimé celle de sa responsabilité au regard de ses propres normes : il a à se justifier à des propres yeux d'avoir été là ou de ne pas y avoir été, d'avoir, ne serait-ce qu'un instant, partagé le même espace et le même temps que l'agresseur, de n'avoir pas su, ou mal su, anticiper ce qui allait advenir, de n'avoir pas réagi de telle façon à infléchir le déroulement de l'événement en un sens moins funeste… : il a tenu, aussi, au victimé que l'événement survienne et qu'il y soit impliqué, même si cela ne procédait pas forcément d'une intention, même inconsciente. Cela ne veut pas nécessairement dire, qu'au plan juridique il craigne que puisse lui être imputé quelque chose ; mais était-il, au regard de son mode de vie et de ses manières d'être, en conformité avec lui-même ?
Cette question ne peut pas ne pas se poser et le victimé devra composer avec cette **autocritique** qui s'impose à lui. Comme le soulignait douloureusement une victime de harcèlement après des mois d'introspection critique : « On m'a dit que j'avais sûrement une responsabilité dans ce qui s'est passé, mais quelle responsabilité sinon celle d'avoir été là et d'avoir été moi ? Et pourtant, je ne peux pas m'empêcher de me dire que c'est de ma faute… ». L'on a au fond toujours quelque chose à se reprocher et croire le contraire reviendrait à admettre que l'on n'est pas maître de sa vie, ce qui, en soi, n'est guère plus réconfortant ; et, inversement, l'on peut toujours faire le reproche à autrui de ne pas avoir été à la place et dans le « rôle » qu'on lui avait assignés. En cela, l'imputation interroge le victimé dans ses modes de relation à autrui.

[1] I. Yalom (2008) : *Thérapie existentielle*, Galaade Editions, Paris, p. 303.

Mais ce n'est pas tout car il lui faudra également, jusqu'à un certain point, entendre quelque chose des motifs qu'a pu donner l'agresseur. Cela ne signifie certainement pas les accepter, mais au moins leur accorder valeur d'explication possible à partir de ses propres catégories, et faire de ce qu'il peut dire (et ne pas dire) de ses actes quelque chose de l'ordre d'une justification malgré leur caractère *a priori* inacceptable. Sans cela, il se trouvera renvoyé *ad infinitum*, à son indignation.

b) De la Qualification juridique à l'Ordre personnel du monde

Si l'événement a été critique c'est qu'il était hors toutes normes communes, collectives mais également personnelles. Equivalent au plan psychique de la qualification juridique, la représentation personnelle que se forme du monde le victimé, les modalités qu'il développe de le concevoir et de l'ordonner, s'en trouve de fait également questionnées.

Ce travail de représentation portant sur l'irruption d'un événement hors normes exige deux opérations distinctes obéissant aux deux questions suivantes : que s'est-t-il passé ? Qu'est-ce que c'était ?

La seule qualification juridique ne saurait la plupart du temps suffire à apporter réponse au problème soulevé ici car il faudra que le sujet intègre non seulement la possibilité de ce qui est survenu, mais encore que cela ait pu lui arriver, à lui. Cela tient à ce que nous développons tous, en nous, un ou des codes personnels et que nous inventons nos propres contrevenances. C'est d'ailleurs là que réside l'origine de nos hontes car, nous l'avons vu plus haut, la honte signe un écart à nous-mêmes dans notre rapport à autrui. Et c'est aussi ce pourquoi l'on peut avoir honte d'un autre, parce que l'on désapprouve sa conduite qui, en dehors de toute question d'illégalité, renvoie, dans notre ordre du monde personnel, à quelque chose « qui ne se fait pas ».

Réaliser ce qui est advenu en passe alors par cette opération de réduction de l'événement à des catégories du possible, c'est-à-dire à le faire advenir à une représentation. C'est le dilemme qui sous-tend l'impératif de témoignage du survivant de l'extrême : dire l'indicible au prix de sa réduction à un dicible qui en contredit son caractère ineffable. Il y faut, nous l'avons mentionné, des catégories de l'entendement qui souvent n'existent pas encore.

2.3.4.2 De la culpabilité psychique : engagements éthiques et valeurs personnelles

Là où l'on s'attendrait à ce que le victimé, parce qu'il s'appréhende comme tel, s'estime d'évidence d'une part comme préjudicié (créancier d'une contrepartie aux dommages personnels subis), d'autre part comme innocent (exempt de toute culpabilité), la clinique victimale montre qu'il peut n'en être rien, bien au contraire : souvent, plus que l'agresseur lui-même, il peut être traversé de façon très douloureuse par un vécu envahissant de culpabilité et être conduit à développer des positions et des conduites s'apparentant à celle que l'on attendrait plutôt d'un auteur en quête de repentir. Et il s'agit bien là, au sens strict du terme, de culpabilité parce que ce ne sont pas des

questions de devoir qui se posent alors à lui, mais de légitimité au regard des valeurs et des choix existentiels qui sont les siens.

La distinction pourrait sembler quelque peu byzantine si elle ne tenait sa raison dans la nature profondément différente du travail exigé ici : ce ne sont ni les motifs qui l'ont conduit à être présent à l'événement, ni sa conduite durant celui-ci qui vont être interrogés, pas plus que sa représentation du monde et de ce qui y contrevient, mais l'éventuelle signification de ce qui s'est produit au regard de ses engagements éthiques et moraux ; d'où l'air de parenté entre les problématiques psychotraumatiques et les psychonévroses, qui a pu faire croire qu'il en s'agissait effectivement.

a) De la Réparation juridique aux Engagements existentiels

Comment faire d'une perte un gain possible, malgré tout ? Tel est ce à quoi engage dans son principe l'indemnisation : que le victimé évalue la nature et la gravité de son préjudice et qu'il en conçoive une équivalence compensatrice. La somme d'argent qu'il recevra n'y joue cependant qu'un rôle de médiateur car il lui faudra également décider de son utilisation, c'est-à-dire la convertir en encore quelque chose d'autre. Il en restera cependant toujours une perte, car rien ne peut exactement remplacer ce qui a été lésé, et ce qui en outre est survenu n'en sera de toute façon jamais annulé.

Certains se refusent au principe même de ce marché tant on ne peut jamais exactement savoir ce que l'on a perdu et gagné, laissant alors l'agresseur endetté ; au moins sont-ils persuadés de ne rien devoir à personne, mais la contrepartie sera de devoir trouver en eux-mêmes d'autres moyens de ne pas en rester à un vécu de perte irrémédiable, et, d'en quelque sorte, s'auto-indemniser, c'est-à-dire trouver malgré tout matière à gain dans ce qui leur est arrivé, ce qui est très loin toujours d'aller de soi. Cela reste donc là encore une affaire de choix, donc d'évaluation des gains et des coûts propres à chacune des options.

Ainsi, quelque soit l'option adoptée par le victimé, elle supposera toujours une mise en jeu de son économie interne, de ce qui, pour lui, fait valeurs et donc office d'étalon de ces gains et ces coûts.

A la différence de la responsabilité, la relation instaurée ici par le victimé à l'événement n'est pas un rapport de cause à effet, au sens où son mode de vie et ses actes auraient pu jouer un rôle plus ou moins direct dans sa survenue et son déroulement. Il va par contre l'analyser au regard de ce qu'il peut lui enseigner quant à ses engagements existentiels : y a-t-il une leçon à en retirer, que peut lui dire l'événement de la conduite de son existence ?

Tout événement dommageable renvoie ainsi peu ou prou le sujet à une question d'économie morale conduisant à en faire la mesure de ses mérites et de ses fautes ; et l'examen auquel cela le conduit ne relève pas comme ci-dessus d'une autocritique, mais d'un véritable **examen de conscience**, car il n'y a de gains et de coûts psychiques que mesurés à l'aulne de ses mérites et de ses torts. Son économie personnelle s'en trouve de fait sollicitée sinon interrogée de façon critique, et l'événement se fait mesure de ses engagements existentiels et des moyens qu'il se donne de les mener à bien : il se trouve ainsi lesté d'un ensemble de valences négatives et positives qui vont lui conférer la valeur d'une sanction (positive et/ou négative), c'est-à-dire d'un jugement de valeur.

La question qui se pose ici à lui est celle de ses engagements existentiels comme pari et leur économie, c'est-à-dire la mesure des investissements qu'ils impliquent au regard de ce que lui en dit l'événement, cela en termes de gain et de coûts.

b) De la Condamnation juridique aux Idéaux et Valeurs essentielles

S'il s'agissait ci-dessus de la mesure par le victimé de ses investissements au regard de l'événement, nous allons voir maintenant qu'avec la question de la condamnation, c'est l'évaluation du **pari** lui-même qui se trouve engagée, c'est-à-dire celle de ses idéaux et valeurs fondatrices et de leur mise en cause possible. Nous rejoignons là une dimension de l'expérience traumatique mentionnée par plusieurs auteurs et qui a trait aux idéaux et à leur chute (notamment L Crocq et *al.*, 1983 ; M. Bertrand, 1993 ; G. Briole et *al*., 1994).

S'il est attendu de l'auteur qu'il assume sa condamnation et, qu'à travers elle, il intègre la peine qui seule est susceptible l'amener à la conscience de ses actes, cette condamnation fait aussi épreuve pour le victimé car elle prend sens pour lui d'un renoncement obligé à ses ressentiments, à tout le moins à leur expression. C'est ici que survient la question du pardon, telle que nous avons pu le définir plus haut comme travail intérieur et issue possible à leur caractère envahissant, voire autodestructeur.

Mais au-delà de l'alternative que forme ce « couple » ressentiments/pardon, ce sont les valeurs du victimé elles-mêmes, et non plus leur économie, qui se trouvent mises à l'épreuve. L'événement ne vient plus comme mesure possible de sa conduite, ainsi qu'il en était concernant l'enjeu des engagements existentiels, car Il ne s'agit plus d'une économie du pari, mais du pari lui-même que constituent ses valeurs en tant qu'elles sont fondatrices.

Il n'est donc plus ici question de gains et de coûts, d'investissements et de réinvestissements, mais des idéaux, du pari essentiel que tout un chacun engage sur eux et dont il n'y a rien attendre en retour sinon qu'ils donnent sens à notre existence. Tout idéal exige ce qu'il faut bien nommer du **sacrifice,** un don sans retour qui vient littéralement célébrer la valeur accordée à la valeur. Il est, a pu écrire S. de Mijolla-Mellor (2010), non pas perte, mais « gain de sens ». C'est notamment tout le sens des **actes de mémoire**.

L'événement ne représente pas que la seule atteinte à la loi, et vient aussi mettre en question ce en quoi elles pouvaient être fondatrices pour le victimé. Y a-t-il sacrifié ce qu'il y fallait, ou bien s'est-il leurré quant à leur pouvoir fondateur ?

DE LA CULPABILITE ET DE LA RESPONSABILITE PSYCHIQUES

	De l'implication personnelle Ou présence à l'événement	**De l'événement comme réalité**
AXE **des** **NORMES psychiques** **ou** **modèles de représentation**	**MODE DE VIE** **Enjeu : sa présence à l'événement** Un mode de vie, un habitus Question : qu'est-ce que je faisais là ? Un mode d'être à autrui Question : quel rôle ai-je joué ?	**ORDRE DU MONDE** **Enjeu : l'événement comme réel à constituer** Ce qui fait événement Question : comment cela s'est passé ? Des écarts Question : qu'est-ce que c'était ?
AXE **Des** **VALEURS psychiques** **ou** **économie des dommages et des coûts**	**ENGAGEMENTS EXISTENTIELS ou PARI existentiel** **Enjeu : un dépassement (faire d'un mal un bien)** Une sanction. Question : en quoi l'ai-je d'une quelconque manière mérité ? Une leçon de vie. Question : puis-je faire mieux, mieux me conduire, comment ?	**VALEURS et IDEAUX** **Enjeu : La mémoire (la relique, le souvenir)** Un sacrifice. Question : à quoi faut-il renoncer (ou que faut-il sacrifier) pour que les idéaux soient restaurés Une peine. Question : quelle est la faute, de quelle valeur est-elle la transgression ?

2.3.5. Des victimes sans auteur ?

Bien qu'à son origine issu d'une analyse du parcours judicaire, notre schéma des positions victimales ordonné en quatre enjeux permet de donner une réponse à une question qui avait beaucoup occupé les premiers victimologues et, nous l'avons relevé, fait encore l'objet de positions divergentes, celle de la définition de la victime : devait-on ne considérer comme telles que les seules personnes ayant fait l'objet d'un délit pénalement répréhensible ou bien devait-on y inclure les « victimes » d'événements « sans auteur », c'est-à-dire sans responsabilité juridiquement imputable à une personne, fut-elle morale ?
Quel éclairage la perspective du TPV nous offrent-elle à ces situations où il n'y a pas d'auteur, au sens juridique du terme, et pour lesquelles l'on pourrait en déduire que la question de la responsabilité y est, pour le victimé, *a priori* absente ? Pourtant, les exemples sont multiples de réactions tendant à montrer que ces événements peuvent donner lieu aux mêmes vécus victimaux et que les questions de responsabilité et de culpabilité y sont autant présentes, et l'objet de réactions aussi critiques. D'où une autre question : comment le victimé parvient-il alors à se constituer comme tel quand il ne peut s'appuyer sur les élaborations judiciaires ?
Au fond la distinction entre victime et victimé a déjà en grande partie répondu à la question, puisque notre approche de la victime est de la concevoir, non seulement comme une personne juridique, mais avant tout comme la résultante d'un travail psychique relatif aux questions de culpabilité et de responsabilité soulevées par l'événement, Ainsi l'on doit concevoir que les mêmes processus constitutifs de cette position, et complémentairement de celle d'auteur (appréhendés du point de vue du victimé), doivent pouvoir s'y retrouver, avec les mêmes aléas que dans toutes les formes de victimisation, qu'elle relèvent ou non d'un traitement judiciaire et qu'elles soient ou non portées par un inculpé. Dit autrement, un victimé ne peut pas ne pas construire de la responsabilité et de la culpabilité puisque c'est l'objet même du TPV conçu comme un ensemble de modalités psychiques de dégagement de l'événement. Cependant nous pouvons aller un peu plus loin dans la réflexion.

Nous prendrons à titre d'exemple la situation de catastrophe naturelle car elle semble de celles les moins susceptibles d'engendrer chez leurs « victimes » des réactions victimales à l'égard de la question de la responsabilité, comme de la culpabilité : étant par définition « naturelles », elles ne devraient pas pouvoir donner matière à des problèmes d'imputabilité, de qualification et de faute, seule la réparation pouvant paraître susceptible d'être source de difficultés. Nous allons pourtant constater que d'une part s'y trouvent socialement engagées les mêmes enjeux que dans le processus judiciaire, et d'autre part que l'on peut retrouver chez leurs survivants les mêmes questionnements problématiques à l'égard des quatre enjeux.

2.3.5.1. De l'imputation

Dans sa « Petite métaphysique des tsunamis », Dupuis s'étonne, et s'inquiète, de la troublante similitude entre la teneur des propos échangés entre Voltaire et Rousseau suite à la catastrophe de Lisbonne et celle des commentaires de nombreux médias à travers le monde à

propos la destruction des Twin Towers de Manhattan ; et de déplorer que « de la catastrophe, nous n'ayons rien appris ».

D'où vient plus précisément son étonnement ? De ce que, dans le long laps de temps séparant ces deux événements catastrophiques, la science est sensée nous avoir enseigné, sinon irréfutablement prouvé, que la nature, à la différence de Dieu, n'a pas d'intentions : ni bienveillante, ni malveillante à l'égard de l'homme, elle suit en quelque sorte son bonhomme de chemin, sa logique propre qui n'a que faire de ceux qui « l'habitent ». C'est à eux de se prémunir contre ses désordres s'ils en sont dérangés et mécontents.

Que ne voit ainsi pas Dupuis ? **C'est que le fait de dénommer une catastrophe « naturelle » revient déjà à instruire un procès en responsabilité** ; responsabilité particulière puisqu'elle n'implique aucune intention, responsabilité malgré tout puisque la qualifier ainsi revient à lui attribuer une origine, qui ne suppose pas de volonté ou de motif particulier, une **cause sans raison**.

Et c'est en cela précisément qu'elle peut être spécifiquement source d'interrogations sans fin, car l'absence de raison peut être bien pire que la pire des raisons. La catastrophe dite naturelle peut ainsi devenir une figure de l'arbitraire le plus insupportable, que ce soit sous la forme du destin ou du hasard, ou du courroux divin.

2.3.5.2. De la qualification

De manière semblable, la question de la qualification peut sembler ne pas concerner les victimes de catastrophes naturelles puisque la problématique du délit et de sa définition y semble *a priori* absente. Elle y trouve pourtant son exact équivalent dans la dénomination même de catastrophe, qui vient désigner un désordre particulier : non bien sûr une atteinte à l'ordre public telle que définie par tel article de tel code, mais une anomalie dans l'ordre du monde dit « naturel », dont la désignation précise vient y prendre la même place, et pour le victimé y jouer la même fonction. Tremblement de terre, raz de marée, inondation…, indexés de surcroît d'un degré de gravité suivant telle ou telle échelle, représentent l'exact équivalent d'une qualification juridique, à ceci près que ce qui fait référent signifiant n'est pas un code, mais un certain ordre ou ordonnancement attendu du monde naturel définitoire d'atteintes aux lois de la nature, ou du moins à l'idée que nous nous formons d'elle.

L'importance de la qualification trouve son répondant dans la « fonction d'énonciation » dévolue par L. Crocq aux médias (2002d), en ce qu'elle désigne et propose une représentation de ce qui est survenu à la collectivité. L'exemple des effets délétères engendrés par l'absence d'une telle énonciation, faisant office de qualification, fut fourni par les médias à la suite des attentats du 11 septembre 2001 où défilèrent pendant des heures sans le moindre commentaire les images des avions s'écrasant sur les tours, jusqu'à leur l'effondrement.

L'on a pu également observer le phénomène contraire après le tsunami de 2004. S'il a suscité autant de commentaires c'est bien sûr en raison de son impact destructeur hors toutes mesures communes (28000 morts et disparus); mais aussi très certainement parce que nos sociétés occidentales découvraient littéralement là une forme nouvelle, jusqu'alors inconnue d'elles, de catastrophe. Face à une sorte de vide engendré par le manque de références permettant d'en

appréhender la nature, de nombreuses émissions et reportages à caractère scientifique se sont attachés à nous expliquer le mécanisme de constitution et de diffusion de la vague, s'efforçant par là de combler cette carence collective de représentation du phénomène au point que, depuis, le terme de tsunami, seul connu des spécialistes, est entré dans notre langage commun.

2.3.5.3. De la réparation

Quant au volet du préjudice et de la réparation il nous semble d'emblée familier et ne pose pas véritablement question car il correspond à la dimension civile de tout procès à ceci près que c'est le système assuranciel, qui en a à gérer les principaux effets ainsi que les dispositifs d'aide et de secours exceptionnels comme ceux prévus par l'état de catastrophe naturel.

2.3.5.4. De la condamnation

Les registres de la faute et de la peine semblent ici encore plus étrangers car que peuvent être l'un et l'autre, ou en faire office, pour une catastrophe naturelle ? Quelle peine imaginer, et contre qui ou quoi ?

Elle apparaît pourtant singulièrement familière car elle est s'exprime dans ce qui fait généralement suite à une catastrophe et prend la forme d'un renoncement sans contrepartie, c'est-à-dire d'un sacrifice : minutes de silence, cérémonies de recueillement, d'hommages aux victimes, état de deuil national, plaques et rites commémoratifs…, en sont les formes les plus usuelles. L'on peut voir la même fonction symbolique jouer dans les manifestations sans slogans, ou les marches silencieuses, organisées suite à des crimes particulièrement odieux et incompréhensibles.

Le sacrifice est par essence non pas don (comme le serait une collecte organisée pour les victimes, ou l'envoi de *secours*), mais renoncement. Et dans tous ces rites collectifs il s'agit bien de suspendre pour un temps le cours habituel des choses, de s'interdire temporairement de vivre pleinement sa vie.

A travers ces rites, il faut concevoir, -sinon ils sembleraient incompréhensibles-, que ce n'est pas la faute qui est visée, mais la valeur atteinte, qu'il s'agit, en la célébrant, de restaurer. La peine, comme toute peine est en son principe anonyme, ne s'adresse à personne, n'entend rien réparer. La restauration qu'elle vise est d'un autre ordre : elle est la marque affirmée d'un attachement à la valeur bafouée, attachement d'autant plus fort que le sacrifice consenti est symbolique et le renoncement élevé.

Conclusion : les 4 dilemmes constitutifs du TPV

L'on a beau jeu d'inviter, voire d'intimer, aux victimés de faire au plus vite leur deuil, de tourner la page, de trouver un sens personnel à l'événement etc., d'assumer leur part dans le fait que la « rencontre » avec l'événement ait été « mauvaise », tout comme ailleurs penser pouvoir faire du procès sinon un moment thérapeutique, du moins cathartique. Toutes ces injonctions ont quelque chose d'une prescription paradoxale car si les choses étaient si aisées, elles ne poseraient plus depuis longtemps problème.

Et ce n'est pas qu'affaire de trauma ou d'une quelconque pathologie séquellaire ; en cela la pathologie n'a rien à voir. C'est le dégagement même de toute expérience victimale (qu'elle ait été traumatique ou non) qui est, en lui-même, problématique et qui exige, au sens fort du terme, un travail psychique dont l'issue n'est jamais acquise d'avance et, quand le sujet parvient à la trouver, **a de toutes les façons toujours un coût**. C'est ce pourquoi nous allons appréhender les questions qui se posent, ne serait-ce qu'un instant, à tout victimé comme un ensemble de **dilemmes**, dont le dégagement peut être long et les chemins tortueux pour y parvenir ; cela pour indiquer qu'il n'existe aucune bonne solution et que, s'il y en a une possible, elle suppose toujours une forme de dépassement de ce qui se présente toujours, d'emblée, comme une double impossibilité, ou un double refus dont les deux pôles sont antagonistes.

Ces dilemmes, au nombre de quatre, se jouent sur deux surfaces principales d'élaboration et, que l'on se situe sur un versant socio-juridique ou personnel, subjectif, l'on doit penser qu'un même travail psychique est à l'œuvre : l'un conventionnel à partir des normes et valeurs de la collectivité telles que les constructions sociales et juridiques en sont l'expression, l'autre subjective, édifiée sur l'histoire personnelle créatrice de normes et valeurs internes singulières telles que sollicitées par la mise en forme et en sens de l'événement. Mais fondamentalement les mêmes processus d'élaboration y sont à l'œuvre. Les opposer comme deux réalités indépendantes et irréductibles l'une à l'autre n'a alors plus guère de sens. Par contre, au plan clinique, tout l'intérêt sera d'observer comment les sujets victimés jouent de ces deux systèmes de référence et, en retour, comment en faire usage dans la perspective d'un accompagnement spécialisé.

Nous allons donc récapituler l'ensemble des questions et enjeux constitutifs du TPV sous la forme synthétique de **quatre dilemmes** inhérents à l'épreuve de réalité que représente l'après-trauma, qu'ils se donnent comme surface réflexive privilégiée, ou la constitution juridique (ou sociale), ou personnelle de l'événement : quatre dilemmes susceptibles d'initier quatre modalités de crises, dont nous verrons, dans la partie suivante, quelles formes elles peuvent revêtir lorsque le sujet échoue de façons plus ou moins problématiques à les résoudre. Il y a dans toute expérience victimale une dimension irréductible. C'est ce que Lacan a dénommé le Réel, la résistance qu'oppose le monde à notre prise, et contre laquelle il nous faut en retour résister, dès lors que notre rapport au monde, à autrui, à nous-mêmes, est « médiatisé » (J. Gagnepain, 1994-2010)

Et si tant que ce soit bien le Réel lacanien qui est en jeu dans l'expérience victimale, il nécessite d'être diffracté en quatre ordres donnant lieu à nos quatre dilemmes.

Chaque dilemme prend donc la forme d'une double négation, et son enjeu en est leur dépassement :

Temps 1 : il n'est pas possible que…

Temps 2 : il n'est pas possible qu'il ne soit pas possible que…
Ces deux premiers temps ne sont pas ordonnés chronologiquement, mais par la contradiction qui les unit, et le sujet peut passer indifféremment de l'un à l'autre.

Temps 3 : il consiste en une réélaboration de la question initiale ouvrant au dépassement de cette double impossibilité. Celle-ci laisse cependant un reliquat qui tient à ce que ce processus, structurellement, suppose un double renoncement.
Ces temps peuvent aussi bien porter sur l'agresseur, le victimé lui-même, ou les réponses conçues par la justice ou toute autre instance tierce.

Sur la question de l'imputation

Temps 1 : C'est injustifiable : aucune excuse ne peut valoir, aucun motif n'est recevable.
Temps 2 : Il est impossible que ce ne soit pas justifiable : demander ou des comptes ou rechercher des motifs, à tout prix.
Temps 3 : A chacun sa part, à chacun de concevoir ses motifs à avoir été là.

Sur la question de la qualification

Temps 1 : C'est inqualifiable : aucun mot ne pourra dire ce que c'était.
Temps 2 : Il n'est pas possible que ce soit inqualifiable ; il faut bien que cela s'inscrive quelque part, au titre de quelque chose.
Temps 3 : A chacun ses vues : nous n'avons pas pu vivre les mêmes choses et c'est à chacun d'en rendre compte en fonction de ce que l'on conçoit comme normal et anormal.

Sur la question de l'indemnisation

Temps 1 : C'est irréparable, le coût est incalculable, ça n'a pas de prix.
Temps 2 : Il n'est pas possible que ce soit irréparable, il y a un dû.
Temps 3 : A chacun son dû ; on ne peut pas gagner sans perdre et c'est à chacun d'évaluer ses gains et ses coûts.

Sur la question de la condamnation

Temps 1 : Il n'est pas possible de payer ; c'est l'incommensurabilité de la peine du victimé.

Temps 2 : Il n'est pas possible de ne pas payer : tout se paye et doit se payer.

Temps 3 : A chacun sa peine, la sienne n'est pas la mienne et il faut qu'il l'assume ; mais j'en ai une aussi, et moi seul peux m'en détacher car la sienne n'y changera rien.

	Rendre compte de sa présence (travail de mise en sens)	**Rendre compte de l'événement (travail de mise en forme)**
	IMPUTATION	**QUALIFICATION**
Axe de la responsabilité (mise en normes)	Dilemme fondamental : il est tout aussi problématique d'y avoir été pour quelque chose que de n'y avoir été pour rien (et symétriquement ; il est aussi impossible qu'il y soit pour quelque chose que pour rien)	Dilemme fondamental : il est tout aussi problématique de qualifier l'événement que de ne pas le qualifier (que ce soit quelque chose et que ce ne soit rien)
	Son dépassement : ***A CHACUN SA PART,*** c'est-à-dire assumer de pouvoir être un objet de concupiscence ou de haine pour un autre	Son dépassement : ***A CHACUN SES VUES*** c'est-à-dire pouvoir assumer l'impropriété de nos catégories à pouvoir tout appréhender
	Et son reliquat : il y aura toujours une part d'**injustifiable** mais celle-ci devient un **imprévisible** : de possibles effets de rencontre que chacun a à assumer pour son propre compte.	Et son reliquat : il y aura toujours une part d'**inqualifiable** qui se fait **informulable**, indicible : on ne cesse de refaire le monde dans les représentations que nous nous en donnons.
	INDEMNISATION	**CONDAMNATION**
Axe de la culpabilité (mise en valeurs)	Dilemme fondamental : il est aussi problématique d'y perdre que d'y gagner	Dilemme fondamental : Il est aussi problématique de faire payer que de ne pas faire payer, de condamner que de pardonner
	Son dépassement : ***A CHACUN SON DU***, c'est-à-dire assumer ses engagements existentiels, l'économie impliquée par le pari qu'ils représentent	Son dépassement : ***A CHACUN SA PEINE*** c'est-à-dire remettre en jeu ses valeurs, son pari sur celles-ci
	Et son reliquat : il y aura toujours une part d'**irréparable** qui se fait **perte**, chacun ayant à l'assumer pour son propre compte.	Et son reliquat : il y aura toujours une part d'**impardonnable** qui se fait **peine.**

LES 4 DILEMMES CONSTITUTIFS DU TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME

Tel est, dans ses principes, le TPV. Chaque dilemme peut se jouer sur les deux grandes références que constituent d'un côté la dimension socio-morale ou socio-juridique, de l'autre la dimension psycho-morale. Mais dans l'une et l'autre de ces dimensions, ce sont finalement les mêmes questions qui se posent et les mêmes processus psychiques qui se trouvent engagés.

C'est dans les tensions entre les deux polarités propres à chacun de ces dilemmes, et en dépassement de celles-ci, que s'inventent des modes de dégagement ou, qu'à l'inverse, se forment des positions réifiées, victimales, quand le sujet reste fixé à l'une d'entre elles.

L'on peut alors, par déduction, imaginer qu'il existe quatre formes possibles de rencontre du réel, qu'il faut penser chacune dans sa référence anthropologique propre : la rencontre avec l'aléa, la perte, l'irreprésentable, la peine.
C'est ce que nous enseigne la rencontre clinique avec le sujet victimé.

PARTIE C

La construction d'un espace psycho-victimologique

PLAN :

Introduction

- Chapitre 1- L'EMERGENCE D'UN DISPOSITIF CLINIQUE

- Chapitre 2- LA CLINIQUE DU TPV. PROBLEMATIQUES VICTIMALES ET SYNDROMES VICTIMAUX. DEFINITIONS ET EXEMPLES.

- Chapitre 3- LA GUIDANCE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE : DEFINITION, PRINCIPES, METHODES

- Chapitre 4- CLINIQUE DU TRAVAIL GUIDANCE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE

Introduction

La réflexion sur le concept de trauma a laissé en suspens la question dont nous avons vu qu'elle était au cœur des approches psychotraumatiques et victimologiques contemporaines : celle de la prise en charge des sujets victimes et psychotraumatisés, ainsi que celle des dispositifs et approches à concevoir et mettre en œuvre à partir d'une situation paradigmatique, la catastrophe individuelle ou collective et ses multiples retombées.

Elle nous a cependant amené de concevoir que le trauma d'après-trauma, ou si l'on préfère l'après-coup de l'événement catastrophique, ne pouvait être confondu avec le trauma du moment traumatique, ou supposé tel, et que cet « après- trauma », ressortissait à deux ordres de questionnements dont il importait de bien distinguer les objets et les enjeux :

- ceux relevant d'une analyse psychopathologique proposant des modèles de l'appareil psychique, de sa formation et de ses possibles atteintes morbides en termes de construction étiopathogéniques ;
- ceux relevant des modes psychiques d'aménagement mis en œuvre par le sujet en réponse à l'épreuve de réalité que constituait l'événement, ainsi que des dispositifs sociaux institutionnels susceptibles de lui donner corps, de l'étayer et de l'accompagnement dans cette reconstruction, dont la victimité.

Dans cette seconde perspective, la victimité et ses modes socio-juridiques à disposition d'élaboration des positions de victime et d'auteur, nous a permis de penser cet après-trauma ou après-catastrophe, comme engageant un travail psychique singulier, le Travail psychique de victime, dans un impératif s'imposant après-coup au sujet de constituer l'événement et sa présence à celui-ci, cela en termes de responsabilité et de culpabilité, de normes et de valeurs.

C'est ce second axe de réflexion, relevant d'une praxéologie du changement, que nous allons nous attacher à développer dans cette Partie C, à partir de notre expérience développée dans le cadre d'une consultation d'hôpital public spécialisée en victimologie/psychotraumatologie.

Dans un premier temps nous décrirons brièvement les conditions de création de cette consultation et, à partir d'un certain nombre d'exemples cliniques, nous montrerons comment cette offre d'aide a pu être saisie, pour quels problèmes et questions explicites elle a été sollicitée, ainsi que les modalités dominantes selon lesquelles ces demandes s'y sont adressées. Il en ressortira notamment l'importance des questions de justice et des difficultés de ces sujets à faire avec le processus judiciaire. Nous verrons ainsi la question victimale s'y poser sur des bases multiples, ce qui nécessitera de penser en retour le cadre et le dispositif général de la consultation selon des modalités au plus près de ces caractéristiques dans le souci d'en faire une offre aussi ouverte que possible autour de questions de traumatismes et de victimité.

Nous tenterons dans un second chapitre d'appréhender, et de rendre compte, des différentes impasses psychiques que peut connaître le TPV, sous la forme de véritables **problématiques victimales**. Nous les présenterons ordonnés et formalisés en une **typologie rationnelle** élaborée à partir des axes constitutifs du TPV, chacune de ces positions tenant sa définition de la réification d'un des processus sollicités par celui-ci. Des exemples cliniques illustreront chacune de ces positions critiques.

Dans le chapitre 3, il s'agira de dégager les principales caractéristiques que prennent, dans ce cadre, le transfert et le contre-transfert, d'expliciter les principes auxquels obéissent la conduite des entretiens ainsi que les stratégies à visée de changement développées. Nous nous attacherons notamment à décrire le travail clinique comme un travail de **guidance psycho-victimologique***,* jouant à la fois sur deux registres d'élaboration, l'un subjectif, l'autre socio-judiciaire, ou équivalent.

Un quatrième chapitre, proprement clinique, sera consacré à illustrer les différents points développés à l'aide d'exemples de suivis de patients et à montrer comment s'initie et peut se développer le travail de guidance à partir des premiers positionnements du sujet dans le cadre de la consultation.

PARTIE C

- Chapitre 1 -

L'EMERGENCE D'UN DISPOSITIF CLINIQUE

PLAN :

1.1. La création d'une consultation spécialisée
1.2. Les aléas de la demande d'aide en victimologie et psychotraumatologie
1.3. Quelle demande, de quelle forme d'aide ?
1.4. D'un dispositif psycho-victimologique comme offre d'offres
1.5. Fréquentation de la consultation de Victimologie générale

Conclusion : une contrainte à penser la diversité

1.1. La création d'une consultation spécialisée

Au départ est la clinique, celle ordinaire d'un psychologue en service de psychiatrie publique pour adultes, sur le fond de laquelle plusieurs étonnements surgirent à propos de situations cliniques donnant à voir des éléments tranchant avec ceux auxquels la pratique quotidienne rend familier.
Ces étonnements provenaient d'observations répondant mal aux cadres nosographiques et thérapeutiques usuels alors en vigueur en psychiatrie. Elles avaient toute pour point de départ, attesté par les sujets et leur entourage, un événement violent hors toutes références familières, quotidiennes. Quant aux troubles ayant émergé à leur suite, ils se laissaient sur un certain nombre de points difficilement réduire à la sémiologie et aux entités pathologiques connues.

Il faudra de nombreuses années pour qu'un concours de circonstances rende possible la mise en place d'une consultation spécialisée en « psychotraumatologie/victimologie » se voulant comme une forme de réponse concrète et alternative aux réponses classiques qui avaient, en la matière, montré leurs limites.
Sa création, en 1997, fut conçue comme le prolongement nécessaire de deux dispositifs crées dans mouvement impulsé par la circulaire du 28 Mai 1997 « relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe » : la CUMP départementale ainsi qu'une cellule d'intervention rattachée à celle-ci et ayant pour vocation de

répondre, dans l'immédiat après coup et hors plan rouge ou déclanchement par le SAMU, à des demandes d'établissement confrontées à des événements critiques à l'origine de désorganisations individuelles et collectives (Pignol et *al.*,1999).

L'ouverture de cette consultation obéissait aux préconisations des spécialistes face aux constats :

- que les interventions en immédiat et post-immédiat devaient être parfois prolongées par des propositions de suivis spécialisés que les dispositifs traditionnels n'étaient que rarement à même d'offrir ;
- que de nombreuses victimes manifestaient de fortes résistances à être assimilées à des patients psychiatriques tout venants et, par conséquent, à s'adresser aux dispositifs de soin existants. En outre, un tel dispositif supposait le développement d'un réseau spécifique, distinct de celui imposé par la pratique psychiatrique habituelle car impliquant des liens de collaboration réguliers avec notamment, les associations d'aide aux victimes, les médecins du travail, des acteurs du monde judiciaire (experts, avocats…), la police, la gendarmerie…

La nature de l'activité d'une telle consultation ne tient cependant pas qu'aux seules orientations et indications qu'elle s'est a priori donnée, mais aussi à l'usage qui en est fait, non seulement par ses usagers mais par également ses partenaires. C'est du moins sur ces bases plus ou moins mouvantes et évolutives que la consultation se développa au cours des années et, ne s'en tenant pas à répondre qu'aux seules sollicitations de nature *stricto sensu* psychotraumatiques, elle accueillit au fil du temps des demandes de plus en plus variées de conseil, d'évaluation et de suivis de courte et de longue durée, demandes justifiées par des formes de victimisation de plus en plus diverses.

Elle a ainsi suivi au plus près l'évolution des demandes ayant trait non seulement aux problématiques déjà repérées et appréhendées par d'autres professionnels comme justifiant d'une approche victimologique, mais aussi celle des adresses faites à la psychiatrie de secteur, de plus en plus diversifiées et n'entrant pas, dans un nombre exponentiel de cas, dans les cadres nosographiques usuels. La notion, pourtant très incertaine de « souffrance psychique », rend compte de cette évolution des besoins du corps social en matière de « santé mentale » et recouvre, pour une part importante, des demandes concernant des troubles survenus en lien avec des événements et/ou des contextes violents passés et présents : violences intraconjugales, harcèlements professionnels, de voisinage, escroqueries, devenir au long cours de maltraitances infantiles, incestes, abus sexuels précoces...

Le parti pris de laisser se développer la consultation dans un sens « généraliste » d'accueil de cette grande diversité d'adresses, tient sa raison à ce qu'un tel dispositif ne semblait prendre tout son intérêt et son sens qu'à s'ajuster autant que possible aux particularités des demandes qui lui étaient faites, notamment aux besoins d'autres professionnels susceptibles d'y orienter certains de leurs usagers, à l'opposé d'une offre sélective prédéterminée.

La limite en restait toutefois celle du strict cadre d'une aide psychologique destinée à des personnes présentant des souffrances et des troubles, de même qu'un vécu persistant de dommage, pouvant être mis en relation avec la traversée d'un événement ou d'une situation hors normes ; définition

suffisamment restrictive pour ne pas répondre à toutes les demandes comme ce peut être la fonction d'un centre médico-psychologique (CMP), et suffisamment extensive pour permettre que s'y adressent la plus grande diversité possible de problèmes répondant à cette caractéristique.
La consultation étant rattachée à un service de psychiatrie publique, son lieu d'implantation a toujours été, d'un côté un CMP de secteur, de l'autre, quand les moyens en locaux se sont faits rares, les bureaux du service hospitalier. Ceci explique qu'un certain nombre de sujets dont il sera question par la suite, bien qu'ils ne se soient pas directement adressés à la consultation, mais au CMP, ou aient été rencontrés à l'occasion d'une hospitalisation, aient été réorientés vers le professionnel en charge de la consultation (à savoir l'auteur de cette thèse), en raison de l'approche d'orientation victimologique qui y était proposée. C'est cependant, pour l'essentiel, de la pratique au sein de cette consultation que les observations auxquelles nous allons dorénavant nous référer ont été extraites et ce sont elles qui vont constituer notre corpus clinique, base et support de nos élaborations théoriques et cliniques.

A travers une série de brèves vignettes cliniques, le propos sera dans ce premier moment d'illustrer la diversité des modalités selon lesquelles un tel dispositif peut être sollicité, ou comment la question victimologique et psychotraumatologique s'y pose sur des bases multiformes ; puis, dans un second temps de nous interroger sur la nature des demandes qui peuvent se formuler et s'élaborer à partir de l'offre singulière que constitue une telle consultation.

1.2. Les aléas de la demande d'aide en victimologie-psychotraumatologie

Depuis près de vingt ans, la médiatisation croissante que connaissent les questions psychotraumatiques et victimologiques a grandement banalisé le recours à une aide spécialisée en cas de traversée d'un événement critique. Force est pourtant de constater que la demande d'aide psychologique reste pour ces personnes difficile, voire souvent impossible, pour un temps plus ou moins long, et que des conditions particulières doivent être réunies pour qu'elle s'initie. Cela tient sans doute à des motifs généraux propres à toute demande d'aide de ce type mais également à des raisons particulières que nous étudierons en détail plus loin dans un chapitre consacré aux « problématiques victimales ».
Mais l'on peut d'ores et déjà relever que c'est une des conditions de l'expérience traumatique et victimale que de ne pouvoir se révéler. Partant, ce ne peut être qu'après que son dévoilement soit devenu possible que les sujets vont pouvoir rendre compte de leur impossibilité antérieure à dire. Pour cela, il a donc fallu qu'une modification se soit produite dans le rapport très particulier que le sujet entretenait jusqu'alors à l'événement et à ses conséquences, modification pouvant tenir à des raisons parfois intérieures, parfois extérieures, parfois les deux.

Il existe ainsi des circonstances favorables pour qu'une demande d'aide de cette nature puisse émerger et ce sont les plus fréquentes d'entre elles que nous allons recenser, brèves illustrations cliniques à l'appui.

a) A l'occasion d'événements de vie, parfois en apparence anodins, mais qui, en raison de certaines particularités, entrent en résonance et font ré émerger à la conscience des situations anciennes de victimisation. Nous ne faisons ici aucunement référence à un éventuel effet d'après-coup dans la mesure où, à la différence du schéma dynamique freudien, l'événement contemporain n'a pas pour conséquence un conflit exigeant un refoulement massif se manifestant par l'apparition de symptômes, mais au contraire l'effet d'une levée brutale des mécanismes de défense ou de scotomisation ayant jusqu'alors « contenu » l'événement en cause, soit hors de la conscience, soit dans un coin écarté de celle-ci.
La demande d'aide, quant elle est encore possible, se fait dans l'urgence psychique car les défenses et les aménagements existentiels jusqu'alors laborieusement érigés se sont brutalement effondrés. La survenue de véritables états de détresse, tels que l'on peut en observer lors de grandes catastrophes, n'est alors pas rare. Le suicide est souvent explicitement mentionné comme seule échappatoire à ce vécu d'autant plus insupportable et paniquant que ces personnes n'ont aucune prise sur lui et se croient généralement devenues folles tant elles ne s'appartiennent plus. En voici quelques exemples :

Exemple N°1

Il s'agit d'une femme qui, à 45 ans, voit sa fille aînée quitter le foyer pour poursuivre ses études, et se trouve replongée dans les conditions de son propre départ de chez ses parents : celles d'un inceste de plusieurs années accompagné de violences physiques graves sur elle-même et son frère, dont elle revit tous les moments en détails aussi bien sous la forme de cauchemars que de souvenirs à l'état vigile. Ca n'est qu'au bout de plusieurs mois de cette horreur quotidienne émaillée d'une tentative de suicide dont elle tait les motifs à l'établissement qui l'accueille quelques semaines, qu'elle parvient à évoquer à l'assistante sociale de son secteur qui s'occupe activement d'elle au plan social (elle a quitté son travail sur une impulsion, suite à cet épisode) ce passé resurgi. Il faudra plusieurs mois à cette dernière pour qu'elle parvienne à la convaincre de consulter.

Exemple N°2

Cette autre jeune femme demande un jour en urgence un rendez-vous. Voici très résumées ses raisons. Elle se destine à être éducatrice auprès d'enfants. Le sujet de son mémoire de fin d'étude est « la maltraitance ». Le jury l'interroge de façon insistante sur certains aspects de son travail, ce qu'elle supporte mal, ce d'autant plus que son incapacité à avoir pu y répondre de façon satisfaisante est le motif qui lui a été donné par le jury pour justifier la note insuffisante qui a sanctionné son travail. Une fois un peu retombée la colère d'avoir échoué, une question lui reste à l'esprit qui devient obsédante et engendre un malaise persistant pendant plusieurs jours, celle de sa motivation à avoir choisi ce sujet. Ce malaise se transforme progressivement en angoisse, puis brutalement en une sorte de cauchemar éveillé, puisque durant plusieurs jours elle revoit, et revit, sous une forme quasi hallucinatoire (comme un film se déroulant sur les mûrs de sa chambre) une enfance plus que problématique, émaillée de scènes de violences entre sa

mère et son père. Elle garde en outre de ce dernier le souvenir d'avoir découvert son corps pendu vers l'âge de 12 ans.

Exemple N°3

C'est une femme de 40 ans (il est de nombreux autres cas similaires), qui voit son propre père renouer contact avec elle après une disparition de plusieurs années. Elle est prise d'une panique incoercible qu'elle a d'abord bien du mal à comprendre, lorsqu'elle le voit embrasser la plus jeune de ses filles, âgée de 8 ans, croit-elle voir, sur la bouche. La panique se transformera en effroi durant la nuit suivante quant reviennent brusquement à sa conscience les multiples attouchements sexuels qu'il lui avait fait subir pendant des années. C'est ici avant tout la crainte que son père ne reproduise sur sa petite fille ces mêmes agressions qui la conduisent à demander dans l'urgence conseil.

Exemple N°4

Tout a (re)commencé pour cet homme le jour où sa sœur fait allusion à certains comportements que leur frère aîné aurait eu à leur égard durant leur enfance. Il ne prête guère attention à cette remarque mais se sent moins bien les jours suivants. Après-coup, il dira que son esprit était ailleurs, sans qu'il ne sache trop où. C'est brutalement, saisi de l'effroi le plus total, qu'il va "réaliser" ou plus exactement en grande partie revivre tout un pan de cette enfance, à savoir les sévices sexuels que ce frère aîné leur faisait subir. Le lieu où cela se produit n'est pas anodin puisqu'il s'agit de la salle de bain, là où ont eu lieu les premières agressions. Comment cela lui est revenu ? Etant occupé à bricoler sous le lavabo, il se redresse et se retrouve face au miroir qui le surplombe et dans lequel il voit alors défiler comme un film nombre de scènes d'agressions sexuelles. Ce n'est que plusieurs heures plus tard, sorti de cet « état second », qu'il réalisera que ce qu'il a vu se dérouler sous ses yeux, il l'a vécu lui-même, comme victime.

b) <u>Au décours de la rencontre avec des professionnels</u> du domaine social, médical ou d'insertion professionnelle, que ce soit dans le cadre d'une prise en charge qui peut notamment être motivée : -par des manifestations symptomatiques plus ou moins fixées et structurées en une problématique psychique ou encore somatique, - par des problèmes sociaux, économiques et/ou d'insertion ou de réinsertion. C'est généralement la résistance du problème à trouver des solutions par les voies habituelles qui conduit le professionnel et/ou le sujet, confrontés à l'impasse qui en résulte, à en rechercher les possibles raisons et, quand événement traumatique il y a eu, à faire retour sur celui-ci.

Ces rencontres cependant ne peuvent valoir comme une telle opportunité qu'à la condition que le professionnel concerné soit sensibilisé à la possibilité d'existence de tels événements dans l'histoire de tout un chacun, soit disponible à l'écoute de tels récits, et soit à même de les prendre pour ce qu'ils sont presque toujours, c'est-à-dire ni fabulation, ni délire, ni fantasme…, mais d'abord témoignage authentique d'un événement effectivement survenu. L'aide, si l'on peut employer ce terme, réside en premier lieu dans la capacité de l'interlocuteur à recueillir cette première évocation plus ou moins développée et à renvoyer le sujet à un cadre plus adapté et à l'écoute spécifique que cela nécessite.

Exemple N°5

Le premier exemple est celui d'un homme hospitalisé pour la première fois à l'âge de 24 ans pour une tentative de suicide consécutive au départ de son amie avec qui il vivait depuis trois ans. Les raisons invoquées par celle-ci sont son manque de communication, sa grande difficulté à assumer sa situation de chômage prolongé, son peu de motivation à chercher du travail. Il a une présentation qualifiée globalement de névrotique et égocentrique et se plaint d'un état dépressif bien antérieur à la séparation. Il reste cependant, de façon apparemment défensive, exclusivement focalisé au plan idéique sur la rupture sentimentale, ce qui motivera de lui proposer un bilan de personnalité durant lequel il lui est en particulier demandé de passer une épreuve projective, le MAPS d'E.S. Shneidman[1]. Cette épreuve a pour particularité de demander au sujet de construire des scènes de théâtre en choisissant parmi différents décors et personnages ; puis de raconter une histoire à partir de chaque scène ainsi élaborée. Son protocole est une suite, selon le commentaire qu'il en fait spontanément, de scènes clés de son existence. Une scène, la première, reste sans commentaire ; elle montre un accident de voiture. Avec réticence, sur sollicitation active du psychologue, il en fera le récit. Il s'agissait d'un accident de voiture s'étant produit 7 ans auparavant : étant au volant, il avait heurté un véhicule de front et son meilleur ami, assis sur le siège de droite, y avait laissé la vie. Il avait été condamné, en avait gardé une culpabilité très importante, notamment vis à vis des parents de son ami qui avaient eu à son égard des réactions très agressives. Cette culpabilité s'était rapidement transformée en un vécu paranoïde fait de la conviction que toutes les personnes qu'il pouvait croiser dans la rue lui lançaient des regards de reproche, au point qu'il vivait la plupart du temps confiné chez lui, n'arrivait pas à conserver les quelques emplois qu'il avait à grand peine réussi à trouver (les entretiens d'embauche étaient un véritable calvaire pour lui) car la moindre critique lui faisait perdre tous ses moyens. Sa vie avait ainsi totalement basculé depuis cet accident, lui qui antérieurement était plutôt insouciant et joyeux, sortait souvent le soir en groupe et ne se posait guère de questions existentielles. Il s'était ainsi accroché à cette relation amoureuse qui représentait le seul élément positif dans son existence, d'autant plus que son amie avait un comportement très protecteur qui le sécurisait grandement. La rupture, insupportable pour lui, le renvoyait sans plus aucune défense à ce que la relation avec cette femme lui avait jusqu'alors permis d'aménager.

Exemple N°6

Il s'agit d'une femme de 30 ans, hospitalisée pour une deuxième tentative de suicide en un an dont la raison, qu'elle parviendra difficilement à évoquer, est un épuisement consécutif à deux grossesses rapprochées (la première remonte alors à quatre ans) et la difficile tâche qui s'en suit d'élever deux garçons en bas âge, de surcroît selon elle turbulents. Ce n'est que très progressivement et avec grandes réticences qu'elle parvient à parler de façon concrète et détaillée des difficultés qu'elle connaît avec eux, en particulier du moment de la journée le plus problématique pour elle, celui du coucher. Si, dans un premier temps, celui-ci se déroulait sans trop de problèmes, rapidement elle s'est trouvée débordée, incapable qu'elle était de limiter la durée de celui-ci qui, ces derniers mois, de demande de dernière histoire en dernier baiser, en était venu à dépasser largement plus d'une heure. Ce qui lui fut reformulé comme une interrogation sur sa difficulté à refuser quoique ce soit à ses enfants fut alors progressivement associée par elle à ce qu'elle avait connu dans sa propre enfance, à savoir un harcèlement sexuel

---

[1] Concernant le MAPS, voir : - E.S. Shneidman (1952) : Manual for the Make A Picture Story Method. *Projective Psychology Monographs*, N° 2, The Society for Projective Techniques and Rorschach Institute, Inc.
- P. Pignol, L.M. Villerbu, C Bouchard 1992) : A propos du MAPS d'E.S. Shneidman. Deux perspectives de recherche autonomes: clinique thérapeutique et clinique psychopathologique. *Bulletin de Psychologie*, T. XLV, Mars-Juin 1992, 520-530.
- L.M. Villerbu, P. Pignol (2006) Des techniques projectives à la guidance projective, O. Douville (sous la direction de), *Les méthodes cliniques en psychologie*, Dunod, Paris, p. 147-167.

de la part d'un de ses frères. Quant elle s'en était plainte à son père, celui-ci lui en avait fait, à elle, violemment le reproche ; quant à sa mère, elle était restée totalement indifférente. Elle parviendra, lors d'une nouvelle hospitalisation pour une autre tentative de suicide, à évoquer les comportements éducatifs très violents de son père qui infligeait presque quotidiennement punitions et brimades humiliantes à ses frères et sœurs aussi bien qu'à elle-même.

Exemple N°7

C'est également le cas d'un homme de 36 ans qui, vingt ans plus tôt, a été violé pendant plusieurs heures par trois hommes l'ayant pris en auto-stop. C'est à l'occasion d'une nième tentative de sevrage éthylique en hôpital général qu'il finit par évoquer ce qui le tourmente tant. Il vient très angoissé à la consultation sur l'insistance pressante du médecin qui a recueilli son histoire pour parvenir à dire avec grande difficulté qu'il est incapable de parler de ce qui lui est arrivé car il a peur "qu'ils recommencent ". Il ne reviendra jamais.

c) <u>En lien avec un processus judiciaire</u>. Nous y reviendrons à de nombreuses reprises car l'une des caractéristiques marquantes de la clinique avec ces sujets est la place que peut occuper, et l'influence que peut jouer, la dimension judiciaire dans la rencontre, qu'ils aient d'ailleurs déposé plainte ou non : dans le premier cas, ce sont les avancées, tout comme les stases, de la procédure qui donneront souvent le ton de l'entretien ; dans le second cas, la question de l'opportunité d'une démarche judiciaire avec les multiples questions que cela soulève pourra être omniprésente. L'on peut alors choisir de considérer un tel envahissement de l'espace de l'entretien par des questions renvoyant au « réel » comme une modalité défensive, mais l'on peut aussi y voir l'expression du chaos intérieur dans lequel se trouve le sujet et prendre le parti de l'accompagner dans ses questionnements. Ce sera, on l'aura compris, notre orientation tout au long de ce travail. En voici deux illustrations :

Exemple N°8

C'est le cas de cette femme victime en pleine nuit dans la rue d'une agression à caractère sexuel qualifiable de viol. Elle a pris rendez-vous à la consultation plusieurs semaines après les faits car elle se sent très mal depuis ceux-ci. A la question de savoir si elle a déposé plainte, elle répond qu'elle n'en a pas vu l'intérêt et même qu'elle se refuse activement à cette démarche. Justifiant sa position, elle affirme que c'était en grande partie de sa faute puisqu'elle savait pertinemment qu'il était imprudent de se promener ainsi seule (alcoolisée de surcroît), que l'agresseur risquait de longues années de prison et qu'elle ne voulait pas être responsable de sa vie qui en serait « fichue », puisqu'il était un tout jeune adulte « ayant l'avenir devant lui » ; et qu'enfin ce qu'il lui avait fait n'était pas si grave au regard de tout ce qu'elle avait connu dans son existence… L'on peut bien sûr considérer cette position comme un choix, à ce titre tout à fait respectable ; l'on peut aussi y voir une forme de procédé défensif proche de la dénégation, dénégation ici des effets dévastateurs qu'avait eue sur elle cette agression, comme le confirma l'apparition peu de temps après d'un syndrome de répétition particulièrement intense et douloureux.

Exemple N°9

Le second exemple est celui d'une femme victime pendant plusieurs années de son enfance des conduites pédophiliques d'un voisin de palier. Elle n'a jamais déposé plainte et dit avoir presque tout oublié de ces agressions…, jusqu'au jour où elle est contactée par la police qui enquête depuis peu suite à une plainte déposée par une autre victime du même agresseur. Deux ans après le jugement où ce dernier s'est vu condamner et auquel elle a assisté dans un état de grande confusion, elle vient consulter car depuis le procès elle dit vivre très mal ce passé qu'elle affirmait être parvenue à presque totalement oublier jusqu'alors, et qui l'envahit maintenant quotidiennement de façon insupportable. Au bout de quelques entretiens, elle affirmera successivement en quelques minutes, sur un même ton de colère : que, pour elle, ce que l'auteur avait fait n'était pas grave car « il l'aimait » et ne l'avait jamais brutalisée, que ce qu'il lui avait fait était très grave car sa vie en était rendue par sa faute insupportable et qu'il était impensable pour elle que l'idée même de s'en prendre à des enfants puisse venir à quelqu'un, que ça n'était pas grave car la condamnation avait été selon elle faible par rapport à des affaires similaires, qu'enfin c'était elle la coupable puisqu'elle l'avait laissé faire.

La difficulté à assumer les aléas du parcours judiciaire est un motif fréquent de demande d'aide, initiée d'ailleurs très souvent sur le conseil d'un professionnel du domaine associatif de l'aide aux victimes, de la police/gendarmerie ou de la justice, constatant dans quel labyrinthe intérieur beaucoup se trouvent immergées sans trouver d'éléments d'issue.

Il importe enfin également de mentionner les sujets qui se présentent, soit de leur propre initiative, soit sur les conseils d'un juriste, aux fins d'obtention d'un certificat destiné à appuyer certaines de leurs demandes de reconnaissance. Le praticien se trouve alors placé en position d'expert ou, à tout le moins, d'autorité susceptible d'attester de la nature psychotraumatique de leurs troubles. Nous reviendrons plus loin sur cette question et sur l'intérêt que peut présenter, dans certains cas et sous certaines conditions, la rédaction d'un tel certificat pouvant attester de la nature psychotraumatique des troubles présentés, quand c'est bien sûr le cas, non seulement pour aider la victime à faire valoir certains droits, mais aussi comme levier de changement.

d) <u>Dans une recherche d'interlocuteur</u> pour des questions en quête de réponses, ou tout du moins d'éléments d'analyse, concernant des événements parfois très anciens, d'enfance notamment. Il n'est pas toujours aisé de comprendre ce qui motive la demande au moment où elle se produit.

Dans certains cas, il semble que ces sujets aient au fil des années maturé quelque chose de la victimisation dont ils ont été l'objet, du moins suffisamment pour se sentir capables de tenter d'explorer et comprendre quelque chose de ce qu'ils ont subi et se dégager de l'emprise encore active dans laquelle ils perçoivent bien que cela continue de les maintenir et d'avoir des conséquences importantes dans leur existence actuelle.

Dans d'autres cas, l'on a le sentiment que ce sont les défenses qui se sont progressivement émoussées, le sujet s'étant épuisé en vain à lutter contre un syndrome de répétition dès lors de plus en plus envahissant et handicapant. La demande est alors moins celle d'un véritable changement que d'une restauration des défenses initiales et de leur pouvoir contenant.

Exemple N°10

Ce semble être le cas de cette jeune femme. Deux ans après avoir été prise dans un carambolage routier meurtrier, elle s'adresse très déprimée à la consultation pour les motifs suivants : des troubles persistants et problématiques qu'elle présente depuis lors, à savoir, en plus d'un état dépressif, une constipation chronique sévère qu'aucun traitement somatique n'est parvenu à atténuer. Bien qu'à de nombreuses reprises il lui ait été fortement conseillé d'entreprendre une telle démarche elle n'avait pu s'y résoudre, convaincue qu'aucune aide ne pourrait lui être apportée. Elle dit n'être venue qu'en désespoir de cause et avec grande réticence. Il s'avère vite que la constipation chronique était une manifestation, parmi d'autres, mais la plus problématique, d'un syndrome de répétition dont elle parvint à reconstituer l'origine : en état de choc, elle a été prise en charge au Poste Médical Avancé, où ressentant un impérieux besoin d'uriner, elle urine du sang. Elle est transférée d'urgence en hélicoptère au service des urgences de l'hôpital le plus proche, où elle est gardée 24 heures dans un vécu de mort imminente. Bien que rassurée et autorisée à rentrer chez elle, elle commence dès les semaines suivantes à souffrir de constipation, et pour cause : à chaque fois qu'elle doit aller aux toilettes, elle est dans la hantise de revoir du sang couler. Percevant bien qu'après deux ans de vaines prises en charges médicamenteuses elle en est toujours au même point, elle se résout à suivre le conseil de tenter une aide psychologique spécialisée.

Parfois, le motif de la rencontre peut être posé d'emblée ou presque, sous la forme de questionnements très précis et dont la « crudité » peut désarçonner quelque peu le praticien non habitué : questions de victimes témoignant des graves perplexités dans lesquelles elles peuvent être plongées depuis souvent très longtemps, interrogations ne sachant pas toujours trop comment se formuler tant elles sont encore empreintes de la sidération initiale et de la confusion durable qui s'en est suivie. En voici quelques situations illustratives.

Exemple N°11

Cette femme a 25 ans, est mariée et mère d'un enfant de deux ans. Un jour, elle est invitée par une amie à une soirée à laquelle participe un homme qu'elle ne connaît pas, ami de sa copine. Elle est à cette époque amoureuse d'un garçon mais attend depuis plusieurs mois qu'il fasse les premiers pas, car les sentiments qu'elle éprouve à son égard semblent réciproques. La soirée, qui se finit « en boite », est « arrosée ». Elle rentre dormir chez sa copine qui l'installe sur le canapé. Quant à l'homme, il doit coucher par terre sur un matelas. Dès les lumières éteintes, il vient vers elle, devient très entreprenant, elle résiste, lui dit non plusieurs fois, il la force, elle arrête de se défendre, un rapport sexuel a lieu. C'est sur la nature de celui-ci qu'elle s'interroge : est-ce un viol ? La question lui est bien évidemment posée de savoir de qui lui fait se demander avec tant d'incertitude si c'est bien un viol. Sa réponse, hésitante, incertaine, est qu'elle n'a pas vécu la chose comme tel (elle n'a pas souffert, elle a peut-être même ressenti du plaisir, elle n'a pas lutté), même si elle est absolument certaine qu'elle ne voulait pas de ce rapport et qu'il s'est déroulé sans son consentement. Comment est-ce possible, si c'est un viol, de ne pas l'avoir vécu comme elle imagine qu'elle l'aurait dû, c'est-à-dire dans la violence. L'échange qui suit fait finalement apparaître qu'il en a été ainsi parce qu'à un moment de l'agression, elle s'est réfugiée dans ses pensées et n'a à partir de là cessé d'imaginer que cela se déroulait avec le garçon dont elle était amoureuse et avec qui elle rêvait de faire l'amour. Mais l'entretien ne va pas s'arrêter sur ce point (nous verrons plus loin dans cette partie sur quels principes des réponses peuvent être apportées à de tels questionnements), car elle aimerait parler d'autres « événements » qui la laissent également dans une grande perplexité : le comportement de son cousin qui, à de nombreuse reprises pendant les vacances scolaires qu'ils passaient ensemble chez leurs grands-parents, a « joué à des jeux sexuels » avec elle ; il lui revient également parfois des images

anciennes où elle se voit allongée aux côtés de son grand-père et lui toucher le sexe. Une image particulièrement forte pour le consultant restera de cette première rencontre, la description d'une scène d'un rêve qu'elle apporte en réponse à une demande de précision sur ce qu'elle évoque comme de grandes difficultés de sommeil et des nuits agitées depuis longtemps : elle tient un bébé dans ses bras et celui-ci est entièrement trempé car il n'arrête pas de faire pipi. « Ca n'arrête pas de couler, comme une chute d'eau. Y'en a partout. Je le tiens mais je ne sais pas quoi faire ».

Exemple N°12

Voici un autre exemple de « perplexité » déposée par une jeune femme qui, dès le premier entretien, après une courte phase de présentation générale d'elle-même, pose les choses de la façon suivante : elle veut savoir pourquoi elle continue d'autant aimer son frère après tout ce qu'il lui a fait, à savoir des attouchements sexuels répétés durant plusieurs années. Elle se dit partagée entre ces deux sentiments dont elle n'arrive pas à intégrer le caractère contradictoire et déstabilisant, car ils correspondent chacun à certains aspects de sa relation à son frère : -le grand frère aimant et aimé, attentionné, seul confident de certains aspects de sa vie personnelle, - cet inconnu (il lui bandait d'ailleurs les yeux) qui l'obligeait à des actes qui n'étaient pas douloureux, mais qu'elle ne souhaitait pas et se sentait obligée d'accepter. Elle laisse enfin entendre, qu'au fond, elle n'est pas sûre de vouloir faire un choix, car dans les deux cas le prix lui en semble trop élevé : soit renoncer à son frère et à la relation privilégiée qui l'unit à lui, soit renoncer à ce qui se dessine depuis quelques temps comme de l'incompréhension, doublée d'un début de dégoût pour les actes subis, et de colère contre celui qui les lui imposait.

e) Dans une recherche de témoin : témoin, d'un drame et de ses conséquences, témoin d'une injustice ignorée de tous, de l'incompréhension dont le sujet a souffert, d'un parcours de vie brisé…Il n'est ici rien attendu d'autre du consultant qu'il recueille, et soit le dépositaire, d'une histoire que personne ne semble avoir voulu, ou su, entendre et comprendre.

Exemple N°13

Cette femme vient en consultation 18 ans après avoir assisté, au volant de sa voiture, à la mort de son mari conduisant un camion lors d'un accident de la route particulièrement spectaculaire et dramatique qui a fait plusieurs morts. Elle revoit presque quotidiennement l'accident dans ses moindres détails, seconde par seconde, dans leur enchaînement conduisant inéluctablement à la catastrophe, comme si les choses s'étaient produites guère plus de quelques semaines plus tôt. En outre, chaque frustration de quelque nature qu'elle soit dans sa vie quotidienne, la renvoie inexorablement à l'accident car ce dernier a totalement infléchi le cours de sa vie et est notamment responsable d'une grande précarité matérielle : sans lui, elle n'en serait pas là et n'aurait pas à subir ce qu'elle subit. Elle est de ce fait, selon ses propres paroles, invivable, notamment pour ses enfants dont elle "attend tout". Et s'ils ne se comportent pas comme elle l'espère, l'accident lui revient à l'esprit. Pourquoi est-elle venue consulter ? Sûrement pas pour être aidée car il n'y a selon elle rien à faire ; juste pour que quelqu'un puisse être le témoin des souffrances qu'elle a endurées et endure toujours. Elle ne viendra pas, sans prévenir, à un quatrième entretien, sans doute car lors du précédent il avait fallu pour des raisons extérieures limiter à trois quart d'heures la rencontre (les précédentes avaient duré plus d'une heure à chaque fois), ce qu'elle avait certainement vécu de façon insupportable comme la répétition de l'incompréhension totale dont elle se vivait victime depuis tant de temps.

1.3. Quelle demande, de quelle forme d'aide ?

Force est donc de constater que les demandes d'aide restent réduites par rapport au nombre de personnes souffrant de psychotraumatisme (même si elles sont en accroissement très sensible depuis quelques années), qu'elles sont souvent tardives, qu'elles doivent fréquemment être soutenues de façon active, voire directement formulées par une personne tierce (association d'aide, entourage familial, médecin du travail, médecin généraliste, employeur également parfois…).
Ajoutons enfin, et ceci est particulièrement vrai lorsque la demande d'aide porte sur des symptômes peu typiques, qu'une problématique psychotraumatique ou victimale (nous reviendrons plus loin longuement sur cette distinction) requiert souvent une écoute particulière de la part du professionnel, pour véritablement émerger comme telle. Or pour peu que l'impact traumatique d'un événement n'ait pas été perçu et pris en compte précocement, bien des patients vont au fil du temps en venir eux-mêmes à minimiser son rôle déterminant dans leur état actuel et aller parfois jusqu'à, on l'a vu dans un exemple, ne même plus y faire spontanément référence, alors qu'une anamnèse rigoureuse fait apparaître qu'il a effectivement constitué un moment de fracture ou de basculement dans l'histoire de vie.

Exemple N°14

> En voici une illustration, celle offerte par une jeune femme qui vient à la consultation sur sollicitation insistante de son entourage. Voici quelques semaines, elle a été agressée dans la rue devant chez elle par un homme qui lui a volé son sac, alors qu'elle était penchée en avant, la tête dans son coffre de voiture à la recherche de quelque chose. Elle est souriante, s'amuse de l'inquiétude de ses parents, s'estime juste avoir été un peu perturbée par l'agression comme l'aurait été tout un chacun. A une question lui demandant de donner des exemples de ces « perturbations », elle semble elle-même découvrir à mesure leur nature et leur ampleur. Elle en vient ainsi à relater qu'à chaque fois qu'elle rente chez elle, elle attend dans sa voiture que la rue soit déserte, qu'elle court alors jusqu'à sa porte, rentre et s'enferme à double tour jusqu'au lendemain. Peu à peu se révèle un quotidien infiltré par la peur d'une nouvelle agression et l'hypervigilance dans laquelle elle se trouve dès qu'elle est hors de chez elle.

Ceci vaut également souvent pour certains symptômes, comme les cauchemars de répétition, dont il peut falloir rechercher activement l'existence pour découvrir qu'ils surviennent dans les faits avec une grande fréquence. Le peu d'intérêt porté par le praticien à un événement traumatique, même explicitement mentionné comme tel par le patient, peut d'ailleurs aller jusqu'à conforter certains d'entre eux dans leur scotomisation ou leur déni, tant de l'événement initial que de ses conséquences actuelles. Nous y reviendrons, mais l'on peut ainsi dans un nombre non négligeable de cas faire la même remarque concernant une approche psychothérapique classique des victimes que celle à l'égard de toute prise en charge non spécifique des auteurs d'agression sexuelle : celle de ne pas percevoir les clivages et de laisser dès lors l'essentiel dans l'ombre.

Quant aux sujets qui, à l'inverse, font un lien explicite entre leur état présent de souffrance et un événement ou un contexte précis, ils peuvent expliquer, ainsi que l'a relevé Lebigot, le caractère souvent tardif de leur demande par différents motifs :

- impression de normalité de leurs réactions au regard du caractère très exceptionnel de ce qu'ils ont vécu ;
- autodépréciation et culpabilité quant à leurs difficultés dont ils ont le sentiment qu'ils sont les seuls à les présenter et qu'elles renvoient à une fragilité personnelle (faiblesse, manque de volonté…) ;
- sentiment de responsabilité d'avoir participé, même si ce fut sous la contrainte, à l'événement ;
- être le dépositaire d'un savoir (sur la vie, le monde, l'homme…) dont le commun des mortels ne soupçonne même pas l'existence, d'où parfois la peur de littéralement contaminer ceux à qui ils pourraient s'adresser, tant cette face ignorée de tous est insupportable.

Il faut y ajouter la crainte toujours plus ou moins forte que le fait de revenir sur les événements soit finalement pire que de se taire, par hantise de se trouver en situation quasi expérimentale de reviviscence du fait de devoir à un moment ou à un autre laisser tomber les défenses malgré tout érigées entre elles et l'événement.

Exemple N°15

> Pour cet homme ce fut d'intégrer, et cette idée était pour lui particulièrement difficile à supporter, que la lutte qu'il menait seul contre un syndrome de répétition sévère n'avait abouti à rien : non seulement il avait à lutter autant qu'au premier jour (et cette lutte emplissait la presque totalité de son quotidien), mais encore ses symptômes commençaient à tellement le submerger qu'il sentait qu'il n'allait plus pouvoir leur résister très longtemps. Il se vivait ainsi au bord de la folie. Mais ça n'est que suite à la rencontre avec un expert qu'il avait commencé à prendre conscience du caractère totalement anormal ce qu'il vivait depuis un accident de la route et qu'il s'était finalement décidé à demander de l'aide auprès d'un spécialiste.

Pour d'autres encore, cela tient à ce qu'elles pressentent que d'en parler à un professionnel va les amener à instaurer un rapport autre à ce qu'elles ont vécu, dans un nouveau regard qu'il va parfois bien falloir dépouiller de certaines de ses défenses comme le déni ou la scotomisation pour, vont dire certaines, "regarder enfin les choses en face". Ce « regarder les choses en face » peut impliquer l'abandon d'une idéalisation défensive, soit de l'auteur, soit d'un parent comme souvent la mère dans les situations incestueuses, et affronter l'aveuglement et/ou la négligence de l'entourage, quand ce n'est pas une complicité active aux actes. En l'occurrence pour cette femme cela s'avéra vite devoir assumer, 25 ans après, un abus sexuel intra familial, ce qui impliquait pour elle de sortir de la fascination « horrifiée » qu'exerçaient toujours certaines scènes traumatiques ainsi que de la haine insatiable et étouffante que lui inspirait l'auteur ; à un autre niveau ce fut de ne plus se faire la « complice » de ce qu'elle découvrit progressivement être un secret partagé dans la honte par presque toute sa famille, secret qui participait activement à la reproduction des agressions de génération en génération. Cela revient donc bien souvent à se réexposer aux agressions et à leur désaveu, y compris ce qu'avec leur regard présent elles vont se reprocher de ne pas avoir fait pour se défendre.

Pour d'autres enfin, l'on peut penser que c'est le lien singulier très fort que ces sujets ont instauré à l'expérience traumatique qu'ils redoutent de voir transformé, tant a pu au fil du temps il "…s'est

organisé un rapport étroit et constant à la souffrance et à la mort, pour en triompher ou s'y soumettre", ainsi que l'a écrit F. Lebigot.

C'est donc bien souvent en désespoir de cause que ces victimes se présentent face au professionnel car cela représente peu ou prou, pour beaucoup d'entre elles, le signe d'un échec personnel très douloureux, celui de n'avoir pu surmonter seules "l'épreuve". Demander une aide, fût-ce à un « spécialiste », est souvent ressenti soit comme une nouvelle forme de soumission à autrui, -soumission qui vient redoubler celle qu'elles ont pu avoir à subir durant l'événement-, soit d'une atteinte supplémentaire à leur narcissisme déjà très amoindri.

Quant à la nature de l'aide qu'elles disent explicitement attendre, elle est d'abord fonction de la nature du lien que le sujet a instauré à l'expérience hors normes qu'il a dû traverser.
Cela peut aller d'une demande quasi magique de formules qui permettraient de faire que l'événement n'ait pas eu lieu ou que son souvenir puisse être définitivement effacé de leur mémoire[1] (« Avez-vous une gomme ? », demandait régulièrement une patiente), à une recherche de mise en question de la totalité de leur existence passée, mise en cause sous-tendue par la conviction profonde de leur entière (ou au moins égale à celle de l'auteur) responsabilité dans la survenue des faits.
Entre ces extrêmes, nombreuses sont les victimes qui rechercheront un apaisement de leurs symptômes les plus handicapants et se satisferont de pouvoir vivre à l'aulne de l'événement dans une souffrance rendue supportable ; ce d'autant plus que ce résultat, à leur grande surprise, pourra parfois survenir très rapidement tant le fait de se voir donner à leurs souffrances un contour, un sens, une cohérence, un nom parfois, peut engendrer immédiatement d'importants réaménagements psychiques positifs.
Sur un mode beaucoup plus ambivalent, ou même dans certains cas clivé, l'on peut également être confronté à d'importantes résistances que la demande explicite masque plus ou moins bien. Il s'agit d'ailleurs généralement à l'examen moins d'une demande d'aide que de la recherche d'une certaine reconnaissance de leur état de victime dont elles étaient depuis longtemps en quête sans jamais en avoir trouvé nulle part le moindre écho. C'est notamment le cas lorsqu'un événement traumatique en cache un autre, qui peut être très ancien et n'a généralement pas été révélé ou qui, situation encore plus problématique, l'a été par la victime, mais n'a été entendu ou pris en compte par personne. La victime va rester fixée à un sentiment d'injustice par rapport au dernier événement (qui peut d'ailleurs avoir été en lui-même traumatique) mais c'est en fait en raison de ce que le premier est resté motif à important grief. Ce peut être également vrai pour des personnes ayant fait l'objet de "victimisations secondaires", dont parfois des expériences antérieures négatives de prise en charge. Cette position anciennement caractérisée de façon quelque peu péjorative de « sinistrose », parce qu'elle se manifeste par une demande constante et jamais satisfaite d'aide, peut se jouer dans

[1] Combien ne fois n'entend-on pas dire, sur un ton quêtant un démenti de la part du psychologue, une phrase du genre ; "je crois que je ne pourrai jamais oublier tout ça !", ou encore "Ca ne peut pas s'oublier pas ce genre de chose ?"

différents espaces et avec différents interlocuteurs du monde médical, judiciaire ou social en les mettant les uns après les autres en échec quand ils ne s'avèrent plus suffisamment contenants.

Lorsque par contre elle émerge, c'est très fréquemment sous la forme d'une véritable **urgence psychique**, urgence à dire et à être entendu d'autant plus impérieuse que le sujet se vit en risque d'un nouveau désaveu ou de nouvelles attaques invalidant totalement ses propos. La parole, même si elle est devenue une nécessité intérieure impérieuse, n'en est pas pour autant libératrice, mais réexposition au traumatisme et à l'incrédulité quant à ce qui l'a engendré.

Exemple N°16

En voici une illustration offerte par une femme de 45 ans. Elle s'est adressée à la consultation dans un état de grande angoisse, dont elle rend compte par le fait qu'elle vit de façon de plus en plus insupportable la présence envahissante de son père qui, malgré ses multiples tentatives pour le maintenir à distance, ne se laisse pas aisément écarter : « Il ne veut pas comprendre ! », dit-elle à plusieurs reprises. Quelques questions sur ce qu'il y a pour elle d'insupportable dans cette présence insistante l'amènent à évoquer très vite de la part de celui-ci de multiples comportements très anciens (elle dit qu'aussi loin qu'elle se souvienne, il lui vient toujours le souvenir de telles scènes) d'effraction de son espace intime : - soit « voyeuristes » : « il avait fait des trous partout, je ne pouvais pas aller dans la salle de bain sans qu'il me regarde, même aux toilettes ! » ;- soit sous forme d'attouchements (le dernier en date est très récent et s'est produit lors d'une réunion de famille où il s'est « arrangé » pour lui toucher les seins sous un prétexte futile « devant tout le monde qui a ri ». Elle n'est pas la seule cible de ces comportements et s'efforce d'en protéger ses deux filles, car son père semble particulièrement « attiré par les enfants ». Sa mère ne lui est d'aucun secours et « a l'air complètement aveugle » à ces comportements. Elle dit commencer seulement aujourd'hui à véritablement en mesurer le caractère non seulement insupportable, mais très perturbant pour elle : elle en rêve, a des problèmes sexuels avec son compagnon et se demande s'ils ne viennent pas de là, est toujours angoissée et sur le qui-vive, manque totalement de confiance en elle, traverse de brusques moments de colère suivis d'abattement, s'interroge sans cesse sur les raisons de telles conduites…). Elle mentionne en outre l'apparition de pensées suicidaires. Elle en vient rapidement à penser que la seule solution est de faire appel à la justice, mais cette idée redouble ses angoisses. Elle ne dort plus et évoque le sentiment nouveau d'un monde environnant hostile, les gens qui la regardent de travers et semblent la juger. Elle se fait hospitaliser et, dans ce cadre où elle semble se sentir pouvoir être comprise, relate dès qu'elle en a la possibilité et à qui veut bien l'écouter (aux autres patients aussi bien qu'aux soignants) tout ce qu'elle n'est jusqu'alors jamais parvenue à exprimer, à savoir la liste sans fin des exactions de son père. Elle en profite pour pouvoir être accompagnée physiquement dans sa démarche, pour prendre rendez-vous auprès de l'association d'aide aux victimes locale. Mais plus la date du rendez-vous approche, plus elle est angoissée et est envahie de scénarios imaginaires où elle se voit durant le procès face à son père et toute sa famille, désavouée par ceux-ci et sa plainte rejetée par la justice. Il lui faudra rester hospitalisée près de deux mois, après une première tentative de sortie échouée pour cause de réactivation immédiate de ses troubles, pour que reflue cet envahissement psychique et qu'elle s'apaise.

En conclusion, s'il est incontestable qu'une telle consultation, de par les sollicitations multiformes qu'elle suscite, répond, au moins dans la représentation que s'en font *a priori* les usagers et professionnels, à des «besoins » en quête d'offres, il ne va cependant pas de soi d'appréhender les demandes qui lui sont adressées comme des demandes d'aide psychologique,

même si c'est un psychologue qui y répond. C'est plus souvent, semble-t-il, la recherche d'un interlocuteur « supposé sensible » aux désarrois et questionnements suscités par toutes formes possibles de victimisations, qui les motive. Et nous verrons plus loin que les réponses qui peuvent y être apportées, si elles doivent relever d'une approche psychologique, n'en exigent pas moins la prise en compte et l'intégration des enjeux socio-judiciaires à leur émergence ou qui en sont le corolaire, leur mise en débat dans l'espace de la rencontre.

1.4. D'un dispositif psycho-victimologique comme offre d'offres

Passée une première phase de découverte et d'expérience des possibilités d'une telle consultation, la question s'est bien évidemment posée de la légitimité de son maintien et du sens que pouvait avoir son existence comme offre singulière au carrefour du psychique et du juridique, ce d'autant plus que certains auteurs s'étaient entre-temps élevés contre le principe même de tels dispositifs spécialisés. Ainsi, parmi d'autres, G. Briole affirme-t-il :

> Créer des cellules, des centres de soins spécifiques pour le traumatisme, c'est postuler qu'il y aurait, pour les personnes qui s'adresseraient à ces lieux, une réponse à ce qu'ils ont rencontré. Alors ce n'est plus la demande qui initie la relation mais l'offre qui l'anticipe et qui l'organise. On en devine les impasses. [1]

Passons rapidement sur l'erreur persistante relative quant à ce que seraient les objectifs de telles consultations et à leur imputer la prétention de vouloir détenir une réponse *a priori* à la rencontre traumatique ou victimisante : car si incontestablement elles se veulent un espace distinct, et affirmé comme tel, de toutes les autres formes d'aide psychologiques et psychothérapiques, elles n'ont (au moins dans leur très grande majorité) jamais prétendu détenir des réponses toutes faites.

Plus fondamentalement, peut-on imaginer une offre hors tout champ social, en quelque sorte épurée de tout savoir et de toute disposition pratique (cadre et technique) qui ne se soutiendrait pas d'une certaine herméneutique, c'est-à-dire d'un système d'analyse et de mise en sens (L Binswanger, 1970a) participant d'ailleurs activement de son cadre (T. Melchior, 1986) ? Peut-on penser une offre qui ne tiendrait rien d'elle-même, une offre littéralement désincarnée, pur reflet des demandes qui s'adresseraient à elle, dont on ne saurait alors comment elles se seraient formées ? S'installer comme analyste ou psychothérapeute n'est-ce pas se donner une raison sociale, un métier donc, avec ce que cela suppose comme compétences particulières ainsi que la garantie donnée au client d'un certain type de prestations de service et, à ce titre cela n'induit-il pas des effets de sens (le sujet supposé savoir), condition même du transfert pour Lacan ?

Faire offre psycho-victimologique prend sens d'**incorporer** dans la proposition d'aide les aléas et les impasses possiblement conséquentes à une victimisation ainsi qu'à la condition socio-juridique

[1] G. Briole (2005) Une clinique individuelle du traumatisme, In F. Chaumon et V. Ménéghini, *La chose traumatique*, L'Harmattan, Paris, p. 68.

transitoire que cela peut impliquer ; d'intégrer dans l'offre les conditions d'inscription sociologique et institutionnelle de la souffrance et de sa prise en charge possible. C'est se situer dans la perspective d'une **démarche clinique** dont nous expliciterons plus loin la méthode sous le terme de « guidance projective », dans le sens que lui donne C. Revault d'Allonnes :

> Ces situations ne peuvent être pensées comme un simple contexte entourant l'individu, ou seulement comme un trauma objectif dont on aurait à évaluer ou à traiter les effets plus ou moins graves, ou comme un donné hors du champ, qui nous concerne uniquement par ce que le patient en fait. [1]

Aussi ces consultations « spécialisées » représentent-elles des tentatives pour penser ces situations dans leur singularité, ce qui suppose non pas tant de détenir des réponses ou des solutions *a priori* qu'un certain savoir sur les impasses qu'elles peuvent générer et les possibilités de dégagement qu'elles peuvent offrir au sujet.
Nous reviendrons sur ce point important lorsqu'il s'agira d'aborder la question du cadre clinique et du processus de changement.

Le mode général de fonctionnement actuel, et maintenant stabilisé, de la consultation est le suivant :

- elle est accessible à toute personne présentant une souffrance psychique pouvant être mise en relation avec un événement ou une situation actuelle ou passée (y compris très ancienne) de violence subie, quelque soit la nature de celle-ci : intentionnelle ou non, ponctuelle ou durable, d'origine naturelle ou humaine, survenue dans tous les espaces sociaux (famille, couple, travail, voisinage, rue, etc.)… ;
- sauf rares exceptions, les personnes accueillies sont âgées d'au moins 16 ans ;
- elle a pour objectif d'apporter informations, conseils, orientation et aide psychologique aux personnes qui s'y adressent et répondent à ce critère général ;
- les consultations y sont gratuites et peuvent être strictement anonymes, si nécessaire ;
- aucune publicité particulière n'ayant été faite quant à son existence, hormis auprès de certains professionnels et institutions du domaine sanitaire, social ou juridique, si bien que les usagers qui s'y adressent ont été dans la grande majorité orientés par un autre professionnel ;
- la consultation est intersectorielle, c'est-à-dire qu'elle peut recevoir des personnes résidant dans tout le département d'implantation, voire hors ce département, quelque soit leur lieu d'habitation, à la différence des règles régissant ordinairement l'accès aux consultations psychiatriques et qui dépendent du lieu d'habitation des personnes, selon le principe de la sectorisation psychiatrique ;
- la consultation n'ayant pas mission d'accueil direct et immédiat, son accès s'y effectue exclusivement sur rendez-vous. Elle s'est cependant donné comme règle de répondre le plus rapidement possible aux demandes lui étant adressées, partant d'un postulat issu de

[1] C. Revault d'Allonnes (2006) : Psychologie clinique et démarche clinique, In O. Douville (sous la direction de), *Les méthodes cliniques en psychologie*, Dunod, Paris, p. 52.

l'expérience selon lequel un cadre doit leur être donné rapidement, faute de quoi les demandeurs risquent de se replier sur eux-mêmes pour un temps indéterminé durant lequel l'expérience traumatique risque d'envahir progressivement l'ensemble de la trame existentielle, si ce n'est déjà fait. La rapidité avec laquelle le premier rendez-vous est proposé doit faire l'objet si possible d'une évaluation (lors de la prise téléphonique de rendez-vous ou sur recommandation du professionnel adressant la personne) et, sauf exception, le délai d'attente ne doit pas excéder une semaine, dans quelques cas beaucoup moins ;

- la durée du premier entretien n'y est, autant que possible, déterminée que par des considérations d'ordre clinique, à savoir le temps nécessaire au sujet pour exposer en détails sa situation et qu'un premier effet d'apaisement de la souffrance ait été obtenu ;
- selon les situations, les entretiens peuvent être individuels, familiaux, de couple, de groupe.

Le cadre théorique de référence se veut intégrer des références multiples :

- à la clinique sous transfert des syndromes psychotraumatiques ;
- à la clinique et à la psychopathologie des syndromes psychotraumatiques (L. Crocq, 1999, 2003) ;
- à la clinique des traumas intentionnels (F. Sironi, 1997) ;
- à la clinique des relations d'intimidation et d'emprise et les effets au long cours (y compris transgénérationnels) qu'elles peuvent avoir (H. Epstein, 2005 ; F. Calicis, 2006 ; E. Pestre, 2006…)
- à la psycho-criminologie pour ce qui concerne les notions de vulnérabilité et de dangerosité, les diverses modalités de passage à l'acte violent (V. Moulin, 2008, 2010 ; L.M. Villerbu, 2007), celles du chois de la victime (L. M. Villerbu, V. Moulin, 2008), ainsi que des principaux modes opératoires délinquants, afin de mieux appréhender le vécu de certaines victimes d'agression ;
- enfin, des connaissances minimales en matière de procédures judiciaires et de droit des victimes sont nécessaires en raison de l'importance que revêt pour beaucoup d'entre elles la restauration de leurs droits, même si le travail d'accompagnement judiciaire proprement dit doit être confié à des professionnels ou associations d'aides (C. Damiani et C. Vaillant, 2003, G. Lopez, 2010) ;
- Très schématiquement car nous y reviendrons longuement plus loin, au plan pratique, toute tentative de réélaboration précoce d'une position subjective agit presque toujours comme une interprétation sauvage et constitue un moment de vulnérabilité accompagné d'un risque important d'acting out. En conséquence, une approche d'orientation phénoménologique d'aide à la prise de conscience et à l'explicitation de l'expérience vécue est la plus indiquée, accompagnée d'une attitude empathique et de soutien actif, le psychologue et le cadre de la rencontre devant souvent jouer pour un temps plus ou moins long l'équivalent d'un rôle de pare-excitation (C. Damiani, 1997). Pour ce qui concerne la psychotraumatologie des événements ponctuels, une approche de type cathartique (L. Crocq, 2003) semble la plus adaptée au moins dans un premier temps, afin de permettre, par l'élaboration d'un récit de l'événement, une compréhension

maïeutique de l'expérience en tant notamment qu'elle a pu être traumatique, ainsi qu'une libération ou « purgation » des émotions qui, restées enkystées dans le psychisme donnent, lieu aux manifestations du syndrome de répétition (L. Crocq, 2004). Il s'agit là de la pratique dite de « débriefing émotionnel » (F. Lebigot, 2001). Quant aux traumatismes liés aux relations durables à forme d'emprise, ils requièrent avant tout une approche consistant à progressivement décrypter les modalités selon lesquelles l'emprise s'est mise en place, suivant quelles stratégies d'intimidation et/ou de séduction, visant quelles dimensions psychiques et relationnelles, afin d'aider le victimé à se dégager du lien intériorisé qui continue de la rattacher à l'agresseur (F. Sironi, 1999). Un travail direct sur les émotions est ici par contre grandement contre-indiqué, car beaucoup trop déstructurant tant que le sujet n'est pas parvenu à reconstituer un ensemble d'enveloppes psychiques pare-excitatrices.

1.5. Fréquentation de la consultation de Victimologie générale

A l'occasion du colloque *Femmes, Féminin, Criminalité*, tenu à Rennes en 2005, une étude quantitative et qualitative a été menée sur la population ayant été reçues en entretien dans le cadre de la consultation pendant la période 2002-2005[1].
Les items particulièrement étudiés étaient le genre, masculin ou féminin, des consultants, ainsi que le motif explicite premier de leur demande, en termes de type de victimisation subie.
205 personnes ont été reçues en entretien, non incluses les situations de demandeurs d'asiles.

HOMMES : 57 (27%)	**FEMMES : 148 (73%)**
Agression physique en espace public : 14 (25%) 6 agressions physiques en groupe sans motif compréhensible 2 agressions pour dépouille 1 agression suivie de séquestration au domicile de la victime 2 atteintes aux biens sur voie publique (1 vol de voiture avec fuite, 1 vol au volant) 2 agressions par personne prise en autostop **Agression sexuelle à l'âge adulte : 1 (3%)** 1 viol en réunion durant le travail	**Agression physique dans un espace public : 6 (4%)** **Agression sexuelle à l'âge adulte: 21 (14%)** - Viol et agression sexuelle au domicile par inconnu : 9 (dont 1 par 2 hommes + inceste par père, dont 1 avec rapt par 2 hommes dans un bus) - Viol par inconnu en rentrant au domicile : 5 - Viol dans rue : 1 - Viol dans un foyer d'hébergement : 2 - Viol par personne connue : 4 (dont 1 par un couple)

[1] P. Pignol (2005) : *Etude sur 4 années d'une cohorte de femmes suivie en consultation de victimologie*.

Harcèlement de voisinage : 1 (1%)	**Agression physique au domicile par inconnus : 2 (1,5%)** (1 par un groupe d'inconnus + problème conjugal + problème conjugal chez les parents, + 1 agression physique dans l'enfance) **Harcèlement de voisinage : 1 (0,5%)** (dont 1 avec violences conjugales antérieures)
Abus de confiance : 1 (1,5%) Vol par une personne hébergée	**Abus de confiance : 4 (3%)** Dont 1 par meilleure amie Dont 1 par compagnon (récidiviste) Dont 1 par rapport à son mari abusé par un « marabout »
Violences au travail : 20 (36%) - Professionnels agressés par usager : 5 (dont 1 par client de bar (+ maltraitances infantiles), 3 soignants) - *Harcèlement et Violences au travail par collègues : 6 (10%)* (dont 5 situations de harcèlement et 3 harcelés) - Evénement accidentel : 4 - Agression à main armée pour vol : 2 - Séquestration par manifestants (+ maltraitances infantiles) : 1 - Tentative de meurtre : 1 - Intimidation par une bande : 2	**Violences au travail : 22 (15%)** Professionnels agressés par usager : 2 dont un par client, (dont 1 par patient placé en accueil+agression sexuelle dans l'enfance) ***- Harcèlement au travail : 6 (4%)*** Dont 1 + inceste frère *- Harcèlement sexuel au travail : 2* - Evénement accidentel : 1 - Braquage au travail : 5 - Collègue assassiné par un usager : 1 - Retombées de missions humanitaires : 2 - Suicide au travail : 1
Accident de la route : 6 (11%) Dont 2 dans le cadre professionnel (chauffeurs routiers) Dont 2 responsables de décès **Evénement accidentel : 1 (1,5%)** Catastrophe naturelle : 1 **Témoin d'un événement accidentel mortel : 2 (3%)**	**Accident de la route : 8 (5,5%)** Dont 1 avec décès compagnon Dont un deuil problématique chez 1 mère Dont 1 avec passé de soumission Dont 1 dans un bus **Evénement accidentel : 5 (3,5%)** Incendie : 1 Catastrophe naturelle : 1 Attaque armée à l'étranger : 1 Dégâts des eaux : 1 Morsure par le chien d'amis : 1
Adulte agressé sexuellement à l'adolescence par personne connue : 3 (2,5%) 1en groupe (agression sexuelle) 1 par ami adulte des parents (viol) 1 abus sexuel par supérieur hiérarchique hors travail	**Adulte agressé sexuellement à l'adolescence par personne connue (connaissance, copain…) : 6 (4%)** Dont 1 par un groupe d'adolescents, dont 1 agression sexuelle par un adulte
Adulte agressé sexuellement dans l'enfance : 1 (1,5%) Par frère (+ problèmes conjugaux actuels)	**Adulte agressé sexuellement dans l'enfance : 16 (11%)** Par oncle : 4 Par père : 4 Par ami des parents : 2 Par frère : 2 Par copain : 1 Par voisin : 1 Par beau-père : 2
Adulte maltraité dans l'enfance : 3 (5%) dont 1 avec problèmes relationnels et conjugaux	**Adulte maltraité dans l'enfance : 1 (0,5%)**

Parent d'enfant agressé sexuellement : 1 (1,5%) Dont 1 père par rapport au viol de sa fille par un inconnu	**Parent d'enfant agressé sexuellement : 2 (1,5%)** Dont 1 par meilleur ami des parents Dont 1 par son père
	Conjoint auteur d'agressions sexuelles : 5 (3%) Dont 1 sur fils dans cadre d'une séparation + « séduction » par adultes à l'adolescence Dont 1 sur nouveau né (+ femme incestée par son père) Dont 1 sur fille de femme polyvictimisée Dont 1 sur sa nièce (+femme elle-même abusée par son beau- frère à 10 ans)
Problèmes conjugaux : 4 (7%) Dont - 2 de violences agies: 1 avec abus sexuels par frère aîné dans l'enfance, 1 avec maltraitances infantiles par le père - 2 de violences subies : 1 physiques et psychologiques durant la relation et avec harcèlement après séparation 1 de relations conjugales successives problématiques	**Violences conjugales : 35 (23%)** Dont 1+ inceste paternel et viol de ses fils par ancien conjoint Dont 1 par menaces sur enfant nouveau né Dont prêts indus : 2 Dont viol conjugal : 2 Dont tentative d'assassinat : 3 **Problèmes conjugaux ou de choix amoureux : 7 (5%)** Dont (+) 1 + enfant de mère appartenant à un groupe sectaire Dont 1 + victime de maltraitances dans l'enfance Dont 1 + fille de père gourou d'une secte et incestueux Dont 1 + tentative d'abus sexuels par beau père Dont 1 + tyrannisée par son frère handicapé Dont 1 + attouchements sexuels par beau père Dont 1 + harcèlement par une relation amicale se disant amoureuse **Violences dans cadre d'une rupture conjugale: 7 (5%)** Dont 1 accusation d'attouchements sexuels sur sa fille Dont une agression armée sur amie du couple Dont 1 nomadisme sexuel avec inceste par beau père Dont 2 deux tentatives d'assassinat

MOTIF PREMIER ALLEGUE SELON LE GENRE

Motif premier allégué : Violences subies à l'âge adulte	Par les consultants hommes	Par les consultantes femmes
Violences physiques	14 = 25%	6 = 4%
Violences sexuelles	1 = 3%	21 = 14%
Accidents de la route	6 =11%	8 = 5,5%
Problèmes au travail	20 = 36%	22 = 15%
Harcèlement au travail	6 = 10%	6 = 4%
Problèmes conjugaux	4 = 7%	49 = 37%

Motif premier allégué : Maltraitances dans l'enfance	3 = 5%	1 = 0,5%
Agression(s) sexuelle(s) dans l'enfance	1 = 1,5%	16 =11%
Agression(s) sexuelle(s) à l'adolescence	3 = 5%	6 = 4%

L'un des constats frappants pouvant être retiré de cette étude est la disparité considérable de fréquentation de la consultation entre hommes et femmes, à corréler avec le genre des agresseurs quand il y eu a e un, masculin dans la très grande majorité.

Serait-ce, comme le laissent à penser des études récentes sur la criminalité féminine, que les formes que prend la violence chez les femmes sont moins apparentes (l'on n'irait pas les chercher là où elles s'expriment) ou socialement banalisées (on les voit mais on en minimise la gravité)[1] et, à l'inverse, celle des hommes beaucoup plus apparentes et stigmatisées ?

D'où une autre question : que deviennent alors les hommes victimisés et/ou psychotraumatisés, notamment dans le cadre du couple ? Ne présentent-ils pas ou peu de troubles, par comparaison avec les femmes, ce que semblent contredire les données épidémiologiques à disposition, même si elles révèlent une plus grande fréquence de troubles post-traumatiques chez les femmes que chez les hommes (N. Prieto, 2001) ? Ou bien leurs troubles n'interpellent-ils pas les mêmes espaces institutionnels et professionnels, si bien que des offres comme cette consultation ne seraient que très peu investies spontanément par ceux-ci, parce qu'elles ne sont pas congruentes avec les modalités spontanées d'aménagement qu'ils se donnent de leurs troubles ?

Dans tous les cas, ceci démontre la nécessité de réfléchir à des dispositifs d'offres plus accessibles aux hommes victimés, ce qui semble impliquer qu'ils soient conçus sur d'autres dimensions non pas de la victimité, mais des modalités suivant lesquelles celle-ci est engagée dans une consultation psychologique, quand bien même elle s'intéresse à des questions de droit.

Conclusion : une contrainte à penser la diversité

Cette orientation généraliste *a priori*, loin de constituer une facilité, fit, à l'inverse, contrainte : celle de devoir concevoir et développer un dispositif clinique à même d'incorporer autant que possible la variété des sollicitations et des situations à leur origine, tout en intégrant ce qui apparaissait avec de plus en plus de force et de clarté comme des spécificités à prendre

[1] Sur cette question voir par exemple : V. Jaquier, J. Vuille (2008) : Les femmes : jamais criminelles, toujours victimes ?

impérativement en compte, tenant à la nature victimologique et/ou psychotraumatique des demandes.

Le problème devenait alors celui de concevoir, tant d'un point de vue d'une doctrine psychologique que d'une démarche clinique, un cadre aussi homogène que possible susceptible de recevoir une telle diversité de demandes, d'en saisir quelque chose qui permette d'élaborer avec ces sujets des possibilités de dépassement de leur vécu psychique problématique. Il s'agissait alors de penser l'unicité et la singularité de sa dimension généraliste, non comme la somme ou la mise bout à bout de tous les cadres cliniques déjà à disposition, mais comme une véritable « spécialité » ayant ses règles et sa cohérence propres ; de penser les différences comme les variations d'un principe ou d'un modèle unificateur encore à élaborer, qui donne sens et homogénéité à la variété elle-même, sans pour autant la réduire à un principe univoque.

PARTIE C

- Chapitre 2 -

LA CLINIQUE DU TPV

LES PROBLEMATIQUES VICTIMALES ET LES SYNDROMES VICTIMAUX,

DEFINITIONS ET EXEMPLES

PLAN :

Introduction

2.1. Vers une typologie raisonnée des problématiques victimales
- 2.1.1. Les 3 issues possibles au travail psychique de victime
- 2.1.2. Une clinique du TPV
- 2.1.3. Positions victimales auto- et hétéro-destructrices

2.2. Les problématiques victimales à dynamique auto-destructrice
- 2.2.1. L'axe socio-moral des normes et de la responsabilité
  - 2. 2.1. 1. Problématiques de la participation
    - a) Les problématiques victimales TYPE 1 et le Syndrome victimal d'auto-reproche de motivation complice
    - b) Les problématiques victimales TYPE 2 et le syndrome victimal d'auto-accusation de comportement complice
  - 2.2.1. 2. Problématiques de la représentation de l'événement
    - a) Les problématiques victimales TYPE 3 et le syndrome victimal de pétrification/vitrification
    - b) Les problématiques victimales TYPE 4 et le syndrome victimal du défilement perpétuel
- 2.2.2. L'axe psycho-moral des valeurs et de la culpabilité
  - 2.2.2. 1. L'enjeu des engagements éthiques : problématiques victimales du mérite
    - a) Les problématiques victimales de TYPE 5 et le syndrome victimal de prescience d'une répétition d'échec
    - b) Les problématiques victimales TYPE 6 et le syndrome victimal d'auto-préconisation préventive ou syndrome du risque zéro
  - 2.2.2. 2. L'enjeu des idéaux et valeurs fondatrices
    - a) Les problématiques victimales TYPE 8 et le syndrome victimal d'auto-sacrifice
    - b) Les problématiques victimales TYPE 7 et le syndrome victimal des idéaux déçus

2.3. Les problématiques victimales à dynamique hétéro-destructrice

Introduction

C'est de l'essai de mise en relation de deux lignées d'observations, celle d'un côté des effets du parcours judicaire sur nombre de victimes, celle de l'autre des mouvements et des productions psychiques symptomatiques développées dans l'après-coup de l'événement, qu'une première intuition est née qu'un travail psychique singulier se trouvait sollicité par le fait d'avoir été victimisé, quelque soit par ailleurs l'origine et la forme de cette victimisation. Semblant avoir été bien trop hâtivement assimilé par certains au « travail de deuil », nous l'avons baptisé, faute d'une meilleure expression, **le travail psychique de victime (TPV).**

Il s'agissait alors de tenter d'analyser et rendre compte de certaines réactions de victimes (dont nous venons de donner plusieurs exemples) pouvant survenir à tout moment du parcours judiciaire, en lien manifeste avec ses avancées comme à ses stases, réactions parfois aussi extrêmes qu'imprévisibles, susceptibles par leur nature et leur intensité d'en mettre en cause et/ou en péril sa logique et/ou sa légitimité.

L'hypothèse fut formulée que ces réactions problématiques pouvaient certes s'expliquer par une insatisfaction, partageable comme légitime, quant aux réponses apportées par la justice à leur affaire par les sujets victimés. Mais une analyse plus approfondie laissait également apparaître de leur part une plus une moins grande incapacité à intégrer les logiques et principes juridiques sous-jacents à celles-ci, une explicitation, voire même véritable une pédagogie du parcours, ne pouvant que rarement suffire à les apaiser.

Partant, il fallait imaginer deux choses :

- que se trouvaient en jeu des retombées particulièrement problématiques de certaines victimisations, retombées relevant d'une approche sinon psychopathologique du moins psychodynamique ;
- que le parcours judiciaire devait d'une façon ou d'une autre entrer en résonance avec ces retombées psychiques.

A partir de là s'ouvrait le principe d'une analyse du parcours judiciaire en termes non plus seulement chronologique d'une succession ordonnée d'actes conduisant du dépôt de plainte à l'exécution de la peine, mais de questions sous-tendues par des enjeux différenciés auxquels la procédure s'attachait à répondre de son début à sa clôture ; questions et enjeux relatifs à la constitution juridique de deux positions, celle d'auteur et celle de victime, auxquels il devenait envisageable de rapporter et d'analyser les réactions de victimés comme autant de symptômes d'une incapacité plus ou moins totale à soutenir certains d'entre eux ; ce d'autant plus que, d'un victimé à l'autre, ce pouvaient être des enjeux différents dans la constitution de ces deux positions qui s'avéraient défaillants, certains réagissant massivement à des aspects procéduraux laissant les autres indifférents, et inversement.

S'opérait ce faisant un premier décentrement fondateur de la question victimale, décentrement au sens où « être victime » ne se définissait plus seulement du fait d'être inscrit comme plaignant dans un processus judiciaire, mais supposait d'être psychiquement à même d'assumer et de soutenir un ensemble de questionnements et de modes d'élaborations de réponses à ceux-ci, relatifs à des

enjeux spécifiques et différenciés : « être victime » supposait un travail psychique singulier nécessaire à l'assomption d'une place juridiquement définie de victime, ce qui supposait, dans un même mouvement, d'être complémentairement à même de constituer une position d'auteur.

Cette première formulation contenait toutefois en elle sa propre subversion, et conduisit à un second décentrement fondateur : si l'assomption aux constructions juridiques des positions d'auteur et de victime nécessitait de la part des victimés un travail d'intégration du processus judiciaire et de ses réponses, les réticences voire les impossibilités de certains à les faire leurs laissaient apparaître en quelque sorte en creux le fait que s'il pouvait y avoir désaccord c'est qu'un autre ensemble de constructions se trouvait à l'œuvre, faisant contraste ou alternative ; qu'un autre parcours, sous-jacent au précédent et ne le rencontrant qu'occasionnellement, se déroulait, intérieur à la victime.

Quel regard convenait-il de porter sur ces constructions personnelles parallèles ? Si certaines semblaient renvoyer à ce que l'on dénomme ailleurs des traumatismes psychiques, d'autres, pour être différentes de celles construites par le judiciaire, n'en semblaient pas moins tout à fait argumentées et renvoyer à des critères de jugement certes personnels, mais cohérents, argumentés et partageables.

D'où un constat généralisable : **toute victimisation, qu'elle ait engendré ou non des répercussions psychiques plus ou moins graves, met à l'épreuve les sujets victimés non seulement dans leurs capacités à faire avec les normes et valeurs juridiques communes, et plus généralement sociales, mais encore sollicite activement leurs normes et valeurs personnelles.**

Il en est ressorti une complexification notable de l'idée de travail de victime, celui-ci apparaissant dès lors comme double : assomption à des constructions sociales et juridiques d'une part, travail intérieur, subjectif d'autre part, se rapprochant de ce que les spécialistes du trauma désignaient comme la nécessité de donner un sens personnel à l'événement.

Etait-il pourtant justifié de dualiser ainsi le travail psychique en un travail portant sur une réalité externe (normes et valeurs judiciaires) et interne (les normes et valeurs personnelles) ?

Une analyse de contenu des propos spontanés d'un très grand nombre de victimes recueillis dans les situations les plus diverses tendait en fait très clairement à montrer qu'il s'agissait **dans les deux cas d'un seul et même ensemble de processus dont l'enjeu était chez la victime un essai de constitution de l'événement et de sa présence à celui-ci** ; à ceci près qu'à la différence de ce qui se déroule en justice, le victimé y jouait successivement ou simultanément tous les rôles et y tenait toutes les places : de victimé, d'agresseur, de juge, d'enquêteur, d'expert, de juré, de témoin…

Ainsi, cette dualité entre réalité psychique interne et réalité socio-juridique externe semblait ne pas trouver de véritable fondement dans la clinique, l'une et l'autre apparaissant comme les deux faces des mêmes processus, observable soit du côté des conventions sociales et/ou juridiques, soit du côté des normes et valeurs personnelles du victimé ; cette dualité tenait par conséquent essentiellement à des postulats théoriques ayant dichotomisé la question entre réalité interne, fantasmatique dans sa nature, et réalité externe objective sinon objectivante.

Cependant il ne semblera pas inutile, dans la perspective d'un accompagnement visant à aider le victimé à reconstituer ou avoir ré accès à ces processus, et donc de soutenir les dilemmes constitutifs de « son travail de victime », de différencier deux modes de positionnement symptomatiques à l'égard du parcours, l'un interne et l'autre externe (même s'ils renvoient tous les deux aux mêmes processus normatifs), dans la perspective d'étayages l'un par l'autre ; car si certaines réponses du judiciaire pouvaient avoir des effets destructeurs, d'autres à l'inverse pouvaient s'avérer facteurs positifs de restauration non seulement sociale, mais également psychique. A l'inverse, des réaménagements psychiques internes semblaient pouvoir activement jouer sur le rapport de ces sujets au parcours judiciaire.

Il devient dès lors imaginable, d'un côté de différencier des positions problématiques à l'égard de l'épreuve de réalité qu'a constitué l'événement, de l'autre de leur donner cohérence en les rapportant aux processus d'élaboration différenciés exigés par ce même parcours.
La variété des positions victimales prend désormais sens de composer autant de variations appréhendables à partir des enjeux constitutifs du TPV
D'où la possibilité de concevoir, sur les bases du TPV et de ses 4 dilemmes, une véritable typologie des positions victimales dont elles représentent les différentes modalités possibles de ne pouvoir en soutenir les exigences.
Ainsi conçues elles s'ordonnent en un ensemble structuré et clos qui les différencie et les oppose rationnellement les unes aux autres ; sachant, comme il en va de toute nosographie[1], que leur « réalité», ou plus exactement leur possible observation, tient aux conditions cliniques, cadre et méthode, mises en œuvre.
C'est cette typologie que nous allons maintenant élaborer, exemples cliniques à l'appui.

2.1. Vers une typologie raisonnée des problématiques victimales

2.1.1. Les 3 issues possibles au travail psychique de victime

La pratique clinique quotidienne, conjuguée à la lecture de nombreux témoignages de victimés, survivants…, donne à observer trois grandes formes d'issues possibles à la traversée d'une situation extrême :

a) une résolution de la crise engendrée par l'événement, ne laissant aucune place au développement immédiat ou différé d'un processus morbide. L'on ne peut sans doute jamais prédire une telle évolution, mais du moins doit-on retenir ce cas de figure comme l'occurrence la plus fréquente, confirmée par toutes les études épidémiologiques (N. Prieto, 2001 ; F. Ducrocq et G.

[1] A la différence des nosologies qui procèdent d'une sommation plus que d'une construction.

Vaiva, 2006). Le sujet, même déstabilisé, mobilise des capacités qui le prémunissent de tout devenir problématique. L'événement a eu un impact sur lui mais il a pu y faire face et le cours de son existence n'en a pas été profondément infléchi. Dans la terminologie psychotraumatique, l'on dirait qu'au terme d'un temps de latence caractérisé par une perturbation de l'état psychique du sujet, il revient sans dommages à son équilibre antérieur. Ailleurs l'on dira qu'il est résilient. Les coordonnées personnelles et sociales du sujet (ses « tuteurs de résilience ») lui ont permis d'inscrire l'événement dans son histoire de vie sans que celle-ci n'en ait été profondément affectée et encore moins infléchie ; tout au plus en ressort-il avec une discrète modification de sa vision du monde et de ses valeurs personnelles, comme par exemple d'être devenu plus sensible à certains événements et plus indifférent à d'autres.

b) une résolution impliquant cette fois un travail long et douloureux parce qu'il passe par une véritable **conversion** réalisant une rupture dans l'histoire de vie, dans un double mouvement de renoncement aux valeurs antérieures et d'un réengagement sur des fondements renouvelés. Cette conversion se concrétise dans et par un changement significatif du projet de vie et des valeurs existentielles : conversion religieuse, engagement humanitaire, associatif, militance, etc., en sont les formes les plus fréquentes. Elles impliquent souvent une transformation du mode d'existence dans ses aspects les plus quotidiens. L'événement a fait rupture et la rupture donné lieu à un nouveau projet (ou pari) existentiel. S'il fallait en donner un exemple connu et bien documenté, ce serait celui du Baron Ampain. L'on peut également évoquer le cas de F. Rudetzki (2004), fondatrice d'une association qui a joué un grand rôle dans l'accès des victimes d'attentats à de nouveaux droits : SOS Attentats.

Il faut ici concevoir une expérience de nature traumatique jamais véritablement dépassée, mais surmontée, sur les bases de laquelle une nouvelle existence s'édifie avec toute la fragilité que cela suppose. L'intégration de l'événement à l'histoire personnelle n'a pu se faire qu'au prix d'une recherche de nouvelles normes et valeurs d'existence. L'on peut imaginer qu'il restera toujours malgré tout quelque chose de la victimisation traumatique initiale, ne serait-ce que parce que le nouveau projet existentiel s'est en partie conçu en résistance à-, ou en tentative de dépassement de celle-ci ; l'on dira alors du sujet qu'il a su trouver des tuteurs de résilience mais que ceux-ci ne sauraient nécessairement valoir pour toute son existence, tant dans sa durée que dans toutes ses dimensions et conditions.

c) la troisième forme d'issue est présentée par les sujets n'ayant pu élaborer d'autre possibilité que celle de donner sens à l'événement sur un mode défaillant. L'événement a fait rupture mais ils ne parviennent pas à en surmonter, et encore moins en dépasser, les effets délétères. Le sens prêté à l'événement est un sens problématique parce que ne pouvant jamais se conflictualiser, et donc se mettre en débat, se contester, se contredire ; si bien que le TPV, en restant bloqué à l'un au moins de ses axes constitutifs et le sujet ne peut alors que reproduire, sur le mode de la répétition, ses tentatives de dépassement qui en deviennent symptomatiques donnera lieu à des issues en forme d'impasses. Nous parlerons ici de véritables **problématiques victimales** quand cette fixation consiste en une phase d'aménagement ou de récupération transitoirement

problématique, et de véritables **syndromes victimaux** quand cette fixation ne parvient plus à se dépasser et donne elle-même lieu à des aménagements pour lutter contre ses effets problématiques.

De la perspective clinique et d'accompagnement qui est la nôtre, il y a peu à dire des deux premières issues sinon qu'elles nécessitent parfois d'être soutenues, certains sujets ne venant consulter que dans l'attente d'un encouragement ou d'une caution positive à leurs modalités spontanées de gérer les retombées de l'événement, étonnés parfois de s'en sortir à si bon compte et se demandant si cela est bien « normal ».
Quant à la seconde issue, tout au plus nous apporte-t-elle quelques enseignements sur les modalités possibles d'assumer d'une expérience psychotraumatique, mais à la condition qu'un cadre d'observation rigoureux ait existé qui ait permis d'appréhender les processus à l'œuvre, occurrence jamais réalisée dans le cas de témoignages spontanés élaborés sans l'aide d'un professionnel. Et quand un interlocuteur il y a eu, ne serait-ce que pour aider les sujets à mettre en forme un récit de l'expérience, il devient difficile de faire la part entre ce qui revient à eux seuls et ce qui revient aux échanges avec cet interlocuteur.
Seule le troisième cas de figure concerne véritablement le praticien de l'aide, puisque c'est principalement par des sujets dans cette situation qu'il va être sollicité.

2.1.2. Une clinique du Travail psychique de victime

Du fait des différents processus qui le définissent et le constituent comme tel, le TPV va nous permettre de concevoir une véritable typologie des différents modes de défaillances possibles à en soutenir les exigences : si se représenter un événement et lui donner sens nécessite un travail conjoint de mise en normes et en valeurs, il en ressort autant de modes d'échec possibles à y parvenir qu'il y a de processus nécessaires à ces élaborations.
Chacun des items de cette typologie des positions victimales consiste donc en la fixation à l'un des paramètres du TPV, soit de façon transitoire, soit de façon enkystée et durable :

- **Transitoire** : Il s'agit de ce que l'on peut qualifier de positions de récupération ou **positions victimales**. Tout victimé peut ainsi achopper plus ou moins durablement à l'un des enjeux du TPV, cela pour des raisons internes ou externes, ou les deux, et tenter de le soutenir et d'y apporter malgré tout des réponses en se focalisant, soit sur l'autre axe constitutif de l'enjeu (processus de compensation), soit sur un autre enjeu (processus d'étayage).
  Une difficulté à constituer du motif peut par exemple donner lieu à un surinvestissement du récit de l'événement ; ou encore, les réponses judiciaires peuvent venir étayer une position subjective défaillante sur tel ou tel enjeu…

- ***Enkystée :*** nous parlerons dans ce cas de véritables **syndromes victimaux** dans la mesure où la position de récupération par fixation à l'un des enjeux du TPV en devient problématique en elle-même, au point de devoir donner lieu à des aménagements, véritables

aménagements d'aménagements. C'est ainsi que de véritables **néo réalités** peuvent se former sur des aménagements dont la fonction était d'abord de réélaboration de repères internes et externes déstructurés par l'événement, à l'image du syndrome dit de Stockholm où le réel se trouve inversé dans ses polarités internes/externes, positives et négatives, agresseur/agressé[1].

Mais l'on peut faire la même analyse concernant les modes de défenses à forme « phobiques », fréquemment observés dans le cadre des syndromes psychotraumatiques : afin d'éviter certains phénomènes de reviviscence, le sujet évite de se confronter aux stimuli dont il a perçu qu'ils pouvaient les déclencher (certains lieux, situations…). C'est quand l'aménagement phobique devient envahissant et nécessite lui-même des aménagements défensifs afin de neutraliser ses effets les plus problématiques, que l'on peut évoquer le développement d'une néo réalité. Le problème n'est alors plus tant ni le trauma ni les aménagements développés pour en contenir les effets, mais les aménagements eux-mêmes nécessités par ces premiers aménagements. C'est dans ce cas que la distance est telle que le lien n'est plus évident, presque perdu, entre les préoccupations actuelles du sujet ainsi que la symptomatologie dont il souffre, et l'événement initial, bien qu'une patiente anamnèse permette malgré tout de le reconstituer.

Cette néo réalité prend ainsi la place de la fracture initiale, et s'aménage sur elle un nouveau mode existentiel.

2.1.3. Positions victimales auto- et hétéro-destructrices

Autant l'approche psychanalytique des névroses nous a enseigné à reconnaître dans un « je n'y suis pour rien » une figure de la dénégation, autant la clinique victimale nous confronte avec une grande fréquence à un processus presque inverse, que l'on pourrait qualifier de sur-engagement, le victimé semblant ne pouvoir que s'auto-imputer, c'est-à-dire faire sienne la culpabilité et/ou la responsabilité d'un événement.

Ce sur-engagement conduit à l'élaboration de constructions littéralement **autophages**, au sens où le victimé, ne parvenant pas à constituer différenciellement de l'auteur et de la victime sur au moins l'un des axes concernés, en vient à devoir tenir lieu, en alternance ou simultanément, des deux. C'est du moins ainsi que l'on peut rendre compte d'un ensemble de positions victimales se caractérisant toutes par une fixation à telle ou telle question.

Cette surimplication renvoie à une modalité de soutenir l'un ou l'autre des 4 dilemmes en faisant de soi une surface réflexive privilégiée. Mais à l'opposé, ce peut être l'autre (l'agresseur comme le système judiciaire ou plus largement le social) qui en fait office. L'on est alors confronté, dans la clinique psychotraumatique et victimologique, au cas de figure inverse où le victimé est en quête et/ou revendication active d'un « auteur », qui peut alors aussi bien être l'agresseur qu'un

[1] L'on se référera ici tout particulièrement aux travaux que Sabourin a consacrés à sa lecture de l'œuvre de Ferenczi.

« faisant-fonction », un acteur par exemple du monde médico-socio-juridique en charge de la situation. C'est ici, peut-on alors penser, que trouve place ce que Brissaud avait dénommé la sinistrose, cette forme insatiable d'exigence de réparation qui n'a pas de fin, non parce que le victimé en voudrait toujours plus, mais parce qu'il s'avère incapable de relativiser le préjudice qu'il a subi. Mais ce peut également être l'avocat du plaignant, dont les prestations, jugées insatisfaisantes voire parfois même être suspectées de servir l'agresseur, ou une justice hostile qui se trouve assigné à une place de « complice » actif.
C'est dire qu'autant l'on peut trouver un « air de parenté » entre les positions autophages ou auto-imputatrices et les problématiques névrotiques, masochistes et mélancoliques, autant ici ce sont les états passionnels, paranoïaques et psychopathiques qui pourraient faire référence, non pas au plan d'une psychopathologie, mais comme modes d'aménagement d'un travail psychique impossible : ne pouvant authentifier ou attester de lui-même ses essais de constructions, le victimé s'en trouve dépendant de constructions exogènes qui, pour la même raison, en demeurent précaires, aléatoires, arbitraires et, en conséquence, sujettes à contestations.

C'est que dans tous les cas il y a, au plan de l'enjeu faisant l'objet d'une fixation, indétermination entre auteur et victime, et ce peut être indifféremment l'un ou l'autre (ou un tiers) qui puisse porter la culpabilité ou la responsabilité de l'événement (selon l'enjeu faisant problème). C'est ce pourquoi l'on peut parfois observer de brusques passages d'une position auto- à une position hétéro- destructrice, ou encore une alternance entre les deux. Il convient finalement de ne pas prendre trop au pied de la lettre l'une ou l'autre forme que revêt la réponse symptomatique que développe le sujet, et il faut entendre dans un « Ce n'est pas moi » un « J'espère bien que c'est l'autre et pas moi », ou encore, dans un « C'est moi », l'attente d'un désaveu de la part de son interlocuteur. Ces deux formes rendent cependant compte de modes de fixation différenciés observables dans la pratique quotidienne.
Comment se fait-il alors que le victimé parvienne malgré tout à différencier de l'auteur et de la victime peut-on se demander ? C'est qu'au niveau d'un ou de plusieurs autres enjeux il a trouvé matière à les différencier.

Ce sont ces positions victimales que nous allons étudier maintenant, en en proposant à chaque fois des exemples cliniques illustratifs tirés de notre pratique.

<u>Avertissement</u>

A ce stade d'élaboration de la clinique du TPV, nous avons jugé prématuré de la distribuer en deux ensembles distincts, l'un regroupant ce que nous avons défini comme des problématiques victimales ou positions de récupération, l'autre comme les syndromes victimaux fixés, jugeant plus didactique de nous attacher à montrer, dans un premier temps, les effets observables de la fixation à l'un ou l'autre des enjeux et de chacun de ses deux axes constitutifs, et réservant à des recherches ultérieures la tâche d'en proposer une analyse systématique et des illustrations cliniques distinctes.

Par contre, afin d'en mieux faire ressortir les singularités, nous étudierons de façon indépendante les formes auto- et hétéro- destructrices, mais ne ferons, faute d'une recherche encore suffisamment approfondie concernant les secondes, qu'en esquisser quelques unes des grandes lignes.

2.2. Les problématiques victimales à dynamique auto-destructrice

L'on retrouvera ici, différencié et articulé en une nosographie par l'ordonnancement qu'en rend possible le TPV, l'essentiel de la symptomatologie psychotraumatique et des positions victimales décrites par la littérature spécialisée, ainsi que la référence à certains des modèles s'étant efforcés d'en rendre compte. Il ne faut pas s'en étonner tant la rencontre avec les sujets dits psychotraumatisés ou victimés, au-delà des obédiences cliniques et théoriques, confronte le praticien attentif à leurs singularités cliniques, aux mêmes observations et aux mêmes questions.
La différence est qu'ici chaque forme dégagée et décrite se trouve, d'une part clairement différenciées et articulée les unes au autres, d'autre part tient sa raison d'être appréhendée comme une fixation, transitoire ou durable, à l'un des enjeux du TPV, comme l'un des modes problématique possibles d'en soutenir les exigences : le TPV leur donne ainsi une dimension psychodynamique rationnellement rapportée aux singularités de l'épreuve de réalité à laquelle se trouve confronté le sujet.

2.2.1. L'axe socio-moral des normes et de la responsabilité

2.2.1.1. Problématiques de la participation

Dans la perspective du TPV, le victimé se trouve dans l'obligation d'expliciter et de justifier, aux yeux de la justice comme à ses propres yeux, de son implication dans l'événement.
Nous avons vu que, du point de vue juridique, la constitution de l'auteur et de la victime supposait de pouvoir imputer la survenue des faits et de leurs conséquences à l'un (ou plusieurs) des protagonistes de l'événement, les autres s'en trouvant du même coup plus ou moins totalement exonérés. Ceci exigeait, de la part de chacun des protagonistes, y compris du plaignant, de pouvoir rendre compte de sa présence à la scène délictuelle, d'une part en termes de motifs, d'autre part en termes de modalités de participation au déroulement des faits. De même, mais cette fois sur l'axe de la responsabilité psychique, nous avons vu que le victimé[1] se trouvait traversé par les mêmes questions, mais en rapport cette fois, soit à son **projet de vie**, soit à de son **mode d'être**, selon qu'elles avaient pour enjeu l'advenue de l'événement ou son déroulement.

[1] Le mis en examen également, mais cela relève d'une analyse non plus psycho-victimologique, mais psycho-criminologique. Voir : LM Villerbu, V. Moulin (2008) *op.cit.*

Dans tous les cas, quelle que soit la surface, juridique ou psychique, sur laquelle les débats s'instruisent, ce travail peut se réifier et donner lieu chez le victimé à la conviction, transitoire ou durable de sa participation active, ou complicité, à l'événement. Deux problématiques victimales en ressortent selon qu'il reste fixé aux possibles raisons de sa survenue ou aux modalités de son déroulement, l'une et l'autre à tord beaucoup trop fréquemment assimilées à de la culpabilité.

Dimension de la Responsabilité Les problématiques de la participation à l'événement	**Problématique victimale TYPE 1** **Syndrome victimal d'auto-reproche de motivation complice** Fixation à la question d'éventuels motifs personnels à la survenue de l'événement. Question symptôme: qu'ai-je désiré, quel projet avais-je, pour que cela advienne ? **Problématique victimale TYPE 2** **Le syndrome victimal d'auto-accusation de comportement complice** Fixation au mode de participation au déroulement de l'événement Question symptôme : qu'ai-je fait, ou que n'ai-je pas fait, pour que cela se déroule comme cela s'est déroulé ?

a) Les problématiques victimales TYPE 1 et le Syndrome victimal d'auto-reproche de motivation complice

C'est à ses normes de vie que se réfère ici le sujet : quelque chose en lui l'a voulu et ce sont ses supposés motifs personnels qu'il s'attache à rechercher. Il en résulte un sentiment éprouvé comme incoercible, et pourtant mentionné parfois comme irrationnel mais incoercible par le sujet lui-même, de responsabilité.

Il n'est pas étonnant que certains auteurs aient fait du trauma la résultante d'une collusion entre un désir inconscient, ou un fantasme, et sa survenue effective dans le réel : le sujet se trouverait alors brutalement confronté à la réalisation de quelque chose qu'il a inconsciemment désiré, mais pas voulu, le faisant basculer dans un vécu de faute insupportable, d'où trauma. Ainsi C. Janin, à partir d'une réflexion sur le problème complexe du rapport dedans/dehors ou plus justement objet réel/objet psychique, en vient à concevoir une forme particulière de trauma par « détransitionnalisation de la réalité » :

> C'est le cas, par exemple, lorsqu'un sujet se trouve confronté à un événement qui vient redupliquer un fantasme : l'enfant confronté à une séduction réelle, reduplication *dans la réalité*, du fantasme

> originaire de séduction, ou bien encore l'enfant qui voit, avec la disparition d'un proche, la réalisation de certains fantasmes agressifs inconscients en sont des exemples. [1]

Cependant, dans la mesure où le sentiment de responsabilité survient dans l'après-coup de l'événement comme un essai d'élaboration psychique de celui-ci, une telle collusion restera toujours de l'ordre d'une hypothèse invérifiable. Et rechercher, comme elle y inviterait le praticien, le supposé fantasme inconscient en jeu serait, au plan thérapeutique, facteur potentiel de traumatisme second puisque cela risquerait de valider la conviction de responsabilité du victimé sans prendre en considération le fait que celle-ci s'est formée comme une tentative de liaison de l'événement avec, comme l'a souligné Garland, le matériel à disposition susceptible d'entrer en écho avec sa nature propre. Ceci a été également relevé par Ciccone et Ferrant (2009) :

> Une telle conjoncture convoque nombre de fantasmes inconscients destinés à rester méconnus, de désirs ambivalents ou inavouables liés à des problématiques narcissiques et œdipiennes, qui conduisent l'expérience traumatique à représenter bien souvent une scène dans laquelle se mêlent souffrance et jouissance, violence et attachement.[2]

Le victimé donc, s'attribue ici les motifs de la survenue de l'événement hors toute référence à son comportement, si bien que ceux-ci ne s'attestent que d'eux-mêmes dans une forme d'auto-engendrement. Quelque chose, en lui, l'a voulu et ce sont ses présupposés motifs personnels qu'il s'attache à rechercher tout en en ignorant *a priori* la nature ; ou encore, quelque chose, de lui, a fait provocation ou mobile pour l'auteur.

Il y a alors quelque chose de terrifiant, contre lequel lutte le victimé, de se trouver pris entre la nécessité interne de lier l'événement et l'éprouvé de responsabilité personnelle qui en résulte : l'éprouvé d'avoir été profondément complice au sens où, il est au fond de lui, persuadé que, s'il ne l'avait pas désiré, même à son insu parce qu'inconsciemment, l'événement ne serait pas survenu.

Exemple n° 17

> Cette femme a été victime d'un viol commis par un agresseur qui, en quelques jours, a fait 5 victimes. Cependant, elle est la seule à avoir été violée et sa question, encore plusieurs années après le procès d'assises ayant vu l'auteur condamné lourdement, est celle de savoir pourquoi. Ce ne sont pas les motifs de l'auteur qu'elle cherche véritablement à reconstituer mais ce qu'elle-même a pu faire avant et durant l'agression pour avoir provoqué l'agresseur à s'en être ainsi pris à elle. Etant étrangère et depuis peu en France, elle incrimine sa méconnaissance des habitudes culturelles locales qui l'ont très certainement amenée à avoir des comportements inappropriés ; ou encore de n'avoir pas su deviner les intentions de l'agresseur, qui s'était approché d'elle dans la rue pour lui demander du feu quelques minutes avant qu'il ne l'agresse.
>
> A d'autres moments, elle se fait le reproche de ne pas avoir su se protéger d'une nouvelle agression et fait un lien direct entre ce viol et les comportements de « séduction » et attouchements répétés qu'elle a dû subir pendant une partie de son enfance et de son adolescence de la part d'un oncle se disant « amoureux » d'elle. De ce rapprochement, il reste la certitude d'une sorte de prédestination dont elle est porteuse, qui la fait se considérer

[1] C. Janin (2005) : Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme, In F. Brette, M. Emmanuelli, G. Pragier (sous la direction de) (2005) : *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, Monographies de psychanalyse, PUF, Paris, p. 48.

[2] Ciccone et Ferrant, *op.cit.*, p. 101.

comme d'autant plus responsable que celle-ci se double d'une autre preuve de sa responsabilité : suite à cette « séduction », elle était persuadée être plus vulnérable qu'une autre à une nouvelle agression, mais n'avait jamais pensé que celle-ci pourrait être le fait d'un étranger, et non d'un familier comme la première fois ; d'où, selon elle, une vigilance mal placée qui l'a exposée à cette agression alors qu'elle aurait dû s'en prémunir plus efficacement. Cet ensemble d'auto-reproches qu'elle ne cesse de s'adresser à elle-même l'amène à la conclusion, non pas que ses comportements sont inadaptés comme c'est le cas dans le syndrome d'auto-accusation complice ci-dessous, mais à la certitude qu'elle attire les agressions ; et d'énumérer tous les attouchements qu'elle a pu subir dans le métro ou dans la rue, les tentatives de « drague » dont elle a fait l'objet en de multiples occasions…, tous comportements mis sur le même plan.
Elle en vient un jour à trouver une sorte de preuve de ce qu'elle redoute être chez elle un désir inconscient d'agression dans un rêve où elle se voit ayant une relation sexuelle consentie avec son oncle.

Exemple n° 18

Voici un autre exemple offert par un homme de 25 ans environ, violemment agressé à coups de pieds et de poings par un groupe d'inconnus une nuit dans la rue. Il sera assez gravement blessé et devra être opéré pour une fracture au visage. Plusieurs mois après, il vit replié chez lui alors qu'il avait une vie sociale riche, et ne cesse de penser sur un mode ruminatoire à cette agression, lui cherchant désespérément une raison. Au plus profond de son repli accompagné d'éléments d'un vécu dépressif allant en s'aggravant, il en viendra un jour, se souvenant avoir par le passé été déjà agressé une fois, à penser qu'il avait une « tête à claques » et que c'est lui qui déclenchait immanquablement de la violence chez les autres.

Exemple N° 19

Cette femme, retraitée, se résout à demander de l'aide six mois après un vol à l'arme blanche dont elle a été victime en rentrant chez elle un soir. Elle avait posé un sac par terre contenant quelques courses et s'apprêtait à ouvrir la porte de son immeuble au moyen d'une télécommande quand un homme surgit avec un couteau qu'il brandit vers son ventre et un crie « Ton sac ! ». Elle lui donne son sac à main qui contenait ses papiers, les clés de son logement, un chéquier et son porte-monnaie avec un peu d'argent. Affolée, elle s'exécute et l'homme s'enfuit. Reprenant peu à peu ses esprits, elle constate que son autre sac a disparu et elle en conclue qu'un autre homme, qu'elle n'a pas entendu, est venu dans son dos le lui voler. Le voleur utilisera en outre un de ses chèques pour faire des courses à hauteur de 30 euros. Elle suspecte deux individus qu'elle avait vus dans le métro qui la ramenait chez elle, de l'avoir suivie dans le but de la voler. Son sac ayant été retrouvé, il y manquait également sa carte d'identité.
Depuis, elle se dit confuse, perdue dans ses habitudes, ne mange presque plus et à n'importe quelle heure, dort très mal. Elle ne se sent plus en sécurité dans la rue, est à l'affut d'hommes ressemblant à son agresseur. Elle n'ose en outre plus prendre sa voiture car il lui faut aller la chercher dans un garage sous-terrain et a peur qu'on ne l'attaque. Elle a de plus développé la crainte qu' »ils » ne viennent chez elle, puisqu'ils connaissent son nom et son adresse. Elle en est devenue méfiante au point de se considérer comme « paranoïaque ».
Cette « paranoïa » la conduit également à développer depuis tout un ensemble d'autres précautions : elle ne sort plus jamais avec un sac à main, a sa télécommande et ses clés attachées à sa ceinture pour ne plus avoir à les chercher devant la porte de l'immeuble et de son appartement. De plus, quand elle rentre chez elle, elle vérifie, au prix de détours compliqués, qu'elle n'est pas suivie.

L'on reconnaitra là un ensemble de défenses à forme phobique, communément décrites dans les tableaux de syndrome psychotraumatique ; mais une autre analyse peut être formulée en hypothèse quant à la dynamique de certains de ses comportements symptomatiques : elle semble s'efforcer de gommer tout ce qui en elle, de ses habitudes, a pu faire motif et occasion pour les agresseurs ; son sac, le fait qu'il contenait de l'argent, un chéquier, le fait d'avoir mis un temps à la porte pour chercher sa télécommande, l'évitement d'endroits favorables à une nouvelle agression…, autant, peut-on penser, de modalités de lutter contre un sentiment de envahissant d'auto-reproches de motivation complice.

b) Les problématiques victimales TYPE 2 et le syndrome victimal d'auto-accusation de comportement complice

L'on retrouvera ici tous les auto-reproches relatifs aux comportements et réactions que le victimé a développés durant l'événement. Estimant ne pas avoir su faire face à la situation, ne pas avoir su l'empêcher, la stopper, l'éviter…, ceci suffit à ses yeux à l'en rendre coresponsable : il en conçoit sa présence à l'événement comme un mode de participation complice ; d'où des auto-accusations qui peuvent d'ailleurs s'étendre à son comportement ultérieur, se reprochant par exemple son incapacité à faire face de façon adaptée à ses multiples conséquences.
Ainsi, d'un comportement adapté (l'on n'a guère de choix possibles et aucun en soi n'est mauvais) à la situation, le victimé fait une forme de participation active, complice. Cela peut donner lieu à des interrogations sans fin prenant la forme d'un **arbre des causes**, le sujet s'efforçant de dégager tous les paramètres de la situation et de les faire varier un à un, reconstituant ainsi tous les scénarios possibles à partir de leurs multiples combinaisons imaginables, afin de rechercher en quoi sa conduite a pu être fautive, non au regard de ses valeurs ou des valeurs de la collectivité, mais de leur incidence sur le déroulement des faits, jusqu'à leur achèvement. Tout ou presque peut être passé à ce crible qui prend la forme d'une rumination obsédante dans laquelle le victimé se perd en scénarios fictifs rétroactifs sans fin.

Exemple n° 20

C'est un homme de 35 ans qui consulte pour la première fois, un mois après avoir été pris dans une avalanche. Il présente encore, au jour du premier entretien, des problèmes physiques, en voie de guérison cependant, mais qui empêchent encore sa reprise de travail.
Il vient pour le « psychologique », ce qu'il répète à plusieurs reprises et, en réponse à la question de savoir ce qui plus précisément l'amène, il montre dans un premier temps des coupures de journaux relatant brièvement une coulée d'avalanche ayant fait un mort, tout en mentionnant qu'il y a des erreurs inacceptables dans la relation qu'en font ces articles de presse. Il relate ensuite ce qui lui est arrivé.
Avec un groupe d'ouvriers, il devait se rendre en voiture dans la montagne jusqu'à un chalet en construction. Ils étaient à deux 4x4. A un moment, ils sont stoppés par une coulée d'avalanche qui vient juste de bloquer la route sous leurs yeux, quelques mètres devant eux. Ils descendent des véhicules et, après discussion, décident de rebrousser chemin. Les deux chauffeurs reprennent leur place et un premier véhicule redescend en marche arrière pour aller faire demi-tour un peu plus bas. Lui guide le second qui doit effectuer la même manœuvre mais, comme la route est verglacée, il dérape et se déporte vers le fossé, côté montagne. Lui est sur

la route, à côté du véhicule, quand celui-ci le heurte brutalement sous l'impact d'une seconde coulée d'avalanche. Il est projeté dans la pente, est submergé par la neige qui l'entraîne irrésistiblement. Il dira qu'il s'est cru dans une lessiveuse le faisant tourner dans tous les sens. Il se sent mourir étouffé durant quelques secondes et, à demi-conscient, se retrouve plus bas, le corps complètement bloqué par la masse neigeuse qui l'enserre, la tête émergeant tout juste à la surface. Il est tourné vers la pente et voit en contrebas le véhicule retourné avec le corps du chauffeur ensanglanté à côté. Ses collègues sont autour, en état de panique. Lui crie, s'affole, tente de se dégager mais ressent de fortes douleurs et ne peut bouger. Il attendra près d'une heure dans cette position que les secours alertés n'arrivent et ne parviennent à le libérer. Il est à moitié gelé, mais ses pensées sont exclusivement focalisées sur le sort de son collègue, manifestement décédé.

Il a été soigné et, sorti de l'hôpital local, est venu se reposer dans sa famille vivant à plusieurs centaines de kilomètres du lieu de la catastrophe. Encore handicapé, il doit suivre des séances de rééducation. Il mentionne que des tensions ont commencé d'apparaître avec ses proches. Par exemple, il y a deux jours, son kiné lui a dit qu'il devrait avoir une séance d'ostéopathie qui ne serait pas financièrement prise en charge. D'où une dispute avec sa sœur, celle-ci insistant sur le fait qu'il devrait suivre la prescription malgré tout, lui n'étant pas d'accord pour payer. Il a finalement téléphoné à son patron qui a accepté de prendre en charge personnellement ces frais supplémentaires.

Cette « anecdote » s'avère ne pas être anodine et amène la discussion sur la question qui semble beaucoup le préoccuper, celle de savoir s'il doit reprendre ou non son travail après avoir récupéré son intégrité physique. L'hypothèse lui est soumise qu'il a peut-être maintenant peur de la montagne et particulièrement des lieux ou s'est produit l'accident, sur lesquels il devra retourner, ce qu'il confirme. Mais ses propos deviennent flous, allusifs, et après beaucoup d'hésitations il exprime se sentir mal à l'aise vis-à-vis « des autres ». A partir de là, va s'exprimer par bribes, ce qui semble constituer une sorte de trame idéique envahissante autour de l'idée d'une faute. D'abord son patron, qui pourtant a effectué les déclarations et démarches nécessaires en leur temps, l'a garanti que sa place lui était gardée, a tout fait pour qu'il se soigne, prend régulièrement de ses nouvelles…, mais dont il craint qu'il ne dépose plainte contre lui pour « faute ». Cette possible faute, selon lui, réside en ceci : dans les faits, la route sur laquelle ils s'étaient engagés, lui et ses collègues, pour aller au chalet était fermée, un panneau en interdisant l'accès pour cause de risque d'avalanches. Ils ont passé outre, sur le conseil semble-t-il de gens d'un village proche. Son patron ne va-t-il pas le lui reprocher ? Ne va-t-il pas y avoir une plainte déposée conte lui ? D'ailleurs les gendarmes doivent l'entendre bientôt car une enquête est en cours Ses collègues ensuite : ils sont tous de la même famille et c'est un des leurs qui est décédé. Or c'est lui qui a dirigé la manœuvre de marche arrière du véhicule emporté. Ne vont-ils pas lui faire grief d'avoir mal commandé celle-ci, car si elle n'avait pas versé dans le fossé, peut-être aurait-elle échappé à l'avalanche ? Et aussi, comment se fait-il que lui ai survécu et pas son collègue ? La question est tellement présente qu'il explique en détails à plusieurs reprises pourquoi, lui, n'a pas été emporté par la voiture mais a seulement été heurté par elle. De la même façon, il va se justifier longtemps de ne pas être allé secourir le blessé, qu'il a tout fait pour se dégager de la neige mais qu'il n'y est pas parvenu.

Tout ainsi dans sa conduite est-il traversé par le sentiment aigu d'être responsable du décès de son collègue et toutes les personnes impliquées dans le drame en seraient selon lui également persuadées ; du moins est-ce ce qu'il redoute le plus.

L'on ne peut qu'être frappé des similitudes de ce cas avec ce qui a été dénommé la « culpabilité du survivant », mais l'on peut analyser cette « culpabilité » comme étant sous-tendue par un vécu victimal d'auto-accusation complice, c'est-à-dire par un excès de responsabilité.

Exemple n° 21

C'est une jeune femme qui a été victime de viol 15 jours auparavant. Elle reste focalisée sur le fait que l'agresseur lui a d'abord demandé d'un ton suppliant de se laisser faire, ce qu'elle a refusé énergiquement à plusieurs reprises. Passant outre, il l'a violée. Elle se demande depuis plusieurs semaines si dans, son attitude, elle n'a pas fait sans s'en rendre compte quelque chose qui aurait incité l'agresseur à croire qu'elle aurait pu être consentante ; et que celui-ci, frustré par ce refus qu'il n'attendait pas, aurait continué. Auquel cas elle est responsable « de l'avoir tenté ». Cet auto-reproche est d'autant plus fort et légitime, selon elle, que le viol s'est déroulé sur le parking d'un dancing, qu'elle était alcoolisée et qu'elle a dans cet état des comportements qu'elle décrit comme exubérants et séducteurs. Elle précise néanmoins avec insistance que les habitués et les employés du dancing la connaissent bien et n'y voient pas provocation sexuelle de sa part ; mais que l'agresseur, n'étant pas un familier des lieux, a pu mal interpréter son attitude. Celui-ci, du fait de son comportement à elle, a pu croire qu'il pourrait avoir facilement une relation sexuelle avec elle et, face à son refus, en aurait été tellement frustré qu'il l'aurait forcée. En outre, elle se souvient avoir dit non à plusieurs reprises, mais sans doute pas assez fort pour alerter quelqu'un puisque personne n'est venu la secourir.

Voici comment elle présente les choses lors du premier entretien [1]:

- Le week-end dernier, je suis allée en discothèque J'avais bu de l'alcool, ça se passait super bien. L'après midi j'avais rencontré quelqu'un, mais il était pas libre… En sortant de discothèque je me suis faite violer par un mec… J'ai voulu voir personne pendant 3 jours […]

P : Vous êtes restée enfermée chez vous comme ça ?

- Je voulais pas sortir…

P : Pourquoi vous ne vouliez pas sortir, vous aviez peur ?

- J'avais peur de croiser des gens…

P : Et vous avez déposé plainte, c'est ça ?

- En fait j'ai déposé plainte le dimanche matin C'est une amie qui m'a poussée à le faire, moi je voulais pas trop… […]
… Déjà le lundi, le patron de la discothèque, y m'avait téléphoné… « Allo y m'fait, ouais euh… j'ai été contacté par la gendarmerie et je venais aux nouvelles »… Au début j'ai cru qu'il s'inquiétait pour moi…Y m'dit « C'est toi qu'a porté plainte ? Tu te rends compte de c'que ça peut faire, le mec y peut prendre 15 ans de prison !»… J'ai raccroché et j'ai appelé la gendarmerie, j'en avais besoin ! Y m'a dit aussi « T'as vu comment t'étais en boite quand tu montais sur le bar ? », et que j'l'avais bien cherché, qu'y fallait bien que ça arrive…… Dimanche j'ai pas été bien, cette nuit j'ai fait plein de cauchemars au sujet de tous mes ex copains… Dans un des cauchemars, j'sais pas si c'est moi qui coupais le sexe d'un de mes ex……

Exemple caractéristique de certaines réactions auxquelles sont exposés nombre de victimés, à savoir un déplacement par l'entourage de ce qui constitue l'événement et le désordre qu'il engendre : non pas l'agression mais le dépôt de plainte, dans un processus de responsabilisation du plaignant, au nom d'une autre « loi », celle du silence.
Il est significatif qu'elle évoque d'abord cet aspect de la situation où se trouve d'emblée évoqué ce que l'on doit imaginer lui poser problème : son implication. Cela a-t-il un sens de déposer plainte si l'on se considère soi-même responsable ?

P : Au fond de vous, comment vous avez pris ces remarques ?

La question vise à explorer plus avant cette

[1] Nous reviendrons en détails sur les procédures d'entretien dans le chapitre 4 de cette partie.

hypothèse.

- ….. En fait je m'demande si y z'ont pas raison…, enfin pas l'fait que j'me sois faite violer mais……..

P : …Raison en quoi alors ?

La question la prend en quelque sorte à ses propres mots : si elle pense ainsi, c'est qu'elle a certainement de bonnes raisons. Quelles sont-elles et de quels éléments de réalité s'attestent-elles ? Autrement dit, quelles sont les preuves qu'elle se donne de ce qu'elle avance ? Ceci est un exemple de ce que nous décrirons plus loin sous le terme d' « intervention aux limites ».

- Ben j'sais pas….Y pouvaient pas empêcher que ça arrive… Peut-être qu'ils croyaient que j'étais consentante, j'ai pas crié…

P / Ils ont été témoins ?

- Je me rappelle pas trop… Ca s'est passé juste à côté. Le videur c'est un gars que j'aime bien, je le connais bien, je l'appelle « mon p'tit nounours », à chaque fois j'le drague mais c'est pour rire… Pourquoi un videur m'a jamais violée ?... J'étais heureuse, gaie, j'aime bien tout le monde…. Quand je bois, ça m'arrive de zapper des passages, je me rappelle que des choses que je veux me rappeler…

Quelque chose de son expérience résiste à ses auto-accusations.

P : Vous vous rappelez de certaines choses ?

- … Le gars avait bu de l'alcool, je veux pas qu'il aille en prison. C'est pas de sa faute, c'est l'alcool qui fait ça… Si y'avait pas eu l'alcool, peut-être qu'il aurait pas insisté et qu'il aurait entendu que je disais non…

Une auto-responsabilisation ne va pas sans une déresponsabilisation de l'agresseur ; ici, ce n'est pas sa faute, mais celle de l'alcool : la résistance ne tient pas.

P : Ca s'est passé dehors, c'est ça ?

Recherche d'éléments de constitution de la scène. Il s'agit d'un essai de déplacement dans une proposition de confrontation de sa construction au « scénario des faits ».

- … je suis sortie dehors, je suis allée à gauche… Je suis allée vers le gars qu'on appelle J., j'ai été le voir et j'ai discuté avec lui… Y'avait deux gars qu'étaient avec lui que je connaissais pas… Je suis partie sur la droite vers la cabane, on appelle ça la cabane… J'ai le souvenir qu'y'a quelqu'un qui m'a suivie de très près. Je lui ai dit « dégage ! »… Je suis tombée dans les thuyas et c'est là qu'il m'a prise et il a essayé… J'veux pas dire que j'suis contente de moi mais il a pas vraiment réussi. J'arrivais à l'tenir un peu à distance avec mes mains et il a pas réussi à me pénétrer complètement… J'ai dit non une dizaine de fois…. Il a quand même pris son pied le gars…. J'le connais pas, je sais pas lequel des deux types c'était, j'ai pas vu son visage… Si ça s'trouve il est gentil… J'sais pas quel âge il a…..

Nouvelle forme de déresponsabilisation de l'agresseur.

P : Si ça s'trouve, il est gentil ?

Comme plus haut, reprise au plus près de sa position dans l'idée de lui en faire percevoir le caractère paradoxal.

- Tout le monde est gentil… Après il faut aller chercher là où c'est… J'veux pas sauver le monde mais… J'aurais fait une bonne avocate…

Répond en éludant la question soulevée.

P : Il aura son avocat pour se défendre…

Manière de pointer la responsabilité, aussi, de l'agresseur.

- Ouais mais son avocat va l'défendre en m'enfonçant moi…Or il l'a fait. J'ai peur qu'il nie et que ça soit sa parole contre la mienne… On saura jamais comment ça s'est passé… Est-ce que j'ai fait quelque chose ? Est-ce qu'il me connaissait avant et qu'il s'est dit c'est une fille facile, on peut y aller avec elle ?… Je m'suis jamais inquiétée du jugement des autres et là j'me demande « est-ce que j'suis pas une salope ? »…

L'on constate ici que la question de sa responsabilité n'est pas fixée à celle de son implication dans la survenue et le déroulement de l'agression ; et elle s'interroge maintenant sur son mode de vie, son habitus, encore que l'on puisse analyser son interrogation « est-ce que je ne suis pas une salope ? », soit en référence à son comportement en situation, soit comme un

questionnement plus général sur son rapport aux hommes (auquel cas nous nous trouvons dans le registre de son mode de vie), soit un condensé des deux.

Exemple n° 22

Un autre exemple est offert par une jeune femme, elle aussi victime d'une agression à caractère sexuel. Ce n'est qu'après le procès aux assises de l'auteur, qui verra celui-ci effectivement condamné pour viol, qu'elle vient lors d'un dernier entretien exprimer ce qu'elle dit n'être pas parvenue à dire durant une prise en charge qui avait duré près de trois ans, à savoir un élément qui n'avait cessé de la tarauder : l'auteur lui avait demandé de « choisir » entre une pénétration et une fellation et, malgré son dégoût profond et son refus absolu de toute relation avec lui, avait cédé dans la peur et lui avait dit sa « préférence ». Elle avait été dès lors persuadée jusqu'à la conclusion du procès que, pour ce motif, il serait innocenté et elle jugée responsable, puisqu'elle avait fait un choix, donc avait été pour elle d'une certaine façon consentante, donc juridiquement complice.
L'on aura relevé que cette situation offre également un exemple de ce que les stratégies de l'agresseur peuvent avoir des effets très durablement confusionants sur le victimé.

Exemple n° 23

Dans un registre sensiblement différent des deux précédents, voici un bref exemple présenté par chef d'atelier et responsable de la sécurité dans l'entreprise qui l'embauche. Un jour, un ouvrier est happé par une machine et est broyé devant tous ses collègues sans que personne ne puisse la stopper. Etant présent, il a assisté impuissant à la mort de cet ouvrier et compagnon et, comme il connaît parfaitement le fonctionnement de la machine, a suivi impuissant, en visualisant mentalement ce qui allait arriver un instant avant que cela ne se produise, chacun de ses mouvements jusqu'à son inéluctable conclusion, à savoir le décès de l'ouvrier. Il se sent à double titre responsable, d'abord d'avoir assisté sans rien pouvoir faire à l'accident mortel, ensuite parce qu'il est responsable de la sécurité. Depuis l'accident, survenu 48 heures auparavant, il ne cesse de récapituler sans être parvenu à dormir un instant, non seulement tous les protocoles de sécurité, mais encore les sensibilisations, formations, avertissements fréquents qu'il adressait à ses collègues, recherchant ce qu'il avait certainement omis de faire pour qu'un tel accident survienne ; ce d'autant plus qu'il est certain que son compagnon a commis une négligence au risque de laquelle il avait été maintes fois sensibilisé. Cela n'empêchait pas ce contremaître de rechercher de façon à la fois frénétique et obsédante l'erreur qu'il avait lui-même à ses propres yeux nécessairement commise pour que l'ouvrier n'ait pas respecté les consignes. Le travail devant reprendre dans les jours suivants, il cherchait tous les moyens préventifs possibles susceptibles de garantir une sécurité totale.

2. 2.1. 2. Problématiques de la représentation de l'événement

Si selon la formule lapidaire de J. Lacan « l'impossible, c'est le réel, tout simplement » le trauma ne pouvait être autre chose qu'une rencontre du dit réel. L'image traumatique en offre l'illustration clinique par excellence : image sans représentation parce qu'échappant au travail du

symbolique à quoi nous accédons par le langage. D'où le néologisme de « troumatique » puisque le trauma est précisément ce qui fait trou dans le tissu symbolique.
L'impensable du réel a pourtant une existence, à défaut d'accéder au rang de réalité représentable et énonçable : elle est trace de ce qui a été perçu par nos sens (et pas seulement la vue à laquelle tend exclusivement à la renvoyer le terme d'image) et enregistré par notre mémoire ; existence sans signification, énigme d'autant plus insoluble qu'elle ne peut même pas se formuler.
Or à ce titre elle n'est plus tout à fait de l'ordre du réel, puisque, de celui-ci, un fragment a pu en être extrait. Cela signifie que la conscience perceptive n'a pas été abolie, celle-là même qui fait que le monde ne nous apparaît jamais qu'à travers le traitement perceptif que nos organes des sens en opèrent.

Le TPV nous invite à penser qu'il existe deux grandes modalités problématiques distinctes de fixation à ce travail de représentation, selon qu'il reste bloqué à une interrogation sur le déroulement de l'événement (que s'est-il passé ?), ou sur sa nature (qu'est-ce que c'était ?).
C'est ici qu'il convient se situer le phénomène symptomatique de l' « image traumatique », cette sorte de fixation de la pensée sur un moment particulier de l'événement, généralement le plus problématique. Le TPV nous invite à penser que, dans la mesure où elle représente une sorte d'arrêt sur image, elle correspond à une tentative, partiellement échouée, de désigner l'événement. En le figeant, le sujet tente de le fixer pour mieux l'appréhender dans sa « nature » particulière, son étrangeté, et lui donner sinon un nom, du moins quelque chose qui en soit représentatif, sinon symbolique.
Le TPV, tel que nous l'avons formalisé, suggère également une seconde forme possible de fixation problématique à l'enjeu de la qualification : à l'opposé d'un arrêt sur image, elle prendrait la forme d'un défilement sans fin, obéissant à la question non de la nature de l'événement, mais de son déroulement.

Avertissement

Précisons que les problématiques victimales renvoyant aux questions de responsabilité restent cliniquement, plus que toutes autres, souvent en grande partie invisibles, voire totalement cryptiques, tant que les interventions actives du praticien ne les ont pas aidées à s'exprimer. Ceci s'explique parfaitement si l'on admet que le patient souffre ici de **normes littéralement anomiques** qui ne lui permettent pas véritablement de constituer l'événement et ses acteurs.
Ca n'est que lorsque celui-ci commence à « prendre forme », à se constituer, que le sujet va parvenir à commencer à en relater quelque chose. Ainsi, ce que l'on appelle « l'image traumatique » ne peut être évoqué qu'à mesure qu'elle se constitue comme telle, c'est-à-dire que le regard et la chose regardée ne se confondent plus : c'est-à-dire lorsqu'elle acquiert peu à peu une réalité propre et peut être décomposée. La parler, la décrire, suppose qu'elle ne soit déjà plus une et qu'elle puisse commencer à se diffracter ; le « paradoxe » est que, dès lors qu'il y a une image, il peut y en avoir plusieurs et l'on pourrait même dire, à l'inverse, que l'image traumatique n'est jamais aussi fascinante que tant qu'elle n'a pas encore pris la forme et la consistance d'une image, et qu'elle reste

une sorte de pictogramme à décrypter. Et nous verrons qu'il en est de même pour le déroulement de l'événement.

Ceci met indirectement l'accent de façon plus générale sur la dimension transférentielle/contre-transférentielle inhérente aux phénomènes cliniques de répétition, qui ne se forment comme tels qu'à la condition qu'un cadre leur permette de se former et de prendre consistance.

Dimension de la Responsabilité : Problématiques de la représentation de l'événement	**Problématique victimale TYPE 3** **Le syndrome victimal de pétrification/vitrification** Fixation à la question de la nature de l'événement Question symptôme: qu'était-ce ? **Problématique victimale TYPE 4** **Le syndrome victimal du défilement perpétuel** Fixation à la question du déroulement de l'événement Question symptôme : que s'est-il passé ?

a) Les problématiques victimales TYPE 3 et le syndrome victimal de pétrification/vitrification

Le caractère hors toutes normes de l'événement, bien qu'éprouvé comme tel, ne trouve pas les repères définitoires de son anormalité. Les normes sont en quelque sorte devenues anomiques, non différenciatrices. L'on pourrait dire que les éléments narratifs sont à la recherche d'une trame qui leur donne sens, et les personnages d'une mise en scène.

Faute de pouvoir être inscrit dans un réseau de signification structurant, une scène fait référence sur un mode énigmatique, devient en quelque sorte symbolique de l'événement, envahit le champ de la conscience et, à la recherche de son cadre signifiant, devient à la fois partie et totalité, ou encore figure et fond, à la fois : une partie du monde devient monde à elle seule, et il se fait bidimensionnel. Pétrifiée en une scène statique, sa « représentation » en offre un reflet fascinant et immuable, d'où l'idée également d'une « vitrification ». **Partant, l'image dite traumatique se définirait alors comme un fragment de perception sans représentation**.

Mais plus que le caractère statique de ce type d'image, c'est sa dimension d'élément partiel et sa pétrification[1] qui semblent essentiels et, en ce sens, tout élément partiel de l'événement traumatique obéissant à cette définition, qu'il soit visuel ou non, peut être considéré comme ressortissant de cette même logique défaillante : par exemple les tics, certaines manifestations somatiques, certains sons, sensations, tous éléments dramatiques non contextualisés et qui

[1] Terme que nous avons repris à Ferenczi dans *Deux types de névroses de guerre*.

obéissent à un même processus d'arrêt sur image, sur posture, sur son[1], sur goût, sur cénesthésie... Ainsi Ferenczi avait-il été particulièrement sensible au fait que les manifestations corporelles « hystérique », qu'il rapportait d'ailleurs à une « contrainte de répétition », étaient une conservation de l'attitude dans laquelle se tenait le soldat au moment du traumatisme. Il écrivait :

> Demandons par exemple à cet homme qui présente une contracture du côté gauche de son corps comment il est tombé malade ; il nous raconte qu'un obus a explosé à sa gauche et que le souffle l'a atteint à gauche… L'autre qui serre l'épaule contre son flan et tient le coude fixé à angle aigu conserve également la position qu'il avait au moment de l'explosion : il était allongé pour épauler et il devait pour cela serrer le bras contre ses côtés et plier le coude à angle aigu.[2]

Un exemple en est également donné par L. Crocq d'un officier qui présentait « un sursaut de l'épaule droite, répété plusieurs centaines de fois par jour ». C'est sous subnarcose amphétaminée qu'est retrouvé le souvenir à l'origine de ce « tic », qui répétait le geste qu'il effectuait pour tuer à l'arme blanche les sentinelles ennemies (L. Crocq, 1999, p. 104, cas n°10).

Exemple n° 24

C'est une femme d'une trentaine d'années. Elle vient à la consultation en grand désarroi dont elle relate l'origine, en l'occurrence un événement en apparence bénin qui l'a profondément choquée. Sa demande est de savoir si sa réaction est normale ou non.

De quoi s'agit-il ? Elle était en séjour chez ses parents avec son mari et sa fille. Un soir, au moment du coucher, elle voit son père s'enfermer quelques instants dans la salle de bain avec sa fille et ressortir en pyjama, alors qu'il y était entré habillé avec ses vêtements de la journée. Elle est saisie d'un mélange d'angoisse et de colère, dit violemment à son père de ne plus recommencer ; celui-ci répond d'un ton fâché qu'il ne voit pas où est le mal de s'occuper de sa petite fille en l'aidant à se laver les dents. Elle reste pendant plusieurs semaines bouleversée par la scène et par l'intensité de sa réaction, et évite depuis tout contact avec ses parents. Son conjoint la soutient, trouvant le comportement du grand-père sans doute « un peu limite » mais il ne semble pas saisir l'ampleur que les choses ont prise pour son épouse.

L'on devine aisément la suite de l'entretien : à la question sur les possibles motifs de la violence de sa réaction, elle répond qu'elle sait parfaitement pourquoi. Ce qui l'a choquée est que son père, pour se mettre en pyjama, s'est déshabillé devant sa fille et qu'elle l'a par conséquent vue nu. Et elle relate un épisode de son enfance dont elle doute à la fois de la réalité tant il lui semble inconcevable, mais qu'elle dit avoir toujours en en mémoire depuis qu'il s'est déroulé : un soir où sa mère s'était absentée pour son travail, son père l'avait emmenée dans la chambre d'amis et, de ce qui s'y est passé, elle conserve une série d'images d'attouchements sexuels réciproques, de mots que lui a dits son père, de sa paralysie physique et psychique qui l'ont faite agir « comme un automate ou une poupée ». Certaines scènes sont précises à l'extrême, mais elle n'a aucun souvenir du déroulement de la soirée dans son entier. Elle ne sait notamment pas s'il y a eu ou non pénétration.

Elle n'avait jamais parlé de cela à personne, et tout laisse à penser que l'image de son père nu devant sa fille a eu un effet de révélateur de la scène de son abus. Les images qu'elle en avait conservées ont alors pu trouver un début de signification, celle d'un abus, dont elle peut dès lors commencer de parler.

---

[1] L. Crocq, dans ses enseignements oraux, donne souvent en exemple le témoignage filmé d'un vétéran imitant avec un réalisme terrifiant, 20 ans après la guerre, dans un état manifeste de reviviscence, le son très particulier que faisaient les lance-flammes quand on les actionnait. Exemple frappant, non d'une image, mais d'un son traumatique.

[2] S. Ferenczi (1916) : Deux types de névroses de guerre, *Psychanalyse II*, p. 240

Exemple n° 25

Se peut-il qu'il existe des *images traumatiques négatives*, comme il y a des hallucinations négatives ? C'est ce que laisse à penser l'exemple suivant.
Il s'agit d'une femme employée de banque qui est victime voici quelques mois d'un braquage à main armée. Elle est au guichet et c'est elle qui est chargée d'appuyer sur le bouton permettant aux clients d'entrer et de sortir du sas de sécurité. Actionnant de façon automatique les portes, elle n'a pas prêté attention à qui elle laissait entrer, ce qui lui sera d'autant plus reproché que les deux braqueurs étaient postichés et qu'elle aurait dû, selon son directeur, les repérer. Elle se retrouve face à un premier homme qui braque une arme sur elle et lui demande de laisser entrer un second homme resté à l'extérieur. Ce dernier entre, et elle ne sait pas pourquoi, elle reste le regard fixé sur ses mains qui portent des gants en latex noir. Elle n'a pas vu son visage qui pourtant, selon la police, était découvert.
Elle garde deux images très fortes du braquage qui lui reviennent sans cesse sous forme de flashes : les mains gantées de l'un, le visage postiché de l'autre avec sa perruque et sa fausse moustache, mais les cauchemars qu'elle fera pendant plusieurs semaines auront tous pour thème un homme sans tête.

Exemple n°26

Il s'agit d'une infirmière. La tension monte depuis plusieurs heures avec une patiente qui semble l'avoir prise comme « mauvais objet » et est de plus en plus agressive à son égard. A l'occasion d'un refus qu'elle doit opposer à la demande de la patiente de sortir hors de l'unité sans autorisation médicale, la tension a augmenté d'un cran. L'infirmière continue néanmoins son travail et, une heure après, alors qu'elle se trouve au but d'un couloir, elle voit la patiente arriver en courant de l'autre bout, le visage déformé par la colère. Elle se rue sur l'infirmière et, toute proche d'elle, tend ses mains vers son cou en hurlant « je vais l'étrangler, je vais la tuer ! » Après, dit l'infirmière « plus rien, j'ai plus rien enregistré, y'a eu arrêt sur image ». Et c'est ce visage hurlant et les mains tendues vers son cou qui lui reviennent depuis par flashes plusieurs fois par jour depuis.
Elle tentera prématurément de reprendre le travail et, revoyant le couloir où s'est produite l'agression, elle est prise de panique et doit quitter les lieux immédiatement.

Exemple n° 27

Nous reviendrons ultérieurement plus en détail sur cette situation présentée par une jeune femme, victime d'un accident où elle a vu la roue d'un tracteur lui passer sur le pied.
Hospitalisée en urgence et opérée quelques jours après, elle se retrouve en service de soins postopératoires où on lui change son pansement quotidiennement. Elle semble, au récit qu'elle fait de cette période, être restée plusieurs semaines en état de choc, baignant dans un sentiment d'irréalité. Chaque matin, au changement de pansement, elle demeure sidérée et fascinée par l'état de son pied et en prend plusieurs photos avec son téléphone portable pour, dit-elle, « pouvoir être sûre plus tard que c'est bien arrivé ».
Il semble ici que la photographie vienne jouer la fonction d'une « image traumatique » qui ne peut encore se constituer sans le recours d'une image réelle ayant fixé ce qui représente pour elle le summum de l'horreur et du caractère totalement irréel de ce qu'elle vit.

b) Les problématiques victimales TYPE 4 et le syndrome victimal du défilement perpétuel

L'on a affaire ici à une mise en scène à la recherche de ses personnages, ou un récit à la recherche de ses éléments narratifs. Une globalité fonctionne mais elle ne tient pas sa consistance d'une cohérence interne ; ou encore, un récit se dévide sans véritable début ni fin, un récit à la quête de sa trame dramatique, une narration sans fil directeur ou sans propos, sans histoire en quelque sorte, comme un défilement ou une bobine se dévidant. La mise en récit échoue ici à mettre les éléments en scène et la scène en une dramatique. Les éléments se récapitulent en un mouvement de déroulement sans fin, donna lieu à des récits factuels car il y manque un **propos**, ou une trame, qui lui donnerait orientation, sens, et dont la carence fait que l'on ne sait pas véritablement de quoi au fond parle le sujet.

Une forme de récit tout à fait caractéristique se donne alors à entendre, sans véritable début ni fin puisque sans fil directeur, comme celui-ci qui n'a malheureusement pu être noté : la patiente, dès les premiers instants du premier entretien, comme si le cadre de la rencontre et son interlocuteur étaient eux aussi indifférents et comme si elle poursuivait un monologue, sans présentation ni explicitation d'une quelconque demande, commence son récit la veille du jour où elle est agressée sexuellement et poursuit celui-ci jusqu'à celle de l'entretien 15 jours plus tard, sur le même ton monocorde ; et l'agression, mentionnée au passage, ne ressort pas comme un événement plus notable qu'un autre. A l'entretien suivant, son récit débute, l'on ne comprend pas également pourquoi, trois jours plus tôt que la fois précédente, et intègre des événements survenus depuis le premier entretien, les détails s'ajoutant aux détails sans que l'on ne sache ce qu'ils viennent relater.

Exemple n° 28

C'est l'exemple de cette femme proche de la cinquantaine. Elle traverse un grave état diagnostiqué de dépressif qui a justifié une hospitalisation en milieu spécialisé. Les entretiens psychologiques qui lui sont proposés dans ce cadre laissent rapidement à penser que son état est en partie lié à des difficultés conjugales croissantes, en partie liée à une enfance à laquelle elle dit n'avoir jamais cessé de penser toute sa vie, et à laquelle elle attribue non seulement ses difficultés actuelles mais aussi un mal être de fond très ancien.

De cette enfance elle ne « sait trop quoi en penser », et c'est précisément ce peu de consistance qui semble expliquer son caractère omniprésent. De ce qu'elle parvient progressivement à en relater, il ne ressort à proprement parler pas d'événements véritablement traumatiques ou de rupture, mais plutôt l'impression d'un arrière-plan, d'une trame dont le caractère pesant et obsédant tient à ce qu'elle ne se laisse justement que difficilement appréhender par des mots, mais qui prend consistance au fil des entretiens : des disputes avec violences verbales entre ses parents, l'amant de sa mère qui vient à la maison dès que son père s'absente quelques heures, les baisers entre cet homme et sa mère surpris par elle entre deux portes, les deux amants l'un sur l'autre dans un lit, la hantise que ses jeunes frères ne surprennent de telles scènes et les multiples précautions qu'elle doit prendre pour les en protéger, l'appréhension quotidienne lorsqu'elle rentre de l'école de ce qu'elle pourrait voir, la conviction que son père connaissait parfaitement la situation, l'incompréhension totale qu'il puisse l'accepter... Autant d'éléments qui continuent de la plonger dans un grand malaise, sans qu'elle ne comprenne en quoi et pourquoi.

C'est le contexte quotidien de sa vie d'enfant, comme les éléments d'un décor incompréhensible dans lequel elle se meut, qui reste encore aujourd'hui toujours aussi

étrangement actuel, sous la même forme d'une présence muette au fond de son esprit ; comme si elle continuait jusqu'à un certain point à vivre dans ce même décor, qui se superpose souvent avec celui de sa vie présente, dont elle se dit avoir été jusqu'à présent satisfaite.
Elle en est venue au fil des ans à comprendre, « comme femme », le malheur de sa mère et qu'elle ait pu chercher consolation auprès d'un amant. Mais pourquoi ne pas avoir divorcé, pourquoi son père acceptait-il une telle situation, pourquoi sa mère se cachait-elle si peu d'elle… ? La recherche des motifs des uns et des autres à avoir agi comme ils l'ont fait tente de venir combler ce défaut de signification.

Exemple n° 29

Jeune femme de 22 ans qui a déposé plainte plusieurs semaines auparavant contre son père pour deux agressions à caractère sexuel, la première quand elle avait environ 6 ans, la seconde à l'âge de 14 ans. Elle en a le souvenir précis et douloureux depuis qu'elles se sont produites et c'est, semble-t-il, la décision récente de sa mère de quitter le domicile conjugal et de divorcer de cet homme (elle vit maintenant avec sa mère et sa sœur loin de lui) qui semblent lui avoir permis de se dégager suffisamment de son emprise pour initier cette démarche juridique.
Le motif de sa demande d'aide est qu'elle ne parvient pas à expliciter le climat familial de terreur sur fond duquel se sont produites ces agressions, élément qui semble important dans le cadre de l'enquête. C'est d'ailleurs son avocat qui lui a suggéré de consulter pour tenter d'y parvenir.
A l'occasion des deux premières rencontres, elle a parlé de ses difficultés, de son caractère à la fois « très dur », notamment dans ses relations amoureuses, de ses réactions brusques et à la limite de la violence survenant sans qu'elle ne sache pourquoi, d'un état de tension quasi permanent à la limite du supportable, de son « manque total de confiance » en elle, de l'envahissement de son monde psychique par son père auquel elle ne cesse de penser depuis son dépôt de plainte, etc. Elle n'a cessé de parler de lui comme d'un tyran, sans effectivement parvenir à donner de consistance à ce qualificatif ; mais ses manifestations émotionnelles intenses dès qu'elle évoque le sujet, attestent du caractère pour le moins problématique de sa relation à son père. Elle affirmera à plusieurs reprises comme une sorte de découverte, que plus elle pense à tout cela, plus elle a la conviction que ses difficultés présentes sont liées à cette tyrannie bien plus qu'aux agressions sexuelles elles-mêmes. Il est ainsi d'autant plus important, non seulement pour l'avancée de la procédure que pour elle-même, qu'elle parvienne à en analyser et en comprendre quelque chose.
Ce sont des extraits du troisième entretien que nous présentons ici.

- J'ai amené tout ça, c'est ce que j'ai écrit ces jours-ci…

P : (après avoir lu ses écrits qui expriment son mal-être sans qu'elle ne parvienne à l'associer à quoique ce soit) Je crois que tout ça vient du fait que ça reste très énigmatique ce que votre père vous a fait. A la fois, ça vous rend très sensible et très défensive. Au fond on dirait que tout ça vous laisse perplexe, que c'est un grand point d'interrogation tout ça, en tout cas c'est le sentiment que j'ai à partir de ce que vous avez écrit…

- Oui je m'demande pourquoi tout ça et j'aurais pas de réponses…

P : Et ça vous empêche d'avancer…

- Oui… Je sais que des fois, c'est très dur. On m'a dit qu'il

fallait que je profite des confrontations pour poser des questions indirectes, au juge, enfin à mon père, au juge en posant indirectement des questions à mon père, si je veux avoir des réponses… Mais c'est vrai que je lui ai jamais posé de questions et si je lui pose pas les questions, je sais pas, peut-être qu'il peut répondre en procès pour se justifier, il pourrait sortir quelque chose. Il a pas envie, je l'sais bien, mais peut-être qu'il peut me donner des éléments que j'peux me servir après… J'ai dit que j'le ferai mais j'suis pas sûre d'avoir des réponses, mais s'il dit quelque chose qui peut me mettre la puce à l'oreille. Si ça peut m'aider... Y'a que quand je vais pas bien que j'ai plus envie…

Le sentiment ressort qu'elle ne sait même pas quelles questions elle se pose ou plutôt qu'elle ne semble pas pouvoir donner, même sous forme de questions, un contenu à ce qui semble être une sorte de perplexité envahissante.

P : Je lis : « Comment ne pas se détruire quand on ne sait faire que ça ? »

- Non, mais c'était pas la journée…

P : Bon d'accord… (elle pleure)… Ca vous a beaucoup détruite tout ça…

- (son débit est très rapide, les phrases s'enchaînent sans presque aucune ponctuation) Non c'est que j'ai l'impression de tout faire pour. Avec mon conjoint, ça se passe mal…parce que je vais pas bien. Non, c'est moi, c'est moi, j'ai un sale caractère envers lui parce que je vais pas bien. Du coup je lui fais endurer la même chose que j'endure, j'culpabilise parce que j'le fais souffrir alors qu'il n'a rien à voir avec ça, et j'détruis, le jour où il en aura marre et qu'il pourra plus prendre sur lui c'que moi j'ai, on s'ra plus ensemble. Et j'ai peur de tout perdre comme ça et j'le sais, c'est pour ça,… j'le sais, j'ai les yeux totalement ouverts là-dessus et j'ai l'impression de pouvoir rien faire… c'est très frustrant… et il a beau me rassurer, me dire « je sais, en ce moment tu vas pas bien », na na ni na na nah, « y'a pas d'soucis, de toutes façons j'suis là pour t'épauler », et moi en contrepartie j'arrête pas de lui dire que je me sens toute seule parce que j'ai vécu tout ça seule entre guillemets, et j'lui dis ça et ma mère j'lui dis pareil et elle est pas contente elle dit non t'es pas toute seule, j'suis ta mère. Mais avec moi ça passe pas, si j'dis j'suis toute seule c'est que je suis- j'ai été toute seule. Et c'est pour ça qu'il est frustré parce que dans un sens il essaye de me donner le maximum, de me soutenir et moi je lui dis je suis toute seule… Et du coup y'sent super mal et moi aussi, et tout ça à cause de mon passé et pourtant je sais très bien qu'il faut qu'il soit derrière… Et là y'a les confrontations, et ça a tout réveillé encore. Là c'est tous les jours, avant c'était une fois par mois…parce que y'avait des trucs qui revenaient…

Comme dans ses écrits, elle exprime avec insistance, dans son rapport à son environnement, d'un état intérieur échappant à sa compréhension et surtout son contrôle : elle ne s'appartient pas dans ses pensées, ses actes, ses réactions, ses émotions (en langage Rorschach, l'on pourrait parler de kinesthésies partielles).

Etablit un lien entre son état présent et son passé, mais il reste toujours énigmatique, parce que sans contenu positif pouvant lui donner corps.

P : Qu'est-ce qui revient comme ça ?

Tentative pour mettre plus directement en relation son état présent et ce qu'elle présente comme des réminiscences

- Je sais pas, c'est l'angoisse, même avec les médicaments [parle pendant 5 mn des médicaments]… Je sais pas, les médicaments ça fait du bien sur le moment, mais… dès que j'me sens bien j'pense que c'est l'es médoc, pas parce que je suis bien

En reste à une qualification de son état interne.

P : Mais cette angoisse c'est quoi, c'est la peur de le revoir ?

-Ouais, c'est un tout, c'est le revoir à cause de la confrontation, c'est tout c'que j'ai vécu, j'y repense parce que la confrontation ça fait repenser à tout donc du coup je repense à un peu de tout, et je sais pas… Comme je me sens pas bien dans ma tête, j'ai

envie de rien, au travail y'a pas grand-chose donc je pense, faudrait que je m'occupe tout le temps, dès que je me pose 5 minutes j'ai quelque chose qui me passe dans la tête…

P : Ca peut être quoi qui passe comme ça ?

Nouvelle tentative.

- Je sais pas, la violence… sa tête même, j'arrête pas de voir sa tête tout le temps, c'est une obsession… Plus j'y pense plus ça m'énerve. Ca m'énerve ! J'aimerais bien avoir un lavage de cerveau ! (rire nerveux)

Même forme de réponse.

P : Y'en a trop marre de penser ?

Idem.

- Ah ouais, c'est lourd quoi ! J'ai été opérée et quand on m'a endormie je me suis dit pourvu que ça dure longtemps. Et quand je me suis réveillée j'ai été trop déçue ! Y m'faut un lavage de cerveau, ça s'rait pratique !

Redit son vécu de répétition.

Remarque mi- désespérée, mi-humoristique

P : Oui un petit coup de karcher ! Oui donc ça vous envahit la tête… Quand vous parlez de violence, c'est la violence envers vous ?

Après une reprise, sur le même ton, de sa dernière remarque, la question ne se centre plus sur ses éprouvés mais est cette fois invitation directe à décrire des comportements.
Elle parvient à la faire sienne et à relater des éléments de scènes et de comportements violents.

- Tout… tout oui, même la violence quand il criait tout seul, parce qu'il s'énervait tout seul pour x ou y, parce qu'il s'énervait pour un rien.. y'avait un verre, y'avait une trace sur la table, ça y est il criait, à la limite, on tenait tous les meubles pour qu'il lance rien… Même ces violences là, ça me.. tout, tout, être sur le qui vive, j'ai l'impression d'être encore sur le qui vive, d'avoir encore comme quand j'me couchais quand j'étais petite, j'avais peur de me faire réveiller par des cris, ou par quelque chose de cassé de lacéré, de brisé…Ouais, toujours être sur le qui vive c'est ça et même tellement j'y pense, ça devient une situation matérielle autour de moi, j'ai l'impression d'avoir peur, à un moment ou à un autre, que quelque chose casse. Et d'ailleurs quand je casse quelque chose, je m'en veux et j'me, je sais pas, je…

P : Quelque chose qui casse, c'est… ?

- Y'a deux mois, on s'est coursés dans l'appart avec mon copain, et la porte du salon, elle est vitrée, et y s'est enfermé dans le salon et moi j'ai cogné dans la porte et je l'ai cassée, j'en ai fait une pantomime pendant 3 jours , et une autre fois, il m'a lancé un coussin et y'avait un petit vase qu'il m'a offert et il est tombé par terre et il s'est cassé, et c'est lui qui l'avait cassé, normalement j'aurais pas dû m'en vouloir, je l'ai ramassé et je l'ai recollé, je m'en suis voulue alors que c'était lui…Chaque fois, c'est des petites choses comme ça, et ça me met dans tous mes états parce que chaque fois que quelque chose était cassé ou qu'c'était de la violence….

P : Il ne supportait pas que quelque chose soit cassé ?

Hypothèse complémentaire prématurée émanant de l'impression que le « cassé » constitue une catégorie signifiante sous-tendant différents registres du quotidien.

- Non moi, moi je supporte pas à cause que lui, il cassait tout !

P : D'accord, que lui cassait tout…

- Je pense qu'il y a plusieurs choses. Une fois, ma mère y'a eu une grosse altercation et elle a failli prendre un cendrier en verre gros comme ça. Il l'a lancé dans le mûr et quand j'ai vu l'impact dans le mûr, y'avait au moins 6cm d'épaisseur d'enfoncé ! Elle se le serait prise dans la tête ! Et en plus, comme c'était à hauteur de tête, quand j'ai vu ça j'ai

Le « cassé » semble lui permettre de donner un sens à tout un ensemble de souvenirs qui peuvent dès lors se relater, et l'effet en semble grandement libérateur.

été choquée. Y'a une autre fois, ils ont commencé à s'énerver, enfin il a commencé et ma mère s'est défendue, il a retourné la table de la salle à manger où on mangeait , y'avait tout, on était prêts à manger, il a tout retourné, il a tout cassé…et y'a un troisième épisode qui m'a marquée, y'avait eu une grosse altercation parce qu'on voulait, ma mère voulait aller à une communion, on y est allées sans son avis, quand on est revenues tout était cassé dans la maison, quand je dis tout, c'est vraiment tout , il avait déchiré tous les habits à maman, il avait tout cassé, tout pété, tout l'appartement,… tout. Et on est arrivées comme ça, il avait tout cassé sauf dans nos chambres, tout dans le bureau, le salon, la cuisine, et dans leur chambre. Il avait cassé l'armoire à maman, elle avait plus d'armoire, plus de fringues, elle avait une étagère avec pleine de bibelots en porcelaine, elle avait plus rien, tout était cassé…….. C'est la

volonté de faire du mal… Et j'ai jamais compris pourquoi il pouvait faire ça et comment ! Parce qu'on était pas ok et on y est allées sans son consentement, mais comment on peut arriver à tout casser dans une maison à cause de ça, du non consentement d'aller à une communion dans une famille ? Comment on arrive à tout casser comme ça et tout détruire ?

Les questions renvoient à une incompréhension totale des motifs de son père que le récit des scènes de violence a permis de formuler.

P : C'est extrêmement impressionnant effectivement….. C'est de la violence déclenchée par le fait que vous lui échappiez. Ca veut dire qu'il avait un besoin de contrôle extrême sur l'autre…

D'où en retour, une proposition d'hypothèse quant aux motifs de ses conduites violentes. L'objectif n'est pas de donner une explication mais tenter de construire du motif et d'en débattre.

- De toute façon on pouvait pas sortir, on pouvait rien faire !

Elle valide l'hypothèse en associant.

P : Dès qu'il y avait quelque chose qui lui échappait, il y avait une violence.

Essai de proposition d'un « axiome » de fonctionnement.

- C'était à chaque fois comme ça Quand il avait terrorisé tout le monde y se calmait

Elle s'en saisit.

P : Tout le monde était terrorisé et ne bougeait plus… Vous m'étonnez d'être stressée ! Vous décrivez un climat de terreur quotidien et qu'est-ce que ça Qu'est-ce que ça provoque : violence contrôle donc l'autre est en état d'anxiété permanente : qu'est-ce que je vais faire qui va déclencher la violence ?

Essai d'affinement de l'axiome

- Et de séquestration !

Elle ajoute un élément au combien important.

P : Etre obligé de se contrôler en permanence pour éviter la violence

- Ca provoque une certaine manière d'agir mais pas la nôtre.

P : C'est ça. Et en plus on ne savait pas toujours ce qui allait la déclencher.

- Y'avait que quand il était pas là qu'on se permettait de jouer de regarder la télé…On se lâchait quoi. Y'a que ces moments-là. Et on a eu de la chance, dans tous les appartements où on a habité, on voyait la voiture arriver et le temps que la voiture elle passe et qu'il aille se garer, on pouvait tout ranger et rentrer dans notre chambre. Et c'était tout le temps le stress de quand il allait rentrer parce qu'il disait jamais ce qu'il allait faire, personne peut rien prévoir…

P : Cà, c'est une manière pour…

- On savait jamais rien !

P : C'était le but : même quand il était pas là fallait rester vigilant, donc c'est comme s'il était là…Votre angoisse des choses cassées, je me demande si ça ne vient pas aussi parce qu'il supportait pas les choses cassées	Reprise de l'hypothèse évoquée plus car il semblait important de lui proposer un lien qui lui permette de mieux comprendre son angoisse lorsqu'elle-même casse des choses.
- Je sais pas parce que lui il cassait, je sais pas, si je sais que j'ai cassé plusieurs choses mais je lui ai jamais montré, je les ai cachées… Oui c'est vrai, quand j'ai cassé une corde de ma guitare qu'il m'avait offerte quand j'avais 6 ans, je l'ai mise au fond de mon placard et je l'ai plus jamais ressortie et je priais pour qu'il se rappelle pas que j'avais une guitare. Aussi une pièce d'échec…	Sa réponse donne accès à tout un nouveau pan d'expériences problématiques particulièrement anxiogènes.
P : Donc c'est la peur de casser et qu'il se venge. C'était vraiment la terreur !	Reformulation/synthèse en termes d'ambiance, de climatique.

2.2.2. L'axe psycho-moral des valeurs et de la culpabilité

A la différence essentielle des problématiques de la responsabilité, celles de la culpabilité ne relèvent pas d'un questionnement sur la participation éventuelle du victimé à la survenue ou au déroulement de l'événement, mais sur sa signification possible au regard de ses valeurs et de ses engagements existentiels. **Ce sont ceux-ci que vient ici interroger l'événement, et cela de façon de façon critique parce qu'il lui est alors prêté la signification d'une sanction. L'événement se fait ici mesure de sa conduite et de ses éventuels écarts à ce que sont ses valeurs et ce qu'il en conçoit comme les exigences auxquelles elles l'engagent**. C'est dire que l'événement fait invitation ou intimation à un bilan moral qui peut être d'autant plus exigeant que sa signification est à décrypter comme on le ferait d'un oracle : elle prend sens d'un signe ou d'un message dont la signification, hypothétique, reste à concevoir.

D'où la question ici centrale de la culpabilité, puisque cette sanction cherche à s'apprécier au regard des valeurs du sujet. Ce n'est plus ce dont il s'estime devoir porter la responsabilité qui fait l'objet de ses interrogations mais ses engagements éthiques, ses devoirs et ses interdits, ce qui fait bien et mal, bon et mauvais pour lui.

Sur l'axe des engagements existentiels, c'est une économie de son pari sur l'ensemble de ses valeurs qui se joue, sur l'axe des idéaux c'est le pari lui-même, c'est-à-dire, non plus ce qu'engendre comme gains et coûts la mise en œuvre de ses valeurs, mais ses valeurs et ses idéaux eux-mêmes.

La crise de conscience qui en résulte est d'autant plus problématique que la « faute » ne peut que rester énigmatique : l'événement ne dit rien de sa nature, et c'est au sujet de la constituer. Dit autrement, le coût de l'événement, faute de pouvoir passer au rang des « profits et pertes », exige un coût encore plus grand, celui d'une mise en question morale personnelle.

Tout comme il en était de la responsabilité, l'on conçoit à quel point un tel vécu de culpabilité peut être envahissant et comme un puits sans fond puisque, ne se justifiant que de la survenue d'un événement insensé, il ne peut que s'autoalimenter et en devenir autodestructeur.

2.2.2.1. L'enjeu des engagements éthiques : les problématiques victimales du mérite

L'événement se fait ici le prix à payer pour un manquement à constituer ou à découvrir : il fait sanction, prix d'un démérite par rapport aux engagements éthiques du sujet et l'entraîne dans un questionnement sans fin sur ce qui, de son existence, a pu constituer une conduite fautive au regard de ceux-ci.

Il ne s'agit pas ici pour le sujet de se demander s'il n'a pas désiré ou provoqué l'événement et ses conséquences, mais de tenter de lui donner sens en lui prêtant, *a posteriori*, la valeur d'une sanction morale personnelle.

Selon l'axe auquel reste fixé le sujet, les interrogations porteront :

- soit sur ce en quoi le sujet a, sans le savoir, trahi ses engagements dans une paralogique suivant laquelle l'événement représente un prix à payer pour un manquement à découvrir ;
- soit sur ce qui de sa conduite devrait être modifié pour être plus en conformité à ses engagements.

Dimension de la Culpabilité : Problématiques des engagements existentiels	**Problématique victimale TYPE 5** **Le syndrome victimal de prescience d'une répétition d'échec** Fixation à la question de savoir de quoi, dans l'existence du sujet, l'événement représente la sanction. Question symptôme: qu'ai-je fait pour mériter cela ? ↑ → **Problématique victimale TYPE 6** **Le syndrome victimal d'auto-préconisation préventive ou syndrome du risque zéro** Fixation à la question de sa conduite au regard de ses engagements. Se donne-t-il les moyens de ses engagements ? Question symptôme : comment faire pour mieux faire au regard de ce qui compte pour moi ?

a) Les problématiques victimales de TYPE 5 et le syndrome victimal de prescience d'une répétition d'échec

L'on pourrait dire ici que pour les sujets fixés à cet enjeu, il n'y a pas de hasard. Non qu'ils s'estiment responsables de l'événement, de sa survenue ou de son déroulement. Leur conviction est que celui-ci est mérité, qu'il vient en quelque sorte sanctionner certains de leurs manquement : il a

de fait le caractère moral d'une conséquence dont ils s'attachent alors à rechercher les raisons, c'est-à-dire en l'occurrence leurs inconduites, inconduites qui ne relèvent pas d'une infraction, mais d'écarts à ce qu'ils conçoivent comme étant leurs engagements et les obligations d'ordre moral qu'ils se sont donnés.

L'événement vient signifier au sujet un écart à lui-même et engendrer une rumination obsédante qui peut prendre la forme d'une autocritique envahissante en réponse à la question centrale dans ces problématiques qui serait « qu'ai-je bien fait pour mériter cela ? »

La catastrophe était en quelque sorte, rétroactivement, inéluctable, mais reste à comprendre pourquoi.

Voici un extrait d'entretien accordé par l'acteur et écrivain B. Giraudeau, décédé depuis, à un journaliste dans lequel il évoque le cancer dont il est atteint depuis dix ans[1]. Ses propos en offrent une illustration selon nous frappante :

Q : Vous dites que vous vous y attendiez quand le cancer vous est tombé dessus…

B. G. : Oui, je le savais, je m'y attendais. C'était justifié que les choses se passent comme cela. A un moment, je ne pouvais plus continuer, je voyais bien que j'allais vers quelque chose qui me rapprochait de l'abîme. Cela tenait à mon existence qui avait de moins en moins de sens, une course effrénée qui me maintenait en permanence dans un état d'angoisse, celle qui peut accompagner notre métier d'acteur. J'allais où ? Un manque de sens, de profondeur, de recherche sur l'essentiel… Et donc, le cancer est arrivé et je n'étais pas trop étonné. Mais j'ai repris, après, ce métier, avec une espèce de folie furieuse, et il a fallu que je rechute pour que je me dise : allez, stop. Allons voir dans la vie quelque chose d'autre. A un moment, j'ai eu le sentiment que c'était la mauvaise voie de continuer à vivre normalement, que ce n'était pas tout à fait juste. En tout cas pour moi. Mon corps m'a dit stop. Mais cela n'a pas encore suffi. Après mon opération, je m'étais dit que j'allais tout faire pour changer ma qualité de vie, donner plus de temps aux gens que j'aime. Mais une fois encore, cela n'a pas tenu, j'ai très vite été à nouveau aspiré. Cinq ans plus tard, je recevais le choc d'une deuxième annonce avec des métastases au poumon. J'ai eu une troisième récidive, ils m'ont notamment enlevé des côtes, on m'a mis des plaques. Et là, il fallait que je prenne ma décision, je ne pouvais plus faire ce métier, je ne pouvais plus continuer à ce rythme…

Q : Ce cancer avait, pour vous, un sens, comme un signal ?

B.G. : Il a toujours un sens. C'est mon avis. Pour un homme adulte, sur le deuxième versant de sa vie, un cancer peut être un message, un questionnement. C'est souvent ce qui se passe.

Q : Et la rechute a un sens ?

B. G. : On fait l'erreur de croire que les choses sont miraculeuses. C'est en nous, ce cancer. S'il n'a pas été, je dirai… compris à la source, rien ne change vraiment. Car ce n'est pas qu'un problème de molécules, celles-ci vont nous faire guérir un temps, vous allez survivre, mais le reste ?

Exemple n°30

Homme de trente ans victime d'un accident de la circulation la première fois qu'il prend sa moto pour aller à son travail (il a obtenu son permis peu de temps avant). Une voiture s'est brusquement rabattue sur sa voie, lui faisant une « queue de poisson » pour tourner à gauche et il n'a pu éviter le véhicule. Le chauffeur de la voiture a été jugé responsable.

Le premier entretien a consisté pour l'essentiel en un récit détaillé de l'accident à forme de débriefing psychologique, du long parcours médical qui s'en est suivi, et en une évaluation de son état physique et psychique présents. Il dit avoir perdu goût à tout, ne voit pas d'issue à sa situation et commence à se demander ce que va être sa vie s'il ne parvient pas à surmonter sa « déprime ».

Au début du second entretien, il dit que dès le lendemain de la première séance, il a commencé de vouloir essayer de remonter sur sa moto, mais qu'il a connu plus d'angoisses, notamment la nuit.

Extraits du 3ième entretien :

-P : Au début vous faisiez des cauchemars de l'accident lui-même ?

- Je ne me souviens pas, je me réveillais... surtout cette impression là. Là je sais que je me réveille, comme à 3 heures du matin aujourd'hui, je sais que je suis bien réveillé…

P : Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a un lien avec l'accident?

- Pour moi ce ne peut être que l'accident, et le fait de ne pas pouvoir remonter sur la moto ça me tracasse sérieusement. Là je me suis décidé à remonter sur la moto, si je me cartonne je me cartonne, et elle n'a pas démarré ! J'étais dépité toute la journée... je ne crois pas à l'astrologie... Pourtant c'est comme le signe que je dois pas remonter sur la moto, qu'il va m'arriver quelque chose… Si je commence à me dire des choses comme ça, c'est sûr que je pars à tous les coups perdant... On me dit « tu peux mourir », oui mais après on s'en fout. Je veux remonter dessus, c'est un objectif que je veux tenir…

Evoque ce qui peut être entendu comme une tentative d'annulation de l'accident : s'il peut refaire de la moto, c'est que tout est comme avant ; hypothèse d'autant plus envisageable qu'il a tenu à faire réparer sa moto accidentée, malgré le coût plus élevé que l'achat d'une neuve, « pour que ce soit la même ».
Sa tentative s'est heurtée à un premier échec qu'il interprète comme un signe.

[…]

- Oui je suis arrivé lundi au travail reposé, je n'avais pas touché à la moto depuis la semaine dernière, mercredi de la semaine dernière…

P : Oui…

- …et pourtant j'avais envie, mais je me suis dit : « d'ici quelques jours je ne vais pas y toucher ». Ce matin j'étais bien décidé quand même à prendre la moto, aller au travail à moto, je suis en forme tout bien. Je n'ai pas pu finir mon petit-déjeuner, je tremblais comme une feuille. J'ai dit « j'y vais », je monte sur la moto, la moto ne démarre pas ! J'étais un peu furax ce matin en arrivant au travail, surtout que j'avais changé la batterie.

De même pour son second essai.

P : Oui c'est ce que vous disiez la semaine dernière.

- Donc … y doit y avoir un fil qui doit toucher quelque part. La batterie se décharge. Donc après cette belle montée de stress ce matin…

P : C'était pour rien !

- Mais bon, ce qui est bien c'est que ce week-end j'ai dormi... ça joue sur le moral aussi … et qu'elle reparte pas … mais bon, je sens que j'aurais pu le faire, je n'ai pas fini mon petit déjeuner parce que je me suis dis que si je faisais une pause trop longue « je ne vais pas monter dessus »...
[…]

- … je suis stressé de ne pas avoir tenu l'objectif

P : Ce n'est pas votre faute !

Remarque « réparatrice » témoignant d'une incompréhension par le praticien de ce qui se joue mais qui met malgré

- Ah non ce n'est pas ma faute mais …Au réveil, dès que j'ai eu les deux pieds sur le sol, j'avais un objectif, j'étais focalisé sur cet

objectif. Mon petit-déjeuner, je ne l'ai pas pris je le préparais je ne tremble pas facilement mais la … Même si la moto, même si je trouve la panne, je me laisse quelque jours pour remonter dessus parce que là ce n'est même pas la peine. Je suis stressé comme pas possible. D'ici quelques jours…	tout l'accent sur quelque chose qui semble paradoxal ou ambivalent.
P : Là, ce qui vous stresse, c'est de ne pas être allé jusqu'au bout ?	
- Bah oui c'est un échec, c'est encore un échec !	Question exploratoire dont la réponse surprend le praticien.
P : Vous le vivez comme un échec ?	
- Parce que là j'étais parti et que ça allait aller mieux. C'était l'objectif qui conditionne la reprise et si ça ne tient pas la route, ça se casse la gueule et plus rien ne va...	Reformulation sur un mode interrogatif se voulant l'inviter à poursuivre sur cette idée. Sa réponse met l'accent sur le fait que son existence semble suspendue au succès ou à l'échec de ses tentatives.
P : C'est comme si vous ne faisiez pas la différente entre quelque chose qui vient de vous et quelque chose comme la panne où vous n'avez rien fait… Là ce n'est pas vous qui n'étiez pas en état, c'était la moto, mais pour vous c'est la même chose ?	Proposition d'une hypothèse mettant l'accent sur le caractère apparemment contradictoire de son vécu.
- Je ne sais pas, je ne suis pas sensé croire au destin normalement... Mais il y a quelque chose...	Semble lutter contre une espèce d'évidence vécue allant à l'encontre de son mode habituel de penser.
P : C'est le destin ? Donc c'est vous quant le moteur ne démarre pas ?	Formulation qui tente d'expliciter l'implicite de ses propos.
- Ce matin je me répétais « je suis maître de mon destin, ça va marcher » !	Sa remarque montre à quel point il lutte contre ce qu'il vit comme un sort contraire à son libre-arbitre et sa volonté de remonter sur sa moto. Mais l'on peut aussi entendre que son destin est de faire de la moto et qu'il est pris dans une alternative : soit il réussit, soit il échoue et alors c'est tout son projet existentiel qui s'effondre.
P : D'accord « j'ai décidé, ça va la faire »…	
- C'est la phrase que je me répétais…	

Cette situation clinique nous a semblée exemplaire de ce que, pour le sujet fixé à la question de ses engagements existentiels, il n'y a pas de hasard. Tout le renvoie à ce qui s'affirme, contre toute évidence comme un destin contraire au projet qu'il s'est donné et vient ainsi paradoxalement le confirmer dans ce que ce tout ce qui s'oppose à ce qu'il refasse de la moto tient à quelque chose de lui-même et qui en même temps lui échappe totalement.

A un moment précis de l'entretien, l'on a le sentiment que deux destins possibles s'affrontent, celui qu'il a choisi, –remonter sur sa moto-, celui qui lui échappe et met en échec ses tentatives.

L'on peut se demander s'il n'est pas alors, sur un mode quasiment conjuratoire, face à l'alternative suivante : soit réussir, contre la répétition d'échec, soit devoir échouer et devoir renoncer à son engagement.et c'est semble-t-il à force d'efforts répétés visant à surmonter tout ce qui s'oppose à son pari ou engagement existentiel, qu'il va y parvenir. En effet, il viendra à l'entretien suivant, en moto !

b) Les problématiques victimales TYPE 6 et le syndrome victimal d'auto-préconisation préventive ou syndrome du risque zéro

L'événement ne signe pas, comme ci-dessus, un manquement aux obligations que se donne le sujet, mais un écart entre ce qu'elles exigent et ce que le sujet a mis en œuvre pour les soutenir. Il ne s'agit donc pas de mettre en cause les engagements existentiels, mais les modalités de les faire vivre, de s'y conformer. D'où la question implicite fondamentale ici en jeu : pouvais-je mieux agir, pouvais-je faire mieux, non pas pour éviter la survenue de l'événement comme sur l'axe de la responsabilité, mais pour être plus en accord avec ce qu'impliquent mes valeurs ?

Nous sommes ici très proches de la Problématique type 2 et du syndrome d'auto-reproche de comportement complice, à ceci près qu'il ne s'agit pas pour le sujet victimé de penser sa place et son rôle dans le déroulement de l'événement, pas plus que de savoir comment il aurait pu empêcher qu'il se produise ; son problème est de déterminer ce que lui révèle de lui-même l'événement ou comment mieux se conduire, toujours faire plus et mieux au regard de ce qu'exigent ses engagements personnels.

Le victimé développe ainsi des stratégies se voulant anticipatrices et préventives de la survenue d'un nouvel événement similaire ou identique et c'est là que prennent toute leur fonction les multiples comportements auxquels la littérature relative aux psychotraumatismes a été particulièrement attentive : hypervigilance, hyperréactivité à tous stimuli soit inconnus, soit par trop évocateurs de la situation traumatique et source de reviviscences, formes d'évitement de type « phobique »…

A la différence de ce qui se joue sur l'axe de la responsabilité, le sujet s'interroge de façon critique sur son comportement dans l'objectif de le corriger et de multiplier les précautions ; de ce point de vue, l'on pourrait dire qu'il pousse à l'extrême le principe du même nom.

Exemple n° 31

Particulièrement étudié par la littérature qui en offre de multiples illustrations, nous n'en donnerons qu'un exemple, particulièrement illustratif, celui d'une femme de 35 ans, mariée et mère de deux filles. Elle a été victime d'un accident de la circulation alors qu'elle se rendait, très tôt le matin, sur son lieu de travail. Elle roulait sur une petite roue de campagne. Il faisait nuit noire et il y avait du brouillard. En bas d'une descente, juste avant un virage à gauche, elle voit dans ses phares, à quelques mètres devant elle, un animal qu'elle évite d'un coup de volant. Il se produit alors un choc violent qui lui a sans doute fait perdre connaissance quelques instants (elle n'a pas de souvenirs précis de ce moment). Elle reprend conscience dans sa voiture qui est couchée dans le fossé. Dans les faits, elle apprendra pus tard qu'elle a heurté un autre animal qui se trouvait en plein milieu de la route. Sa prise en charge médicale et administrative a été, et est encore, source de nombreux facteurs de survictimisation.

L'accident est survenu un an et demi avant qu'elle ne consulte. Elle présente alors de nombreux troubles qui n'ont fait que s'aggraver, notamment physiques (des problèmes vertébraux, séquelles de l'accident, aggravés par des réactions physiques à forme de contractures musculaires liées à des reviviscences quotidiennes de l'accident), pour lesquels elle est traitée sans progrès notables.

Etant incapable de reprendre son poste en raison de ses problèmes physiques et d'un syndrome de répétition dont l'on va voir qu'il est très actif et envahissant, elle a dû démissionner et est, au jour de l'entretien ci-dessous s'étant déroulé deux ans après l'accident, en passe d'occuper un nouveau emploi. Cette perspective très proche a ravivé considérablement ses troubles, car cela va exiger d'elle des trajets quotidiens en voiture.

Extraits du 10ième entretien :

[…] Par contre j'ai des angoisses au niveau de la voiture qui reviennent. Je refais... Je ne pense pas que ça soit des cauchemars! Quand je dors j'ai des choses qui reviennent et c'est toujours au niveau de la voiture…C'est depuis peu, j'arrive pas à aller plus loin si vous voulez de ce que je suis actuellement, je n'arrive pas! Pour moi c'est un gros handicap !

P /Aller plus loin, c'est-à-dire ?

- Je n'arrive pas à dépasser V, *(ville à 3 km de chez elle)* J'ai peur d'excéder V, ce n'est pas une route que je connais maintenant et pourtant que je connaissais avant. Je me contente seulement d'aller de E. *(village où elle habite)* à V., c'est tout ! Avant, j'arrivais à aller voir ma mère qui se trouvait à M. *(ville à 10km de chez elle, dans une autre direction)*. Si ce n'est pas E-V, je ne peux pas! Dès que ça dépasse, de toute façon si c'est une route que je ne connais pas je n'irai pas. Ca devient handicapant pour moi ! La personne de l'ANPE me disait que le travail c'était sensé être sur V. Si c'est ça, ça ira ! Mais ils ont des bureaux aussi à R. *(ville à 15 km de chez elle sur une autre route que celle menant à V.)* ! C'est ce qu'elle me disait… Le problème, c'est que ça m'angoisse ... Est-ce que c'est parce que je vois les... ou c'est moi et ça m'angoisse ? Ca me bloque et j'arrive pas... je crois que je vais m'acheter un GPS, je n'en sais rien ! Il me faut une présence, sinon j'ai peur, je me sens pas bien quand je suis toute seule, dès que c'est plus loin que V….

Elle décrit un espace qui ne semble plus pouvoir être vécu et investi que sur le mode du connu/inconnu, familier/étranger. Fait de distances, de directions, il s'organise en une géographie métrique qui seule semble pouvoir en réguler les affects angoissants qu'il génère. Hors celle-ci et le contrôle minimal qu'elle permet, il ne peut être exploré et encore moins investi, malgré le besoin qu'elle en a.

Elle est malgré tout en recherche de stratégies susceptibles de contenir son angoisse.

P/Vous disiez que vous en rêviez?

- Oui! Je me revois encore dans la voiture. Le pire, c'est que je me suis vue conduisant de nuit et que ça va faire … à part quand je conduis mes filles, c'est simplement de chez moi à la bibliothèque, c'est tout droit. On peut pas les laisser aller à pied parce que c'est excessivement dangereux, vu le passage, ce qui fait que... Et encore, maintenant, le matin il fait jour. Ce qui fait qu'il n'y a plus d'obscurité, mais je ne sais pas... Je me voyais conduire dans l'obscurité, mais vraiment dans l'obscurité totale !

P/ Dans le cauchemar ?

- Pourquoi je sais pas… Je pense pas que ça soit un cauchemar... J'étais dans une voiture, je conduisais, mais il faisait noir. Le pire c'est que je ne voyais rien du tout, vraiment...

Tous les espaces existentiels internes et externes semblent être envahis par la même préoccupation.

P/ Vous étiez au volant ?

- Oui. C'est comme s'il y avait des rideaux noirs autour. Mais par contre c'était illuminé à l'intérieur, enfin éclairé à l'intérieur de la voiture. Je voyais même pas ce qu'il y avait devant !

L'exploration du cauchemar apporte une image complémentaire et affinée de son espace vécu : un espace proche, fermé et éclairé (donc visuellement explorable), dans un espace indéfini nocturne, extérieur.

P/ A l'extérieur ? Devant la voiture ?

- Non, je ne vois rien sur le pare-brise, et par les fenêtres c'est comme s'il y avait un tissu... Par contre l'intérieur de la voiture en elle-même est éclairé. Alors pourquoi je ne sais pas… Peut-être parce que je pense trop à la conduite de nuit, je ne sais pas ! Mais pourquoi je ne voyais pas ? Parce qu'avant je voyais l'extérieur quand même, enfin je voyais les arbres, toujours les arbres, le devant… Ce que je veux dire c'est que là c'est feutré. Noir. Est-ce que vous pensez... ?

Monde onirique du sommeil et monde diurne du réel quotidien semblent s'interpénétrer et être traversés par les mêmes angoisses et interrogations.

P/ On dirait que tout ce qui est familier, tout ce qui est proche de vous, ça va. Et tout ce qui est éloigné et extérieur, il n'y a plus de

Essai de reformulation.

repères.

- Ca m'angoisse, j'en ai marre.

Ne s'en saisit pas.

P/ C'est encore là.

- Je voudrais... faire ce que je faisais avant. C'est bien beau maintenant, c'est vrai que c'est bien d'aller sur V. *(durant plusieurs mois après l'accident elle ne pouvait plus du tout conduire)*, mais d'être un peu plus libre, on va dire ! Ce que je veux dire, c'est que je me sens bloquée par…, enfermée dans un truc..., un cercle qui n'est pas encore assez ouvert. Et je voudrais..., par exemple retourner chercher mes filles à P. *(autre ville encore dans une autre direction)* où elles font leurs activités, mais je ne me sens pas... Ou est-ce que c'est parce que je me dis que je ne m'en sens pas capable? Je ne sais pas…

L'on peut comprendre qu'elle lutte contre ses protections qui l'enferment.

P/ Non, je pense qu'il y a encore un blocage. Vous avez essayé avec quelqu'un?

Exploration de stratégies de « gestion » de ses difficultés à se déployer dans l'espace, à partir de celles qu'elle est spontanément parvenue à mettre en place.

- De nuit ?

P/ Non, de jour, pour aller à P., par exemple…

- Moi conduire ?

P/ Oui, avec quelqu'un à vos cotés.

- Non plus.

P/ Parce que c'est ce que aviez fait au début pour pouvoir aller à V.

- C'est ce que je faisais ?

P/ Oui au début pour recommencer à conduire, vous m'aviez dit que vous vous faisiez accompagner. Votre mère par exemple…

- De toute façon c'est ce qu'elle m'a proposé. Il y a des personnes qui … parce que je voudrais retourner sur la zone de C. *(à plus de 20 km)…*

P/ Mais il faudrait peut être commencer par plus près.

- Par plus petit !

P/ Oui! Et faire petit à petit.

- Euh !

P/ Vous ne pensez pas ?

La confusion semble contaminer l'entretien, les espaces se confondent ; d'où ces questions visant à resituer les manifestations d'angoisse en lien avec les éléments qui les font surgir.

- Si, si! Parce que je le veux aussi.

P/ Donc il faut peut-être essayer, mais accompagnée d'abord.

- Euh !

P/ Allez y, dites !

Ce faisant, le psy perçoit une réticence dont il ne comprend pas le sens.

- Non parce que j'y pensais, on en a parlé avec des amis et tout et même avec ma mère il n'y a pas de problème. Ils seront là pour m'aider. Mais j'ai peur, après si vous voulez, après d'être lâchée

Son insistance fait malgré tout apparaître ce qui semble être l'anticipation angoissée

seule assez loin. J'ai... Je pense qu'en étant avec quelqu'un ça pourrait le faire. Mais seule... J'ai peur d'être seule trop loin. J'ai peur qu'il m'arrive quelque chose, qu'il se passe quelque chose et que je me retrouve seule. C'est pour ça que maintenant je me trimballe toujours avec mon téléphone, que je n'avais pas avant. Je m'en suis pris un et… je ne sais pas, il me faut une présence, quelqu'un. Peut-être quelqu'un qui me rassure, qui me soutienne, je ne sais pas. Ou peut-être procéder comme on a fait avec ma mère pour reprendre la voiture. Et maintenant dépasser la distance de V…

du risque de disparition des sécurités mises en place ou imaginées, rendant par avance celles-ci vaines.

En cela l'on peut évoquer un syndrome du « risque zéro », ses étayages exigeant eux-mêmes d'autres étayages…

Cet exemple semble particulièrement illustratif de ce qui est décrit comme des modes de défense à forme phobique : l'espace y est ici essentiellement vécu et appréhendé en termes de proche/lointain, familier/étranger, clair/obscur, intérieur/extérieur…, au point que tous les déplacements s'en trouvent rendus éminemment problématiques, exigeant une multiplication de précautions dont l'on perçoit à quel point elles se sont conçues en anticipation préventive de la toujours possible nouvelle survenue de l'accident initial : ce sont bien contre certaines des conditions et des modalités de survenue de celui-ci, et de la détresse qu'elle en a vécu, que la patiente fait tout pour se prémunir.

De plus, comme nous l'avons déjà signalé en commentaire de l'entretien, elle en vient à anticiper l'échec possible de ses stratégies préventives et, pour prévenir ce risque, se voit contrainte, pour contenir l'angoisse que cela fait surgir, d'imaginer des modes de préventions du possible échec de ses stratégies. C'est ce qui nous a fait évoquer l'existence d'un véritable syndrome du risque zéro et d'un enfermement dans une néo-réalité.

2.2.2.2. L'enjeu des idéaux et valeurs fondatrices

Si jusqu'alors le TPV nous avait permis de réinterpréter et de mettre en ordre ce qu'avait pour l'essentiel décrit la clinique victimale et psychotraumatique, il n'en est pas tout à fait de même pour l'enjeu des idéaux et valeurs fondatrices…

Nous avons certes noté que plusieurs auteurs avaient mentionné la perte des idéaux comme une possible retombée de certaines expériences traumatiques, mais nous n'avions pas saisi qu'il en était là d'une modalité tout aussi générale de l'expérience victimale que pouvaient l'être par exemple les vécus de responsabilité envahissants (décrits rappelons-le généralement sous le terme de culpabilité par les auteurs), jusqu'à ce que, par déduction, le TPV nous le suggère et qu'il nous faille penser, au plan psychique, ce qui pouvait faire pendant à la condamnation juridique et aux questions qu'elle soulève.

En outre, la conception bi-axiale que nous avons développé du TPV selon laquelle chaque enjeu engage toujours une double question, donc deux opérations psychiques complémentaires pour être soutenu, nous contraignait à concevoir ici aussi deux processus et, encore par déduction, deux positions victimales distinctes et néanmoins liées.

Autrement dit, c'est essentiellement par analogie que nous avons d'abord pensé cet enjeu des idéaux et valeurs fondatrices ainsi que sa double dimension. Ceci nous a amené à être attentif, dans

notre clinique, à des phénomènes dont nous n'avions pas jusqu'à présent absolument pas perçu l'importance et encore moins l'autonomie clinique. Ce n'est sans doute guère étonnant au regard du fait que nous nous trouvons ici au plus près des idéaux fondateurs, des évidences premières, et celles-ci ne se mettent que rarement en débat, sinon au risque d'un effondrement.

Les remarques que nous allons brièvement développer ainsi que les quelques exemples que nous avons tenté d'apporter à titre illustratif de ces hypothétiques positions victimales, ne prétendront pas plus qu'à tenter d'ouvrir un champ nouveau pour nous et, à ce titre, doivent être prises avec précautions, dans l'attente de leur exploration plus rigoureuse et systématique.

Par analogie avec la question juridique de la sanction et par contraste avec l'enjeu des « engagements existentiels », il faut ici concevoir que l'événement interroge de façon critique le sujet quant à ce qui constitue les fondements axiologiques de son existence et qu'il vient questionner, soit la valeur qu'il accorde à ses valeurs ou à ses idéaux, soit ce qu'il consacre à leur affirmation comme tels ou, en d'autres termes, ce qu'il y sacrifie.
Deux positions victimales et deux syndromes victimaux en ressortent selon que :
- le sujet ne met pas en cause ses valeurs, mais ce qu'il a consenti à leur affirmation et leur célébration ;
- le sujet reste focalisé de façon critique sur ses idéaux qui, au regard de la survenue et de la nature de l'événement, lui apparaissent dans toute leur vacuité tant ce dernier a contrevenu à ce qui faisait fondamentalement sens pour lui.

Dimension de la Culpabilité : Problématiques de la peine	**Problématique victimale Type7** **Le syndrome victimal d'auto-sacrifice** Fixation à la question des valeurs fondatrices Question symptôme : que dois-je sacrifier à mes idéaux pour qu'ils continent à être ? **Problématique victimale Type 8** **Le syndrome victimal des idéaux déçus** Fixation à la question de la peine Question symptôme : se peut-il que je me sois trompé sur le sens à donner à ma vie ?

a) Les problématiques victimales TYPE 7 et le syndrome victimal d'auto-sacrifice

Nous l'avons mentionné, il serait hasardeux en l'état de notre réflexion, de prétendre illustrer de façon significative et assurée ce que peuvent être ces positions. Nous en proposerons un premier exemple dont nous ne sommes pas certain qu'il relève de cette problématique puis un

second à partir d'un extrait d'entretien où, fait rare, le sujet exprime de façon tout à fait explicite son projet de sacrifice personnel avec une détermination pour le moins convaincante. Nous évoquerons enfin, moins un cas clinique précis que certaines configurations relationnelles de couple dans lesquelles, pour leurs protagonistes, il semble ne pas exister de limites à ce qui peut être sacrifié au maintien de celui-ci.

Exemple n° 32

En voici un ce qui nous a semblé pouvoir offrir un exemple de position sacrificielle mais *a contrario*, car elle semble chez ce sujet avoir pu être dépassée.

Il s'agit d'une femme qui est venue demander de l'aide à la consultation, sans trop savoir en quoi elle pourrait consister car elle ne voit pas d'issue à son problème et ne conçoit d'ailleurs pas trop qu'il puisse en exister. Elle aimerait au moins pouvoir échanger sur ce qu'elle vit et elle relate en détails mais difficilement (son récit est heurté, plein d'hésitations, de focalisation sur ce qui apparaît comme des détails au regard de l'événement) et avec beaucoup de douleur l'histoire suivante.

Elle était au volant de sa voiture et attendait au milieu d'un carrefour que la voie d'en face soit libre pour tourner. N'y voyant aucun véhicule arriver, elle commence à s'engager et ressent un grand choc secouer son véhicule accompagné d'un bruit très violent. Un adolescent en mobylette, venant de la voie opposée, s'était encastré sous sa voiture et en était décédé sur le coup. L'enquête ne conclura à aucune faute de sa part, sans pour autant offrir d'explication à ce qui s'est passé : elle est certaine d'avoir bien regardé et de n'avoir rien vu et pourtant... L'accident restant incompréhensible, elle est plusieurs fois retournée sur les lieux pour tenter de comprendre comment elle a pu ne pas voir arriver la mobylette, a retourné un nombre infini de fois la scène dans son esprit sans aboutir à rien. Déjà gravement culpabilisée, elle est l'objet de violences verbales et écrites de la part de la famille du jeune homme qui exacerbent sa douleur. Durant l'année écoulée, elle a dû vendre sa maison et déménager car elle devait passer quotidiennement sur les lieux de l'accident, ce qui ne faisait qu'aviver un syndrome de répétition très actif et à la limite du supportable. Elle se demande comment elle va pouvoir continuer à vivre et ce qui l'a plusieurs fois retenue durant l'année écoulée est qu'elle est elle-même mère de deux jeunes enfants.

La conclusion de ce premier entretien approchant, elle évoque le caractère à la fois absurde et inacceptable de cet accident, ajoutant qu'elle a toujours été une conductrice très prudente et respectueuse du code de la route. Il lui est alors restitué que c'est sans doute cela qui est le plus terrible à vivre : qu'un malheur puisse malgré tout survenir alors même que l'on a pris toutes les précautions et que cela puisse arriver à toute personne à tout moment et que c'est avec ce poids qu'il lui faut maintenant vivre.

Un rendez vous est pris 15 jours plus tard auquel elle se présente, affirmant être sortie du premier entretien très en souffrance, mais surprise d'y avoir trouvé dans un second temps un apaisement qu'elle ne pouvait imaginer. Elle précise qu'elle continue de se sentir responsable de la mort de ce jeune, qu'elle n'oubliera jamais cela car elle ne le veut pas, mais qu'elle se sent capable d'affronter maintenant cet accident et ses conséquences. Ne voyant rien d'autre à ajouter, il lui est proposé de clore l'entretien sans prendre de nouveau rendez-vous mais avec l'engagement qu'elle recontacte la consultation en cas de besoin ; ce a quoi elle souscrit.

Il n'est pas aisé, voire impossible avec certitude, de saisir ce qui d'un entretien unique a pu engendrer un changement apparemment significatif chez un sujet, mais l'on peut ici penser que la reformulation proposée à la patiente a été saisie par elle comme l'intégration à ses valeurs d'une forme de sacrifice que l'événement en exigeait, à savoir : pouvoir admettre, et y intégrer, le fait qu'elles puissent ne pas être infaillibles et que leur rester fidèle exige de l'accepter.

Exemple N° 33

Il s'agit d'une très longue histoire de contentieux opposant un agriculteur à une compagnie pétrolière fournissant une station service située en surplomb d'un certain nombre de ses terres. Il semble que des fuites dans les réservoirs de stockage de l'essence aient entraîné une pollution de ses terres. Il a fallu près de dix ans et des procédures qui l'ont épuisé physiquement, mentalement et l'ont financièrement endetté, pour que cette pollution, selon lui évidente, commence d'être reconnue. Mais la compagnie fait toujours trainer la procédure en usant de tous les recours possibles. Le sujet, un homme de 45 ans, n'a consenti à venir consulter que sous la pression de son entourage familial et social (notamment son médecin) qui le voit s'épuiser dans une lutte dont il semble à tous qu'elle est totalement vaine, mais à laquelle il ne peut renoncer.
Il se présente à l'entretien sthénique, affirmant qu'il ne voit vraiment pas ce qu'un psychologue a à voir dans son histoire, qui est pour lui un problème de justice au sens le plus fort du terme. Il a amené un volumineux dossier que, sur la demande du consultant de lui expliquer sa situation, il détaille pendant un long moment. Il en ressort effectivement une histoire complexe dans laquelle les dommages qu'il a subis semblent effectivement faire l'objet d'un désaveu général. A mesure que l'entretien avance, il se détend et ses propos prennent une tonalité plus désespérée que quérulente comme au début. Le praticien qui, jusqu'alors ne se voyait aucune possibilité d'intervenir, sinon pour demander des précisions sur certains points de son affaire, sent qu'une petite ouverture s'est créée et s'autorise à être plus actif. Il semble en effet important de parvenir à créer un lien positif qui amène cet homme à revenir, car il est désormais seul à porter le poids de son affaire.

Extraits du 1er entretien :

[…] - 10 ans d'injustice, ils ne veulent plus me voir parce qu'ils savent que j'ai raison et ils savent qu'ils ont détruit ma vie et celle de ma famille… Et si je n'étais pas dans mon droit j'aurais arrêté depuis longtemps P : Ce que j'entends là c'est qu'il y a une injustice énorme là, et vous êtes en train d'y laisser votre santé ! - Oui, un peu… P : Aie, Aie … J'ai vu des gens qui ont subi des injustices… - Ca ne me surprend pas… Et la victime devient coupable… P : Le problème est de ne pas y laisser sa peau, malgré l'injustice. L'injustice est quelque chose d'insupportable, on est d'accord, mais… - Vous ne pouvez pas accepter que la justice soit plus destructrice que vos destructeurs. Dans un pays civilisé, c'est pas admissible P : J'ai bien compris. - Et on a été patient, on lui a donné tous les moyens de rectifier, on lui a laissé tous les moyens d'arrêter cette hémorragie, elle veut pas ou elle sait pas… P : Mais, mais… - Ou elle protège !	

P : Mais, mais il ne faut pas y laisser sa peau… - C'est vrai. P : Il faut se battre mais pas aller jusqu'à y laisser sa peau… - Ca dépend, ça dépend… ça peut mais… attendez, attendez, j'ai pourtant menacé…. Attendez, le jour où mon appel a été rejeté, j'ai fait un malaise devant la cour […] J'ai plus confiance dans la justice de mon pays, on y serait à moins, on y serait à moins… P : Il y a des erreurs judiciaires comme il y a des erreurs médicales… - Oui, c'est vrai P : Y'a des erreurs, mais quand vous me dites « si j'aboutis pas je vais faire une grosse bavure », d'abord je vous prends au sérieux - J'en suis capable ! P : Je vous crois volontiers. Vous me dites que face à cette injustice c'est la seule manière de vous faire entendre - Et d'obtenir réparation pour ma famille, même si l'argent ne me remplacera pas mais je me le dis dans ma tête. Vous allez comprendre, je me dis dans ma tête : au mieux il me reste à vivre un an dix ans, quinze ans, on n'en sait rien. Je pense que j'ai fait le plus gros du chemin de ma vie et que ce serait, écoutez-moi bien, ce s'rait… pour moi la justice si jamais elle continue dans sa voie, la seule manière de lui dire « non seulement vous m'avez détruit, mais vous m'avez poussé au suicide, maintenant vous allez être obligés de réparer parce qu'avec un drame pareil ! » Et je sais pas comment faire là. C'est la honte, la honte de la justice française ! Je les ai déjà prévenus, et moi j'en suis capable… Si la justice me donnait tort jusqu'au bout, je me dirais j'ai plus rien à faire, et donc la seule possibilité de réparer, c'est de… disparaître ! P : De réparer ? - De réparer c'qu'ils ont détruit… P : Par votre sacrifice ? C'est la seule manière de rétablir la justice ? - Absolument et je pense que je n'ai pas le choix, et je sais que ma famille serait malheureuse, mais pour moi ce serait un sacrifice ultime qui ferait qu'ils ont droit à réparation ! P : Je pense que la justice ne vaut pas une vie, contrairement à ce que vous croyez ! - J'en suis pas sûr, j'en suis pas sûr, parce qu'on est tous mortels de toute façon P : Oui mais quand même ! - Oui mais j'ai dans la tête un peu de leur faire payer […] Donc ma démarche est la suivante, j'espère que ça n'arrivera pas, mais c'est de rencontrer quelqu'un qui serait capable d'expliquer à mes enfants, à ma famille etc. que, parce que je serai peut-être pas capable de le leur dire, que si c'est arrivé c'est que c'était pour que la justice se remette en cause et répare à leur endroit.	

P : C'est ça que vous attendez de moi ! Vous allez écrire toute l'histoire ? - Oui P : … mais vous voudriez un témoin ! - C'est ça. C'est grave ce que je dis, mais je suis très lucide, ceci dit j'espère qu'ils vont y voir clair avant, je fais tout pour !	

Dans ce court extrait, le sujet traverse plusieurs positions : d'une part l'espoir malgré tout d'un rétablissement de la justice, qui justifie qu'il poursuive ses démarches, d'autre part la possibilité d'un acte désespéré se voulant exprimer publiquement à quel point ce qu'il vit est insupportable, sorte de mise en scène publique de l'insupportable de l'injustice, et que l'on peut comprendre comme une tentative pour restaurer la justice comme idéal en montrant à quel point elle n'a pas de prix puisqu'elle peut justifier de donner sa vie pour elle. Dans un second temps, c'est une autre dimension sacrificielle et réparatrice qui s'affirme, à l'égard cette fois de sa famille.
Le fait qu'il demande au praticien de se faire témoin posthume de son sacrifice auprès de sa famille montre une nouvelle fois, s'il en était encore besoin, les particularités de la rencontre avec certains sujets gravement victimés et à quel point elles peuvent être loin d'une classique demande d'aide psychologique ou de psychothérapie. Mais au moins avait-il trouvé une place à donner au praticien, qui rendait possible la prise d'un nouveau rendez-vous, même si celle-ci était pour le moins inconfortable !

Exemple N° 34

Ca n'est pas un exemple précis que nous voudrions évoquer ici mais un ensemble de positions victimales auxquelles la clinique des sujets sous emprise relationnelle confronte quotidiennement le praticien et qui, jusqu'à présent n'ont pas, à notre sens, donné véritablement lieu à des élaborations suffisamment approfondies, du moins dans une perspective psycho-victimologique. Nous prendrons à titre d'exemple le champ des violences intraconjugales mais l'on pourrait sans doute mener la même analyse concernant les sujets pris dans un lien sectaire et bien d'autres situations, comme celles de harcèlement.
La question, maintes fois posée, est celle-ci : pourquoi ces sujets (que ce soit d'ailleurs l'un ou l'autre conjoint) pris dans de tels phénomènes de violence, dont ils présentent souvent qu'ils risquent de n'avoir d'autre issue que la disparition physique d'un des protagonistes, restent-ils ensemble, malgré tout ?
Le syndrome victimal d'auto-sacrifice nous semble ouvrir à une analyse offrant une possible alternative aux conceptions mettant l'accent sur, du côté agresseurs la perversité voire la perversion, du côté victimés sur des positions masochistes ou caractérisées par des carences narcissiques telles que la violence subie les confirmeraient dans le vécu péjoratif à l'extrême qu'ils auraient d'eux-mêmes.
Quelle est-elle ? Elle consiste à penser, contre l'évidence qui laisserait accroire que la violence est au-delà de tout supportable, qu'elle n'est que coût et que, par conséquent, toute rupture ne pourrait être que gain. Or la rupture a nécessairement un coût, et au fait de rester correspond nécessairement un gain.
Mais force est de constater que cette analyse économique/psychique, pour cohérente qu'elle soit, n'est pas totalement satisfaisante dans la mesure où le gain semble souvent sans prix et sa valeur incalculable puisque tout ou presque peut lui être sacrifié.

Il faut alors imaginer que le couple ne tient son maintien à tout prix qu'à la condition sous-jacente qu'une valeur fasse en quelque sorte étalon, valeur particulière qui ne se soutient d'aucun « marchandage », et qui autorise tous les sacrifices, sans compter : le couple. Une idéalité semble à l'œuvre chez ces sujets, celle accordée au conjugal, sur laquelle achoppent toutes les tentatives d'introduction d'une raison mettant en balance gains et coûts à persévérer dans le Pari que son maintien constitue. Car un idéal ne se discute pas : il est tout ou rien, il exige soit son abandon, soit qu'on lui consacre tout ce que l'on peut miser sur lui, jusqu'à son existence. Et l'on perçoit bien chez ces sujets ce à partir de quoi cet idéal s'est formé, contre les carences de leur couple parental respectif.

b) Les problématiques victimales TYPE 8 et le syndrome victimal des idéaux déçus

Si l'événement pouvait être appréhendé sur un mode victimal comme la sanction possible des engagements existentiels du sujet, il se fait ici non pas la mesure de ses valeurs, mais signe de leur vacuité ou de leur impuissance à contenir ce qui de l'événement ou du contexte traversé, en a représenté pour eux la transgression. L'événement ne trouve ici plus aucun sens tant il semble démesuré au regard de valeurs et idéaux et ceux-ci s'en trouvent abolis dans leur capacité à soutenir tout engagement ou projet.

Exemple n°35

C'est la situation d'un homme qui s'est réveillé en pleine nuit parce qu'avec sa femme ils ont entendu un bruit anormal dans la rue. Il ouvre ses volets et constate sidéré que sa voiture n'est plus à la place où il l'a garée la veille au soir comme à son habitude. Il se précipite dehors et se trouve face à son véhicule dans lequel il entraperçoit deux jeunes. Il essaye de les empêcher de partir en se mettant au milieu de la rue. Le conducteur accélère et fonce droit sur lui. Il n'a que le temps de s'écarter, est heurté au pied par la voiture et tombe lourdement. Les voleurs s'enfuient et son véhicule sera retrouvé très endommagé quelques jours plus tard. En dehors des différents préjudices non indemnisés que cette affaire va engendrer, une question demeure lancinante plus d'un an encore après les faits : comment est-il possible que des personnes aient pu mettre sa vie en jeu pour une voiture sans grande valeur ? L'explication donnée par les gendarmes selon laquelle ce serait des jeunes jouant à « celui qui volerait le plus de voitures pendant la nuit » et qui auraient été pris de panique en le voyant, reste sans effets. Il reste obnubilé par cette question et commence à développer des conceptions de plus en plus négatives à l'égard de l'humanité tout entière.

Exemple N° 36

Il s'agit d'une femme qui, alertée par des cris effrayants, pénètre dans le jardin de son voisin. Elle découvre celui-ci en train de brûler ainsi que son mari qui s'efforce de lui porter secours. Une fois le corps en flammes éteint, son époux va chercher du secours et elle reste pendant un temps indéfini avec, dans ses bras, cet homme agonisant de façon épouvantable. Elle apprendra ensuite qu'il s'est délibérément immolé.
Elle vit les jours suivants cet événement dans un état qu'elle juge, au jour de ce premier entretien (soit deux semaines après l'événement), euphorique. Mais depuis elle se sent mal, fait des cauchemars, est envahie d'images flashes très pénibles, ne peut plus regarder le jardin d'à côté qui se trouve sous ses fenêtres, au point de devoir en permanence fermer ses volets.

Elle est en outre très inquiète pour son mari qui ne veut pas consulter et même pour ses enfants. Car, ajoute-t-elle, ce suicide n'est pas le premier dans la famille des voisins, un fils s'étant notamment donné la mort voilà quelques années. Et elle craint qu'à travers elle, qui est depuis ce jour très angoissée et déprimée, et qui "porte maintenant la mort en elle", ce soient toutes les générations de sa propre famille qui s'en trouvent littéralement contaminées et irrémédiablement destinées à vivre sous le seau de la mort.
Le contenu de son récit, la tonalité de sa voix, l'atmosphère qui s'en dégage à ce moment de l'entretien ne sont pas sans évoquer un état mélancolique. Elle n'ira pas jusqu'à exprimer que la seule issue pour sauver sa famille est qu'elle disparaisse, mais tout concourt à penser que cette idée est présente en elle.

Conclusion

Il ressort de la projection des processus constitutifs du TPV sur la clinique victimale un tableau nosographique constitué de huit types distincts et autonomes de problématiques et syndromes victimaux, selon l'enjeu et la question à partir desquels le victimé tente de donner corps et sens à l'événement.
L'on peut voir dans cette typologie une lecture et une organisation raisonnée de la symptomatologie des syndromes psychotraumatiques, notamment du syndrome de répétition, et sa distribution en autant de formes cliniques différentes qu'il a pu être dégagé de questions constitutives du TPV.
Quant au trauma, tel que défini par l'image traumatique, nous avons pu voir qu'il n'en constituait que l'une des formes possibles, au titre d'une fixation à la constitution d'une représentation normée de l'événement. C'est, peut-on penser, le primat accordé au travail de représentation et donc, de façon sous-jacente au langage, qui a conduit à privilégier celle-ci.

TYPOLOGIE DES PROBLEMATIQUES VICTIMALES A DYNAMIQUE AUTO-DESTRUCTRICE

	Mise en Implication	Mise en Evénement
AXE des NORMES	**Problématique victimale TYPE 1** **Syndrome d'auto-reproche de motivation complice** **Problématique victimale TYPE 2** **Syndrome d'auto-accusation de comportements complices**	**Problématique victimale TYPE 3** **Syndrome de pétrification-vitrification** **Problématique victimale TYPE 4** **Syndrome du défilement perpétuel**
AXE Des VALEURS	**Problématique victimale TYPE 5** **Syndrome de préscience de répétition d'échec** **Problématique victimale TYPE 6** **Syndrome d'auto-préconisation préventive ou du risque zéro**	**Problématique victimale TYPE 7** **Syndrome d'auto-sacrifce** **Problématique victimale TYPE 8** **Syndrome des idéaux déçus**

2.3. Les problématiques victimales à dynamique hétéro-destructrices : à la recherche d'une autre scène

Il n'aura pas échappé au lecteur que les formes syndromiques jusqu'à présents décrites ne recouvraient qu'une partie de l'efflorescence symptomatique observable dans les syndromes psychotraumatiques et que n'y trouvaient pas place tout un cortège de manifestations qui y ont été pourtant plus ou moins systématiquement associées, sans qu'un lien causal ou dynamique avec l'événement ne soit jamais véritablement établi, la notion de co-morbidité en faisant la plupart du temps office : troubles psychopathiques, conduites addictives, catégorie des troubles du comportements ou des conduites…, sans parler de toute une lignée trop peu évoquée et sur laquelle il semble difficile de faire l'impasse tant elle peut être retrouvée avec fréquence dans la clinique, comme la sinistrose (les sinistroses, vaudrait-il mieux dire) et plus globalement les états passionnels auquel il nous semble falloir ajouter l'idéalisme passionné, ce à quoi nous ajouterons un registre qui ne nous semble pas recouvrir tout à fait celui des troubles des conduites bien que présentant une parenté avec lui, ou qui en tout cas en suggère une autre lecture, les conduites à risque.

En référant ainsi une partie de la clinique victimale et psychotraumatique à d'autres entités que la névrose, le risque est incontestablement de diluer les syndromes victimaux dans la sémiologie psychiatrique et, ce faisant, de leur faire perdre toute spécificité.
Il va donc s'agir ici de procéder comme nous nous sommes efforcés de le faire avec les syndromes autodestructeurs et de montrer :

- qu'ils tiennent leur homogénéité de ce qu'ils sont l'expression d'un mode de fixation à un événement ou contexte originant dont ils répètent sous une forme symptomatique l'impossibilité des sujets à le dépasser ;
- et que leur variété est également rapportable aux différents enjeux constitutifs du TPV dont ils signent également l'échec.

L'hypothèse qui va nous guider sera alors qu'en lieu et place de formes en excès de culpabilité ou de responsabilité, l'on aurait affaire à des modalités opposées, hétéro-accusatrices ou hétéro-destructrices, dont elles représenteraient l'envers ou le retournement : des positions de récupération ou de véritables syndromes installés dans lesquels la culpabilité et la responsabilité attachés à l'événement ne seraient pas portée par le victimés lui-même mais de façon tout aussi problématique par quelqu'un d'autre. Elles témoigneraient ainsi, comme les formes autodestructrices, d'une même difficulté à différencier de l'auteur et de la victime, la différence étant que c'est autrui, et non plus le victimé lui-même, qui en porte la charge.
Ce n'est pas que le victimé rejette ici toute responsabilité ou culpabilité personnelle, c'est que, d'une certaine façon, il réclame justice, et c'est à ce qu'il éprouve comme l'impuissance des dispositifs en charge à pouvoir restaurer celle-ci qu'il s'en prend.

S'il ne se focalisait trop sur la seule relation victimant/victimé, l'on pourrait ici adopter le terme générique d' « identification à l'agresseur » pour caractériser ces modalités victimales particulières de fixation, dans la mesure où il s'agit d'une reproduction en miroir d'une conduite, sinon destructrice, du moins attentatoire dans le social à ce dont le victimé n'a plus psychiquement accès ; ou encore celui de « syndrome de Münchhausen », en élargissant la notion à toutes formes d'interpellation (et pas seulement la médecine) des institutions tout en mettant en échec leur possibilité de solutionner le problème : en leur faisant jouer ses propres impasses.
L'on pensera notamment à la « sérialité victimale », telle que définie par P. Lebas (2005) ou encore par L.M. Villerbu et P. Pignol (2007) :

> La sérialité consiste à faire le pari que toute déviance ou délinquance (directe ou indirecte) n'est qu'une manifestation parmi d'autres d'un état de souffrance psychique qui ne peut s'exprimer que par une attaque des représentants du lien social (dans leur fonction, leur contenu, leur représentation, etc.). Elle admet ainsi qu'il y a équivalence entre prendre, ou se donner, comme champ d'interlocution les domaines de référence de la justice, de la santé, de la promotion ou encore de l'entre-deux social : là où de l'interdit et du pouvoir se font enjeux de transgressions possibles et de restaurations narcissiques. [1]

Il n'est au fond pas surprenant que ces formes aient été moins analysées par le monde psy que celles à valence « névrotique », car ce n'est pas à lui, sinon ponctuellement, que ceux qui en souffrent s'adressent en premier lieu. Ce n'est pas dans l'espace discret du cabinet thérapeutique mais sur la scène sociale et juridique que de tels processus se jouent principalement, puisque leurs interlocuteurs sont en premier lieu les garants de l'ordre social et juridique et les dispositifs de restauration à disposition. Mais ici, à l'opposé de s'imputer sur un mode autodestructeur, l'événement, soit dans sa nature, sa survenue, son sens et/ou ses implications, le sujet victimé va se donner comme interlocuteur privilégié, sinon exclusif, le social et ses représentants, dont il va mettre en cause les normes et les valeurs. D'où la naissance de la notion de sinistrose née de la pratique expertale, puisque l'expert se trouve au carrefour de ces différents enjeux.

C'est à une toute autre discipline que la psychologie, la sociologie, que l'on doit une étude susceptible d'éclairer certaines des modalités victimales à forme sinistrosique et revendiquante, et d'en suggérer, par transposition, une lecture et une analyse affinée du processus y conduisant.
Cette étude menée par M. David-Jougneau (1989) porte sur le « dissident » selon une perspective qui, loin d'attribuer la dissidence à des seules caractéristiques personnelles présentées par le dissident, relevant par exemple d'une personnalité particulière ou d'une pathologie, et sans exclure totalement celles-ci. Elle s'attache à le penser comme un phénomène relationnel ou plutôt interactionnel entre une personne et une institution, autour de questions de normes et de valeurs.
Trois ordres de conditions sont apparues sembler nécessaires au développement de comportements dissidents :

[1] L.M. Villerbu et P. Pignol (2006), Approche sérielle en victimologie familiale : une conversion nécessaire dans l'analyse des situations de maltraitance et dans le travail psychosocial, p. 259.

a) des « conditions objectives » consistant en un divorce, un hiatus entre d'un côté les principes et les valeurs de référence auxquels le futur dissident se revendique et les normes internes de l'institution qui l'emploie. Ce décalage apparaît à l'occasion d'un événement quelconque qui fait révélateur.

b) il y faut également des « conditions subjectives », tout sujet confronté à de tels hiatus ne réagissant pas de façon identique, les uns par exemple se résignant, d'autres cherchant des voies détournées pour résoudre le problème. Sans être des marginaux, -ils étaient jusqu'au problème insérés de façon satisfaisante-, « ces individus n'ont pas intériorisé les normes dominantes et se trouvent dans une position, telle dans leur institution qu'ils en ressentent et en subissent les contradictions objectives » (M. David-Jougneau, 1989, p.79) Cela peut tenir à leur histoire individuelle, à leurs engagements (idéologiques, théoriques, politiques,…) ou encore à leur appartenance à un courant social nouveau.

> Dans tous les cas « ils proposent une autre manière de jouer leur rôle que nous appelons « la formule du dissident », formule « pragmatique » s'exprimant par leur comportement, qui se réfère au système des principes. Car le dissident n'est pas seulement quelqu'un qui n'est pas dans la norme. Il revendique ou pose d'emblée un autre système de valeurs qui sous-tend sa pratique et le légitime. En même temps qu'il dénonce le divorce entre normes et principes, il exige de l'institution comme de lui-même la mise en œuvre de ses propres principes. Il n'accepte pas qu'il y ait d'un côté ce que l'on croit juste, ce qui « devrait être » ou ce qui est conforme aux principes, à l'idéal, et de l'autre, « ce qui est » ou ce qui est conforme. Il ne renonce pas à l'idéal ni à le voir se réaliser dans la réalité sociale. C'est même cette « harmonie entre ses paroles et sa vie d'une part, et ses conceptions de l'autre », qui caractérise le dissident, selon Boukowski. [1]

c) Il faut enfin un scénario. Il se déroule en quatre actes, véritable processus, dénommé par l'auteur « scénario de la dissidence », et se développe de la façon suivante :

> … en quatre actes qui s'enchaînent inéluctablement, tel le « fatum » antique. Le premier est celui où prend naissance la « revendication » ou la dénonciation entre normes et principes… il est suivi d'un deuxième, celui de « l'affrontement institutionnel », lorsque l'institution ne donne pas satisfaction à la revendication de principe de l'individu. C'est au terme de cet affrontement qu'il « entre en dissidence » à proprement parler, dans un troisième acte où il transgresse la loi en faisant « appel au peuple ». Puis, quand cet appel est entendu, la question de sa « réintégration » se pose au quatrième acte, en même temps que celle de sa « réhabilitation » au sein de l'institution. [2]

Schématiquement résumé, ce modèle de la dissidence présente ici le double intérêt :

-de mettre l'accent sur le processus même du malentendu, là où Brissaud ne pouvait voir que de l'incompréhension c'est-à-dire un motif ne relevant que du seul sinistrosé ;

- de pointer un autre enjeu que celui de la reconnaissance du préjudice et sa juste réparation comme motif de revendication. Le dissident n'attend pas la reconnaissance d'un préjudice qui lui aurait été causé car ce préjudice est le point de départ à une revendication d'un tout autre ordre, celui d'une mise en adéquation des normes et des valeurs. Le préjudice initial ne demande à être reconnu qu'aux fins d'une démonstration dont l'objet est plus profond et essentiel ; il est exemplaire de la justice de la cause défendue.

---

[1] M. David-Jougneau (1989) : *Le dissident et l'institution ou Alice au pays des normes*, L'Harmattan, Paris, p.80
[2] *Ibidem*, p. 82

Sur ces bases, nous pouvons esquisser un autre tableau des positions victimales, hétéro-destructrices cette fois, dans lesquelles la culpabilité et la responsabilité ne sont pas portées par le sujet victimé, mais au contraire, par l'agresseur, le social, ses représentants… L'événement vient alors faire non plus sanction ou responsabilité, mais **quitus**, autorisation légitimant toutes formes de modalités appropriatrices, revendiquantes, transgressives, etc., et se rejoue alors ce en quoi normes et valeurs ont échoué pour le sujet à créer et maintenir du lien à soi et à autrui.

TYPOLOGIE DES SYNDROMES VICTIMAUX A DYNAMIQUE HETERO-DESTRUCTRICE

AXE des NORMES	Attaque des normes Dissidences Réorganisation du mode de vie sur un mode délinquantiel d'atteintes aux normes sociales ↑ → ?	? ↑ → ?
AXE Des VALEURS	Sinistroses ↑ → Conduites à risques	Problématiques de vengeance personnelle ↑ → Formes de nihilisme ?

Exemple n° 37 :

Un comportement « post-traumatique » de « jeu pathologique »

Cet homme, cantonnier de métier, était au fond d'une fosse quand un containeur plein de terre glisse et bascule sur lui. Il se trouve à moitié enseveli sous deux tonnes de terre et il faudra plus de deux heures pour le dégager. Il en ressortira avec le bassin fracturé et de multiples séquelles physiques handicapantes. Ce qu'il vit pendant tout le temps de la désincarcération est effrayant : portant des cuissardes, il a le sentiment que sous la pression extrême de la terre, ses jambes ont été broyées et que ses bottes se remplissent de son sang. Il mettra plusieurs heures à réaliser que ce n'était qu'une sensation et que ses jambes n'ont pas éclaté. Après plusieurs mois de soins, il reprend le travail sur un poste aménagé mais ne parvient pas à « reprendre pied dans la réalité ». Il consulte un an après l'accident sur l'insistance de sa femme qui le menace de divorcer tellement elle est excédée par ses comportements : il ne s'intéresse plus à rien, a désinvesti la vie familiale (il ne fait plus rien à la maison sinon regarder la télévision, délaisse les enfants, n'assure plus les tâches de bricolage…), est irritable, s'alcoolise quotidiennement et, parvient-il à difficilement dire, a dilapidé toutes les économies du ménage en quelques mois. Questionné sur la signification de ce dernier comportement, il dit que sa vie n'a plus de sens, qu'il a des envies de suicide, et que quand il joue (au tiercé) il joue sa vie à quitte ou double : s'il gagne, il pourra partir en laissant de quoi vivre à sa famille, s'il perd, de toutes les façons sa vie est « fichue » et rien n'a plus d'importance.

L'on peut alors voir dans ce comportement de jeu l'envers du « syndrome du risque zéro » dans la mesure où cet homme se met en danger, ainsi que sa famille, dans une confrontation répétée activement recherchée à ce qu'il vit comme étant le destin et s'en remet compulsivement à ce que celui-ci lui réserve comme sort. Le jeu ne va pas ici sans évoquer *a minima* dans son principe, la « roulette russe ».

Si, dans le syndrome du risque zéro, l'on a affaire à un sujet qui ne cesse de tenter de prendre en main son existence sur le mode d'un « toujours plus de précautions », ici c'est un « être soumis à l'aléatoire du monde» qui se laisse entrevoir, un être qui n'a prise sur rien, sinon sur la répétition elle-même en tant, aurait pu dire Lacan, qu'elle est résistance à la rencontre du réel, ici l'aléatoire.

La question se pose ici des rapports qu'il serait possible d'établir entre victimisation et agir violent, de nature sexuelle ou non, à partir de notre modèle du Travail psychique de victime. L'existence, dans la biographie de nombreux agresseurs, de violences traumatiques précocement subies, leur intolérance à certaines situations comme celle de conflit l'accent de plus en plus porté par la criminologie contemporaine sur les facteurs circonstanciels, précipitants parce que vulnérabilisants dans la survenue de nombreux comportements violents, etc., (B. Gravier, 2008), vont dans ce sens.

Ainsi, à partir de cette esquisse de typologie des positions victimales hétéro-destructrices, il semble possible d'imaginer, sur d'autres bases notamment que l'identification à l'agresseur, comment une position victimale peut donner lieu à des aménagements hétéro-agressifs et donner lieu à des agirs violents comme des modes d'aménagement victimaux.

De même, le modèle du TPV semble susceptible de contribuer à l'analyse et à la différenciation d'un certain nombre de troubles chez les sujets agresseurs, en permettant notamment de différencier ce qui relèverait chez eux de carences quant à leurs capacités à différencier de l'auteur et de la victime,

et cela en termes, soit de carences au plan des normes, soit au plan des valeurs. Et, au plan de stratégies thérapeutiques actives (B. Gravier et *al.* 2000), de mieux appréhender les modalités d'étayage internes et externes susceptibles de les aider, notamment dans une perspective de prévention de la récidive (D. Lafortune et *al.*, 2008). Elles permettraient en effet de rendre les intervenants plus sensibles notamment aux différentes modalités chez ces sujets de ne pas parvenir à concevoir de la victime et donc à appréhender leurs comportements comme source de dommages.

Conclusion

Quand s'échappe à nous brutalement le sentiment d'évidence que nous avons de nous-mêmes et de notre environnement, le monde surgit, hétérogène, étranger, hostile, et notre mode de présence usuelle s'en trouve suspendu.

C'est sans doute la prégnance non discutée des références, implicites et explicites selon les auteurs, au langage, qui a fait de l'expérience traumatique essentiellement une expérience de perte de représentation. Mais nous avons vu qu'appréhendée avec d'autres catégories, inspirées notamment du Droit, il était possible de la concevoir à partir d'un ensemble bien plus complexe de dimensions existentielles que celle de la seule « symbolisation ».

Le schéma des problématiques victimales invite, et c'est là une question d'option théorique :

- soit de ne considérer comme trauma psychique que les cas où l'image traumatique est centrale et omniprésente, le reste de la symptomatologie relevant du syndrome de répétition comme mode de défense ;
- soit de faire des positions victimales huit formes de syndromes psychotraumatiques, là où la littérature n'en reconnaissait qu'une, canonique.

L'une et l'autre ont leurs raisons qui tiennent à ce que :

- dans la première l'on privilégie une forme de répétition, -en l'occurrence l'image traumatique-, privilège tenant essentiellement à la référence exclusive au trauma ;
- dans la seconde le processus de répétition dans ses manifestations polymorphes telles qu'on peut les observer dans le syndrome de répétition, dans un primat accordé à la clinique.

Nous pencherons quant à nous pour la seconde, véritable réinterprétation de la symptomatologie non plus en des termes importés d'autres pathologies, mais comme signes de défaillances analysables à partir TPV et ses dilemmes. Il en ressort un éclatement du syndrome de répétition et son ordonnancement en 8 problématiques victimales ou, si l'on préfère, en 8 formes-types de symptômes psychotraumatiques, selon que ce qui y fait l'objet de la répétition qui, dans cette seconde occurrence, se définirait comme un processus pathologique général donnant lieu à des problématiques victimales différenciées selon le dilemme sur lequel elle porte.

PARTIE C

- Chapitre 3 –

LA GUIDANCE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE

DEFINITION, PRINCIPES, METHODES

PLAN :

Introduction

3.1. De la guidance projective à la guidance psycho-victimologique

3.2. La question du transfert et du contre-transfert en psycho-victimologie
- 3.2.1. Définitions du transfert et du contre-transfert
- 3.2.2. Les principales caractéristiques du transfert et du contre-transfert en guidance psycho-victimologique
  - 3.2.2.1. La dimension émotionnelle
  - 3.2.2.2. La question de la vérité
  - 3.2.2.3. Un engagement parfois nécessaire
  - 3.2.2.4. Devoir tenir une position normative

3.3. Les principales règles de l'entretien en psycho-victimologie
- 3.3.1. Un principe générique : la contextualisation
  - 3.3.3. 1. Les paramètres de la situation victimale
- 3.3.2. L'entretien initial
- 3.3.3. Les entretiens suivants
- 3.3.4. Des consignes

3.4. Le processus et les stratégies de changement en guidance psycho-victimologique
- 3.4.1. La dynamique de l'entretien
  - 3.4.1.1. Chercher l'impasse
  - 3.4.1.2. Explorer, solliciter des déplacements
  - 3.4.1.3. Chercher ce qui fait résistance à l'impasse
  - 3.4.1.4. La valorisation aux limites
- 3.4. 2. Le travail d'historiage
  - 3.4.2. 1. Questions de terminologie
  - 3.4.2. 2. Une analyse paramétrique du débriefing
    - a) Un ensemble de prescriptions
    - b) Un réel à constituer

Introduction

Nous allons dans ce chapitre aborder les principales des modalités d'accompagnement du TPV telles que nous avons été amenés à les élaborer et à les développer dans le cadre de notre consultation spécialisée, en réponse aux impasses auxquelles se trouvait confrontée une majorité des consultants, telles du moins que, dans les conditions de rencontre qu'elle offrait, ils pouvaient les exprimer et les partager ; il s'agit de la démarche clinique que, soumis nous-mêmes à la répétition, avons dû concevoir en retour pour nous en dégager et, ce faisant, aider les sujets à s'en départir.
Nous tenterons d'y faire nôtres les propos de C. Revault d'Allonnes quant à la démarche clinique propre à la psychologie clinique :

> L'enjeu est de taille, car il ne s'agit de rien d'autre que de construire et de mettre en œuvre – dans un contexte et avec d'autres objectifs et d'autres moyens que ceux promus par Freud dans la « révolution copernicienne » qu'il instaura en posant et en instrumentalisant la dynamique du transfert et du contre-transfert – *un ou des modèles de résolution de cette tension spécifique entre sujet et objet*. Ce qui ne peut se faire qu'au prix d'un renversement qui fasse de l'obstacle un moyen, de sa prise en compte une méthode – et conduit forcément à remettre en perspective et à redéfinir objectivité, subjectivité et leurs relations, à repenser la rigueur dans la démarche clinique, ses exigences, ses limites.[1]

Nous devrons ainsi :
- faire des positions victimales dans leurs singularités cliniques un moyen, un levier de changement, et non un obstacle ou un pis-aller, ou encore un effet d'après-coup ;
- faire de leur prise en compte une méthode avec son herméneutique propre centrée sur les quatre dilemmes inhérents à l'épreuve de réalité que constituent l'événement et ses retombées, et des impasses psychiques auquel ces dilemmes peuvent donner lieu.

Nous serons amenés à définir cette méthode comme une forme de **guidance**, dans la mesure où il s'agira de nous saisir des positions victimales comme les expressions, certes symptomatiques mais expressions malgré tout, d'un travail psychique à l'œuvre, afin d'accompagner et assister les sujets dans celui-ci.
Quant à la nature définie comme **psycho-victimologique** de cette guidance, elle se justifiera des particularités de l'espace clinique promu en ce qu'il se veut transcender les espaces et pratiques professionnelles et disciplinaires que sont la psychothérapie et la psychopathologie d'un côté, l'accompagnement judicaire et le droit de l'autre ; clinique en double référence :
- à un travail psychologique portant sur les interrogations en forme de dilemmes soulevées par le fait d'être victimé et de s'en trouver suspendu à l'événement à son origine ;
- à la victimité comme dimension sociopolitique possible d'inscription des troubles, avec tous les étayages possibles que cela peut offrir (qu'il y ait eu dépôt de plainte ou non).

[1] C. Revault d'Allonnes (2006), p. 46.

Dans cet espace, le fait d'avoir été victimé n'y est pas qu'un moment initiateur comme un autre d'une demande, mais constitue l'objet même du travail proposé.

Nous allons donc successivement consacrer un premier chapitre au travail de guidance proprement dit, en référence à la pratique de la guidance projective, un second aux principales modalités transférentielles/contre-transférentielles rencontrées en consultation psycho-victimologique pour, dans un troisième temps dégager les principales règles de l'entretien en psycho-victimologie, et enfin, dans un dernier chapitre, décrire le processus et les stratégies de changement mis en œuvre en réponse aux différentes formes d'impasses que sont les positions victimales et les syndromes victimaux.

3.1. De la guidance projective à la guidance psycho-victimologique

Le terme de « guidance » peut aujourd'hui sembler désuet et très en retrait par rapport à celui de psychothérapie, presque unanimement adopté dès qu'il s'agit de qualifier une pratique de changement, quelle qu'elle soit.

Mais il s'agit bien de cela : ne pas céder aux charmes d'un habillage parfois trop commode qui pare la pratique concernée d'une légitimité *a priori* ; résister à une qualification qui, à force d'être accordée aux dispositifs les plus divers, en vient à se diluer et perdre beaucoup de sa signification. Nous entendons certes nous situer dans le cadre de ce que P. Janet dénommait les « médications psychologiques » mais, parmi celles-ci, réservons la notion de psychothérapie au travail portant sur la structure d'un mode de fonctionnement psychique, travail essentiellement interprétatif visant à sa mise en crise et à son réaménagement.

Bien plus, le terme de psychothérapie n'est pas neutre et son adoption peut avoir des effets tout à fait concrets tant il est porteur, de façon plus ou moins explicite, d'un ensemble de références théoriques, d'une certaine conception de la mise au travail du sujet, d'une détermination de la place et de la fonction du praticien etc., qui ne sont pas sans effets en retour sur la pratique elle-même. Le terme n'est pas neutre et promeut un modèle tout à fait déterminé de l'approche clinique.

Or ce modèle n'est pas le mieux à même d'appréhender au plus près les particularités de l'aide psychologique aux victimes, telle du moins que nous la développons dans le cadre de la consultation spécialisée et dont nous venons de décrire les principales modalités de fonctionnement, notamment :

- son caractère généraliste impliquant de recevoir une diversité d'adresses dont la teneur est rarement celle d'une demande de psychothérapie, ce d'autant plus il ne s'agit jamais d'amener les sujets à une forme de travail qu'ils n'ont pas demandé ;
- ensuite sa raison sociale affichée, l'offre d'aide à des personnes confrontées au fait d'avoir été victimisées et aux problématiques psychiques singulières que cela peut engendrer ;

- son objet : ce que nous avons dénommé le TPV, travail impliqué par l'épreuve de réalité que constitue toute forme de victimisation, les questions de responsabilité et de culpabilité que cela soulève, et les impasses psychiques auxquelles cela peut conduire ;
- sa trame, au croisement d'enjeux psychiques et judiciaires puisqu'il s'agit d'y aider le sujet victimé à constituer son rapport à l'événement ainsi qu'aux aléas psychiques, juridiques et sociaux auxquels il se trouve confronté.

Il y a donc, à la différence de toute psychothérapie, une dimension d'**accompagnement** dans les modalités d'aide proposées, accompagnement du sujet dans les péripéties d'un parcours qui peut être ou judiciaire, ou intérieur, ou les deux. Il existe dans tous les cas un cadre contraint, celui formé par le TPV et ses enjeux, et c'est dans ce qu'il exige de lui qu'il s'agit d'accompagner sujet. La prise en charge a ainsi des axes prédéterminés et, sinon un objectif, du moins une trame.
Cependant, les acceptions du terme d'accompagnement supposent une présence physique au sein de l'espace tiers qu'il s'agit d'aider le sujet à affronter : l'accompagnement suppose un être-avec dans un contexte social qui a ses règles et ses modalités de fonctionnement propres, sur lesquelles le praticien n'a aucune prise. C'est le cas du parcours judiciaire, et l'exemple en est le type d'accompagnement proposé par l'INAVEM. Cet espace tiers peut bien jouer pour le praticien le rôle d'un médiateur, il reste autonome et insubordonné ; et ce peut être même son caractère imprévisible qui est recherché[1].
Or tel n'est pas le cas de la rencontre clinique ici en jeu qui, si elle se présente comme l'accompagnement d'un certain travail psychique, se réalise dans un cadre et suivant des règles prédéterminées et conçues à cette fin, dont le praticien est le responsable et le garant. Les événements extérieurs pourront certes interférer et jouer dans le contenu des rencontres et en forment souvent la matière première, mais sans aucunement affecter les modalités de les aborder, pas plus que sur le cadre strict des conditions de rencontre promues.

Le terme de guidance a donc semblé être le mieux à même d'affirmer et rendre compte, d'une part de cette dimension commune avec les psychothérapies de rencontres cadrées et réglées, d'autre part de cette finalité d'accompagnement d'un travail psychique particulier, à savoir le TPV.
La référence pourrait alors en être celle des *thérapies brèves* (E. Gilleron, 2004), si ce travail psychologique se donnait une certaine durée, par définition limitée, même si elle peut être reconduite ; or il n'en est rien ici car la rencontre peut durer le temps d'une seule séance, comme parfois plusieurs années.
Elle pourrait également être celle des « thérapies dites par objectifs », si ce n'est que l'objectif de la guidance psycho-victimologique ne suppose ni un programme prédéterminé, ni un objectif quantitativement évaluable. Le TPV n'est pas un parcours qu'il faudrait rigoureusement suivre, pas plus qu'un protocole à appliquer ; il est essentiellement une **trame** à partir de laquelle l'on va suivre le sujet dans la manière dont fait son propre chemin. Il ne s'agira par exemple pas de le resituer dans la chronologie prédéterminée du parcours judiciaire, mais de prendre ses interrogations et ses

[1] Dans un tout autre domaine, celui de l'accompagnement de groupes de patients psychotiques en séjours extrahospitaliers en offre un exemple typique ; voir P. Pignol et al. (1998) : *Les séjours sociothérapiques pour psychotiques. Un guide d'accompagnement*, Gaétan Morin Editeur, Québec.

perplexités telles qu'elles s'imposent à lui, et comment les réponses qu'il peut en concevoir dans la rencontre vont l'amener à d'autres interrogations, etc. Son « objectif » est le dépassement d'un état réifié à l'aide des possibilités de changement qui peut être sollicitées et mobilisées, dans le cadre de la rencontre.

Une méthode peut alors faire référence, la **guidance projective** (L.M. Villerbu et P. Pignol, 2006), et cela pour plusieurs raisons, même si la dimension projective concrètement soutenue par un matériel conçu pour cet usage et telle que développée dans les méthodes du même nom, peut sembler ici *a priori* absente. Mais si elle n'a pas la forme d'un matériel, l'on peut considérer que l'épreuve de réalité de l'événement en fait office de par le TPV et les interrogations contraignantes qu'il implique. Et s'il ne fait pas *stricto sensu* « matériel », **il fait, au sens de la méthodologie projective, consigne, en l'occurrence celle de « faire » « de l'auteur et de la victime ».** Quant à l'événement initiateur de l'épreuve, événement à constituer dans sa nature, ses acteurs, son sens, sa morale …, il fait, dans sa matérialité propre, littéralement résistance et, selon les sujets, chose à constituer ou énigme à résoudre ; en ce sens, il est très proche, sinon formellement identique, à un dispositif projectif, si l'on définit celui-ci comme une « prescription de désordre » (LM Villerbu, P. Pignol, 2006, p. 153). La différence est cependant que le praticien n'a pas décidé de sa nature et qu'il est lui aussi obligé au même travail de s'en former une représentation, cela à partir des dires du sujet à son propos.
En outre, la guidance projective se définit d'une méthode en trois temps :

<u>Temps 1</u> : temps d'exposition de la ou des consignes, de leur prise de connaissance par le sujet.

<u>Temps 2</u> : temps de mise au travail du sujet.

<u>Temps 3</u> : temps de mise en scène ou en jeu d'un problème ou d'une impasse.

E.S. Shneidman (1948) appelait cette procédure, qu'il avait inventée à partir de son MAPS, le « forçage des limites » (forcing the limits) et l'analyse que l'on peut en proposer aujourd'hui est qu'elle visait à littéralement tester les limites des défenses du sujet vis-à-vis de telle ou telle dimension de l'épreuve, tant dans sa matérialité que dans ses consignes. Sa particularité était de mettre à l'épreuve la capacité du sujet à faire sans elles, ou autrement dit, de **mettre en impasse les solutions qu'il s'était données pour soutenir l'épreuve** : une mise en impasse des modalités défensives qui ont clos un conflit ou un problème, ou ont permis son évitement.
Le procédé a pu être élargi au MAPS à tous les éléments de la production du sujet, et plus seulement, comme chez Shneidman, à des sphères affectivo-existentielles spécifiques. Ce pourquoi alors il paraît plus juste de la dénommer maintenant **épreuve aux limites**.

Le temps 3 suppose que le patient se soit mis en impasse, c'est-à-dire ait commencé de se répéter. Pour cela il faut supposer qu'il ait fait le tour de sa capacité du jour à répondre aux consignes et ne parvienne plus à élaborer autre chose que ce qu'il a déjà exprimé, qu'il se plagie, se

paraphrase ou redise exactement la même chose, et mette fin au jeu. **Mais il faut pour cela que la situation ait été conçue de telle manière qu'elle rende possible une telle répétition**, c'est-à-dire qu'elle fasse suffisamment contrainte, insistance, tout en laissant libre le sujet de répondre comme il l'entend ou le peut. Si la situation est trop ouverte, la répétition viendra sans doute, mais elle peut être longue à se manifester et n'est alors pas toujours aisément repérable ; si la situation est trop fermée, le sujet ne peut se déployer que sur le mode qui lui a été prescrit (comme dans les protocoles standardisés où le même matériel est soumis dans le même ordre à tous les sujets), et si répétition il peut y avoir, ce sera celle de l'ordonnancement promu par le praticien via le protocole standardisé de l'épreuve.

Il faut donc, pour que ce temps 3 soit possible, pour que survienne ce retour au même ou au semblable, que le sujet ait toute liberté de faire, mais avec un matériel restreint et des consignes plus contraignantes. A partir de quoi ce qui est sollicité est son déploiement personnel à propos d'éléments prédéterminés et limités, sur lesquels il est contraint de se donner une perspective personnelle, dont il explore les différentes opportunités de développements qu'elle lui offre, les ouvertures/fermetures qu'elle rend possible. Et c'est quand il les a épuisées toutes, à partir de sa perspective initiale, qu'il ne peut que revenir à son point de départ.

Mais pour appréhender dans sa pleine mesure ce processus, il faut que la procédure ait son corolaire au plan du système d'interprétation, et penser la production du sujet en termes de **séquentialisation** : une séquence est un développement et sa clôture, cette dernière signant l'épuisement du déploiement que la perspective initiale adoptée rendait possible : quand son horizon se clôt et qu'elle renvoie le sujet à son point de départ ou d'émergence, à la modalité initiale dont il s'était saisi de la situation.

Certaines situations cliniques que nous avons donné en exemple offrent une première approximation de ce que peuvent être les éléments de telles séquences en clinique psycho-victimologique : quand un patient prend la procédure par sa conclusion, ou quand il se focalise sur l'une de ses dimensions aux dépends des autres, quand il pense aux effets de la sanction sur l'agresseur avant même d'avoir déposé plainte, tout comme lorsqu'il se projeter d'emblée sur la question de l'indemnisation …

Le temps 3 consiste en un temps plus actif de la part du praticien puisqu'il va s'agir de soumettre au sujet ce qui, de son point de vue de clinicien, pose dans la production du sujet question ou fait problème. C'est une hypothèse sur ce qui l'a conduit à se répéter qui va être proposée au sujet, avec laquelle il va lui être demandé de travailler. **Cela revient à « empêcher » le patient d'échapper à la répétition ou plus exactement à ce qui l'a conduit à celle-ci.**

Ce dont il importe alors de bien prendre la mesure c'est que le problème posé par l'examinateur au sujet n'est pas à proprement parler le problème du sujet (qui finalement le résout par la répétition puis l'arrêt du jeu), mais ce que le praticien, en position de tiers, peut concevoir de ce qui fait la limite de la perspective initiale adoptée par le sujet ; et que *l'épreuve aux limites* consiste à demander au patient d'expérimenter jusqu'à quel point il est incapable, soit de mettre en œuvre d'autres solutions dans le cadre de la perspective initiale qu'il s'est donnée, soit de changer de point de vue initial.

Que se passe-t-il lorsque l'on met en impasse la répétition, « ce retour au même ou au semblable » ? L'épreuve aux limites se fait alors véritablement guidance, *id est* contrainte à élaborer autrement à partir de la même situation parce que ce qui (en hypothèse) conduisait le sujet à se répéter a été jusqu'à un certain point empêché.

La guidance ainsi définie se saisit de ce que le sujet élabore en séance et, en cela, elle suppose un travail d'analyse et d'interprétation dont il est restitué quelque chose au patient sous la forme d'une invitation à déplacer et/ou réaménager sa perspective initiale. D'impasses en épreuves aux limites et en réaménagements, un processus de changement s'initie, mais, à la différence des psychothérapies, à partir d'un cadre, de consignes et d'un matériel qui, eux, sont prédéterminés, et d'une procédure active instruite par le praticien.
C'est un travail formellement analogue, mais sur la question de la victimité, que met en œuvre la guidance psycho-victimologique et nous verrons plus loin selon quelles modalités pratiques : l'épreuve de réalité y joue l'équivalent d'un matériel projectif au sens où elle apparaît à la fois comme un réel contraignant et un « désordre », et le TPV celui d'un ensemble de consignes ou intimations à son propos : faire de l'auteur et de la victime, mettre en normes, en valeurs en personnages et en récit l'événement.
Quant à l'activité du praticien, elle consistera à tenter de faire impasse aux (éventuelles) formes symptomatiques spontanément mises en œuvre par le sujet, pour chercher avec lui d'autres modalités d'élaboration.

3.2. La question du transfert et du contre-transfert en psycho-victimologie

Dans la perspective d'une telle guidance, la question du transfert et du contre-transfert ne pouvait pas se poser comme en psychothérapie et encore moins en psychanalyse, le cadre n'y étant pas de même nature et ne mettant pas au travail pas les mêmes enjeux psychiques. **La prise en compte centrale de l'événement ou du contexte victimisant en déplace de fait les lignes de force et les enjeux.**
Nous allons brièvement examiner les principales acceptions que recouvrent ces deux notions afin de mieux en faire apparaître les spécificités en guidance psycho-victimologique.

3.2.1. Définitions du transfert et du contre-transfert

S'il faut en croire M. Neyraut (1981), le transfert est second, non seulement dans l'histoire de la pensée analytique puisqu'il a fallu un long temps à Freud pour qu'il en découvre la dimension centrale, mais surtout dans le processus de cure : il ne survient pas de rien. Ce pourquoi nous

débuterons ce très bref parcours consacré à ces deux notions clés par l'examen de ce que l'on dénomme le contre-transfert.

Contesté dans son principe même par J. Lacan, le contre-transfert représente aujourd'hui pour nombre de psychanalystes une dimension constitutive du dispositif de cure puisqu'il est considéré comme l'une des conditions même de possibilité du transfert. Le temps est en effet loin où Freud répondait à Jung lui ayant confié avoir eu des relations sexuelles avec une patiente que cela faisait en quelque sorte partie des risques du métier et qu'il était parfois bien difficile de résister aux séductions féminines (P. Denis, 2010).

Le phénomène contre-transférentiel a heureusement, depuis, bénéficié d'élaborations multiples qui en ont dégagé le caractère aussi universel que déterminant dans le processus de cure. Mais il a pour cela fallu se départir d'un certain nombre des préjugés négatifs qui y étaient attachés, notamment celui tenace qu'il contreviendrait à la règle de neutralité, serait source de distorsions et d'erreurs et représenterait toujours plus ou moins un obstacle au bon développement du transfert du patient. Alice et Michael Balint, peu avant la dernière guerre mondiale, décrivaient ainsi l'opinion largement majoritaire dans le monde analytique à cet égard : « Si, et quand, l'analyste a influencé la situation transférentielle par quelque autre moyen que l'interprétation, il a commis une lourde faute » (cité par P ; Denis, p. 11)

Il faudra notamment les travaux de Paula Hiemann et de Margaret Little pour voir formulée l'idée que le contre-transfert puisse représenter un outil d'investigation de l'inconscient du patient, dans une extension de la notion à toutes les impressions qu'éprouve l'analyste en écho à celui-ci.

Mais l'une et l'autre en restaient à l'idée d'un phénomène réactionnel au transfert du patient, et c'est à M. Neyraut (1974) que l'on doit l'idée qu'il représente la condition même de développement et d'expression de celui-ci, et non l'inverse : « Ce qui donne sa valeur de transfert aux investissements du patient dans la situation analytique est la manière dont ils sont reçus, c'est-à-dire interprétés par le contre-transfert de l'analyste, que cette interprétation soit implicite ou explicite » (Denis, p. 31-31).

A partir de là, le contre-transfert en vient presque à se confondre avec ce qui rend possible le processus même de la cure puisqu'il ne peut y avoir de transfert qu'à la condition que l'attitude générale de l'analyste le permette, et la première et plus essentielle de celles-ci en est qu'il se présente, selon P. Denis, comme un « anti-objet » :

> Si l'objet est bien « la métaphore topique de l'investissement », selon la formule de René Diatkine, on pourrait considérer comme objet externe, comme objet tangible dirait Michel Neyraut (1974), toute personne qui laisse s'installer sur elle-même un investissement libidinal organisateur. Nous définirons, à l'inverse, comme anti-objet toute personne refusant de se laisser investir de manière continue, dans une configuration stable, pour un autre sujet et susceptible de lui apporter des satisfactions directes. [1]

Cette définition tend à avoir été majoritairement adoptée, à certaines nuances près, et ainsi un auteur comme L. De Urtubey peut affirmer : « Par contre-transfert, j'entends le travail de l'analyste. Celui-ci est la contribution de l'analyste à la construction, au développement puis à la résolution de la situation analytique. » (1994, p. 1371). Ainsi, l'interprétation « se forge dans le contre-transfert et constitue l'aboutissement du travail de celui-ci » (1994, p. 1366).

[1] P. Denis (2010) : *Rives et dérives du contre-transfert*, Paris, PUF, p. 36.

Dans cette conception extensive, celui-ci n'est plus réductible aux affects de l'analyste, ni à ses conflits névrotiques, ni pur miroir du transfert du patient : Il consiste en l'activité globale de l'analyste (en psychanalyse essentiellement le travail interprétatif et de construction) et renvoie aussi bien à sa personnalité, qu'à sa technique et ses théories, voire pour certains à son travail de théorisation et d'écriture.

Ainsi conçu, le contre-transfert semble finalement bien mal nommé puisqu'il désigne la démarche clinique du praticien et vaut aussi bien pour ses interventions que son cadre, son dispositif et ses consignes. Il tient alors bien plus d'un **modèle général** (L.M. Villerbu, 1993) que des aléas de la cure (ou de la psychothérapie), aléas vécus du point de vue du praticien en écho au mode d'inscription et d'investissement développés par le patient.
L'invention de dispositifs, ou encore les aménagements apportés à ceux qui faisaient initialement référence, la création d'espaces et de modalités thérapeutiques (au sens large ici de pratiques orientées vers le changement) à la mesure des problématiques et populations nouvelles rencontrées, prennent sens des enjeux psychiques particuliers qui les caractérisent et qu'il s'agit d'y incorporer. En ce sens, la guidance psycho-victimologique fait, en elle-même, figure d'une pratique particulière du contre-transfert, conçue au plus près du sujet aux prises avec les effets psychiques au long cours qu'ont eu sur lui la traversée d'un événement extrême ou traumatique.

Si le transfert est bien structurellement second par rapport au cadre et à l'activité du praticien, peut-il être autre chose que les modalités d'investissement par le sujet du dispositif de rencontre, entendu dans toutes ses composantes ?
Actualisation d'un processus général propre à toute relation humaine, il n'est pas propre à la cure mais consiste en une « disposition » générale[1] qui va faire, dans son cadre, l'objet d'un « maniement » particulier puisque la rencontre analytique… « … n'est pas une interaction, mais l'analyse d'une interaction » (P. Denis, 2010, p.32), amenant le sujet à se confronter, via l'analyste, à lui-même ; J. Lacan aurait dit, à l'illusion d'un « sujet supposé savoir ».
Ca n'est que progressivement que Freud va en découvrir l'importance et, d'abord appréhendé comme un simple artéfact, le faire accéder à une dimension essentielle du processus analytique à partir de la notion de « névrose de transfert », ainsi définie :

> Pourvu que le patient veuille bien respecter les conditions d'existence du traitement, nous parvenons régulièrement à donner à tous les symptômes de la maladie une nouvelle signification transférentielle, à remplacer sa névrose commune par une névrose de transfert dont il peut être guéri par le travail thérapeutique.[2]

Cette « maladie » nouvelle devient « l'objet d'étude propre la psychanalyse » (P.-L. Assoun, 2007[3], p. 36) et consiste en la répétition, sous la forme d'un sentiment amoureux envers l'analyste, d'attitudes psychiques anciennes liées au développement de sa névrose. Assoun précise :

---

[1] Freud écrivait : « On ne doit pas croire que l'analyse crée le transfert et qu'elle ne survient que chez elle. Le transfert n'est que découvert et isolé par l'analyse », cité par P.-L. Assoun (2007), *op.cit.*, p. 37.
[2] .S. Freud : *Sur la dynamique du transfert*, cité par Laplanche et Pontalis (1997), p. 280.
[3] P.-L. Assoun (2007) *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Anthropos, Paris, 2ième éd.

> Ce que l'on retrouve comme creuset de la répétition, c'est ce que Freud désigne comme un « cliché » : « il se produit pour ainsi dire un cliché (ou plus) qui se répète régulièrement au cours de la vie, est à nouveau imprimé, dans la mesure où les circonstances extérieures et la nature des objets d'amour le permettent ». C'est là la posture subjective du patient, « sa nature propre, déterminée, telle qu'elle a été acquise par chacun dans ses années d'enfance », espèce de « programme » contenant ses « conditions d'amour », ses modes de satisfaction pulsionnels et ses buts propres.[1]

Si cette modalité du transfert vaut globalement pour la situation analytique (encore qu'il puisse exister de grandes différences entre praticiens quant à ce qui se ainsi trouve actualisé) dans laquelle tout converge à favoriser un processus de régression du patient aux conditions de constitution de sa névrose infantile, **qu'en est-il lorsque la proposition contre-transférentielle s'est élaborée sur d'autres enjeux et selon d'autres modalités ?**

Nous prendrons à titre d'exemple la réflexion de R. Mucchielli (1967) développée à ce propos dans son ouvrage *Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale*, approche grandement inspirée de deux auteurs, L. Binswanger et C. Rogers. Il met bien sûr particulièrement l'accent sur la relation thérapeute-patient comme facteur essentiel de la psychothérapie mais s'attache à montrer les incidences sur la forme qu'y prend le transfert selon les modalités de rencontre développées par le praticien. Il insiste notamment, à la suite de C. Rogers, sur le rôle déterminant de la « compréhension comme telle » (qu'il oppose ainsi à l'interprétation analytique) comme « puissant levier de changement » (p. 138) ; compréhension au sens phénoménologique d'un essai d'élucidation du **Dasein**, de **l'être au monde** du sujet, ou encore une analyse des structures spatiales, temporelles de sa présence ainsi que du mode d'être de sa corporéité, à savoir le corps tel non pas qu'il se mouvrait dans un monde extérieur auquel il aurait à s'adapter, mais en tant qu'il est déploiement d'un mode de présence, d'une modalité de se donner du monde, que ce soit par le mouvement, le projet qu'il s'en donne, la transformation qu'il en opère, les modes sensoriels à partir desquels il l'explore et se relie à lui, les modalités pathiques qu'il instaure à ce qui advient… Ainsi défini, cet essai de compréhension du monde du sujet comme moteur du processus de changement a comme corollaire une « attitude non directive et empathique » ainsi qu'une attitude générale caractérisée par « l'authenticité », la centration sur le patient, le « naturel » (comme mise entre parenthèses, ou en épochè, de tout présupposé personnel), qui doivent trouver leur répondant, non seulement dans les modes d'intervention du thérapeute (les différentes formes de reformulation), mais aussi dans le face à face comme seule disposition spatiale de rencontre congruente. Tout ceci conduit R. Mucchielli à réinterpréter le transfert selon quatre dimensions :

- comme distorsion de la rencontre thérapeutique par le mode d'être au monde morbide du patient. L'analyse des formes distordue dans **l'ici et maintenant** de la rencontre donne accès à cet univers personnel à partir de l'expérience qu'en fait le praticien : « L'ici-et-maintenant révèle l'ailleurs et toujours, et c'est pourquoi l'analyse de la distorsion actuelle apprendra au thérapeute quelque chose sur l'Univers morbide qu'il cherche à pénétrer, et *inversement* la compréhension de l'Univers morbide permettra de comprendre la manière actuelle de vivre la relation thérapeutique chez le malade » (R. Mucchielli, p. 205-206) ;

[1] *Op.cit.*, p. 46-47.

- comme des « expressions d'espoir de guérir, de confiance et de sécurité » (p. 211), sous-tendue par un « être en détresse cherchant du secours » (p. 213) ;
- comme l'identification du malade au thérapeute et aux « idéaux » impliqués par la psychothérapie, identification à un mode d'être non morbide ;
- les inductions de la situation thérapeutique elle-même telle que conçue selon les principales modalités décrites ci-dessus. Le transfert, dans sa nature et ses manifestations, est l'expression du côté du patient du mode de rencontre promu par le thérapeute. Citant L. Binswanger, R. Mucchielli note : « Car la rencontre est un être-ensemble dans un *présent intrinsèque*, c'est-à-dire dans un présent tel qu'il se temporalise absolument hors du passé, et porte aussi, absolument, en soi, les possibilités de l'*avenir* » (p. 231).

La « rencontre thérapeutique » apparaît fondamentalement comme un outil au service d'une clinique psychologique qui vise « à faire exister ce qui n'était pas », pour reprendre une formule de B. Jacobi (2006, p. 67), et ce qui s'y joue intimement lié aux particularités du dispositif clinique développé, aux questions et enjeux qu'il se donne et met « au travail » en tant qu'elles permettent au sujet une possible « mise en crise » de sa problématique. Comme l'a écrit B. Jacobi :

> Postuler l'existence du transfert signifie que celui qui parle dans un entretien n'improvise pas totalement ni ce qu'il dit, ni, surtout, la manière qu'il a de dire […] Il convient de considérer en premier lieu ce qui permet l'existence d'un entretien. Elle tient au fait qu'un sujet attend quelque chose d'un autre […] Ce qui importe pour que le transfert survienne est d'abord cette posture d'attente. Attendre de quelqu'un ou de quelque chose, telle est la définition normale du transfert. [1]

C'est ce pourquoi la nature du transfert qui s'y développe va être éminemment variable selon le cadre, les règles et l'activité qu'y mène le praticien.
Il n'est alors guère étonnant qu'en guidance psycho-victimologique elle prenne des formes singulières que nous allons maintenant nous attacher à décrire.

3.2.2. Les principales caractéristiques du transfert et du contre-transfert en guidance psycho-victimologique

Il est des situations cliniques où la neutralité contrevient à l'éthique dont pourtant elle se revendique, et il en est ainsi de la rencontre avec les sujets victimés.
Si, classiquement, la présence psy est d'abord absence, le problème est, qu'aussi bien en psychotraumatologie qu'en victimologie, les modalités classiques de cette « présence/absence » apparaissent à l'expérience presque, pour ne pas dire toujours, grandement contre-indiquées. Ferenczi, encore lui, a été le premier à mentionner l'importance déterminante, contre toutes les règles admises de son temps, de la nécessaire implication active du praticien dans ces rencontres :

[1] B. Jacobi (2006) : Eloge de la clinique dans l'entretien, In O. Douville (sous la direction de) : *Les méthodes cliniques en psychologie*, Dunod, Paris, p. 65-66.

> Il apparaît que les patients ne peuvent pas croire, ou pas complètement, à la réalité d'un événement, si l'analyste, seul témoin de ce qui s'est passé, maintient son attitude froide, sans affect et, comme les patients aiment à le dire, purement intellectuelle, tandis que les événements sont d'une telle nature qu'ils doivent évoquer en toute personne présente des sentiments et des réactions de révolte, d'angoisse, de terreur, de vengeance, de deuil et des intentions d'apporter une aide rapide pour éliminer ou détruire la cause ou le responsable. [1]

Ainsi, la très grande majorité des « spécialistes » contemporains de l'aide psychologique aux victimes s'accorde-t-elle pour affirmer qu'à l'encontre de l'attitude de neutralité à adopter dans la plupart des situations cliniques, la distance émotionnelle, la non intervention, le silence, etc., représentent autant de modes d'être à proscrire, au profit d'une position marquée au contraire par une présence et une implication actives, sans lesquelles le victimé risque de se trouver renvoyé massivement et de façon insupportable à sa détresse, au sens winnocottien du terme (C. Damiani, 1997 ; F. Lebigot, 2005).

Le long prologue de la *Confusion de langue*, que Ferenczi consacre aux problèmes transféro/contre-transférentiels avec certains de ces patients, nous invite à aller plus loin dans la réflexion et à devoir nous demander jusqu'à quel point les règles classiquement de mise dans la plupart des psychothérapies ne font pas courir le risque que ne se reproduise la confusion initiale : si l'ensemble des dispositions cliniques traditionnelles (cadre, consignes, techniques…) ne peuvent pas donner lieu au développement de ce qu'il faudrait alors appréhender comme **une nouvelle confusion de langue, entre victimés et thérapeutes cette fois**.

Car ce que Ferenczi a mis au cœur de cette rencontre, et en cela il ne pouvait sans doute pas être compris par son époque, ce n'est pas l'exigence éthique due au patient névrosé de ne pas prendre parti dans son débat moral, sinon pour l'aider à en rechercher les origines dans son histoire, mais la **relation de pouvoir**. **L'aventure thérapeutique avec les patients abusés est celle d'une rencontre « au risque » de l'emprise**. Tous ses essais d'aménagement des règles et du dispositif de la cure classique (l'analyse réciproque, l'invitation faite au patient d'exprimer ses critiques, s'interdire les interprétations toutes faites…) tendent à cela : établir une relation thérapeutique dont les règles puissent appartenir aussi au sujet, à l'inviter à y prendre sa place et non à se plier à celle prédéterminée qui lui est accordée.

Mais ces aménagements montrent en même temps à quel point certaines modalités de suspension de la présence du praticien comme « personne » ne peuvent pas se concevoir avec les patients victimés de la même façon qu'avec les névrosés, tant il semble impossible, au moins à certains moments et selon des modalités devant être très clairement précisées, ne pas développer une implication beaucoup plus active. Nous en avons relevé plus haut un remarquable exemple avec S. Stewart.

[1] S. Ferenczi (1932) *Journal clinique*, In (2006) Le traumatisme, Petite Bibliothèque Payot, p. 74.

Il s'agit donc d'ouvrir à une réflexion essentielle, mais encore trop peu abordée à l'exception de quelques travaux (C. Lachal, 2006 ; L. De Urtubey, 2005), sur les singularités du transfert et du contre-transfert dans la prise en charge des patients victimés et psycho-traumatisés[1].

Au-delà du caractère unique de toute rencontre entre un sujet et un psychologue, chaque grande forme de problématique psychique a en propre de confronter le praticien à des éprouvés contre-transférentiels dominants, particuliers dans leur nature : étrangeté, impuissance, vacillement des repères communs, confusion, panique, vacuité de la pensée… Ainsi H. Searles (1977, 1979, 1986), mieux que tout autre, a su nous faire partager ceux propres à la rencontre avec les patients psychotiques. Quant au sujet hystérique, il fait notamment connaître au thérapeute la difficile expérience de la castration, mieux mis sur un piédestal pour en être bientôt délogé comme un usurpateur (L. Israël, 1971).

Celle avec les patients victimés n'échappe pas à cette règle et nous allons nous efforcer d'en décrire ce qui nous est apparu à l'expérience en constituer les caractéristiques les plus remarquables, ainsi que les questions particulières qu'en écho elles suscitent immanquablement chez le praticien, pour autant que celui-ci y soit attentif et ne craigne pas en retour d'y ajuster son dispositif, son mode de présence, son approche et ses interventions.

Nous les avons différenciées en quatre dimensions principales.

3.2.2.1. La dimension émotionnelle

C'est une évidence de mentionner que la dimension émotionnelle s'y impose presque toujours d'emblée de façon massive. Qu'elle ait été individuelle ou collective, la catastrophe infiltre de toutes parts l'espace et la temporalité de l'entretien, selon d'ailleurs deux grandes formes opposées que l'on retrouve au cœur de toute clinique de l'urgence : l'émotion débordante d'un côté, l'émotion figée ou stuporeuse de l'autre, l'agitation ou la sidération, la panique ou l'effroi, d'un côté un être qui se présente sans défenses, submergé par l'indicible, en recherche éperdue de secours, d'un pare- excitations, d'une contention ; de l'autre un être qui s'est absenté dans un ailleurs énigmatique, hors de lui-même ou hors du monde.

Souvent, à distance de l'événement, elles laissent place à des manifestations émotionnelles dont la nature oblige à penser un autre couple d'opposés pour en rendre compte : il s'agit des affects dépressifs *versus* affects d'angoisse, les premiers appelant à l'empathie, au partage et à ses possibles débordements, les secondes instaurant une distance qui peut être excessivement prudente. Ils renvoient sans doute à des tentatives par le sujet de régulation de la distance à la situation d'entretien et au praticien, et ce dernier fera également l'expérience tantôt de l'émotion littéralement sidérante, tantôt d'un étonnant détachement.

Le caractère fréquemment banal des circonstances dans lesquelles les événements relatés, quant à eux exceptionnels, se sont produits, au plus près du quotidien de tout un chacun, n'est pas pour rien dans le risque pour le professionnel de se trouver submergé lui-même par une intensité et

[1] Elle est cependant beaucoup plus travaillée outre Atlantique. Voir par exemple L. A. Pearlman et K. W. Saakvitne (1995) : *Trauma ant the Therapist. Contertransferance and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*, Norton, New York.

une pluralité d'émotions à nulle autre équivalentes : **il s'agit toujours de l'irruption dans la trame existentielle commune d'un impossible, d'un imprévisible, d'un inimaginable, etc**., parce que la catastrophe est tout cela par définition, et que nous sommes tous alors, dans notre condition même, interpellés.

Ca n'est pas un hasard si le caractère potentiellement « contagieux » du trauma a été évoqué par certains auteurs, sous le terme notamment de « traumatisme vicariant », tant la rencontre avec une victime confronte d'emblée le praticien à un afflux émotionnel parfois difficile à « absorber ». Bien que cette notion, ou ses équivalents, soit fortement contestée par certain auteurs au nom de ce que seule la rencontre avec la mort et la perte subséquente par le sujet de son sentiment d'immortalité puisse être au sens strict du terme traumatique (F. Lebigot, 2005) cette vicariance rend compte de nombreuses réactions contre-transférentielles ; et qu'elle tienne son mécanisme à une identification au vécu du victimé n'en protège pas pour autant le praticien.

La neutralité émotionnelle du psy peut alors sembler d'autant plus incontournable qu'elle parait constituer une protection nécessaire, si ce n'était qu'elle risque à l'inverse d'être ressentie par le sujet comme une indifférence insupportable. Cette distance protectrice se cache parfois derrière le souci apparemment louable d'éviter au sujet victimé « de le faire encore souffrir » en l'amenant à évoquer les événements, et a d'ailleurs généralement pour effet de paralyser toute expression. Mais elle peut également être le signe d'un émoussement émotionnel décrit dans les phénomènes de « burn-out » ou d'usure professionnelle.

Dans tous les cas, la difficulté sinon l'impossibilité, du praticien à entendre l'horreur de certains actes auxquels le patient a pu être soumis, peut renforcer les mécanismes de défense à forme de déni et de clivage chez ce dernier. Car ce qui vaut pour les sujets psychotiques valant également pour les patients victimés, ceux-ci n'aborderont certains des aspects de leur expérience que s'ils sentent que le praticien sera en mesure de les supporter[1].

Il arrive cependant à l'inverse, que des sujets, par une perte massive de pudeur liée à certaines formes d'agressions ou encore chez certains par compliance excessive à ce qu'ils pensent être attendu d'eux, expriment des pans d'expérience bien trop prématurément et en voient leurs éprouvés de honte démultipliés, au risque d'aggraver leur vécu de souillure et d'indignité et d'interrompre le suivi sans retour.

La première des difficultés sera donc de parvenir à s'ajuster à cette dimension pathique massive sans verser, soit dans une émotion débordante qui ne serait que le reflet en miroir de celle éprouvée de façon paniquante par la victime, soit dans une distance apparaissant tout aussi inappropriée parce qu'elle risque d'alimenter les vécus de solitude et d'abandon inhérents à toute expérience victimale.

Sans doute la première condition est-elle de ne pas s'effrayer, ni se culpabiliser, de ces mouvements émotionnels parfois si intenses pouvant traverser le praticien, ne pas tenter de les censurer comme intempestifs et parvenir à les utiliser comme de précieux indicateurs de ce que vit dans l'ici et maintenant le patient, ou au contraire de ce qu'il ne parvient pas à actualiser dans la situation et, s'ils

[1] Voir à ce propos H. Searles (1979) : Le patient thérapeute de son analyste, In *Le contre-transfert*, Paris, NRF.

sont par trop débordants, de les expliciter. Et quand des images traumatiques persistantes émanant de ce qu'a traversé patient infiltrent le psychisme du praticien sans qu'il ne parvienne à en élaborer quoique ce soit, il importera d'avoir rapidement recours à une supervision.

Cependant, cette indispensable mise au diapason émotionnel du sujet victimé n'exclue pas, au contraire, que, dans certains cas, elle s'accompagne d'une attitude de fermeté : témoin ce premier entretien avec une femme dont le parcours de vie avait été extrêmement difficile, émaillé notamment de plusieurs événements traumatiques, qui n'avait cessé d'éclater en sanglots pendant une heure au point que ses propos en étaient difficilement compréhensibles, et à qui il a semblé opportun de dire, sans agressivité mais fermement que, si elle voulait de l'aide, il allait lui falloir cesser de pleurer ainsi sans arrêt et se « reprendre en mains ». A la seconde rencontre, elle était nettement plus posée et il fut alors possible d'échanger de façon constructive sur ses problèmes. Il est ainsi, comme l'a mentionné F. Lebigot, des « libérations émotionnelles » qui n'ont rien de « cathartiques » parce qu'elles ne sont pas accompagnées de l'indispensable verbalisation qui leur donne sens et leur confère une dimension maïeutique sans laquelle elles ont quelque chance de prendre sens et de s'intégrer.

3.2.2.2. La question de la vérité

Il n'y a classiquement pour le « psy » de vérité que subjective, et c'est au titre de celle-ci, et de son respect absolu, que se justifie une autre forme d'abstention fondatrice de sa présence singulière. L'expression de « vérité subjective », qui joue d'ailleurs du caractère antonymique des deux termes qui la composent, ***dit à la fois une forme de conviction sinon de certitude (une vérité) et sa relativité (généralement référée à une histoire singulière), ce qui est « vrai » pour l'un ne l'étant pas nécessairement pour l'autre***. La vérité subjective ne souffre donc pas discussion, elle ne s'argumente pas, mais fait l'objet d'une herméneutique (L. Binswanger, 1970), c'est-à-dire des hypothèses et interprétations qu'en rend possible le dispositif clinique et la théorie du sujet qui lui donne sens.

Cette conception est pourtant également grandement mise à mal par la rencontre victimale. C'est encore Ferenczi qui, le premier, a attiré l'attention sur l'importance des réactions du professionnel au contenu du récit du patient lui relatant les abus qu'il a pu subir. Ainsi se demandait-il si un patient pouvait, ne serait-ce que commencer de faire confiance en ses propres ressentis et en ses souvenirs, si son thérapeute, par son attitude générale et ses interventions, ne semblait pas y croire pleinement, de façon explicite, et surtout, peut-on penser, authentique. Et l'on aurait tord de croire que le renvoi en miroir de la question de la crédibilité (du style : vous avez des doutes ?) puisse résoudre véritablement la question, car plus ou moins rapidement elle insuffle un surcroît de doute : « s'il me pose la question c'est qu'il se la pose et qu'un doute existe chez lui en miroir du mien ; je ne peux donc pas me faire confiance ». Ces patients savent très finement percevoir la différence parfois subtile entre une exploration compréhensive de ce qu'ils ont subi sans toujours véritablement se le représenter, et des questions qui visent une recherche d'éléments de réalité pouvant faire pour le praticien preuve, en tout cas attestation objective : différence entre une investigation cherchant à

aider le victimé à sortir de la confusion dans laquelle il se trouve et une approche que l'on pourrait qualifier de détective. C. Lachal écrit à ce propos :

> Cette situation est fréquente lors des consultations sur le terrain, en contexte de guerre on de catastrophe, avec le doute qui s'insinue à propos de narrations qui semblent confuses, ambiguës et les cliniciens tombent alors dans une forme de précipitation à obtenir des éclaircissements, à prendre parfois une attitude d'enquêteur, comme pour se soulager d'une angoisse née de la cohérence parfois limite du récit. [1]

A moins qu'il ne développe une orientation théorique et clinique excluant *a priori* toute prise en compte de l'éventuelle réalité d'abus ou autres événements psychotraumatiques, et appréhendant exclusivement ceux-ci comme des éléments parmi les autres du processus associatif, -une position qui rendrait la question non recevable, hors champ de sa doxa-, nul praticien confronté à un sujet victimé ne peut pas ne pas être interpellé par cette question et ne pas s'interroger, ne serait-ce qu'un instant, sur la dite réalité ou non des événements relatés : c'est là le second aspect marquant de la rencontre avec le sujet victimé. **La question n'est plus ici d'ordre théorique quant à la définition du trauma et de ses étiologies possibles, mais celle, praxique, du positionnement du praticien à l'égard d'allégations de victimisations.**

Le problème est d'autant plus crucial qu'il ne saurait être éludé, -ce serait déjà une forme de positionnement-, et que de la réponse qui va y être apportée (même non formulée) dépendra grandement le devenir de la relation (son éventuelle poursuite ou son interruption). Car la « croyance » du thérapeute en la réalité des « allégations » du sujet devient une condition minimale pour que celui-ci puisse retrouver des repères internes suffisamment assurés (à l'opposé de la confusion des langues et du désaveu) pour ne plus avoir à s'en remettre à autrui et puisse se dégager de l'emprise à laquelle il est assujetti. Question certes devenue contemporaine avec la possibilité offerte (ou l'obligation, selon la lecture qui en est faite) d'une levée du secret professionnel notamment en cas de situations de maltraitances à enfant, mais qui n'est pas que liée à cette conjoncture nouvelle et s'avère partie intégrante de toute approche psycho-victimologique. Car même quand la catastrophe, intime ou collective, est attestée par des éléments de réalité incontestables, le doute peut être malgré tout présent chez le victimé, doute lié à ses sentiments d'irréalité et qui, infiltrant la rencontre, sont également éprouvés par le praticien ; et le sentiment d'irréalité ne tient pas alors au fait que l'événement soit ou non survenu mais à son assomption ou acceptation comme tel, *versus* à son déni ou à l'incapacité d'en élaborer une quelconque représentation.

Le praticien doit-il s'en tenir à tout prix à une position de neutralité quant à la réalité des événements relatés ? Ou doit-il se former une opinion, et si oui, sur quelles bases ? Et enfin, à partir de quoi concevoir une réponse et comment la mettre au travail ?
Les références manquent singulièrement en la matière et nombreux sont ceux qui en sont restés aux assertions de Freud quant à l'impossibilité de faire la part des choses entre fantasmes et réalité, sur

[1] C. Lachal (2006) : *Le partage du traumatisme. Contre-transferts avec les patients traumatisés*, Editions La pensée sauvage, p. 59.

laquelle, nous l'avons relevé avec de nombreux auteurs, il est implicitement revenu et dont une bonne part de ses écrits montre qu'il savait fort bien les distinguer. Il n'est d'ailleurs pas si difficile de faire la différence entre un fantasme et un événement de réalité et les apports récents de la clinique des « traumatismes » offrent suffisamment d'éléments fiables pour que l'on soit à même de distinguer une construction fantasmatique d'un événement de vie, même lacunaire et contenant des éléments de souvenir écran. Pour s'en tenir aux récits traumatiques et à leurs ambiguïtés, ils présentent des caractéristiques qui permettent de les distinguer avec fiabilité des constructions fabulatrices et plus encore avec des formations délirantes, par exemple. Le problème n'est pas celui de l'indécidabilité (pour reprendre une formulation de C. Janin, 2005) de la réalité : celle-ci procède en psychanalyse d'une option technique et n'interdit pas de penser parallèlement, comme le fit Freud, l'importance au plan étiologique des facteurs de réalité ; elle est à concevoir non comme un fait objectif ou une certitude théorique définitivement établie, mais comme un **parti pris** : en psychanalyse, il ne faut pas s'en occuper, ou s'en occuper dans le strict cadre du travail sur les fantasmes originaires, comme dans l'exemple de la psychanalyse de *L'homme aux loups*[1]. Tout d'ailleurs concourt, dans la structuration de la situation analytique, comme par exemple l'attention flottante, à ne pas différencier ces deux registres, si bien que, n'ayant pas été conçue pour cela, elle ne peut pas être considérée comme un cadre clinique véritablement pertinent pour distinguer fantasme et réalité,. Alors la question est de savoir si le dispositif, pertinent pour les psycho-névrosés, l'est aussi pour les psycho-traumatisés et c'est alors celle, peut-on estimer, de son indication pour les seconds qui est soulevée.

Pourtant, si l'on en croit L. De Urtubey, le problème s'y pose également. Elle écrit ainsi :

> Le rejet par nombre d'analystes des souvenirs ou des traumatismes infantiles des patients constitue, à mon avis, une erreur technique, surtout s'il est formulé *a priori*. Ce refus ferme le champ analytique, humilie le patent, « accusé de mentir ». Tout n'est pas fantasme, tout n'est pas réalité, le processus analytique le montrera. Ou pas et nous garderons notre incertitude sans la dénier par des affirmations rassurantes mais peut-être inexactes. [2]

Comment alors convient-il de se situer par rapport à cette indétermination ? L'issue viendrait de s'interroger sur ce qui fait doute chez le patient lui-même car il s'agit bien là d'un problème à penser en termes contre-transférentiels, c'est-à-dire comme le problème du patient devenu celui du praticien : son doute ne peut être que le doute en miroir de celui du patient, et sa tâche sera de convertir ce doute en autre chose que celui-ci, puisqu'il **fait problème**.

C'est semble-t-il la position soutenue par L. De Urtubey quand elle affirme : « Le problème est celui de comment saisir l'instrument apte à réussir le travail avec cette indécidabilité, qui n'est autre que le contre-transfert. » (p. 94) Mais à la condition de ne pas réduire celui-ci, comme elle le fait plus loin, à une « opinion », car, écrit-elle, « L'analyste ne peut s'empêcher d'avoir une opinion plus ou moins fantasmatique, dépendant largement sinon totalement de son contre-transfert puis de l'auto-analyse de celui-ci » (*ibid.* p. 94). Formulation surprenante et à tout le moins profondément ambiguë,

---

[1] L'on peut se demander si Freud, dans son insistance à rechercher des éléments de réalité à la scène primitive, n'est pas, à travers cette recherche, en train de tenter de la constituer là où précisément son absence signerait un accès défaillant à la structuration œdipienne : en reconstituant la scène primitive, il amènerait l'homme aux loups à constituer une triangulation.

[2] L. de Urtubey, *op. cit.*, p; 99.

car une opinion, de surcroit qualifiée de proche d'un fantasme, même formée dans le contre-transfert, est essentiellement affaire de choix, d'option personnelle, mais ne relève certainement pas d'un point de vue étayé par la clinique. Serait-ce que différencier un souvenir traumatique et un fantasme ne relèverait d'aucune expérience professionnelle ni d'aucune récursivité ?

Le plus étonnant vient de ce que cette « opinion » puisse être d'abord conçue comme doute du patient puis comme fantasme du thérapeute, opérant une sorte de clivage entre les deux, ce qui interdit de penser, sinon comme problème contre-transférentiel d'un doute qui ne devrait pas être, ce qui se joue là. L'opinion du thérapeute serait un obstacle au travail d'élaboration. Mais alors, doit-il cesser de se poser la question ou bien doit-il se doter de critères cliniques pour étayer ou infirmer une première « opinion » et, en cas de réponse affirmative, lesquels ?

En réponse, L. De Urtubey en revient finalement à son point de départ : « La réalité psychique est, en soi, tout comme la réalité externe, indécidable. Cependant, dans la cure, nous avons besoin d'opter et nous le faisons régulièrement » (p. 99). Et pour conclure une illustration clinique de ce processus, elle écrit : « Sans le crédit que j'avais accordé à mon sentiment contre-transférentiel, tout cela n'eut pu être élaboré » (p. 99). D'autres encore, comme F. Chaumon, s'en réfèrent alors à l'éthique et à l'expérience pour en conclure qu'il reviendra au thérapeute, et à lui seul, « de savoir s'il assume la position transférentielle dans laquelle le place le patient » (2005, p. 33)

Au fond, mettre en avant l'une et l'autre sans préciser sur quels éléments cliniques précis se forme l'option prise, c'est en rester à une sorte de pratique occulte parce que ne pouvant, ou se refusant, à analyser ses critères implicites (mais que l'on peut espérer tout à fait cliniquement observables) sur lesquels se fonde l'option prise ; sinon, devrait-on en conclure que l'on lit dans son contre-transfert comme on lit dans les cartes ou les lignes de la main ?

Le dilemme sera résolu, au moins en théorie, si l'on admet que le praticien développe à l'égard des dits du patient une double écoute et une double analyse :

- celle de la possible inscription des faits relatés dans un cadre normatif (juridique ou socio-moral ou autre) qui permette d'y soutenir à ce plan de la véracité des faits et qui permet de croire, dans le récit qu'il en offre, le sujet comme **témoin** de l'invraisemblable et de l'insupportable de ce qu'il a vécu ;
- celle de son vécu des faits qui relève, quant à lui, de sa subjectivité, dont la nature des modes de défenses qu'il met en œuvre pour s'en dégager.

3.2.2.3. Un engagement parfois nécessaire

La question victimale n'est pas, on l'aura compris, celle du pulsionnel, mais celle que J. Gortais (1999) avait nommé, à propos du viol, le « déni d'altérité », G. Lopez l'exclusion symbolique (1997), C. Damiani (2004), dans le prolongement de C Barrois, la « rupture communautaire » ; ou ce qu'O. Douville (2009), dans la perspective anthropologique qui est la sienne, désigne comme celle de sujets pris dans une « mélancolie du lien ». Car même si cela n'a pu se jouer que l'espace d'un instant, la question victimale est, au-delà de celle de l'injustice, question d'atteinte au lien unissant le sujet au monde et à sa collectivité ; et cela plus encore quand les institutions sensées le restaurer

comme « sujet de droit » se sont elles-mêmes montrées défaillantes et qu'il se trouve alors doublement exclu de sa communauté. Elle est au fond bien plus politique que morale et c'est ce en quoi elle renvoie le psy à sa responsabilité de praticien (R. Samacher, 2006) et du citoyen que, du fait de son métier, de sa contribution sociale, il est aussi, même si son espace clinique et d'intervention s'élabore en suspension de certaines des règles communes de relation et d'échange.

La croyance raisonnée du praticien en la réalité ainsi définie de ce que le sujet victimé a pu traverser ne suffit pas toujours, loin de là, à restaurer la possibilité retrouvée d'une relation d'altérité par trop atteinte dans ses fondements, et il peut lui être demandé plus : d'en témoigner lui-même, en lieu et place du patient, à la demande et au nom de celui-ci, face à des tiers institutionnels ou des professionnels dubitatifs quant à l'authenticité des dommages subis, ou peu enclins à les entendre ; d'attester par sa parole de professionnel et de l'autorité qu'elle lui confère, de la légitimité d'une plainte et des motifs au nom desquels elle se formule.
Il peut même être le seul, le dernier, quand toutes les autres ressources ont été épuisées, qui puisse encore infléchir ce qui se dessine comme un désaveu social, cela parce que le cadre qu'il propose et la relation transférentielle/contre-transférentielle qui a pu s'y nouer, rendent possible une certaine expression de ce qu'a traversé le sujet, mais encore insuffisamment élaborée et apaisée pour que lui-même puisse s'en faire le porte-parole.
Le praticien aura bien sûr à évaluer de la réelle opportunité d'un tel document et, pour cela, s'informer très précisément de l'usage qui en sera fait. Il s'assurera également que le sujet est bien d'accord sur son principe, ainsi que sur ce qu'il deviendra dès lors qu'il le transmettra à qui de droit. Certaines circonstances peuvent en effet contre-indiquer la rédaction de tels certificats qui, selon un « effet boomerang », se retourneraient contre les intérêts du patient, et il faut en ce cas refuser en lui en donnant les raisons détaillées.

Mais témoigner ou attester de quoi, peut-on d'abord se demander, sachant que ce qui s'élabore en entretien est d'abord à usage interne, pourrait-on dire, et que ce qui vaut comme vérité dans ce cadre ne peut valoir, en tout cas pas tel quel, pour d'autres cadres et d'autres usages ? Jusqu'à quel point le récit co-construit n'est-il pas une fiction et peut-il être détaché des conditions qui lui ont permis d'émerger et de se former ? Et quelles inductions réciproques ont-elles éventuellement pu jouer ?
Cela suppose de la part du praticien un exercice de **dédoublement**, au sens où il va devoir porter un regard extérieur sur la rencontre pour en extraire et isoler un certain nombre d'éléments cliniques. Il va devoir faire la part des choses entre ce qui relève de la singularité de la rencontre et notamment de son contre-transfert, et ce qui peut être reconnu par d'autres professionnels comme des éléments « objectifs », ou du moins reconnus par la communauté scientifique comme signes de- ; en l'occurrence signes de trauma, de position victimale, de syndrome psychotraumatique, de lien d'emprise…, tout ce qui peut faire traces significatives et admises de la crédibilité d'allégations d'une victimisation.

Il y a en outre nécessité d'un véritable travail de traduction de ces éléments en un langage qui s'adresse à un ou des tiers, mais aussi au sujet lui-même, car il faut aussi qu'il se reconnaisse dans l'image que le certificat va donner de lui. Chaque mot, chaque expression, doivent être soupesés pour parvenir à rendre compte à la fois de son histoire et de l'impact de celle-ci, et de ce dont il souffre à la fois en termes de symptômes et de vécu subjectif.

Ce doit même être à notre avis une condition préalable à toute rédaction de ce type, et elle exige d'être explicité d'emblée : d'une part, (cela va de soi mais il faut le lui préciser), le certificat lui sera remis à lui et à lui seul, à sa charge d'en faire ce qu'il veut ; en outre il doit être informé qu'il devra le lire et donner son accord sur son contenu, au mot près, et qu'en cas de désaccord il aura toute liberté non seulement de le dire, mais de demander, et d'obtenir, des corrections dont la nature sera discutée avec lui. Y a-t-il des éléments manquants, des éléments qu'il ne veut pas voir figurer, des mots ou phrases qui le gênent ou avec lesquels il est en désaccord ? Tout peut être révisé, à la condition que le praticien continue bien évidemment d'être en accord avec ce qu'il modifiera de son écrit initial. Ce fut le cas avec une patiente pour laquelle il fallut des échanges quasi quotidiens de messages via internet pendant plusieurs semaines, pour parvenir à une formulation satisfaisant à toutes ces exigences.

Mais c'est aussi pour le sujet l'occasion d'appréhender quelque chose de la représentation que le praticien se forme de lui et de son problème, ainsi que de la nature de son engagement professionnel et personnel. Est-il prêt à mettre le poids de son autorité, de soutenir face à des tiers ce qu'il dit comprendre, contre l'incompréhension à laquelle se heurte le patient ? Il est clair ici qu'une dimension de la relation thérapeutique, conçue sur le modèle de l'analyse, s'en trouve mise à mal, celle qui veut que le praticien doive rester un « anti-objet » et se dérober sans cesse au « rôle d'objet auquel aimerait le fixer le patient », pour reprendre les propos d'A. Green (cité par Denis, p. 37). C'est ce pourquoi aussi la rédaction peut en être si délicate, car à un certain niveau, implicite, elle doit n'en pas rester à un regard objectivant et tenir, aussi, d'une restitution au sujet de l'idée que le praticien s'est formé de son problème et des origines de celui-ci.

Un tel engagement expose sans doute au risque d'une surimplication dans la relation au patient, ainsi que de faire de la consultation un espace militant, de prise de parti politique ou sociale, qui en perdrait dès lors tout son pouvoir « thérapeutique ».

Cependant, à la condition de ne pas se prendre pour le « bon objet », le sauveur ou le « redresseur de torts », de bien en peser les motifs et les conséquences possibles et de limiter cette forme d'acte aux situations dont l'on pense que professionnellement elles se justifient d'aider le sujet à sortir d'une impasse qui ne tient pas à lui, ces risques sont limités.

Il conviendra également de bien prendre certaines précautions minimales indispensables comme :

- de s'assurer que l'on ne se substitue pas ou l'on n'entre pas en concurrence avec un autre professionnel (un expert par exemple) ou à une instance de décision ;
- ne pas émettre des avis à caractère juridique, policier, etc., comme de désigner une personne comme auteur si elle n'a pas déjà été condamnée.

Alors le praticien en psycho-victimologie sera légitimé à intervenir « dans le réel » (D. Zucker, 2001) ou à jouer activement le rôle de « témoin solidaire » (A. Miller, 2004), ce qui, si l'on prend comme

référence le code de déontologie des psychologues et l'analyse qu'en propose R. Samacher (2006), ne pose finalement pas problème, s'il s'est bien assuré qu'il agissait dans l'intérêt du patient ainsi qu'en respect de son code de déontologie et des lois en vigueur ; ce qui au regard de la procédure décrite est, espérons-le, le cas.

3.2.2.4. Devoir tenir une position normative

Si, dans le précédent paragraphe, le praticien pouvait être amené à se faire le porte-parole du patient victimé face à des tiers institutionnels, c'est ici à une situation presque inverse à laquelle il peut se trouver confronté : le patient ne demande pas d'aide par rapport à un possible désaveu du corps social et/ou de ses représentants, mais il se fait au contraire étonnamment indifférent à ce qu'il a subi et montre une sorte de compliance aux maltraitances dont il a été ou est encore l'objet. Tout semble comme s'il n'avait pas notion de leur caractère illégal, ou inacceptable, et restait insensible à ce qui, pour le praticien, paraît pourtant de l'ordre de violences insupportables.
Ainsi confronté à certains récits à la limite parfois de l'audible et du supportable, il pourra alors être tenté de porter des jugements de valeurs sur les actes et/ou sur leur(s) auteur(s), en contrevenance là encore à ses règles éthiques usuelles.
Le problème est, qu'une absence de réaction de sa part risquera d'être comprise par le patient comme une caution tacite, une banalisation ou une normalisation, des actes relatés, c'est-à-dire comme un « non-lieu », une possible nouvelle « fin de non-recevoir ».
Le praticien se trouve donc là aussi mis à l'épreuve, pris entre deux intimations en apparence opposées.

S'il paraît dès lors problématique de ne pas intervenir, la question est de savoir comment, le risque étant que le praticien n'y mette en jeu ses propres valeurs. Et la réponse dépendra grandement des hypothèses pouvant être formulées quand à cette apparente indifférence et sa possible origine : identification à l'agresseur, processus de clivage et déni…
Il s'agira cependant dans tous les cas de tenir une **position normative** qui ne peut tenir sa légitimité qu'à prendre appui, explicitement, sur les codes et plus globalement sur les droits des personnes, tels que définis non seulement par la loi mais aussi par les coutumes et les usages. En leur nom, mais en leur nom seulement, des écarts peuvent être pointés, des comportements désignés comme illégaux, anormaux ou inacceptables.
L'on trouve dans la littérature la trace de telles interventions sous des termes variés comme ceux d' « interventions éthiques » chez M. Hurni et G Stoll (1996), de « recours à la loi positive » chez G. Lopez (2006), de « position morale » chez P.-C. Racamier (1995).

Conclusion

Fiabiliser les émotions en les partageant, valider les allégations, attester des dommages, normer en les nommant les écarts, constituent quatre enjeux centraux de la rencontre psycho-victimologique.

De la position qu'adopte à leur égard le praticien dépendra le devenir de la rencontre singulière avec le sujet victimé. L'on perçoit les deux risques majeurs auxquels il se trouve exposé et expose en retour le patient : une « neutralité » au risque d'un désaveu, un engagement au risque l'abolition des singularités de son exercice comme professionnel.
C'est à soutenir activement le victimé, sans se substituer à lui, dans ses tentatives de reconstitution de son auto-consistance, dans ses tentatives de se ressaisir de ce dont il s'est trouvé dessaisi, que le praticien se trouve convoqué.

3.3. Les principales règles de l'entretien en psycho-victimologie

De la demande initiale et du positionnement du sujet vis-à-vis du cadre proposé, vont donc dépendre les modalités de réponse élaborées en retour pour l'aider à se dégager de son vécu victimal, si bien évidemment il y lieu.
Encore faut-il qu'il lui soit proposé, comme dans tout entretien clinique, quelque chose qui fasse office de consigne générale, une forme de trame à partir de laquelle l'entretien va pouvoir se déployer : tout ou presque peut être dit mais tout n'est certainement pas à entendre, au sens où tout ne saurait relever d'une « écoute » psycho-victimologique. Nous avons vu que le TPV constituait les éléments sur lesquels la trame de la rencontre allait pouvoir se « tisser ».

Ce sont donc les principales règles auxquelles obéit l'entretien en psycho-victimologie que nous allons maintenant détailler.

3.3.1. Un principe générique : la contextualisation

Ce qui fait le propre de l'entretien psycho-victimologique tient aux liens qu'il tente d'établir entre les états de souffrance psychique présentés par le patient et le fait qu'il traverse actuellement, ou ait traversé dans un passé plus ou moins lointain, des situations ou des événements hors normes. Si une telle relation ne peut être établie, d'autres hypothèses cliniques devront être explorées.
Partant, ce qui fait le propre de ces entretiens tient en un principe général, fondateur : la **contextualisation.**
Elle consiste en la recherche d'un contexte actuel ou passé susceptible de rendre compte des troubles présentés : c'est dans le rapport à un certain réel, qui reste souvent en grande partie à constituer et à signifier, que la demande va faire l'objet de son analyse. Ce contexte hypothétique n'est pas, loin de là, toujours donné d'emblée comme une évidence, car il n'est pas toujours conçu et évoqué comme tel par le victimé, même dans des cas où il peut sembler le plus apparent (comme une agression ou un événement catastrophique récent), tant certains mécanismes psychiques de type défensif peuvent immédiatement en minimiser ou en occulter l'importance (scotomisation, dénégation, déni), sans parler de l'éventuel brouillage par l'auteur des repères internes du victimé lui

rendant presque impossible une lisibilité des atteintes subies (ceci vaut tout particulièrement pour les relations d'emprise).

Comment opérationnaliser une telle recherche/construction ? A la sollicitation d'associations faisant l'objet d'une écoute flottante, doit se substituer une présence active auprès du patient autour de questions relatives aux événements et contextes de vie traversés, à des moments de rupture… **Le temps, l'espace, les relations, les valeurs, les normes**, constituent des dimensions d'existence essentielles à partir desquelles cette recherche de contexte va s'élaborer pour donner sens à la demande d'aide exprimée.
Cela ne signifie cependant pas que le contexte de la personne doive seul faire l'objet d'une attention approfondie ; son histoire de vie fera l'objet, si besoin, d'une semblable exploration, mais toujours dans la même visée de recherche de situations existentielles passées victimisantes dont la non prise en compte a pu engendrer une vulnérabilité psychique prédisposant à de nouvelles victimisations, ou de moments de rupture indiciels d'un événement problématique ancien.

3.3.3.1. Les paramètres de la situation victimale

Le travail de contextualisation ne saurait s'en tenir à l'analyse du seul impact de l'événement mais également à ses suites, et d'autres facteurs doivent souvent être envisagés et questionnés comme les réactions de l'entourage familial et social, de même, en cas d'agression, que le **mode opératoire** de l'agresseur et enfin ses éventuelles **stratégies de décriminalisation**.

a) L'impact de l'événement

Nous n'y reviendrons pas tant tous les travaux relatifs à la clinique des syndromes psychotraumatiques ont amplement décrit les phénomènes immédiats et différés que certains événements sont à même d'engendrer. De même, les exemples cliniques que nous avons donnés le montraient tous, l'événement « traumatique » représente un moment de basculement du monde et les repères usuels du sujet s'en trouvent, durant son déroulement et à sa suite, en grande partie abolis. De là, en miroir de cette expérience extrême, les difficultés parfois insurmontables à reconstituer de la norme et de la valeur qui puissent venir donner représentation et sens à l'événement, que ce soit dans un rapport de soi à soi ou à autrui.

b) l'impact de la réaction de l'entourage

Les réactions et l'attitude générale de l'entourage forment un second ensemble sur lequel les auteurs ont mis l'accent avec ses effets propres, traumatiques ou « sur-traumatiques ».
Ceci vaut particulièrement pour le cas des violences intrafamiliales avec les phénomènes de désaveu notamment, mais également pour tout un ensemble de comportements pouvant émaner des autorités (police, justice), assurances, médecins, experts…, autant d'éléments post événementiels devant être évoqués et analysés si besoin avec la même attention que l'événement lui-même.

La notion de « traumatisme second », que l'on doit à C. Barrois (1998), s'est conçue à partir de tels constats :

> Le traumatisme second est la répétition, sans sa soudaineté, de la solitude, de la déréliction et de la détresse du sujet, qui se trouve non plus seul, dans sa solitude absolue devant la perspective désespérée de sa propre mort (ou de son équivalent), comme le traumatisme psychique fondateur, mais au sein même de sa collectivité, absolument seul, malgré la présence des autres. [1]

Ce qui est à l'origine de ce trauma second, c'est la confrontation du victimé aux réactions négatives de son entourage : indifférence, hostilité, soupçon de simulation, incompréhension, culpabilisation…
Les conséquences observables en sont une rechute ou une aggravation du syndrome, notamment de certains symptômes : repli social, conduites antisociales, et surtout, selon Barrois, les tentatives de suicide et les comportements actifs de réexposition aux conditions de survenue du trauma.
L'on pensera encore à la sinistrose, dont l'on a vu que certains auteurs contemporains l'avaient ré analysée comme une réaction à la mesure de l'incompréhension dont peuvent faire l'objet certains accidentés de la part du social et de certains de ses agents, les experts en particulier.
Enfin, il conviendra d'interroger systématiquement la manière dont se déroule la procédure judiciaire, si une plainte a été déposée, la manière dont elle est comprise et vécue par le sujet, et être particulièrement attentif à tout ce qui peut y faire question et/ou problème.

c) L'impact des stratégies criminelles et défensives de l'agresseur

En outre, quant agresseur direct il y a eu, l'on devra être particulièrement attentif à l'impact que son mode d'agression a eu sur le victimé, en termes de paralysie sidération, panique, détresse, confusion… D'où souvent, même lorsque l'agression a été unique et de courte durée, la constitution d'un véritable lien d'emprise durable.
Il s'agit ici de ce qui relève d'une véritable stratégie de la part de l'agresseur, impliquant :

- ***un mode opératoire***, c'est-à-dire la construction interne par celui-ci d'une victime, suivant ses schémas criminologiques propres, et cela préalablement à toute rencontre (L.M. Villerbu et V. Moulin, 2008). Le victimé est ainsi confronté à une construction de lui-même comme cible. Cette construction préexistante à la rencontre trouve en lui, dans son apparence physique, dans son genre, dans certains de ses comportements, habitudes, etc., le motif même de l'agression.
Ce mode opératoire peut se décomposer en plusieurs phases : constitution de la scène criminelle c'est-à-dire d'un ensemble de pré conditions rendant l'agression possible, déroulement de l'agression elle-même, modalités d'enfermement de la victime dans le secret visant à lui empêcher tout recours à des ressources relationnelles et personnelles (menaces, chantage…).

- ***des stratégies de décriminalisation*** (L.M. Villerbu, 2004). Il s'agit de stratégies, qui peuvent être tout à fait conscientes comme inconscientes, émanant de l'agresseur, et qui visent à le dédouaner,

[1] C. Barrois (1998), *op.cit.*, p. 367

c'est-à-dire à le dégager de sa responsabilité et de sa culpabilité juridiques mais également psychiques. Elles peuvent se développer dans le temps même de l'agression, comme ultérieurement.

L'on peut, sous la forme d'un tableau conçu à partir des quatre enjeux du TPV, concevoir l'impact possible de ces stratégies criminelles comme autant de modalités participant, voire à l'origine, des difficultés plus ou moins insurmontable du victimé à constituer de l'auteur et de la victime Quatre modalités principales de sur-victimisation en ressortent, selon que, de façon intentionnelle ou non, l'agresseur d'un côté, l'entourage de l'autre, entretiennent ou participent activement à engendrer et/ou perpétuer la confusion du victimé à l'égard des questions de responsabilité et de culpabilité qui se posent à lui.

PRINCIPAUX MODES D'ATTEINTES A LA CONSTITUTION DES POSITIONS D'AUTEUR ET DE VICTIMES

	Atteintes au plaignant (mise en cause du victimé comme plaignant)	**Atteintes aux codes et valeurs** (mise en cause de la légalité ou de la légitimité de la plainte)
	Sur l'imputation	**Sur la qualification**
Stratégies portant sur la responsabilité	- Négation de toute responsabilité en termes d'absence de motif personnel - Imputation des faits au victimé	- Négation du caractère délictueux des actes incriminés - Mise au rang de délinquant du victimé au nom d'un autre code, personnel ou interne au groupe, celui-là
	Sur l'indemnisation	**Sur la condamnation**
Stratégies portant sur la culpabilité	- Négation de tout préjudice chez le victimé - Affirmation d'un gain au lieu d'un préjudice pour le victimé	- Attaque des valeurs à partir desquelles le délit se constitue - Déni ou défi de l'interdit ; affirmations de toute puissance

En voici un exemple illustratif qui justifie de l'importance à accorder, au plan clinique, au mode opératoire de l'agresseur, dans le cadre de ce que nous entendons par travail de contextualisation.

Exemple n° 38

C'est le cas d'une adolescente amenée à la consultation par ses parents sur le conseil d'une association d'aide juridique. Ils ont déposé plainte quelques semaines plus tôt contre un

homme bien connu d'eux et de leur fille, pour agression sexuelle sur celle-ci. Une fin d'après-midi, elle est rentrée chez elle très perturbée, ils l'ont interrogée et elle leur a « avoué » avoir été «touchée sexuellement » par cet homme. Ils ont immédiatement déposé plainte, l'homme a été auditionné et a reconnu qu'il « s'était passé quelque chose » et a semblé très culpabilisé. Il n'a jamais auparavant été condamné. Depuis, la jeune fille est, selon ses parents, de plus en plus confuse et s'en veut notamment de la plainte déposée contre cet homme pour qui elle avait beaucoup d'affection.

Durant l'entretien individuel avec elle, elle se montre effectivement très angoissée. Elle parvient à relater les circonstances de l'agression qui s'est produite durant une séance de sauna que lui a proposé l'homme. Les conditions dans lesquelles cette « séance » survient sont en elles-mêmes peu communes et laissent à penser qu'il existait chez lui, sinon une préméditation, du moins la mise en place intentionnelle d'un espace et d'un temps d'intimité et de proximité physique avec la jeune fille. En arrivant au moment de l'agression, elle relate qu'à la sortie du sauna, il lui a proposé un massage du dos, qu'elle a accepté. Invitée à raconter ce massage, elle dit qu'il a commencé par les épaules, est descendu en bas de son dos et … a fini par les pieds. A une demande de précision sur ce qui a pu se passer entre ces deux moments elle dit ne plus trop savoir, et que c'est là la source de nombreuses ruminations et angoisses. Il lui est alors demandé quel était le dernier moment dont elle se souvienne avant ce « blanc » dans ses souvenirs. Après réflexion, elle répond qu'elle l'avait complètement oublié, mais qu'il lui avait demandé, à ce moment précis, quelle était selon elle la différence entre un massage et une caresse. Elle se souvient en avoir été sur l'instant très troublée au point d'en rester psychiquement et physiquement paralysée, et ne pas avoir réagi aux attouchements qui se sont alors produits, dont elle se souvient maintenant très clairement. Et elle réalise en même temps qu'elle l'exprime que toutes ses ruminations et ses angoisses tournaient autour de cette question devenue tellement omniprésente qu'elle ne pouvait plus se formuler : était-ce vraiment une agression et était-il légitime de déposer plainte ?

Voici un second exemple mettant lui l'accent sur les réactions de l'entourage, quand celles-ci viennent en duplication de la « stratégie de décriminalisation » développée par l'agresseur.

Exemple n° 39

Il s'agit d'une jeune femme. Cela fait plus de deux mois qu'elle se dit en malaise (elle rumine, est « agressive pour un rien », a « perdu sa légèreté ») sans comprendre clairement pourquoi, tout en reliant directement ces changements dans son caractère à l'événement suivant : à la fin d'une soirée passée dans un gîte avec son groupe habituel d'amis et son « petit copain », elle va se coucher dans un dortoir à l'étage, les autres continuant de faire le fête en bas. Elle s'endort, et à un moment est réveillée par un corps qui se colle contre son dos. Des caresses sexuelles s'ensuivent et, persuadée que c'est son compagnon, elle se laisse aller jusqu'à ce qu'elle réalise que ce ne peut pas être lui (il avait une main dans le plâtre et elle se rend compte aucune des deux mains du garçon n'est plâtrée. Elle se lève en hurlant, allume la lumière et découvre qu'il s'agissait d'un des garçons de la bande. Elle ameute tout le groupe qui se montre choqué de l'histoire et s'en prend très durement l'agresseur. Elle est choquée et rentre chez elle, se demande les jours suivants si elle doit déposer plainte, trouvant inadmissible le comportement du garçon. Plusieurs semaines ont passé et elle continue de s'interroger sur l'opportunité d'une démarche judiciaire, sans parvenir à se décider. En conclusion, elle dit ne pas comprendre pourquoi cet événement, qui l'a, avec le recul, plus mise en colère que véritablement choquée, a encore de tels effets sur elle et s'interroge sur ce qui continue de la laisser aussi hésitante quant à la décision à prendre.

Son récit et certaines de ses remarques, conduisent à explorer de façon approfondie les suites qu'eurent l'événement et il faudra plusieurs entretiens pour en démêler l'écheveau. Depuis

cette nuit-là, elle ne fréquente plus le groupe et c'est par son compagnon qui n'a pas rompu les liens avec celui-ci, qu'elle en a connaissance. Ce qu'elle apprend au fil des jours est que le garçon qui l'a agressée est littéralement « mortifié » : il semble bouleversé par ce qu'il a fait, semble très déprimé et culpabilisé au point qu'il aurait changé d'orientation dans ses études (sic). Le groupe est au début divisé entre les filles qui trouvent inacceptable la conduite du garçon et les garçons qui au fil des jours tendent à minimiser les faits. Elle entend ainsi de la bouche de son compagnon que l'on commence à trouver dans le groupe qu'elle pourrait peut-être « tourner la page » et « passer l'éponge », qu'il s'en veut beaucoup et qu'il est « peut-être déjà suffisamment puni comme ça », « qu'il a assez payé »… Un doute s'est insinué en elle dont elle prend conscience à mesure qu'elle évoque en entretien tous ces aspects. Elle comprend que le groupe ne veut pas éclater pour « cette histoire » et qu'il est en train de se reformer contre elle, son compagnon ne voulant pas, quant à lui, quitter son groupe d'amis ; il ne parlant plus au garçon agresseur mais accepte de passer des soirées en sa présence. Elle finira par comprendre qu'elle est dans une sorte de double lien. Soit elle dépose plainte et se « respecte comme personne » car elle continue de trouver inacceptable l'acte et la manière dont il a été commis, et elle trouve de plus anormal que le garçon se soit au fond puni lui-même et ce faisant sans la reconnaitre comme victime, mais elle perd l'estime du groupe ; soit elle ne dépose pas plainte, reste dans le groupe, mais se « renie comme victime » : « victime » du fait de l'acte subi, « auteur » parce qu'en écart aux normes de solidarité du groupe, elle ne parvient pas à se déterminer.

Les stratégies de l'agresseur ne sont pas les seules pouvant être à l'origine de tels phénomènes de «sur-victimisation » et de victimisations secondaires, et ce peut également la rencontre obligée avec les multiples dispositifs médicaux, sociaux, juridiques, thérapeutiques, assuranciels, etc., impliqués dans les suites d'une victimisation, avec leur iatrogénie propre, qui soient à l'origine de phénomènes de redoublement des effets délétères de l'impact de l'événement et/ou de créations de nouvelles expériences problématiques (pour ne pas dire comme C. Barrois, traumatiques).

Il y aurait à élaborer toute une série de schémas, conçus à partir des mêmes enjeux, analysant comment un dispositif d'aide aux victimés et ses acteurs peuvent engendrer de tels effets confusionants. L'on pense en particulier à des modalités de prise en charge psychothérapique telles que celles décrites par L. de Urtubey qui réduisent l'événement à un après-coup et ne lui accordent pas plus d'importance que tout autre événement. Dans la même perspective, l'on peut penser que la consigne de libre association puisse avoir, avec des patients victimés ou psychotraumatisés, un effet déstructurant puisque, de fait, elle risque de littéralement diluer l'événement dans la chaîne associative où il n'a alors essentiellement de sens qu'à en évoquer d'autres.

Quant à l'absence de référence explicite à la Loi en cas d'évocation d'actes répréhensibles subis par le sujet, y compris chez un adulte, l'on conçoit qu'elle aille dans le sens d'un renforcement d'une véritable « confusion de langues » entre le victimé et le praticien qui, implicitement, participe alors à tout le moins d'un désaveu. L'on trouve chez M. Hurni et G. Stoll une relecture particulièrement démonstrative, d'une étude de cas présentée Masud Khan d'une jeune femme dont l'on comprend qu'elle a été victime d'inceste (M Hurni, G. Stoll, 1996, p. 107-112). A l'opposé, concernant l'usage de la Loi dans le cadre de prises en charges d'enfants et d'adolescents victimisés, l'on se référera à l'incontournable ouvrage de M. Nisse et P. Sabourin (2004), *Quand la famille marche sur la tête*.

3.3.2. L'entretien initial

L'attention sera particulièrement portée à l'émergence de la demande d'aide et à sa nature (F. Lebigot, 1991 ; P. Pignol, 2005a). Presque toujours formulée dans un vécu d'urgence psychique, un cadre doit lui être donné rapidement faute de quoi le sujet risque de se replier sur lui-même pour un temps indéterminé durant lequel son vécu problématique risque d'envahir progressivement l'ensemble de sa trame existentielle. La rapidité avec laquelle le premier rendez-vous sera donné doit faire l'objet d'une évaluation et, sauf exception, le délai d'attente ne doit pas excéder dix jours voire une semaine, dans quelques cas beaucoup moins. Ce caractère d'urgence, fréquent, n'a pas de lien toujours direct avec la proximité temporelle entre l'événement traumatique et la demande de rendez-vous : et il peut s'observer pour une situation survenue de nombreuses années plus tôt, sous l'effet par exemple d'un phénomène de reviviscence massive ayant pu être activé par un événement intercurrent. Nous en avons vu plus haut des exemples.

La dimension juridique devra également être explorée, l'inscription dans une démarche juridique devant être évoquée, au besoin de façon approfondie si elle s'avère difficile. Les refus de déposer plainte seront systématiquement interrogés, non pour tenter d'infléchir la décision du sujet, mais pour en analyser les motifs, notamment sous l'angle des quatre dilemmes constitutifs du TPV ; le non engagement dans une démarche juridique ou équivalent, n'est-il pas le signe d'une position victimale problématique ?

La durée du premier entretien est un élément pouvant jouer un rôle déterminant sur la suite de la relation d'aide et, dans l'idéal, ne devrait être déterminée que par le temps nécessaire au victimé pour exposer dans le détail sa situation et qu'un premier effet d'apaisement de la souffrance ait été constaté. En raison de ces considérations, il est fréquent que la rencontre doive durer plus d'une heure, parfois jusqu'à deux heures dans des cas de victimisations complexes à forme de relation d'emprise durable, comme les harcèlements et violences intraconjugales notamment, ainsi que des états de grand désarroi ou de détresse.

Cet entretien initial se conclura par une restitution finale à visée diagnostique/pronostique et de conseil, incluant une explicitation *a minima* des symptômes les plus douloureux, ce qui généralement a un effet d'apaisement sensible de l'angoisse et du vécu paniquant qu'ils peuvent engendrer.

3.3.3. Les entretiens suivants

La périodicité des entretiens suivants, quand se justifie la proposition d'un suivi, se décide avec le sujet. Elle peut varier, selon les situations et l'évolution de la prise en charge, de plusieurs entretiens hebdomadaires (dans notre expérience jamais plus de deux) pour des situations aigues et dans les premiers temps du suivi, pour s'espacer progressivement, à plusieurs semaines. Un tel

espace entre deux séances peut sembler trop important, mais se justifie de ce qu'il faut à certains sujets plusieurs jours pour se dégager de ce qu'ils ont abordé en séance, et pour qui il serait dommageable que, d'un entretien à l'autre, ils restent psychiquement envahis par la reviviscence qu'entraîne inéluctablement leur évocation des événements qu'ils ont traversés.

Il n'est pas rare, et il ne faut pas s'en étonner, que des sujets, pourtant très demandeurs, ne se présentent pas, sans prévenir, au second rendez-vous. Pour ceux que l'on ne reverra jamais, l'on en est réduit à des hypothèses invérifiables : soit ils ne se sont pas sentis compris, soit le cadre ne correspondait pas à leurs attentes ou leur problématique, soit un entretien a suffi à répondre à ce qu'ils venaient chercher, soit enfin ils ont obéi à l'injonction d'un tiers et n'avaient fait que se plier à une demande qu'ils n'avaient pas personnellement investie.
D'autres par contre vont se manifester à nouveau plusieurs semaines, voire plusieurs mois plus tard. Deux catégories d'hypothèses peuvent en rendre compte. Soit le sujet, après l'expérience de la première rencontre, ne s'est pas senti prêt à poursuivre le travail entamé, et il a eu besoin d'un temps de maturation supplémentaire pour s'y engager ; soit il lui a fallu un long temps pour métaboliser le contenu de l'entretien précédent et attendre que ses effets différés se soient épuisés pour qu'il éprouve le besoin de revenir sur certains aspects déjà évoqués, ou de nouveaux éléments survenus entretemps. Le travail psychique connaissant une stase, une autre séance est nécessaire pour relancer celui-ci à partir des éléments nouvellement intégrés. L'on fera alors l'hypothèse que le sujet a épuisé les effets de la séquence ouverte lors de la première rencontre et recommence à se répéter.

3.3.4. Des consignes

- Une consigne initiale
La consigne initiale est d'autant plus importante qu'en quelques mots elle donne au sujet de très nombreuses indications sur la forme et la nature de l'entretien.
Elle doit être concise et consiste en une présentation en quelques phrases du cadre institutionnel et du mode de fonctionnement de la consultation ; elle est suivie d'un demande de contextualisation et d'explicitation des motifs de la demande en lien avec les missions de la consultation (comment avez-vous en connaissance de la consultation, dites-moi ce qui vous est arrivé. Quand aucune précision n'a été donnée au téléphone lors de la prise de rendez-vous et/ou que le sujet ne se recommande pas d'un autre professionnel, une question très ouverte et beaucoup plus neutre de la forme « Que puis-je faire pour vous ? » est plus indiquée.

- Des relances
Selon les situations, le travail portera plus spécifiquement, soit en une approche à forme de débriefing portant sur les émotions, les pensées et les faits (nous y reviendrons en détail lorsque nous aborderons, sous le terme d'historiage, la dynamique des entretiens), soit sur la recherche et l'analyse de moments de rupture existentielle, de contextes victimisants (exploration de schèmes relationnels, de contextes et situations facteurs de souffrance), d'explicitation d'éprouvés psychiques

et somatiques en tant qu'ils sont de possibles indicateurs d'abus subis sans pour autant avoir été appréhendés comme tels, etc.

Dans la perspective développée par G. Briole et F. Lebigot notamment, un intérêt particulier sera porté aux rêves, dans une exploration attentive inspirée de l'analyse existentielle de L. Binswanger, notamment dans son texte essentiel, *Le rêve et l'existence* (1971, p. 199-225).

- *Des temps de synthèses récapitulatives*

Il s'agit de moments de récapitulation des éléments scéniques, chronologiques, émotionnels…, apportés par le sujet. Ils visent à reconstituer progressivement l'événement ou le contexte en organisant les éléments relatés souvent épars, fragmentaires et sans continuité chronologique, et à en proposer une certaine organisation soumise en retour au sujet. Ces temps réguliers de récapitulation permettent au sujet de s'approprier, en les validant ou au contraire en les corrigeant ou les contestant, la proposition de la construction/ représentation que se forme à mesure le praticien à partir des propos tenus par le sujet, mais également de ses expressions émotionnelles, posturales, ses mimiques, etc. (R. Mucchielli, 1967).

Quand elles sont opérantes, elles jouent aussi le rôle de relances car elles invitent en même temps le sujet à compléter cette récapitulation par de nouveaux éléments jusqu'alors non exprimés qui peuvent alors trouver un sens et une place dans une cohérence d'ensemble en cours de constitution. Quand ce travail joue pleinement sa fonction, un mouvement d'aller et retour se dessine entre des éléments qui, trouvant leur place dans cette construction, participent à donner à celle-ci une nouvelle forme ou une nouvelle signification, qui elle-même suscite de nouveaux éléments narratifs la complétant…

- *Des élaborations, reformulations, constructions.*

Elles visent en l'élaboration de véritables **axiomes victimaux**, constructions hypothétiques relatives à la structure de la, ou des situations victimisantes traversées par le victimé, constructions élaborées à partir des traces ou empreintes qu'elles ont laissé chez lui et dont les effets se lisent dans leurs difficultés à se dégager du TPV. Ceux-ci seront proposés au victimé afin de l'aider à donner sens à ce qu'il vit, de par le lien qu'elles tentent d'établir entre certains de ses troubles et les dommages dont il a été l'objet.

Dans ce patient et précis travail d'élaboration/explicitation, le formules langagières employées par le praticien revêtent une importance déterminante car c'est très souvent lui, au moins au début, qui donne leur ton et leur contenu aux échanges. Les catégories dégagées par les phénoménologues sont ici un outil des plus précieux, pour ne pas dire incontournable, afin d'atteindre à une reconstitution fidèle des éprouvés et de la texture du monde et de ses transformations brutales auxquels a été soumis le sujet : spatialité, temporalité, corporéité, dimension pathique, qualités propres à chaque sens dans le mode de présence au monde (E. Minkowski, 1936)…

Il importe alors de se mettre au diapason de la victime en recherchant avec lui la nature précise des émotions et sensations éprouvées, la texture du monde, sa qualité pathique (Maldiney, 1970),

spatiale, temporelle, et leurs transformations, cela par la proposition d'images et d'expressions langagières signifiantes (L. Binswanger, 1971), qui donnent en même temps sens aux éprouvés et à l'événement.

3.4. Le processus et les stratégies de changement en guidance psycho-victimologique

La formalisation en quatre enjeux de ce que nous avons conçu comme un nécessaire travail psychique de victime nous a conduit à en dégager les quatre grandes formes d'échec psychique, par défaillance de l'un des processus contradictoires engagés dans l'élaboration de réponses aux questions propres à chacun de ces enjeux ; sachant en outre que chaque enjeu exige, pour être soutenu, la mise en tension de deux processus ou opérations psychiques, il en est résulté 8 problématiques victimales pouvant se réifier en 8 syndromes différenciés, eux-mêmes dédoublables selon qu'ils prenaient une forme dominante auto- ou hétéro-destructrice.
Reste maintenant à aborder les modalités stratégiques de restauration ou d'étayages de ces processus défaillants pouvant être mis en œuvre dans le cadre d'un accompagnement psycho-victimologique afin d'aider le sujet à se dégager des modalités symptomatiques dans lesquelles il se trouve enfermé.
Cet accompagnement, que nous avons défini comme une **guidance psycho-victimologique**, se veut suivre au plus près les impasses dans lesquelles le sujet se trouve enfermé par les modalités symptomatiques que, par défaut, il parvient encore mettre en œuvre afin de reconstituer et de donner sens à l'événement ou la situation.

Nous allons dans un premier chapitre décrire les principes que suit cette guidance, sous la forme d'une procédure générale d'intervention qui, se saisissant des différentes modalités symptomatiques de positionnement du sujet à l'égard du TPV, s'attache à rechercher des éléments de conflictualisation possible de celles-ci.
Dans un second chapitre nous tenterons de spécifier, sous le terme de **travail d'historiage**, la méthode générale d'entretien développée, consistant en une reprise et une redéfinition de la méthode du débriefing.

3.4.1. La dynamique de l'entretien

La page, si l'on peut dire, n'est jamais totalement blanche avant que le sujet ne se rende à une première, et peut-être unique, rencontre, et son mode de présentation de lui-même et du problème qui l'amène est le résultat manifeste d'une élaboration déjà complexe. Elle tient à ce que l'on pourrait dénommer un « pré-transfert », transfert sur le cadre et le praticien, à partir de ce qui

en est su *a priori* et de ce qui en a été imaginé, espéré et redouté par le sujet. Le praticien prend ainsi toujours l'histoire de la rencontre en cours de route.
L'inverse est sans doute également vrai, mais lui sait par expérience qu'il lui a déjà été prêté, et que c'est avec « ce prêt-à-porter » qu'il va devoir dans un premier temps travailler.
C'est donc la façon dont le sujet a pu rendre compte de l'impasse dans laquelle il se trouvait à partir de son pré-savoir qui forme la matière première du travail. Celle-ci ne peut être à la fois qu'ouverture et fermeture : ouverture à la rencontre, fermeture dans la mesure où le sujet ne peut que s'y prendre plus ou mois rapidement à ses propres impasses.
Tout l'art et la technique du praticien vont précisément consister à composer avec ces deux dimensions contraignantes et faire profit de la dimension d'ouverture pour aider le patient à aller au-delà de sa problématique actuelle.
Ses seuls outils sont, comme en psychothérapie : ce que veut bien partager avec lui le sujet, son cadre et les modèles de compréhension qu'il s'est formés, ici des problèmes inhérents à la condition de victimé et/ou de psychotraumatisé. L'impasse du patient, heureusement, n'est pas exactement celle du praticien.

3.4.1.1. Chercher l'impasse

On l'a déjà dit, le TPV représente une construction constitutive du cadre : c'est à lui et par lui que, pour le praticien, s'ordonnent et prennent sens les éléments cliniques manifestés en séance et c'est ce qui, dans un décalage inaugural, va lui permettre de rendre com-préhensible et analysable quelque chose du problème qui se pose au sujet.
Il faut pour cela une condition initiale minimale : que le sujet se mette littéralement **en impasse**, c'est-à-dire commence à se répéter ; et parfois dès les premiers moments du premier entretien les choses semblent déjà closes et la répétition à l'œuvre.
Les questions ouvertes de départ, à visée exploratoire, en plus d'inviter le patient à s'exprimer, ont en ce sens une fonction cryptique : celle de faire se déployer sa parole jusqu'à ce qu'elle s'épuise, que le point de vue qu'elle s'est donné ait été exploré et ne débouche sur rien d'autre que sur lui-même. De même, les relances poussent le sujet à explorer, aussi loin qu'elles se trouvent, les limites de sa perspective initiale.

La guidance cependant se veut une pratique active, et il ne s'agira pas de laisser le sujet trop longtemps faire l'expérience de cette répétition : celle-ci en psycho-victimologie, avons-nous déjà relevé, y est bien trop anxiogène car elle renvoie à certaines des conditions de l'expérience de victimisation.

3.4.1.2. Explorer, solliciter des déplacements

C'est aussi l'intérêt de l'hypothèse générique que suggère le TPV d'une possible impasse dans l'élaboration de l'événement par le sujet, de suggérer au praticien non seulement une grille de lecture, mais aussi des questions à poser, des enjeux non spontanément évoqués à explorer.

Le TPV est donc aussi un guide d'entretien. Il n'est certes pas un programme ou un protocole à suivre, ou un questionnaire d'exploration à compléter systématiquement ; il faudrait mieux le qualifier de table d'orientation. Ce sont des coordonnées qu'il met à disposition qui importent, bien plus qu'un tracé dont il faudrait amener le sujet à parcourir les étapes.

Et s'il s'agit toujours de suivre les fils que déroule le sujet, il permet de suivre le chemin qu'il parcourt, ses déplacements, ses changements de direction, ses retours en arrière, ses montées et ses descentes… : il ouvre à une intelligibilité du parcours que le sujet effectue dans le cadre et les éléments que lui apportent la situation. C'est ce que nous avons dénommé une **séquence**, c'est-à-dire un déploiement non aléatoire, non fortuit, qu'il va s'agir d'analyser comme tel.

Nous l'avons déjà mentionné, le sujet, à moins de ne pas justifier d'un accompagnement, ne parcourt jamais que le chemin qui le conduit à se perdre ou à se mettre en panne. Et c'est là que les paramètres, ou enjeux, du TPV s'avèrent particulièrement précieux car ils suggèrent d'autres pistes, des questions qui n'ont pas été explorées, des perspectives ignorées, des points de vue renouvelés sur les mêmes questions : passer d'une question à une autre, d'un enjeu à l'autre, du judicaire au personnel et inversement, de la responsabilité à la culpabilité, etc.

Il s'agit bien de voyager ou d'initier d'autres points de vue, d'autres perspectives, d'inviter le sujet à se déplacer, à parcourir des chemins de traverse, de faire du « hors de ses pistes », des pas de côté, à ce centrer sur un point ou au contraire élargir l'angle de vue...

C'est entrer véritablement dans un dialogue, ce qui ne va pas toujours de soi et peut désorienter. Il y a de ce fait des questions à ne surtout pas poser, celles dont l'on perçoit tout de suite qu'elles alimentent la répétition ; il y a des voies pour l'instant trop dangereuses car le sujet s'y trouve sans repères ou que le paysage lui fait violence.

3.4.1.3. Chercher ce qui fait résistance à l'impasse

Il faut pourtant bien que quelque chose se modifie et cela passe par la recherche d'un élément qui fasse conflit avec l'impasse. A balayer, avec la prudence requise, les paramètres du TPV, il est un moment où surgit la surprise, l'étonnement, une suspension (même si c'est parfois pour un instant et de façon presque imperceptible) de la répétition, ou plus exactement de ce qui l'engendre, c'est-à-dire une position victimale réifiée.

La recherche du contexte « significatif », -la contextualisation-, fait partie de ces stratégies de déplacement induites susceptibles de rouvrir à une conflictualisation.

Nous avons plus haut formellement conçu le travail psychique de victime à partir de deux grandes oppositions constitutives, par combinaison, de quatre enjeux. Ce sont :

- l'opposition normes/valeurs ou encore responsabilité/culpabilité (parties hautes et basses des tableaux)
- l'opposition (parties gauches et droites des tableaux)

En outre, ces deux systèmes d'opposition peuvent se projeter sur deux grandes surfaces ; l'une socio-juridique, l'autre psycho-juridique.

Ces quatre enjeux pouvant être abordés sous l'un ou l'autre de ces deux angles, huit grandes surfaces de réflexion (au pouvoir réfléchissant) et d'analyse des propos des victimés en ressortent.

C'est de ces différentes surfaces que le praticien va pouvoir jouer, en les proposant au sujet par ses questions et ses relances. C'est ainsi que la responsabilité pourra venir faire alternative à une culpabilité envahissante, et inversement ; que la recherche d'attestation de la consistance du monde permettra à certains sujets de se dégager de leur excès de présence personnelle ; que les normes et valeurs socio-juridique pourront faire alternative aux normes et valeurs personnelles ou qu'au contraire ces dernières les soulageront d'une subjectivation autophage… **L'élaboration assistée d'une mise en narration de l'événement et de ses retombées existentielles se fait ici véritable guidance : proposition d'expérience d'autres sens, non pour en trouver UN, mais pour contraster toutes constructions, conflictualiser ou dialectiser toutes formulations**.

Le sujet en reviendra à un moment ou à un autre à son point de départ, mais celui-ci ne sera plus tout à fait le même : sa position initiale s'en trouvera réévaluée et il n'y trouvera plus exactement ce qu'il y avait mis au début de la rencontre. Alors le sujet va parcourir à nouveau les mêmes questions, selon une séquence temporelle identique, à ceci près qu'il ne les verra plus exactement de la même façon car le paysage s'est entre-temps complexifié ; ou bien il sera passé à autre chose, et s'ouvrira alors une nouvelle séquence.

3.4.1.4. La valorisation aux limites

Si donc l'on laissait le patient se mouvoir à sa guise, il se répéterait. Il faut alors bien que le praticien oppose une résistance à la résistance du patient à se laisser conduire ailleurs que là où il s'est égaré ; car s'il soufre, au moins a-t-il trouvé un aménagement minimal à son état qu'il n'est pas prêt d'abandonner pour l'inconnu. Il s'agit de l'amener à concevoir, et assumer, qu'il puisse y avoir d'autres points de vue que le sien, ce qui implique qu'il éprouve sa position de façon relative comme une perspective parmi beaucoup d'autres possibles.

C'est par le **coût** de sa position qu'il s'agit d'y parvenir, en pousser à l'extrême, comme une provocation, ce que sa position engage d'excessif ou de carenciel : cela consiste à donner forme, contenu positif, à ce que le patient y sacrifie sans s'en rendre compte, c'est-à-dire à lester sa position de ce qu'elle engage implicitement comme renoncement, sacrifice, perte.

Il y a toujours dans cette **valorisation aux limites** quelque chose de provocateur qui peut surprendre. Elle s'apparente parfois à ce que P. Watzlawick et l'Ecole de Palo-Alto avaient qualifié de prescription de symptôme, à la condition de bien définir ce que l'on entend par symptôme car il n'y s'agit pas de « prescrire » n'importe quoi. Dans le sens où nous l'entendons, une prescription de symptôme passe inaperçue, elle a l'air pour le patient parfaitement empathique ; mais elle est provocatrice parce qu'elle met en scène une économie ou une normativité qui se méconnaissait comme telle. En cela elle est très proche aux prescriptions de rituels imaginées par R. Neuburger (1988) dans son travail sur les problématiques conjugales et familiales.

3.4. 2. Le travail d'historiage

Quelque soit leur dénomination, leur raison sociale, leurs lieux et modalités d'exercice ainsi que les populations auxquelles elles s'adressent, que ces méthodes se soient vu ou non accorder une dénomination précise ou encore aient fait ou non l'objet d'essais de codifications, **les pratiques de récit** sont au cœur des approches victimologique et psychotraumatologique, au point que l'on peut y voir un élément caractéristique à l'origine de leur style si particulier.

Ainsi, dans la champ de la psychotraumatologie, nous avons vu que le terme générique de « débriefing » a été presque unanimement adopté jusqu'à ce que récemment certains praticiens français se soient attachés à le redéfinir et le requalifier d'*Intervention Psychothérapique Précoce* (IPP) (C. Duchet, 2007).

Dans d'autres domaines, comme celui des pratiques humanitaires à destination des survivants de grandes catastrophes, de guerres ou de génocides, il est plus volontiers évoqué des entretiens de témoignage ou encore, tout simplement, des pratiques de récit. Toutes insistent cependant sur l'importance de la narration des expériences traumatiques. Ainsi C. Lachal écrit-il à leur propos :

> Pour résumer, la narration d'une expérience traumatique est susceptible de produire les effets suivants :
> - Elle permet le passage de ce qui est implicite à ce qui est explicite.
> - Elle contraint à la mise en forme qui requalifie le vécu et lui donne des significations.
> - Cette mise en forme réunifie les éléments dispersés de l'expérience traumatique et l'inscrit dans le temps.
> - Elle entraîne des changements, des transformations, aussi bien sur le locuteur et son « implicite » que chez l'interlocuteur. L'importance de ces changements dépend de la situation, du contexte de la narration. Ils peuvent affecter plus ou moins profondément l'un et l'autre.
> - Elle permet de poser avec acuité la question de la véracité de ce qui a été vécu, sans préjuger de l'aboutissement de ce processus qui dépend en partie de l'interlocuteur. On retrouve ici une distinction importante établie entre *fiction et réel* avec sans doute une balance inégale entre réel et fictionnel selon que l'on considère la narration de la personne traumatisée et le scénario émergent du thérapeute. En tout cas, il n'y a pas répétition à l'identique du récit au scénario émergent.[1]

3.4.2.1. Questions de terminologie

Le terme de « débriefing », même qualifié d'émotionnel pour bien le distinguer de sa version « technique », outre le fait qu'il constitue un anglicisme dommageable que cache bien mal l'adjonction récente d'un accent aigu à sa première voyelle, confère une connotation technique à sa pratique, et semble de ce fait mieux convenir à qualifier les pratiques à destination de professionnels de retour de mission. Car, pendant du « briefing » préparatoire à celle-ci, cette terminologie suppose une évaluation des comportements individuels et collectifs en termes de conformité et d'écart à une procédure codifiée. Il évoque donc par trop l'idée de bilan (et ne rendant en cela pas suffisamment compte de ses dimensions maïeutique et cathartique) ; quant à celle d' « intervention psychothérapique précoce » récemment adoptée, elle instaure une confusion à notre sens

[1] C. Lachal (2006) : *Le partage du traumatisme*, La pensée sauvage, p. 74.

dommageable avec le travail psychothérapique qui, *stricto sensu* consiste, à moins d'en étendre abusivement le sens, en une mise en question des valeurs personnelles et de l'histoire de vie.
Quant à celui de « récit », à l'usage très fréquent, il présente l'avantage de mettre plus l'accent que celui de débriefing sur un travail d'élaboration ou de construction, mais présente l'inconvénient de faire référence à la relation de faits réels aussi bien qu'imaginaires, et semble, de ce fait, trop général pour appréhender les spécificités ici en jeu. De plus, il fait implicitement référence aux récits de vie, source d'une ambiguïté supplémentaire puisque les questionnements ne portent pas sur un parcours de vie mais sur la traversée d'un événement et de ses retombées. Enfin, il existe tout un ensemble de théories du récit qui ne rendent pas compte de la forme très particulière qu'il prend en psychotraumatologie et risquent de nous écarter de sa compréhension au profit de modèles trop généraux pour être ici éclairants.
Enfin, la notion de témoignage paraît quant à elle trop connotée par un souci d'établissement d'une vérité historique bien que, sous la forme de pratiques de témoignage à destination de survivants de génocides, elle enrichit sensiblement, nous le verrons, les modalités de récit sollicitées dans les domaines qui nous intéressent.

Nous avons donc opté pour le vocable *d'***historiage***.* Dans un détournement de son sens premier, le terme nous semble mieux rendre compte que tous les précédents de cette **activité narrative à la fois contrainte et assistée** qui consiste à devoir élaborer une représentation verbale d'un événement hors norme et qui, pour ce faire, doit prendre appui sur un ensemble de significations communes et partageables portées et soutenues par l'intervenant, tout en engageant la dimension subjective de l'expérience vécue.
Le terme d'***historiage*** évoque spontanément à la fois une pratique active et créatrice d'un récit, en même temps que sa dernière syllabe en -age- confère une dimension non achevée à sa finalité : il s'agit de faire de l'histoire et non pas l'histoire.
Cette acception seule nous renverrait cependant aux problèmes que soulevait l'usage du mot récit si le terme d'historiage ne signifiait primitivement : décrire, raconter, et, en peinture : observer tout ce qui regarde l'histoire dont un tableau représente une scène. L'historiage suppose alors un support qui a sa consistance et sa matérialité propres.
L'on retiendra également le verbe passif «être historié » signifiant, en parlant d'un objet, d'une tapisserie, d'un manuscrit médiéval : être décoré d'« histoires », de scènes narratives, de vignettes.

Mais il nous faut aller plus loin et, pour ce faire, revenir en détail sur les pratiques de débriefing et de témoignage.

3.4.2.2. Une analyse paramétrique du débriefing

Que la méthode du débriefing puisse avoir des effets importants, rapides et durables sur les états de détresse, d'angoisse, de désorganisation émotionnelle, faisant immédiatement suite à un « événement critique » relève du constat clinique quotidien. De même, les exemples ne sont pas rares d'effets spectaculaires sur des syndromes de répétition enkystés, parfois en quelques

entretiens centrés sur l'événement, des années après sa survenue. Encore faut-il en avoir assimilé les principes généraux et l'avoir conduit suivant ceux-ci. Seules, avons-nous relevé, des études à la méthodologie approximative ont cru pouvoir montrer le contraire, ainsi que des écrits relevant plus de l'affirmation de positions de principe *a priori* que de véritables analyses étayées sur des recherches rigoureuses.

Quant à ses effets préventifs sur la survenue d'un syndrome psychotraumatique, ils sont certainement plus aléatoires, en tous les cas difficilement vérifiables ; mais au moins doit-on lui reconnaître l'intérêt de proposer un premier balisage qui ne laissera ultérieurement pas les personnes totalement démunies face à une éventuelle décompensation.

Mais une chose est d'observer un ensemble d'effets recherchés, une autre est d'être à même d'en rendre théoriquement compte et d'en proposer un modèle explicatif. Comment appréhender formellement ce qui fait le propre du débriefing, la singularité de sa forme et la nature ses effets ?

A ce niveau, des conceptions contrastées s'affirment, non d'ailleurs sans retombées sur leur conduite pratique. Dit autrement, il n'existe pas une définition et une conception exclusives du débriefing qui vaudrait pour toutes, et ses variétés sont à prendre comme autant de variations expérientielles proposées aux groupes et aux sujets, en grande partie nécessitées par le contexte et les conditions d'intervention. Du *Critical Incident Debriefing* de Mitchell, au débriefing émotionnel de L. Crocq, puis à l'approche cathartique, en passant par des pratiques à visée plus pédagogique sur le modèle SVP (Audet et Katz, 1999), des écoles se dessinent auxquelles se heurtent les tentatives d'harmonisation européennes espérées par certains. Plus récemment, des praticiens se sont attachés à en promouvoir une approche d'inspiration psychothérapeutique, à l'encontre des orientations perçues comme cognitivistes de Mitchell et de certaines écoles nord-américaines. Ainsi Mitchell entendait-il distinguer nettement le débriefing de toute pratique thérapeutique et il l'en différenciait sur quatre points (L. Jehel et coll., 2006) :

1. Déroulement strict (du débriefing) *versus* souple (de la thérapie)
2. Raconter l'événement *versus* le revivre
3. Ne pas interpréter *versus* interpréter
4. Expliquer, dédramatiser *versus* écoute neutre.

Il y a toujours un certain risque à projeter des modèles extrinsèques sur une nouvelle pratique, celui de n'en plus percevoir ce qui en fait les singularités, de perdre en route celles-ci par un effet d'abrasement de ce qui ne ressortit pas par la théorie importée. L'originalité des inventions initiales s'en trouve alors à plus ou moins long terme perdue au profit d'une conception tronquée parce qu'annexée à un modèle déjà là qui ne fait dès lors que se revisiter : un prêt-à-porter idéologique/politique.

Ainsi, à moins de galvauder le terme au point qu'il en vienne à désigner et englober toutes les formes de pratiques à visée de changement, il ne va pas de soi d'assimiler le débriefing, même dans sa version IPP, à une pratique psychothérapeutique. Non qu'il ne soit du plus grand intérêt auprès de sujets victimés et psycho-traumatisés et qu'il ne soit vecteur de modifications sensibles et souvent immédiates dans le rapport subjectif qu'ont développé ces sujets à l'événement ; c'est qu'il ne

s'intéresse pas aux mêmes phénomènes psychiques et ne prétend aucunement mettre en question une histoire de vie.
La plus grande prudence est donc de mise en la matière et toute assimilation de cet ordre exigerait, à tout le moins, une condition méthodologique à laquelle il est trop rarement souscrit, celle d'une analyse véritablement phénoménologique de l'espace clinique construit par le cadre, les consignes, la théorie… Sinon la théorie de la pratique qui en ressortira risque bien de n'être qu'une pseudo théorie, un manteau de Noé, pour reprendre l'expression imagée de G. Lantéri-Laura (1980). Qu'a-t-on dit de plus, ou de mieux, quand on l'a qualifié de thérapeutique ? En quoi cela nous éclaire-t-il sur son *modus operandi* propre ? Partant, imputer les effets du débriefing à des « vertus » psychothérapeutiques peut sembler séduisant, en tout cas lui donner un visage sans doute plus honorable aux yeux de ceux qui en dénoncent les dimensions pédagogiques, mais risque fort de lui faire perdre à terme toute son originalité.

C'est donc à cette analyse du débriefing comme pratique, à partir de son cadre et de ses règles internes propres, que nous allons maintenant nous attacher, en deçà, autant que faire ce peut, des rationalisations qui en font la plupart du temps office.

a) Un ensemble de prescriptions

Il y a au principe de tout débriefing une attente, sinon une exigence, un impératif, dont le caractère peut sembler tenir du pari impossible, pour ne pas dire d'une contrainte paradoxale : inviter à dire l'indicible, à relater ce qui a débordé de toutes parts les catégories usuelles de l'expérience, à rendre compte de l'insensé…, avec le risque que cela peut impliquer de plonger ceux qui y sont conviés encore plus dans la sidération, la déserrance, voire la déréliction.
Mais ce serait occulter l'importance de sa conduite même et ne pas voir que sa consigne initiale, les différentes formes de relances, les temps de reformulation, de synthèse, les scansions qui en rythment le déroulement etc., tous modes de présence et d'intervention du « débriefeur », ont une fonction d'étayage à l'élaboration de ce récit ; que tout cet ensemble a été conçu avec l'expérience pour pleinement jouer une fonction que l'on peut qualifier de contra sidérante, contra-confusionantes, ou encore pare-excitatrice… C'est également un effet de cet ordre que les praticiens attendent de sa forme groupale.

Il s'agit donc de penser le débriefing comme une **construction assistée**, et cela à plusieurs niveaux et selon de multiples modalités qui, d'un débriefing à l'autre, d'un praticien à l'autre, d'une école à l'autre, d'un groupe ou d'un sujet à l'autre, etc., vont jouer plus ou moins activement.
Bien qu'il en aille du débriefing comme de toute autre forme d'entretien clinique, il n'a pas été suffisamment insisté sur cette dimension d'ajustement que l'on peut qualifier de stratégique ou de technique de la présence du praticien aux premiers positionnements des sujets dans la situation ainsi qu'en réponse à la consigne initiale ; d'autres évoqueraient la dimension contre-transférentielle inhérente à toute situation clinique, pour autant, comme nous l'avons vu plus haut, de ne pas réduire celle-ci à une seule question d'affects.

Les variations observables d'une école à l'autre serraient alors à prendre comme autant de variations expérientielles incorporant les différentes conditions d'intervention et les caractéristiques des populations en charge. C'est, par exemple, à méconnaître ces éléments et faire une erreur d'interprétation que certains psy en viennent trop vite à qualifier de « résistances » les réticences, pour ne pas parler de refus actif, de certains milieux professionnels à se livrer à l'exercice du débriefing émotionnel ; résistances supposées tenir à une culture présentée péjorativement comme « machiste » ou apparentée, réprimant tout ce qui est de l'ordre de l'expression émotionnelle. L'erreur tient ici de ne pas percevoir ce sur quoi toute position professionnelle, en particulier, s'élabore : sur un interdit, celui de se « laisser aller à soi-même », d'être débordé par ses émotions, de laisser interférer des postions personnelles dans son exercice… ; ce que l'on dénomme la dimension éthique. Partant, tout débriefing de professionnels ne peut que passer par des interrogations autour de la faute professionnelle.

C'est également ce qui justifie l'exigence, avancée par certains, que les « débriefeurs » soient des cliniciens capables, par formation et expérience, d'autre chose que de dérouler de façon codifiée un protocole qui vaudrait pour tous les groupes et toutes les situations ; qu'ils soient capables d'ajustements et d'improvisations, même si ceux-ci doivent être réglés sur des principes généraux. Car pour le clinicien, un cadre, un protocole, une procédure…, ne valent que par la disponibilité dans laquelle ils le placent en le prémunissant contre tout ce qui précisément peut mettre en impasse ses modes d'intervention.

Il faut alors imaginer que les consignes et interventions diverses du praticien jouent bien plus qu'un simple rôle de sollicitation ou de soutien et qu'elles offrent une véritable trame narrative à l'expression spontanée des sujets. C'est cette trame, et les repères implicites qu'elle sollicite, dont vont pouvoir se saisir les « débriefés », c'est elle qui précisément fait *assistance* (ou étayage) à l'élaboration du récit.

Ainsi inviter à un récit de l'événement dans ses différents moments successifs, revient à implicitement proposer, et faire jouer, un ensemble de repères temporels qui vont offrir une certaine organisation à la narration, ici temporelle-chronologique sur le modèle de l'avant-pendant-après. Mais d'autres temporalités peuvent être mises en récit, climatiques temporelles plutôt, internes à l'événement, s'exprimant au travers de catégories comme le lent, le rapide, l'accéléré, le ralenti… ; temps figé, temps répétitif, télescopages, superpositions temporelles…

Mais la mise en trame temporelle est loin d'être le seul processus organisateur du récit à l'œuvre car tout un ensemble d'autres y sont en jeu qui, pourtant, n'a donné lieu qu'à bien peu, sinon aucune réflexion clinique et théorique.

Il en est ainsi de la **scénographie** avec ses repères spatiaux ; car il y a dans tout débriefing une scène à composer sans laquelle toute narration risque d'être totalement inintelligible, scène qui forme un espace circonscrit dont les coordonnées topographiques (droite/gauche, haut/bas, proche/lointain, devant/derrière, caché/montré…) organisent les rapports entre les différents lieux et protagonistes de l'événement.

L'on peut évoquer également un travail de constitution d'une véritable distribution des rôles et des places entre les protagonistes (dont nous proposerons plus loin un exemple détaillé), que l'on

pourrait imaginer d'emblée acquise comme évidente, mais qui est parfois l'objet de grandes confusions et dont le questionnement patient permet une progressive reconstitution aux effets structurants.

Cela vaut également pour la dimension émotionnelle, particulièrement valorisée dans le débriefing « à la française » avec son invitation réitérée à exprimer, en plus des faits et des pensées, les émotions éprouvées, ce que implique de les reconnaître et de les différencier les unes des autres. Celles-ci renvoient à un registre affectif ou « climatique », ou encore pathique de l'événement, à une ambiance, avec ses moments de stase, de précipitation, de changements brusques…

Il convient également de distinguer cet univers émotionnel de celui des sensations qui renvoient, elles, à un registre encore différent, celui des éprouvés corporels, avec les modalités expérientielles propres à chacun des sens impliqués : monde du toucher, de l'ouïe, du voir, de l'odorat, du goût, comme autant de modes de présence distincts revoyant à des formes d'expériences impliquant leur phénoménologie propre (E. Minkowski, 1936). Il faudrait ici se référer à toute l'œuvre de G. Bachelard relative aux quatre éléments et leur poétique propre, à G. Durand (1969) et ses « structures anthropologiques de l'imaginaire », ainsi qu'à à l'ensemble de l'œuvre de L. Binswanger avec son « analytique existentielle ».

Ce sont donc les modes singuliers de dessaisissement ou d'égarement de la présence au monde, à soi et à autrui qu'il s'agit d'appréhender à partir des dimensions anthropologiques engagées par l'expérience de l'événement.

b) Un réel à constituer

S'il y a bien, dans toutes les pratiques de narration sollicitées sur les principes du débriefing, exigence d'élaboration d'un récit, la nature de celui-ci y est tout à fait singulière au sens où elle est sensiblement éloignée des formes de récit ou d'expression verbale attendues dans les autres pratiques cliniques ; le récit doit y obéir à certaines règles qui font qu'il ne doit être ni fiction, ni associations, ni rêverie, ni construction d'une utopie (comme elle est sollicitée dans l'épreuve du Village imaginaire (L.M. Villerbu, 1993))…

L'on trouve ainsi dans tout débriefing, ou méthode apparentée, une exigence commune qui en est l'une des marques distinctives : car que la méthode insiste sur les aspects émotionnels, cognitifs, factuels ou autres, dans tous les cas, un même impératif implicite s'impose, une même contrainte s'y trouve à l'œuvre, celle de créer un récit circonstancié aussi complet (concernant le ou les registre(s) sollicité(s)) que possible de l'événement.

Il y a là un point de butée, une sorte de réel auquel le récit s'ancre et revient sans cesse : l'événement, même indicible. C'est à sa constitution, même au travers de l'expression des éprouvés les plus personnel, que tout son déroulement tend. L'événement n'est pas qu'un prétexte, un point de départ ou un support invitant le sujet à imaginer, associer, exprimer son univers personnel : il est ce qu'il faut concevoir et mettre en forme.

L'on aurait cependant tort d'y voir la recherche d'une description objectivante ou d'une sorte de version officielle désubjectivée ou purement factuelle de l'événement, même quand elle vise une

reconstitution des faits : ce récit cherche à atteindre à une représentation commune, partageable (au moins avec le praticien si le débriefing est individuel et avec le groupe s'il est collectif), mais qui autorise en même temps toutes les versions et éprouvés singuliers. Cependant ceux-ci doivent participer, en même temps qu'ils la constituent et l'alimentent, à cette version commune ou plus exactement, partageable.

C'est à ce point de la réflexion sur le débriefing qu'une autre pratique du récit offre une référence éclairante : **les entretiens de témoignage**.

La pratique du témoignage a son histoire (R. Waintrater, 2003) et l'on en trouve les premières expressions modernes chez les rescapés de la guerre de 1914-1918. C'est « l'expérience concentrationnaire » (M. Pollack, 2000) des camps d'extermination nazie et, après elle, des grandes entreprises génocidaires qu'a connu le 20ième siècle[1], qui susciteront le plus grand nombre d'écrits, notamment la « Shoah »[2].

Longtemps rejeté par une conception de l'histoire privilégiant exclusivement l'archive, le témoignage s'est vu accordé une place croissante comme source de connaissance historique précieuse à partir des années 1980. Réalisé spontanément et de façon solitaire (particulièrement sous la forme d'écrits), il a donné lieu de façon de plus en plus courante à des pratiques codifiées d'entretien menées par des professionnels à des fins d'abord de recherche historique. Ainsi Waintrater s'attache-t-elle a bien distinguer le témoignage de l'autobiographie :

> Prenons la définition de l'autobiographie. Selon Lejeune, c'est « un récit rétrospectif en prose qu'une personne réelle fait de sa propre existence, lorsqu'elle met l'accent sur sa vie personnelle, en particulier l'histoire de sa personnalité. » Le témoignage répond à la première partie de cette définition ; il s'agit bien d'un récit rétrospectif, généralement en prose, effectué par une personne réelle à propos de sa propre existence. La deuxième partie de la proposition nécessite quelques ajustements, Dans le témoignage, en effet, l'accent n'est mis sur la vie individuelle du sujet que pour éclairer un propos plus général. Sa raison d'être réside dans sa valeur de document, qui vient instruire une période, une activité ou, dans le cas qui nous intéresse, un événement extraordinaire qui fait du sujet un témoin par le fait d'y avoir été mêlé. [3]

Plus récemment encore, il a pu être utilisé dans le cadre de pratiques d'aide aux survivants de génocides, dans des actions se voulant essentiellement restauratrices et/ou initiatrices de processus judiciaires :

> Il ne s'agit pas ici d'une simple remémoration mais d'un effort long et difficile de la part de la victime pour s'arracher à la déliaison psychique dans laquelle elle se trouve plongée, comme le rappelle Jean Gortais quand il affirme que l'évocation des scènes traumatiques, loin d'être un « enfermement compulsif dans la factualité », a pour fonction de rouvrir la parole, en créant ainsi un « espace vital entre la victime et son agresseur.[4]

---

[1] Rétroactivement le génocide arménien, puis les exterminations de populations entières au Cambodge, au Rwanda, en ex-Yougoslavie…

[2] Nous mettons ce terme entre guillemets dans la mesure où il est aujourd'hui controversé (voir, Dupuy, *Petite métaphysiques des tsunamis*).

[3] R Waintrater (2003), *Sortir du génocide*, p. 24-25.

[4] R Waintrater, L'entretien de témoignage : un récit sous contrainte, p. 41.

Récit rétrospectif, réalité de l'événement, expérience de celui-ci par le narrateur, souci d'exactitude historique, référence à la seule expérience subjective qu'en a eu le témoin, en représentent ainsi les caractéristiques principales.

Dans ce processus d'élaboration, le rôle du « témoignaire » apparaît déterminant :

> Pendant tout le temps du témoignage, le témoin a en face de lui une personne qui, par ses réactions, va lui donner la mesure de ses propres paroles et le rassurer sur la vérité d'un récit souvent incroyable… Cette dimension de subjectivation par l'Autre constitue l'essentiel de la transaction testimoniale. En disant : « Tu as vu cela », le témoignaire rétablit un tu là où souvent le je s'était perdu. La construction qui s'ébauche alors est un effort de recentration sur l'histoire du sujet et une tentative pour pallier la carence représentative engendrée et maintenue par l'effet traumatique. C'est pourquoi le témoignaire doit guetter chez lui les moindres manifestations affectives, les reconnaître et les utiliser comme un fil d'Ariane tout au long du processus testimonial. [1]

Or il n'était pas d'usage d'inscrire l'entretien testimonial dans les pratiques à visée de changement. L'on pourrait même soutenir qu'il ne tient sa possibilité d'être, avec tout ce qui fait sa singularité, qu'à certaines conditions dont celle de ne justement de ne pas se vouloir « thérapeutique ». Tel n'est ni son objet ni son enjeu, même si parfois le témoin peut en sortir lavé de certaines des souillures, apaisé de certains souvenirs dont la reviviscence pouvait être insupportable… Le témoin n'est pas un patient ou un traumatisé ; ou du moins s'il peut l'être ce n'est pas à ce titre qu'il témoigne ; et le mieux-être, quand il survient (ce qui est loin d'être toujours le cas), vient de surcroît. Ainsi que le souligne R. Waintrater, il ne s'agit aucunement de procéder à une écoute interprétative et d'y rechercher un sens latent, ou des conflits inconscients, ce qui serait vécu par le témoin comme un doute insupportable quant à la teneur de son témoignage. Ce que l'on attend du témoin est qu'il contribue par son récit à une meilleure connaissance de certains événements. Et c'est à ces conditions que de sensibles effets cathartiques suivis d'apaisements étonnants peuvent survenir.

Son cadre doit ainsi rester strictement celui de l'élaboration d'un récit ou d'un document susceptible de contribuer à la compréhension historique d'un événement ou d'une situation, document dont la singularité par rapport à toutes les autres formes documentaires est que sa teneur consiste en la relation de l'expérience individuelle et subjective qu'a pu en avoir l'un des témoins ou des participants ; de la place qui fut la sienne, de ce qu'elle l'a amené à voir, à agir, à éprouver,

Le témoignage est ainsi traversé par une tension entre deux pôles : l'un formé par l'expérience subjective, l'autre par sa portée universelle ou du moins représentative du groupe d'appartenance du témoin : c'est ici la singularité d'une expérience qui est recherchée en tant qu'elle peut être révélatrice et collectivement nous enseigner, nous apprendre, à la différence essentielle d'une écoute psychologique où ce qui est recherché est la subjectivité dans ce qu'elle a de plus singulière.

Il s'agit moins de critères de vérité (s'opposant à l'erreur, au mensonge ou à la fiction) que d'un partage d'une vision et d'un vécu de l'événement. C'est la dimension collective du vécu singulier du sujet que cherche à faire émerger le témoignaire, et c'est elle qui va donner sens aux éprouvés du témoin. Cette vérité est donc la vérité du groupe d'appartenance, la conformité des éprouvés singuliers à ses valeurs et à sa vision collective de l'événement.

---

[1] *Op. cit.*, p. 197-198.

Et c'est en cela que l'entretien testimonial, à travers une recherche de « vérité » historique, peut participer à aider le témoin à « renouer avec son semblable » : l'exigence d'exactitude représente de la part du témoignaire une proposition implicite de repères permettant au récit, d'une part de se structurer, d'autre part de s'attester, de se valider comme cohérent au regard de significations communes ; et à travers cette attestation offerte par l'écoute et le dialogue, c'est la restauration du témoin qui se joue en tant que cette attestation a alors valeur de réinscription dans le collectif, via le partage d'une vision et d'un vécu de l'histoire. En contribuant à l'établissement d'une vérité historique, le témoin se ré affilie à sa communauté, si bien que la « contrainte » de vérité est à comprendre comme une véritable greffe de signification, intimation à élaborer un sens pour soi qui vaille aussi pour autrui.

C'est donc dans une double tension que prend sens l'entretien testimonial à l'égard des survivants de situations extrêmes : amener le témoin à un récit éclairant le collectif sur la nature de ce qui est arrivé, collectif qui en retour, par la voix du témoignaire, s'efforce d'inscrire dans le réseau des significations communes la catastrophe pour en faire un événement historique ; l'un et l'autre s'étayent et s'éclairent ainsi réciproquement dans une œuvre conjointe d'élaboration d'un sens. Et plus l'expérience est extrême, c'est-à-dire hors toutes références historiques culturelles, morales…, plus cette recherche conjointe va s'apparenter à la recherche de nouvelles catégories d'expérience. Comment par exemple dire l'horreur d'un génocide quand le mot lui-même n'existe pas dans la langue de ceux qui y ont survécu (E. Mujawayo, S. Belhaddad, 2004) ?

En quoi ce détour par une analyse des ressorts de l'entretien testimonial est-il susceptible de nous éclairer sur l'entretien de débriefing ? En ce que l'un et l'autre jouent de façon tout à fait similaire du rapport singulier/collectif dans la recherche de sens à un événement exceptionnel qui, s'il a été traumatique pour ses participants, a débordé leurs capacités d'intégration de celui-ci.

Si le débriefing est bien une pratique du témoignage, sa fonction première est d'aider ses participants à concevoir un récit qui leur permette d'amarrer le vécu qu'ils en ont eu à une signification collective qui leur en offre un système de représentation. Ce sont les consignes données par les animateurs qui tiennent cette fonction, de par les contraintes qu'elles exercent à construire du récit, de la scène, de la sensation, de l'émotion : la reconstitution de la chronologie des faits et des émotions, la géographie des lieux, la localisation corporelle des sensations et des perceptions, etc., offre autant de coordonnées opposées à la confusion des temps, des places, des corps… Quand le débriefing est collectif, c'est le groupe qui joue cette même fonction d'étayage et quand le débriefing est individuel, c'est au praticien que revient d'en faire office.

C'est bien de la construction d'une expérience subjective que traite le débriefing via son articulation à une élaboration collective qu'elle alimente et qui en retour lui offre ses étayages. C'est quand cette articulation se réalise entre la singularité d'une expérience et l'universalité de sa signification, que la présence du sujet au monde a pu se reconstituer, que la catharsis peut survenir,

Ni programme pédagogique, parcours obligé, ni association libre, c'est entre ces deux modèles que se situe le débriefing conçu comme **historiage** ou encore **travail assisté d'élaboration de l'événement.**

PARTIE C

-Chapitre 4-

CLINIQUE DU TRAVAIL DE GUIDANCE PSYCHO-VICTIMOLOGIQUE

PLAN

Introduction

4.1. Le travail sur l'axe des normes et de la responsabilité
Exemple N° 40. Melle S. ou : quand les normes ne font pas sens
Exemple N° 41. Melle Z. : Un essai de travail sur le mode opératoire de l'agresseur

4.2. Le travail sur l'axe des valeurs et de la culpabilité
Exemple N° 42 Melle Y : un exemple d'étayage par le socio-juridique d'une position subjective défaillante**.**
Exemple N° 43 : La confrontation à l'agresseur au risque de la méprise ou du malentendu

4.3. Un exemples de travail successif sur les normes et les valeurs
Exemple N° 44 : Du syndrome de Stockholm » au syndrome du risque zéro
Exemple N° 45 : Un premier entretien initial avec verbalisation cathartique, 10 jours après une agression physique
Exemple N° 46 : Mme Z. : un exemple de séquence d'investissement subjectif du parcours judiciaire

Conclusion

Introduction

Si la finalité de la guidance psycho-victimologique est bien de réinscrire le sujet dans « son » travail psychique de victime, ce sont les enjeux constitutifs de ce dernier et les processus qui leur sont sous-jacents qu'il s'agit de solliciter et, si nécessaire, d'étayer les uns par les autres. Le travail de guidance vise ainsi à proposer au sujet de nouvelles modalités de soutenir le ou les dilemmes qui lui posent problème selon des modalités psychiques qu'il puisse s'approprier.

Nous l'avons mentionné, il s'agit de faire jouer les 4 enjeux constitutifs du TPV ainsi que les deux grande surfaces à partir desquelles ils peuvent être interrogés : le judiciaire d'un côté, la position subjective du sujet de l'autre, et cela à partir de leurs normes et de leurs valeurs propres. Deux surfaces, quatre enjeux, huit processus, sont ainsi susceptibles, en théorie, de s'articuler en de multiples combinaisons.

Nous allons maintenant étudier des extraits d'entretiens cliniques illustratifs de ce travail de guidance mené dans le cadre de notre consultation spécialisée.

Il eut été possible de proposer de brefs extraits d'entretien se voulant illustrer chacun ces différents modes possibles d'étayage des processus considérés les uns par les autres ; le risque en aurait cependant été de laisser à penser au lecteur qu'il s'agirait de techniques adaptées à chaque problématique ou syndrome, utilisées de façon systématique et en quelque sorte stéréotypée, ce qui aurait donné une impression grandement faussée du travail de guidance. C'eut été notamment laisser à penser que les problématiques et syndromes que nous avons décrits puissent être immédiatement et directement observables : or, s'ils sont certes observables, car ils ne sont pas pure construction, ils le sont dans une grande mesure dans le cadre du « procédé exploratoire » aurait dit Freud développé et des modalités transférentielles et contre-transférentielles rendues possibles par le dispositif de rencontre promu. Ainsi, les phénomènes décrits tiennent leur développement et leur observation au cadre mis en place et à la clinique sous transfert qu'il rend possible, c'est-à-dire de ce que chaque sujet peut concevoir et partager de son problème avec le praticien dans les conditions prescrites.

Nous avons donc opté de façon plus didactique, nous l'espérons, pour l'analyse de séquences entières d'entretien afin de mieux faire apparaître comment des impasses se forment dans le dialogue, et comment elles peuvent, **alors,** donner lieu à la proposition d'élaborations alternatives susceptibles d'amener à leur déplacement et à leur dépassement. Nous nous efforcerons donc à chaque fois de montrer que la centration sur un enjeu vient comme une réponse à une impasse et sa répétition et comment peuvent alors s'imaginer et se mettre en œuvre diverses tentatives de rouvrir une question close sur un mode d'élaboration figé.

4.1. Le travail sur l'axe des normes et de la responsabilité

Le travail sur la responsabilité est sans doute celui qui paraîtra le plus déroutant au praticien non familier de l'aide aux victimes, car il l'engage sur des chemins qui ne lui sont pas familiers, là où il lui semblera se trouver en une position plus proche, tantôt de celle d'un historien, tantôt de celle d'un enquêteur, que de celle d'un praticien soucieux de la position subjective de son interlocuteur. Et pourtant, nous l'avons vu, il nous semble constituer la principale et presque toujours première et indispensable dimension d'interpellation du travail d'historiage en ce qu'il s'attache à « mettre en normes » personnelles et collectives (notamment juridiques) l'événement ou le contexte initiateur des troubles dans ses différents paramètres et son déroulement.

L'on peut penser que c'est faute d'avoir pleinement conçu cette dimension proprement normative de la pratique du débriefing que celle-ci n'a pu être au mieux appréhendée par certains auteurs que comme une sorte de préalable au « véritable » travail psychique que représenterait la recherche d'une signification personnelle à l'événement, et dont les effets parfois spectaculaires en restaient , de ce fait, quelque peu mystérieux. Ainsi F. Lebigot note-t-il :

> Il arrivera un moment où la technique du débriefing sera possible et souhaitable. Cette technique est souvent adoptée d'emblée, quand c'est possible, parce qu'elle est la seule à pouvoir cerner au plus près la rencontre avec le réel (les faits, les sensations) et, dans le même temps, les réactions émotionnelles et cognitives du sujet à chaque moment de l'événement. Elle permet aussi de retrouver le contexte dans lequel il est survenu. Le débriefing en lui-même ne résout pas grand-chose sur le fond, mais il permet l'accrochage transférentiel, surtout dans sa forme individuelle, et un bon point de départ pour le ou les entretiens à venir. Il est possible aussi que, dans certains cas, il favorise les processus d'élaboration qui vont se dérouler à l'insu du sujet. Ceci nous permet de poser une hypothèse : ce sont ces psychothérapies qui, après un débriefing, atteignent leu but en deux ou trois entretiens. Les patients terminent ainsi leur psychothérapie sans que nous ne connaissions grand-chose d'eux, parfois pas même leur profession ou leur statut marital. Pourtant, le sentiment du thérapeute est qu'il y a eu une vraie rencontre transférentielle (rappelons qu'on ne saurait parler ici de névrose traumatique). [1]

A contrario de cette position, nous allons tenter de montrer, à l'aide de plusieurs exemples, comment le modèle d'analyse offert par le TPV et ses enjeux permet de rendre compte de façon affinée, d'une part des impasses auxquelles les processus de mise en norme et en valeur de l'événement peuvent donner lieu, d'autre part comment le travail d'historiage peut rendre possible leur dépassement.

Exemple N° 40

Melle S. ou : quand les normes ne font pas sens

Il s'agit d'une séquence d'exploration d'un contexte quotidien d'agressions sexuelles incestueuses, en termes de normes et de mode de vie familial.
L'objectif de cet entretien s'est dessiné en réponse à ce que la patiente avait mentionné avec insistance lors d'une première rencontre, à savoir un sentiment de grande injustice associé au procès de son père, sans toutefois qu'elle ne parvienne à expliciter ce ressenti.
C'est à partir des effets différés engendrés par la première rencontre que la trame de cet entretien se forme, autour de ce qui semble au praticien particulièrement poser problème à la patiente et qui se dessine, à mesure qu'il prend consistance, comme étant un contexte relationnel/familial dont elle ressent le caractère profondément anormal sans parvenir à le décrire et le qualifier comme tel.
Le travail d'historiage vise ici à l'aider à concevoir des repères normatifs plus congruents à ses éprouvés, alors même qu'à un autre niveau elle s'avère presque totalement incapable de repérer et de désigner les comportements transgressifs dont elle a été l'objet, hormis la survenue (dès lors brutale et totalement incompréhensible pour elle) des abus sexuels.

Voici un extrait du 2ième entretien[2].

P : Avez-vous pensé à de nouvelles choses depuis le dernier entretien ?	Consigne initiale en forme de relance par rapport au contenu du premier entretien.

[1] F. Lebigot (2006) ; L'évolution du trauma sous transfert, *Stress et trauma*, 6, (2), p. 71-77, p. 74.
[2] Extrait de l'article P. Pignol et L.M. Villerbu (2008) : L'entretien clinique en victimologie, In O. Douville et B. Jacobi, *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*, Paris, Dunod, p.107-128.

Melle S : J'ai beaucoup repensé au procès…	Se saisit de la consigne.
P : Oui ? L'autre fois vous avez laissé entendre que vous n'étiez pas vraiment satisfaite du jugement…	Reformulation empathique encourageant à poursuivre sur ce thème.
Melle S : Y'a plein de choses qu'ont pas été dites… Quand j'y pense, c'est rien ce qui a été jugé… Toute mon enfance je me suis fait rabaisser, insulter par tout le monde…	Elle se saisit de la proposition.
P : Insulter ? Quel genre d'insultes ?	Il s'agit, par cette demande de précision qui peut paraître « superflue » voire teintée de voyeurisme, de lui signifier qu'il est possible d'évoquer ce qu'elle a vécu sans gène pour le thérapeute. L'ironie de la remarque peut sembler hors de propos, et notamment une atteinte au principe de neutralité. Elle vise implicitement à soutenir la patiente dans sa tentative de se positionner en victimée c'est-à-dire ici comme ayant fait, enfant, l'objet de comportements inacceptables.
Melle S : Euh… je me faisais traiter de grosse vache, de grosse pute !	
P : C'est agréable ! Qui vous insultait comme ça ?	Il s'agit d'une intervention normative. Quant au ton adopté, il correspond à un ajustement au ton qu'elle tente d'adopter (sans doute par gêne) quelque peu distancié et ironique.
Melle S : Mon père tout le temps, mon frère un peu, au collège c'était la cata, mes grands-parents aussi, toute la famille du côté de mon père… Y fallait quelqu'un et c'est tombé sur moi…	
P : Comment ça, y fallait quelqu'un ?	Est invitée à poursuivre l'exploration de son contexte familial de vie dans son enfance. La demande de précision a non seulement pour visée de l'inciter à poursuivre mais aussi implicitement à la soutenir en lui signifiant
Melle S : On était trois enfants et j'étais au milieu. Ca marchait pas avec mon frère : il était plus grand et il se laissait pas faire, dès fois y s'défendait même à coups de	
couteau, et ma sœur, elle était trop jeune…Y restait plus que moi…	qu'elle est suivie pas à pas dans son récit.
P : Et toute votre enfance ça a été comme ça ?	
Melle S : Jusqu'à mes dix ans j'adorais mon père et du jour au lendemain je l'ai haï et comme j'étais sa petite chouchoute, après y s'est vengé…	Mentionne en outre qu'elle a été mise jusqu'alors en position de « préférée ». Une hypothèse serait que la mise en position de « bouc émissaire » est une stratégie qui a permis d'instaurer des normes comportementales quotidiennes rendant possibles les agressions sexuelles.
P : Y s'est passé quelque chose pour qu'il vous haïsse comme ça d'un seul coup ?	A évoqué un « avant » et un « après », d'où la question : que s'est-il passé ?
Melle S. : Avant j'pensais que c'était ma mère et mon frère qui étaient méchants avec lui. Et un jour j'suis rentrée de l'école plus tôt que prévu et j'l'ai vu complément soul sur les toilettes. Quand y m'a entendu il a relevé la tête et là j'ai compris que c'était lui qu'était mauvais et pas ma mère. Il avait une tête horrible, il était bourré, je l'avais jamais vu comme ça et il a vu que j'avais compris… Après ça a été l'horreur …	La scène est décrite avec un tel réalisme, et a pour le praticien quelque chose sur le moment de totalement sidérant, qu'elle laisse à penser à une scène traumatique.

P : Vous disiez que vous l'avez vu aux toilettes, la porte n'était pas fermée ? Melle S : Non… P : Ca arrivait souvent ?	Poursuite du mouvement exploratoire dans un travail d' « élaboration du scénario des faits » car la patiente, semblant en très grand malaise à parler de ses éprouvés, il a paru préférable de poursuivre dans l'exploration des normes de vie afin de l'aider avant tout à prendre conscience de l'anormalité de ce contexte au regard de nos modes de vie collectifs, ici la question de l'intimité, mais aussi et surtout de ses propres éprouvés.
Melle S : Ouais, mais ça c'est rien ! Y se rasait les poils du pubis devant nous, y prenait son bain devant nous, il mangeait nu souvent… P : Il n'avait aucune pudeur ?	Elle poursuit dans son exploration et semble commencer à prendre conscience du caractère très particulier du comportement de son père à mesure qu'elle en témoigne au thérapeute.
Melle S : … J'crois qu'il était obnubilé par le sexe… P : C'est-à-dire ? Melle S : Il en parlait pas mais ça s'voyait qu'il aimait ça. La nuit, y regardait des films pornos…	Réaction caractéristique de ses difficultés à appréhender ce qui était hétérogène : au lieu comme cela lui est proposé, de voir une dimension anormale aux comportements de son père en termes d'atteinte à son intimité ; elle les normalise.
P : Comment vous le saviez ?	Les questions, précises, se saisissent de tous les éléments qu'elle livre et visent à la reconstitution du contexte de vie ainsi qu'à faire émerger des éléments significatifs de celui-ci par rapport aux abus sexuels ; à les faire ressortir du quotidien dans lesquels ils se fondent.
Melle S : Des fois je me levais la nuit et en passant je voyais ce qu'il regardait, et puis on entendait la télé, notre chambre était juste à côté du salon télé et le mur était pas épais…	De même ici, elle les banalise en en faisant une conduite excessive mais au fond normale, ou encore en imputant à l'épaisseur des mûrs le fait de tout entendre des films.
P : Comment vous viviez ça ?	Essai de retour sur ses émotions.
Melle S : C'était pas plus traumatisant que ça… Quand y regardait la télé au moins on était tranquilles…	Sa réponse montre à quel point tout était banalisé voire « retourné » : la présence sexualisée du père est vécue comme un répit. Laisse en outre entendre qu'il existait d'autres possibles « maltraitances ».
P : Quand vous dites « on » c'était qui ? Melle S : Mon frère et moi… P : Et votre mère, elle était où ? Melle S : Elle dormait dans sa chambre à l'autre bout du couloir, et de toute façon elle était bourrée de médicaments, à huit heures elle était couchée et on la voyait plus jusqu'au lendemain…	Essai d'élargissement de l'exploration au comportement de sa mère qui est décrite en réponse comme complètement absente. Il semble alors au thérapeute que poursuivre dans cette voie aurait été trop problématique pour elle à ce moment car risquant de la centrer trop vite sur sa probable détresse d'être, en plus des agressions paternelles, délaissée par sa mère.
P : Les films pornos, c'était avant ou après que son comportement ait changé par rapport à vous ?	La sexualité du père est tellement inscrite dans le quotidien, et de ce fait banalisée, que le thérapeute a lui-même du mal à ce moment de l'entretien à s'y retrouver ; d'où cette demande de précision. Il s'agissait en même temps de rechercher ce

qui à l'époque pouvait faire normes différenciatrices pour elle. Sa réponse confirme ses difficultés à ce niveau : elle semble ne pouvoir appréhender les choses qu'en termes d'absence de certains comportements violents et pas en termes d'écarts positifs à-.

Melle S : Là c'était avant. Après… Il a surtout insisté après le viol, il s'est acharné sur moi pour me dézinguer, c'était tous les jours…

P : Et avant alors qu'est-ce qu'il faisait ?

Melle S ; Y me disait de venir pour regarder la télé avec lui. Au début il était habillé, y se masturbait pas, y me touchait pas. Il me posait des questions si je savais comment on faisait, il m'expliquait… Je savais que c'était pas normal mais j'avais pas peur de lui. C'était plus ennuyeux qu'autre chose, ça m'intéressait pas et puis c'était toujours la même chose. J'attendais que ça soit fini et je retournais me coucher… Ca, ça m'a pas vraiment traumatisée. C'est après que c'est devenu vraiment dur…

Ses réponses confirment l'envahissement de l'espace familial par l'absence d'intimité sexuelle du père. P.C. Racamier aurait parlé ici d' « incestuel ».

P : Vous vous souvenez du genre de films pornos que c'était ?

L'idée est venue que le contenu même des films, pouvait avoir une fonction vis-à-vis d'elle, d'où cette question.

Melle S : Oui, je me souviens de toutes les scènes ! Toutes les scènes que j'ai vues je les ai en tête … C'était presque toujours des films qu'avec des femmes…

La réponse apporte un élément pour le moins non anodin mais qu'il n'a pas semblé opportun d'explorer plus avant à ce moment.

P : Comment vous viviez ça, de devoir regarder ces films ?

Melle S : Ca m'intéressait pas mais ça me choquait pas non plus, c'est comme le fait qu'il était souvent à se balader nu dans la maison, avant je pensais que c'était sain et après j'ai senti que c'était très malsain…

Autre retournement des normes collectives.

P : Et maintenant ?

Melle S : Après le jugement je me suis dit que si la justice le jugeait pas là-dessus c'est que c'était normal… Y'a des choses, je sais pas si je dois en souffrir…

P : Comment ça ?

Melle S : Pour être malheureux faut avoir des raisons, pour avoir des raisons faut les connaître et moi j'sais même pas si c'est des raisons valables…

Ses dernières réflexions témoignent de ce qui semble être un vécu paradoxal du judiciaire, en miroir de sa propre confusion.

Tout parait pour elle retourné par rapport à la « logique » commune : la souffrance est présentée comme une sorte de choix lié au fait que ce qui l'a engendrée a semblé normal à la justice puisqu'elle n'en n'a pas fait état ; de même, le vécu de malheur doit se justifier de raisons, raisons à connaître et à valider.

L'on peut en comprendre que sa perplexité tient à deux questions : qu'est-ce qui permet d'éprouver un ressenti comme de la souffrance ? Qu'est-ce qui légitime de pouvoir en être malheureux ? Il semble en effet que le problème se pose tant dans le rapport à elle-même que dans le rapport aux autres.
Ce qui semble relever pour tout un chacun d'une évidence (ce que l'on ressent ne se discute pas, le fait de le vivre se suffisant à lui-même) est pour elle assorti d'un ensemble de doutes qui en viennent à annuler, ou à ne pas prendre en compte, ses éprouvés tels qu'elle les vit.
Deux références, antagonistes, semblent ainsi coexister, disjoints, ou du moins sans lien d'évidence entre eux : l'une consistant en un ensemble d'éprouvés douloureux, l'autre dans leur reconnaissance telle qu'elle en fait l'expérience dans leur qualité pathique propre, qui nécessite quant à elle raison, validation, attestation de la part de la justice.
Dit autrement, la valeur qu'elle attribue à ses éprouvés doit être confirmée par des normes tant internes qu'externes qui semblent défaillantes, ou tout du moins non nécessairement congruentes, voire opposées.
Et l'entretien parait lui avoir permis de commencer de prendre conscience et de verbaliser ce hiatus.
L'hypothèse que le TPV permet alors de formuler est que ses éprouvés ne trouvent pas leur répondant dans un système normatif qui attesterait de leur caractère anormal : un code ferait défaut, code permettant de différencier le normal de l'anormal, l'acceptable de l'inacceptable…

Exemple N° 41

Melle Z. : Un essai de travail sur le mode opératoire de l'agresseur

A la date du premier entretien, cette jeune femme a 23 ans et déjà un long et difficile parcours. Elle a été abusée sexuellement entre 8 et 12 ans par le fils de ses voisins de palier, chez celui-ci, dont les parents sont devenus, durant les abus, amis des siens. A l'adolescence, elle a présenté des troubles alimentaires à forme d'anorexie, puis fait plusieurs tentatives de suicide de plus en plus graves à partir de l'âge de 16 ans qui l'ont conduite à une hospitalisation de plus d'un an en établissement psychiatrique. Dans ce cadre et des relations positives qu'elle a pu y établir avec l'équipe de soin, elle en vient à révéler les abus. Aidée par l'équipe, elle en fait part à sa famille mais refuse de déposer plainte. Ses parents, séparés depuis plusieurs années, réagissent, -son père par l'indifférence, - sa mère de façon très défensive, affirmant qu'elle a toujours été une bonne mère et ne pouvait pas savoir. A sa sortie de clinique, âgée de 18 ans, elle trouve un emploi stable, s'installe dans un studio et mène une vie solitaire organisée autour de son travail qu'elle surinvestit.
A 20 ans, elle croise par hasard l'agresseur dans un lieu public, parvient à l'aborder dans une sorte d'état second et lui demande des explications. Elle relate qu'il a éclaté en sanglots et l'a suppliée de ne rien dire. En état de choc, elle met plusieurs semaines à métaboliser quelque chose de la scène et décide de déposer plainte.
Elle se fait aider par l'association d'aide aux victimes locales mais son dossier tarde à être traité bien que l'agresseur ait reconnu une partie des faits. Deux ans après son dépôt de plainte, pour raison d'éléments insuffisants, son dossier est classé sans suite. Elle parvient malgré tout à obtenir sa réouverture mais est tellement psychiquement en difficultés qu'elle cesse son travail, complètement absorbée et désabusée par ces derniers événements. Sur les conseils de l'association, elle prend un premier rendez-vous à la consultation auquel elle se rend, ne vient pas au second, réapparaît 6 mois plus tard pour cette fois demander un suivi régulier auquel elle se tient.

Les quatre premiers entretiens sont consacrés pour l'essentiel à retracer son histoire. Elle s'y présente à chaque fois très plaintive, se disant déprimée et prise à nouveau par des

idées de suicide. Elle dit que seule la perspective d'un procès la « fait tenir » en même temps qu'elle doute de plus en plus de sa possibilité tant la procédure est longue et semble depuis la réouverture du dossier ne pas progresser. Malgré tout, le mis en cause a été auditionné et a reconnu une partie des faits, niant par contre ceux qui relèveraient d'une qualification de viol.

Dès ces premiers entretiens, malgré son implication, une impression d'enlisement s'installe rapidement. Les plaintes se font de plus en plus insistantes et répétitives à chaque rencontre, convainquant le praticien qu'il devient impératif d'être plus actif afin de l'aider à se dégager un peu de cette omniprésence dans son quotidien des abus et de leurs suites. Le fait cependant qu'elle semble mettre tous ses espoirs de mieux être dans « le procès » fait figure d'étayage externe d'autant plus fragile qu'elle semble par elle-même incapable d'élaborer quoique ce soit de ce qu'elle a subi.

Nous allons étudier un long extrait du 5ième entretien dont le début est une répétition des propos qu'elle tient de plus en plus à chaque nouvelle rencontre. Après réflexion, la ligne directrice que se donne avant cet entretien le praticien est l'hypothèse qu'elle reste, pour des raisons à explorer, sous l'emprise de l'agresseur, emprise renforcée par le sentiment de vacuité qu'elle a de plus en plus de sa démarche judiciaire, en raison du peu de résultats que celle-ci a jusqu'à présent eue, le premier non lieu l'ayant plongée dans l'incompréhension et la conviction encore plus profonde que cela n'aboutira à rien.

Exprime à nouveau pendant de longues minutes ses difficultés à vivre sa situation présente…	
Melle X : C'est un tout…	Clôture son propos : l'on doit imaginer ici la fin d'une séquence.
P : C'est un tout ?	Essai de relance mais le même sentiment de paralysie envahit le praticien.
Melle X : Oui c'est un tout j'en ai marre, j'en ai marre de ne pas être comprise, marre de galérer, marre de ne pas avancer donc blasée… Je me dis « heureusement qu'il y a le procès quand même » parce que... parce que ça me donne un but. S'il n'y avait pas ça, je ne sais pas ce que je ferais sans ça, en fait... Presque il n'y a que ça, le reste, ce que je fais la journée c'est pour m'occuper l'esprit. Au moins ça m'accapare…	Reprend à peu de choses près les mêmes propos douloureux et plaintifs.
P : Il n'y a pas de but derrière ?	
Melle X : Si j'essaye quand même je fais pleins de truc c'est aussi pour m'en sortir mais ça m'accapare l'esprit trop, trop, trop, tout le temps je ne sais pas …. c'est plus simple	Sa réponse montre qu'elle n'est pas si passive qu'elle semble le dire, mais cela reste organisé autour de ses préoccupations.
P : Le procès ?	
Melle X : Oui tout ça, tout ce qu'il m'est arrivé. Du coup l'attente pour le procès... ce qui m'est arrivé, je reste bloquée dessus.	
P : Vous pensez souvent à ce que vous avez subi?	Essai de décentrement de sa position : comment se voit-elle ?
Melle X : Oui le fait que ça soit injuste. Pourquoi j'ai subi tout ça. Le fait d'en reparler ça réactive beaucoup le fait de se rappeler ça réactive beaucoup. Je ne sais pas, je me dis pourquoi : pourquoi c'est tout le temps comme ça ? Pourquoi ça dure? Pourquoi ça ne s'arrête pas? Quand est ce que ça va s'arrêter? Les soucis...	L'on peut entendre sa réponse comme une attaque indirecte des entretiens en ce qu'ils ajoutent à sa souffrance. Son univers semble n'avoir que pour seul horizon les agressions.

P : Donc ça vous fait y repenser, et y repenser ça vous fait mal? C'est ça ? Ça soulève pleins de question, un sentiment d'injuste?

Nouvel essai de décentrement : comment analyse-t-elle ce qu'elle vit ?

Melle X : D'injuste oui, mais j'ai l'impression que ma vie c'est un échec. Finalement, je vais avoir 30 ans et je n'arrête pas de me dire « où j'en suis ? », « je ne voulais pas ça », je m'imaginais ce qu'on raconte dans les beaux contes de fées. Je me dis la réalité elle est... ce n'est pas pareil…

Sa réponse est une redite.

P : D'accord…

Remarque témoignant de l'enlisement dans lequel se trouve le praticien.

Melle X : Je me dis que je n'ai que 30 ans mais que jusque là ma vie elle est gâchée et je n'y peux rien, par tout ce que j'ai vécu et je ne sais pas... je n'arrête pas de penser je me dis l'enfance c'est la base de la construction psychologique et tout... on me dit que je ne vais jamais être bien, je rame parce que … pourtant je me bats, je me pose plein de questions et je rame. C'est dur tout le temps tout le temps…

Sa position de passivité semble se renforcer, mettant en échec ces premiers essais de déplacement et se clôt sur une nouvelle plainte.

P : Quelles questions vous vous posez?

Nouvelle tentative en repartant au plus près de ses propos.

Melle X : Je ne sais pas. Enfin est-ce que je vais enfin réussir à vivre comme tout le monde, à être comme tout le monde ? Ce n'est pas de l'impatiente c'est que j'en ai marre, je sens que je n'y arriverai jamais ! Je me pose plein de questions. Que je sois tout le temps sur la défensive… J'ai l'impression que je ne pourrai jamais être sereine. Ça m'épuise de tout le temps galérer psychologiquement. J'aimerais bien que ça soit plus simple, mais il n'y a rien qui vient dans ma vie. On dit qu'on est le directeur de notre vie, alors je ne sais pas si j'y suis pour quelque chose. ..

P : … votre passé vous plombe?

Tout semble effectivement « plombé », lesté d'un poids incommensurable.

Melle X : Oui tout le temps tout le temps je repense... je n'ai pas de bons souvenirs, je cherche j'ai beau chercher je n'ai pas de bons souvenirs, il n'y a rien qui me vient dans l'enfance même là dans la suite des choses, qu'est ce qui m'est arrivé de bien? … A part des galères, c'est ça qui me blesse j'en ai marre je me dis que je veux bien aller mieux mais comment ? Il faut bien qu'il m'arrive des choses positives, sinon ça risque de ne pas aller. Je ne sais pas comment je peux transformer ça. Je ne sais pas...
[…]

Tout ne semble qu'impasses et elle reste « collée » à celles-ci.

Elle se présente comme « compliante », entretient l'espoir d'un mieux-être mais pour immédiatement en mettre en doute la possibilité.

Melle X : C'est ça que je ne comprends pas c'est que c'est toujours autant. Toujours autant mal…

Nouvelle clôture.

P : Alors est-ce qu'il n'y a pas des questions vraiment que vous n'arrivez pas à formuler ?

Nouvel essai de relance.

Melle X : Non je ne sais pas, je ne sais pas... Je pense déjà que c'est la culpabilité d'être restée comme ça pendant des années, je m'en veux quelque part je m'en veux d'avoir attendu si longtemps, finalement je galère. C'est de sa faute mais c'est aussi de ma faute, si je galère autant c'est que je n'ai rien dit j'aurais peut être du parler avant ça c'est sur on n'arrête pas de me dire « t'aurais dû me le dire », je m'en veux de pas...je ne pouvais pas…

Auto-reproches qui invalident la question.

Un nouvel élément apparaît cependant, la question de l'imputation. Mais elle se ferme sur des auto-reproches.

P : C'est ce que je veux vous dire est ce que vous pouviez faire autrement ? C'est la réaction normale de se taire, bizarrement…	Intervention plus active qui se saisit de la possible ouverture que constitue la question de la responsabilité et va à l'encontre de ses propos : la « normalité » dans de telles situations consiste à se taire.
Melle X : Je m'en veux d'avoir été si bête et je ne sais pas, d'avoir respecté son truc a lui « tu dis rien » alors je dis rien. Je ne sais pas, pourquoi lui avoir autant fait confiance ? Et quand je parle avec les gens « c'est vrai il était jeune quand c'est arrivé, maintenant il a peut être changé » les gens ça me fait culpabiliser un peu aussi. Même s'ils me disent qu'il faut qu'il paye pour ce qu'il a fait. je ne sais pas... ça, déjà dans l'esprit des gens quand je dis que ce n'était pas un homme d'âge mur à l'époque un homme âgé déjà il prenne ça différemment comme si c'était normale comme les enfants je ne sais pas peut être qu'ils ne le prennent pas comme ça c'est moi qui pense ça. Mais je ne sais pas, ils ont l'impression qu'il était jeune mais j'étais encore plus jeune moi aussi. Maintenant les jeunes font plus âgé, plus que leur âge. À 13 ans les filles font plus âgées du coup il y a des confusions dans l'esprit des gens.	Poursuit dans les auto-reproches mais commence à les rattacher aux propos de « son » agresseur et de son entourage. Elle donne les raisons qui font qu'elle se sent (ou qu'on la rend) responsable. Apparaît ainsi tout une suite de motifs de le déresponsabiliser dont elle se plaint mais dont elle semble incapable de se dégager. Si lui n'est pas responsable, il ne reste plus qu'elle pour en faire office. L'on peut alors comprendre que ses plaintes sont une façon de tenter de se poser comme victime du point de vue de la question du préjudice, par défaut de parvenir à concevoir la responsabilité de l'agresseur.
P : Dans l'esprit des gens ? On a l'impression que dans le votre aussi…	
Melle X : Du coup …	
P : Ils vous font douter ?	Essai de déplacement de la responsabilité sur un tiers.
Melle X : Du coup je m'en veux de ne n'avoir rien dit ça, ça me fait culpabiliser je me dis que je lui ai peut-être mis le doute dans son esprit à lui aussi. Que j'étais d'accord. En fait je crois que ça c'est surtout depuis que j'ai témoigné et que la police m'a posé des questions. « est-ce que vous faisiez quelque chose? Est ce que vous disiez non? »... à part en faisant en comprendre en étant pas active en étant passive en ne faisant rien on comprend... je ne sais pas de ne pas avoir dit clairement « ne me touches pas! Ne fais pas ça! » après on m'a expliqué mais je n'étais qu'une gamine. Maintenant j'aurais réagi comme ça, étant adulte mais je n'arrive pas à faire la différence entre mes pensées étant petite et maintenant avec ma vision d'adulte. Ça se confond ; je m'en veux presque alors que j'étais gamine. C'était trop difficile de réagir je ne savais ce que c'était, mais maintenant c'est normal que je m'en veuille, mais j'arrive quand même à me dire « je n'ai pas le même âge », mais quand même...	Commence à faire sienne la question de la responsabilité et à percevoir à quel point elle la porte seule. Cela lui permet de s'en distancier et de commencer à analyser comment elle-même en vient à penser ainsi : comme ne parvenant pas à se défaire de l'autre. Retour à des auto-reproches. L'on peut évoquer un fonctionnement clivé dans la mesure où elle peut dire d'un côté qu'elle n'est pas responsable et de l'autre qu'elle l'est quand même.
P : C'est ça qui vous rend mal ?	Essai de réintroduction d'un regard réflexif sur elle-même.
Melle X : Il est trop présent. .. c'est pour ça, j'ai encore plein de questions…	Elle s'en saisit.
P : Ce n'est que ça, des incertitudes, des questions, des reproches. Une chose : un enfant ne parle pas. Il y a des tas de raisons, et l'une d'elle est que l'agresseur a toujours des stratégies pour empêcher l'enfant de parler, toujours il a des techniques d'enfermement de l'enfant dans le secret. L'enfant ne pense pas tout le temps à parler, mais l'agresseur, pour se protéger, c'est une question de protection, va trouver des	Intervention plus active visant à renforcer ses premiers essais de différenciation « auteur/victime » au plan de l'imputation. Le ton pédagogique est intentionnel : il s'agit de lui donner des éléments généraux de compréhension de la confusion dans laquelle elle se trouve, en rapportant celle-ci à des

techniques pour faire taire l'enfant. L'empêcher de parler, si l'enfant parle c'est lui qui est en danger, donc il va se débrouiller pour faire taire l'enfant. c'est une des conditions de ce type de pratiques car s'il ne fait pas ça, l'enfant va à un moment ou à un autre exprimer quelque chose de ce qu'il subit. L'agresseur le sait, il sait qu'il est en danger, car il sait que c'est interdit. Il sait que c'est condamnable, qu'il risque gros, donc il a des stratégies pour coincer l'enfant dans le secret ? Il n'y en a pas 36 000, il y en a quelque unes, c'est toujours les même parce que enfermer un enfant dans ses secrets c'est relativement simple. Un enfant n'est pas un adulte il a une psychologie particulière. L'agresseur connait et a appris la psychologie des enfants.	stratégies de la part de ce type d'agresseur. C'est aussi une façon de normaliser ses comportements en les resituant comme des réponses à un contexte et des stratégies d'enfermement dont elle ne pouvait avoir conscience comme telles. Cela revient à travailler l'imputation en lui proposant des éléments nouveaux de compréhension du contexte rendant possible les agressions et leur répétition. C'est le « scénario des faits » qui est complexifié, dans l'objectif de l'aider à aborder différemment la question de l'imputation sur laquelle elle ne cesse de buter. C'est un exemple d'étayage par la « qualification », puisque cela consiste à rechercher des comportements « infractionnels » chez l'agresseur, non perçus comme tels par elle.
Melle X : Mais lui il a...	
P : Il a appris concrètement, il a su faire, il a trouvé les trucs qui marchent…	
Melle X : Mais je me dis il était jeune, lui, en fait.	Trouve un nouvel argument le déresponsabilisant mais l'intérêt est qu'elle commence à discuter donc s'approprier les questions.
P : Alors quand vous dites il est jeune c'est la différence d'âge qui est importante. 4 ans de différence d'âge, à un certain âge c'est tout un monde, il y en a un qui est adulte l'autre enfant ou il y en a un qui est ados l'autre enfant. Ça fait une différence considérable. Je ne sais pas combien il y avait entre vous ?	La réponse qui lui est donnée est conçue de la même façon : ce n'est pas l'âge qu'il faut prendre en compte mais la différence d'âges, et c'est dans celle-ci que réside le caractère anormal de la situation.
Melle X : 5 ou 6 ans…	
P : Ca peut être énorme entre une fillette de...	
Melle X : Moi j'avais 9 ans et lui 15 ans…	
P : Entre une fillette de 9 ans qui n'a pas la moindre idée de ce qu'est la sexualité et un ados qui a peut-être vu des films porno, qui a peut être déjà eu des relations sexuelles, en parle avec ses copains, est préoccupé de ça, Alors que pour une fillette qui a 10 ans il n'y a pas de sexualité au sens sexuel du terme, les relations sexuelles c'est quelque chose de très mystérieux , on en a une vision si enfantine de la chose qu'on ne sait même pas si ça existe. Il était peut être jeune, mineur, mais la différence elle est énorme … Et dans toutes les situations d'abus, même entre mineurs, s'il y en a un plus âgé que l'autre, forcément il y a des techniques. Il ya des stratégies très précises, alors la victime elle se dit après « comment je ne me suis pas défendue? ». Sauf qu'elle n'a pas compris parce qu'elle n'a pas les moyens de les analyser à cet âge là.	Renforcement de l'idée que c'est la différence d'âge qui fait l'anormalité, et non le fait qu'il était mineur. Le travail se poursuit sur la constitution des écarts aux normes (sociales, juridiques) en étayage de la question problématique de l'imputation.
Melle X : Déjà moi je n'arrive pas à me rappeler comment s'est arrivé exactement…	Elle s'auto-invalide comme témoin de ses propres abus.
P : Voilà un truc : il n'y a pas de début ! C'est-à-dire que l'une des techniques est que cela se fait très progressivement. Il y a l'attaque violente brutale où on saute sur la victime, mais dans les cas comme le vôtre, c'est souvent une technique très progressive ; et au fond l'agression ne représente qu'un petit changement à peine perceptible. Cela veut dire qu'il y a des tas de trucs avant les agressions qui ont habitué la victime sans qu'elle s'en rende compte, à une proximité physique.	La réponse qui lui est donnée fait de l'absence de souvenirs un nouveau signe d'écart, un élément nouveau à prendre en compte dans la reconstitution des faits. Nouvel élément proposé d'analyse du mode opératoire auquel elle a été soumise.
Melle X : Donc si vous dites il n'y a pas eu de début, je ne me souviens pas du début, c'est que ça c'est peut être passé comme	Semble s'approprier l'analyse proposée.

ça, progressivement. ..

P : Mais là vous dites en plus que les policiers vous ont mis le doute.

Melle X : Non ! Ce n'est pas que j'ai eu le doute je sais qu'il n'avait pas à faire ça et ce que ça a provoqué chez moi. Mais je me dis peut être que dans sa tête, même dans sa façon de réagir… Il a pleuré, il a dit : « je ne voulais pas te faire de mal, ce n'était pas mon intention », « j'étais jeune » !

Semble parvenir à mieux soutenir sa position de victimée, mais rapporte un nouvel élément confusionnant pour elle : il a pleuré et a dit n'avoir pas eu d'intentions malveillantes. L'on doit ici penser à une stratégie active de « décriminalisation » de ses actes de la part de l'agresseur.

P : Quand est ce qu'il vous a dit ça?

Melle X : Quand je l'ai revu et que je lui ai parlé… C'était une façon à lui de faire ses expériences... Mais moi je n'avais pas choisi j'étais trop petite, c'est comme si lui ne voyait pas de la même façon. Il était assez surpris, en fait, que je sois là à raconter tout ça. Parce que sa réaction de pleurer et tout ça « je ne voulais pas, je t'aimais bien je ne voulais pas te faire de mal » …. Il faut vraiment que je me mette en tête que je n'avais vraiment pas le même âge. C'est ça…

Le déresponsabilise à nouveau. Elle semble accréditer sans aucune distance ses explications déresponsabilisantes.

Elle comprend quelque chose de ses difficultés malgré tout, mais continue d'adhérer aux propos de l'agresseur.

P : Il n'avait pas de mauvaises intentions, enfin c'est ce qu'il dit ! Il dit que dit que c'était une façon de découvrir comment ça marchait la sexualité. Ça ne m'étonne pas que vous ayez des doutes... Pourquoi il n'est pas allé voir une fille de son âge ?

Essai de mise en cause directe de la sincérité des propos de l'agresseur par mise en lien directe de ceux-ci avec les effets qu'ils ont sur elle.

Melle X : Parce que justement il disait qu'il m'aimait. Et ce n'est pas normal, ce n'est pas possible de dire ça, d'aimer un enfant ! Même à 15 ans 16 ans on ne regarde pas un enfant, on n'a pas d'attirance pour un enfant !

Continue à prendre à son compte ses modes de décriminalisation. Mais tente malgré tout de s'en dégager en pointant l'anormalité de ses « sentiments ».

P : Non !

Validation de l'anormalité dont elle semble prendre conscience.

Melle X : C'est ça qui est confus, que je ne comprends pas. Je ne comprends pas… Est-ce que je dois me mettre dans sa tête ?

Sa remarque prend au dépourvu le praticien car elle témoigne du fait qu'elle continue de buter sur quelque chose d'inconcevable quant aux motifs de l'agresseur.

P : C'est ce que vous faites là sans vous en rendre compte, en essayant comprendre ses raisons.

Melle X : J'essaie de comprendre parce qu'il y a forcement une explication ! Ca ne peut pas se faire ça comme ça ! J'essaye tout le temps de trouver…

Son âge à elle au moment des faits semble rendre totalement injustifiable le comportement de l'agresseur en même temps qu'il fait énigme envahissante.

P : Donc il faut qu'on discute encore de ça !

La suite de la prise en charge va s'avérer longue et difficile, chacun des entretiens suivants commençant par l'expression répétée de sa lassitude face à ses difficultés et à la lenteur de la procédure judiciaire dont elle doute de plus en plus de l'issue. Ceci justifiera un étayage actif de sa démarche, l'incitation à s'inscrire dans un groupe parole, à développer quelques activités occupationnelles…

Cet entretien a cependant révélé sa fixation problématique à la question de la responsabilité, et particulièrement à celle de l'imputation, dans ce qui est apparu comme une adhérence massive aux motifs avancés par l'agresseur pour justifier de ses actes : son « amour » pour elle. Un élément semble faire véritablement énigme et point de fixation pour elle : leur âge respectif au moment des faits, qui rend incompréhensibles les motifs qu'il lui a donnés.

Il apparaitra de plus en plus clairement dans les entretiens suivants que ce caractère totalement incompréhensible de ces motifs la renvoie à sa propre responsabilité : s'ils sont si incompréhensibles, c'est qu'elle-même est fautive de quelque chose, notamment de n'avoir rien

dit de ce qu'elle subissait, de n'avoir pas su se défendre, d'être retournée d'elle-même à de nombreuses reprises chez lui…

Peu à peu, de nouveaux éléments généraux lui seront proposés d'analyse psycho-criminologique des faits d'agressions sexuelles sur un enfant plus jeune de la part d'un adolescent, dans l'objectif de l'aider à se dégager des motifs qu'il lui avait donnés de ses actes.
Mais surtout, une possibilité explorée dans cet entretien va être plus systématiquement développée : celle d'une analyse du contexte des agressions à partir d'un travail sur les normes et les habitudes de vie en vigueur dans la famille de l'agresseur, comme dans la sienne propre. Car une question va timidement surgir puis s'affirmer avec de plus en plus d'insistance : comment était-il possible que ses parents aient été amis avec cette famille et aient pu la laisser sans précautions y aller aussi souvent dormir ?
Cette exploration va constituer une sorte de fil directeur aux entretiens, parallèlement à des considérations sur la procédure judiciaire, toujours aussi lente. De semaine en semaine elle va apporter des éléments, - tirés de souvenirs personnels qui émergent et prennent un sens qu'ils n'avaient pas jusque là, - d'une « enquête » qu'elle entreprend auprès de sa mère et de son frère qui a également fréquenté cette famille. Ces éléments en viennent peu à peu à former une sorte de tableau proprement sidérant de la situation dans laquelle elle se trouvait alors, du fait notamment de la sexualisation quotidienne des relations entre adultes, entre adultes et enfants, et entre enfants. Des éléments similaires ressortent de la description de sa propre famille, en plus d'un rôle parental qu'elle a dû tenir très jeune après d'une mère alternant menaces de suicides et dépressions durant lesquelles elle n'assumait rien de la vie quotidienne. Cette relation, à sa mère, dans laquelle la patiente semblait dévolue au rôle d'assumer tous ses besoins, s'avéra être toujours actuelle et aussi prégnante : sa mère, par exemple, pouvait lui téléphoner à tout moment pour lui demander un service et elle se rendait immanquablement auprès d'elle dans l'heure suivante pour y répondre, par crainte d'une nouvelle tentative de suicide. Elle en avait été également la confidente « privilégiée » de la vie amoureuse et sexuelle de sa mère, et surtout du mal que les hommes lui avaient toujours fait. Lorsque la patiente tenta d'aborder avec elle le fait qu'elle aurait peut-être dû être plus attentive à ce qui se passait dans cette famille, sa mère lui avait signifié de façon définitive qu'elle était une « bonne mère » et qu'elle ne pouvait pas savoir. Quant à son père, il était totalement absent et indifférent à sa fille, absorbé apparemment par des relations extraconjugales multiples.
Il en est ressorti l'hypothèse d'une position auto-sacrificielle de sauveur, tant dans les rapports à sa mère, à laquelle, restant attachée, la patiente ne pouvait que perpétuer un *statut quo* annihilant toute possibilité de changement ; position très proche, sinon identique, à celle qu'elle continuait d'avoir vis-à-vis de l'agresseur.
Néanmoins, ce travail sur le contexte l'aide à prendre progressivement une certaine distance, l'interrogation lancinante sur les motifs de ce dernier laissant de plus en plus place à de la colère.

Un événement va marquer un tournant dans ce suivi et être à l'origine d'une évolution significative de son état : une jeune femme l'a contactée, de deux ans plus âgée qu'elle, et qui a dormi comme elle à de nombreuses reprises dans la maison de la famille. Elles se sont rencontrées et ont découvert avoir subi exactement les mêmes actes de la part du même agresseur, dans les mêmes lieux et aux mêmes moments de la journée, avoir entendu les mêmes phrases mi plaintives, mi menaçantes pour qu'elles ne disent rien. Cette jeune femme a en outre décidé de déposer plainte. Suite à cette rencontre, qui l'a pourtant bouleversée, elle s'étonne de se sentir mieux, de retrouver une énergie qu'elle n'avait plus depuis des années, et se remet à faire des projets d'avenir, professionnels notamment. Quelques jours plus tard, à la fin d'un entretien centré sur le fait qu'il existait, au moins, une autre victime, elle exprimera un grand soulagement et conclura : « C'est pas que je me sentais pas victime, mais je me demandais toujours s'il avait conscience de ce qu'il faisait du mal… il était jeune et il se rendait peut-être pas compte… ».
Elle avait pu ainsi se saisir de l'existence et du témoignage d'une autre victime qu'elle, et le modèle du TPV permet d'en proposer hypothèse compréhensive. Si l'agresseur avait pu s'en

prendre à d'autres fillettes, cela lui montrait d'une part qu'il lui avait menti sur son « amour » et, bien plus, que ce n'était pas à elle, en tant que personne, qu'il s'en prenait, car ses actes pouvaient indifféremment viser d'autres victimes : ses agressions lui appartenaient en propre puisqu'elles étaient les mêmes quelque soit celle qu'elles avaient pour cible. Quant à la possible inconscience du mal qu'il pouvait faire, elle devenait pour elle plus que douteuse au regard du caractère construit des agressions : lorsque l'on répète quelque chose à ce point, c'est que l'on a, *a minima*, une certaine conscience de ce que l'on fait.
Ainsi, **au point où elle en était rendue de son travail psychique,** ces informations nouvelles s'offraient à elle comme autant d'éléments de dégagement possibles de sa responsabilité envahissante : ils lui permettaient de constituer ce qui lui échappait sans cesse, et qu'elle ne cessait dès lors de s'auto-imputer, à savoir qu'elle avait personnellement participé aux motifs et au déroulement des agressions et que, de ce fait, elle en était la complice active.

4.2. Le travail sur l'axe des valeurs et de la culpabilité

Exemple N° 42

Melle Y : un exemple d'étayage par le socio-juridique d'une position subjective défaillante.

Il s'agit du début d'un premier, et unique, entretien, avec une jeune femme de 18 ans. Cette rencontre, exceptionnellement longue, durera près de deux heures. La raison en est un long préambule où elle fait montre d'une ambivalence importante, demandant tantôt une sorte de certificat, tantôt une psychothérapie, tout en exprimant une grande réticence à évoquer l'événement qui l'amène à la consultation. Mais une fois passé ce premier temps, elle parvient à relater en détails un événement dont l'on peut *a posteriori* penser qu'il a été gravement victimisant, ainsi que les multiples péripéties facteurs de « traumatisme second » qui lui ont fait suite. Il est apparu que c'était la première fois qu'elle s'autorisait à relater son histoire, telle qu'elle l'avait vécue et la vivait encore, et il a semblé qu'il eut été grandement dommageable de ne pas lui permettre d'aller au bout de son récit.
Malgré sa demande d'autres rencontres, elle en ratera plusieurs jusqu'à ce qu'elle se présente à nouveau pour dire que les choses s'étaient pour elle dénouées, et qu'elle ne voyait plus ce qu'elle aurait à dire d'autre.
L'on sera particulièrement attentif à sa difficulté à exprimer et encore plus faire valoir, aux yeux des autres, mais d'abord à ses propres yeux, son vécu personnel de ce qui apparaît au fil de l'entretien comme une multiplicité de facteurs de survictimisation à partir d'un événement initial en lui-même psychotraumatique. Afin de l'aider à élaborer et affirmer cette position personnelle, il est à un moment fait référence à ce qu'elle a vécu relevant d'un ensemble de préjudices juridiquement définissables. A ce titre, nous le présentons comme un exemple d'utilisation de la dimension socio-juridique comme étayage d'une position psycho-morale à la recherche d'elle-même.

P : Donc on se voit pour la première fois... Vous pouvez me dire qui vous a donné mon nom ?	Recherche *a minima* d'éléments contextuels relatifs à la demande de consultation
Melle Y : Monsieur...	

P : Ah oui...

Melle Y : Je ne savais pas trop à qui m'adresser...

P : Donc je suppose qu'on se voit dans le cadre de consultation spécialisée pour les personnes qui ont connu des choses difficiles, c'est une consultation spécialisée pour les personnes qui ont été victimes…

Présentation succincte du cadre.

Melle Y : Oui à la suite d'un accident pour établir un bilan d'état…

Demande énigmatique qui devra être reprise plus tard.

P : C'est une consultation qui est gratuite, c'est une consultation d'hôpital public et c'est obligatoirement gratuit (a l'air très surprise)… Pourquoi ? Cela vous gêne ?
-
Melle Y : Non, non, pas du tout !

P : On ne vous a pas dit ça ? vous vouliez payer ?

Melle Y : Non, non, je suis étudiante, alors si je peux ne pas payer c'est bien…

Sa réaction a semblée suffisamment marquante pour être relevée et questionnée. Pourquoi est-elle tant surprise de ne pas avoir à payer ? L'on verra tout au long de l'entretien à quel point cet étonnement, que l'on pourrait prendre comme tout à fait secondaire, renvoie en fait à un pan essentiel de son histoire traumatique.

P : C'est le système d'hôpital public français qui fait que les consultations sont gratuites…

Melle Y : Ah d'accord c'est génial. Je ne savais pas… Par contre, je n'ai ramené aucun papier par rapport à mon l'accident, je les ramènerai la prochaine fois…

Précisions visant à clairement expliciter les règles de la consultation en situant celles-ci dans un cadre hospitalier général.

P : On va prendre le temps qu'il faut aujourd'hui, et on se verra d'autre fois s'il y a besoin. Donc, vous pouvez me préciser ce qui vous amène ? Il y a un problème ?

Melle Y : Mon problème..... en fait j'ai eu un accident, c'était le 12 décembre 2006. je me suis faite écraser par un tracteur. C'est assez.....

Cette réticence à accepter comme une évidence qu'il puisse y avoir d'autres rendez-vous est une autre façon de poser le cadre. Le « il y a un problème ? » est une façon d'entendre, en la redéfinissant, sa « demande » initiale de bilan.

P : Le 12 décembre 2006 (nous sommes en 2009) ?

Melle Y : Oui. Donc j'avais 15 ans. Comment... donc il y a eu des interventions, de la rééducation…, bref, pas mal de choses !... Donc voilà… Et en fait, là, j'ai pris le dossier en charge parce que du coup je m'en occupe…

P : Jusque là vous n'aviez rien fait ?

Melle Y : Normalement, au début, ça devait être ma maman, mais elle ne s'en est pas vraiment occupée donc... je pense que ma maman est le genre de personne qui quand quelque chose la blesse vraiment, elle l'écarte…

Exploration de la dimension juridique de sa situation.

P : Elle a mis toute l'histoire de coté ?

Melle Y : Carrément! Donc du coup ça été en suspens pendant pas mal de temps, et du coup, j'ai repris le dossier en mains vu que j'ai été majoritaire (parle de sa majorité) ce qui fait très peu de temps, et donc du coup j'ai eu un rendez-vous au CHU pour voir si on pouvait faire quelques autres choses, et au niveau des médecins ils m'ont dit…

Fait état de ce que l'on peut entendre comme une non prise en compte, ou pour le moins insuffisante, de sa situation.

Poursuite de l'exploration car ses propos

semblent confus au praticien qui du mal à se former une représentation claire de sa situation qui en elle-même à l'air complexe.

P : …mais vous avez des séquelles ?

Question visant à l'amener à expliciter ce qui est jusqu'à présent implicite.

Melle Y : En fait, ce qui s'est passé c'est que je me suis fait écraser carrément le pied gauche et une section des tendons extenseurs des orteils, j'ai eu un système, pendant à peu près un mois de vacances. C'est un nouveau système où ils mettent une mousse sur les grosses plaies pour le bourgeonnement des cellules et qu'il ait de la peau pour faire une greffe par dessus. Très gentil système qui m'a bien aidée… Après j'ai fait de la rééducation pendant plus d'un an, je dirais un an et demi, pour apprendre à marcher. Maintenant les séquelles sont moindres par rapport à ce que j'aurais pu avoir… Après, l'aspect physique…… J'ai une grosse cicatrice assez importante sur le pied…, j'ai eu une greffe de peau sur les cuisses, intérieur cuisse gauche, j'ai des difficultés pour faire du sport, enfin je ne peux plus faire de sport parce que j'ai des douleurs, des difficultés à la marche, le port des talons n'en parlons même pas ! Je me fatigue assez vite sur les terrains irréguliers, tout ce qui est sable, galets, cailloux, rochers... ça fait mal, c'est pas très pratique. Donc voilà grossièrement les séquelles physiques…. Donc comme je suis en train de clore le dossier……

Sa réponse consiste en une explication pour le moins très médicale technique qui met l'accent sur les soins qui s'en sont suivis ; ils provoquent un sentiment de malaise chez le psy, du fait d'un décalage ressenti comme très important entre leur importance et les souffrances qu'ils laissent deviner et le ton très détaché avec lequel elle les relate.

P : Donc le but de vos démarches c'est de faire reconnaître tout ça ?

Il s'agit là de l'amener à situer la demande d'entretien par rapport à ce parcours car le plus important, à ce moment de l'entretien, semble être de la soutenir dans sa prise en mains de sa situation présente avant toute éventuelle exploration plus émotionnelle de l'accident et de ses retombées. En outre, les raisons de sa présence restent intuitivement perçues comme ambivalentes.

Melle Y : Le but de ma démarche, à part le fait de finir ce dossier au plus vite, c'est ne plus en parler… Au niveau médical, j'ai vu un médecin pour les assurances, donc qui fait des expertises pour établir un bilan physique et surtout médical, mais comme il fait partie des assurances il n'est pas forcement de mon coté et comme c'est avec l'assurance que je dois voir tout ça… Certaines choses, il n'est pas forcement prêt à écouter, des choses qui ne peuvent pas être prouvées : par exemple des douleurs, des difficultés pour certains sports ou certaines activités… On va dire qu'il s'en fout. Mais le problème c'est que j'aimerais bien en parler, donc du coup voilà et on m'a dit que c'était très important d'en parler…

Des éléments de victimisation secondaire apparaissent : une minimisation, voire une non prise en compte médico-administrative, de certaines de ses souffrances et retombées handicapantes de l'accident.

P : Vous avez une aide juridique par rapport à tout ça ?

Melle Y : Non. Je rentre dans le dossier, donc vous savez je n'ai pas une très, très grande expérience…

Au regard de la gravité des blessures et de la lourdeur des soins qu'elle a dû suivre, sa démarche semble au psy tout à fait légitime, à tout le moins devoir être soutenue dans le réel. Il s'agit de continuer de l'entendre et de l'étayer dans sa démarche de reconnaissance.

P : Je vous donne tout de suite...

Melle Y : Je ne sais pas comment faire quoi faire, dans quel ordre… Je viens juste de débuter avec ce dossier…

Sa situation semblant particulièrement complexe et source possible de désaveux, et elle seule et démunie par rapport à celle-ci et

P : Il y a une association en ville qui s'appelle …, c'est gratuit aussi. C'est une association d'aide juridique, ce sont des gens spécialisés dans l'aide juridiques aux victimes et qui connaissent aussi très bien les difficultés psychologiques des victimes. Mais ils aident d'abord pour les démarches juridiques, administratives, judiciaires…

à ce qui semble, il a semblé important de lui donner des interlocuteurs juridiquement compétents, en même temps qu'il s'agit d'une validation de sa démarche de reconnaissance.

Melle Y : Vous en faites partie ?

P : Non, non, c'est complètement à part, mais je travaille souvent en collaboration avec eux car ils apportent une aide tout à fait importante au niveau juridique. Si par exemple vous avez des difficultés avec une assurance, ils vous expliquent quels sont les recours, tout ce que vous pouvez faire pour défendre vos droits ; ils vont vous expliquer tout ça ; ils vont vous orienter, ils vont pas faire tout ça à votre place mais ils vont vous aider à vous défendre si besoin. Ils sont là pour ça et à mon avis ça va vous aider…

Melle Y : Oui merci beaucoup…

P : Pas de quoi… N'hésitez pas à aller les voir…..Donc, alors il y a des séquelles, je crois que le terme juridique c'est : Préjudice… Par exemple dans ce que vous dites, il y a des préjudices esthétiques dans cette cicatrice pas belle, il y a en des tas d'autres juridiquement… Donc c'est important de faire prévaloir tout ça... Donc je vous demandais quel était votre problème parce qu'au téléphone vous me disiez qu'il fallait que vous fassiez quelque chose et que vous n'y arriviez pas toute seule?

Elle semble s'être positivement saisie de l'offre d'une aide juridique complémentaire, *id est* de façon implicite, d'une définition de sa situation comme de celle d'une victime au sens juridique du terme.
Ceci permet d'aller plus avant dans ce qu'elle semble avoir du mal élaborer et de lui proposer, comme une forme de reformulation, un cadre et une définition légaux à ce qu'elle a décrit de certaines de ses difficultés.
Une fois posé ce cadre, il s'agit par cette question de voir si cela a eu un effet sur son positionnement initial : cela a-t-il rendu possible un déplacement ?

Melle Y : A parler à ce médecin-là…

P : A l'expert… ? Qu'est-ce que vous n'arrivez pas à lui dire ?

Melle Y : … Ce n'est pas exactement ce que j'arrive pas à lui dire, c'est plus ce qu'il n'arrive pas… ce qu'il n'arrive à entendre… Je suis peut être un peu confuse

Elle est effectivement maintenant plus à même d'exprimer et de soutenir son vécu personnel des choses.

P : Non, non continuez…

Melle Y : enfin il y a certaines choses qui peuvent apparaître vraiment pas importantes aux yeux de certaines personnes ou de ce médecin-là, parce que c'est vrai que j'ai déjà échappé à pire et je dois avouer que je m'en sors très bien, et c'est un problème que j'ai rencontré avec les chirurgiens aussi, ils sont tellement fiers d'eux et de ce que ça a donné qu'ils trouvent le reste presque insignifiant, pas grave... Et du coup je n'arrive pas du tout à parler à mon médecin de peur qu'il me considère comme une fille qui se plaint alors qu'elle n'a pas forcement des raisons de se plaindre… Donc, du coup, il y a plein de choses que je ne lui ai pas dites, par rapport à des douleurs, à des complexes, à une gêne par rapport à tout ce que je ne suis pas… voilà… […]

L'hypothèse est qu'elle a trouvé une certaine légitimité juridique à pouvoir parler de ses souffrances et, partant, se trouve plus à même de les formuler comme telles parce qu'elles sont maintenant audibles et reconnaissables (elles ont acquis un statut) ; partant, elles peuvent être dites. à ses propres yeux.

P : Deux ans c'est loin c'est pas loin ? D'accord, vous pouvez...

Proposition d'exploration de l'événement initial

Melle Y : …vous en parler ?

P : Me raconter comment ça s'est passé ?

Melle Y : Oui, oui bien sur. Par où commencer ?... Premièrement j'habite à la campagne avec mes parents, on a une grande et belle maison… C'était un mardi, donc je sortais des cours j'étais en première. Je me rappelle que l'heure d'avant j'avais été chez mon copain et que je devais rester une heure de plus mais que finalement je ne sais plus pourquoi, je ne suis pas restée … Dommage… Donc j'ai pris le bus mais l'arrêt de bus le plus proche de ma maison est à un kilomètre c'est pas loin. Donc voilà, et en fait c'était dans la période où mon papa a fait une croisière atlantique en bateau, il a traversé l'Atlantique. Et donc en fait il a été absent pendant trois mois et ma maman donc, le jour où j'ai eu mon accident, prenait l'avion le matin pour le rejoindre parce qu'il venait d'arriver à terre. Donc j'étais sous la garde de mon grand-père. Mon grand-père, il n'a pas pu venir me chercher à l'arrêt de bus. Donc, du coup j'ai commencé à rentrer à pied, j'étais du côté de la route où les voitures arrivent en face, mais le problème c'est que je n'étais pas voyante du tout. En fait les voitures ne me voyaient pas du tout, elles déviaient au dernier moment, et je me prenais des klaxons, des appels de phares, enfin c'était horrible. J'ai voulu traverser mais au moment de traverser, j'ai vu un tracteur au loin, je me suis dit que c'était bon, qu'il bloquait les voitures, donc j'ai traversé la route donc je marchais, marchais et j'ai entendu le tracteur se rapprocher, mais de dos, et j'étais persuadée qu'il m'avait vue, comme il roulait, je sais pas, à 30km/h., il avait des phares en plus. Donc pour moi il m'avait vue... En fait ça m'a percuté dans le dos et donc du coup, je suis tombée par terre et j'ai fait le tour de la roue et je me suis retrouvée envoyée dans le fossé. Premier réflexe, je ne suis même pas tombée dans les pommes je voyais ma chaussure qui était en plein milieu de l'autre coté. J'ai pas trop compris et donc en fait je me suis relevée enfin j'ai essayé de me relever. Premier réflexe, j'ai mal donc j'ai crié très fort et en fait une auto-école qui est passée, m'a entendue et qui donc s'est arrêtée donc la dame de l'auto-école est venue et le tracteur ne s'était pas encore arrêté je crois... Le conducteur était un monsieur très âgé, il devait presque avoir 80 ans, pas très ouvert d'esprit si je peux me permettre, et donc la dame de l'auto-école est sortie, je me rappelle j'avais très froid au pied j'avais mal mais surtout tout froid, mais la dame était adorable elle a mis tous ses vêtements sur mes pieds et sur moi elle m'a regardé et je lui avais dit « ça va je vais m'en remettre » et elle ne m'a pas répondu donc j'ai commencé à avoir un peu peur comme j'étais dans le fossé j'étais un peu bancale et j'avais mon sac sous le dos donc je ne voyais pas ce qui se passait au niveaux de mes pieds . Donc voilà, après il y a le tracteur qui s'est arrêté 100 mètres plus loin, il est venu s'est approché vers moi et m'a demandé « ils sont où tes bleus ? ». Donc je crois que je me suis énervée dans mes souvenirs après c'est un peu flou parce que j'étais un peu sous le choc […]

S'en saisit.
Son ton très labile et son récit au plus près de tous les détails de l'événement montent une proximité émotionnelle toujours très grande à l'événement et à ses suites.
Elle semble plus se dévider qu'autre chose…

La narration reste malgré tout structurée, chronologiquement et spatialement ordonnée.

Elle fait état d'une suite impressionnante d'éléments à tout le moins « sidérants » dans leur contenu et dans leur multiplicité.
Mais elle ne manifeste pas d'émotions intenses durant son récit, bien qu'elle fasse état de vécus de choc et de sidération à plusieurs reprises.
L'on peut se demande jusqu'à quel point elle n'est pas en état de « dissociation » et jusqu'à quel point tout cela ne luis semble pas encore, deux ans après, toujours aussi irréel.

Elle a appelés les pompiers, les pompiers sont arrivés ils ont appelé le médecin de l'hôpital parce qu'il ne pouvait rien faire, ils n'étaient pas en capacité de faire quoi que ce soit pour la gravité, je pense qu'ils n'étaient pas qualifiés, donc j'ai passé environ 45 minutes au bord de la route jusqu'à ce que le médecin de l'assurance, enfin non pardon des urgences arrivent. Donc il a vu mon pied et là, je m'en souviens je ne crois pas être tombée dans les pommes, mais je me rappelle avoir très, très, très mal et de dire n'importe quoi, je me rappelle j'avais un

La pise en charge médicale, ou du moins la façon dont elle l'a vécue, est colorée de la même irréalité.

rallye le week-end suivant et que je voulais y aller…
[…]
Je suis restée, enfin on me l'a dit parce que je ne m'en souviens pas, 4h au bloc. Et donc le lendemain je me suis réveillée à l'hôpital de jour, j'y suis restée deux jour c'est là où sont les infirmières..., celles qui sont en stage plus ou moins. Je ne savais absolument pas ce que j'avais, je voyais un gros truc autour de mon pied, mes amis venaient m'apporter des chocolats, des trucs et tout ça, c'était assez sympa. Je ne savais pas du tout, vu que le chirurgien n'était pas venu et que personne, je me suis dit que ce n'était pas grave, que ça allait. Vers 17h le lendemain, donc 24h après, les infirmières sont venues et m'ont demandé si je pouvais … on doit défaire le pansement avant que le chirurgien arrive. Elles ont commencé à défaire le pansement, et là ça a commencé à être difficile parce qu'en fait j'avais un énorme trou dans la peau. Et il y a eu des sécrétions qui a fait que tout le tour, toutes les bandes se sont mises autour à coller. Et en fait plus elles enlevaient plus ça tirait la chair, et tout ce qu'il y avait dans les plis. Elles ont vidé trois bouteilles d'eau pour décoller, enfin qui permettent de stériliser. Et en fait c'était des infirmières pro et certaines qui étaient en école qui... je m'en rappellerai toute ma vie, il y en a une qui est partie, elle ne se sentait pas bien, et je me suis dit « hou là, il y a un truc qui ne va pas, et en fait, elles ont enlevé le bandage et j'avais vraiment mal, je pleurais. Là j'ai vu mon pied … je suis vraiment tombée de haut, je m'y attendais pas je pensais qu'il n'y avait rien, que le samedi je pourrais rentrer chez moi, que le soir même je pourrais rentrer chez moi. Je ne sais pas je ne pouvais pas croire que c'était vrai, je me refusais de croire que c'était réel…
[…]

En relatant tout cela elle fait montre d'une étonnante « distance » qui laisse ouvertes deux hypothèses : soit elle est dans un contrôle massif de ses affects, soit elle est dissociée (au sens de la dissociation péri-traumatique)

P : Vous pensiez quoi alors ?

Ses émotions ne s'exprimant pas, il s'agit de l'interroger sur ses pensées.

Melle Y : Je me refusais de croire que ça pouvait être grave, du fait que mes parents n'étaient pas là, que j'étais sous la garde de mon grand-père et je savais que s'il m'arrivait quelque chose il se sentirait coupable et c'est la dernière personne à qui faire du mal parce que je pensais que ce n'étaient que des choses qui n'arrivent qu'aux autres, des accidents de la route. Je n'ai pas de permis, pas de voiture, pas de scooters, jamais je n'avais pensé que ça pourrait arriver à moi! Donc voilà j'ai commencé à pleurer, pleurer…

Tout va dans le sens d'une banalisation de ce qu'elle a subi et d'une minimisation, voire d'une occultation, de la violence que cela a représenté pour elle.

P : Vous vous souvenez de ce que vous vous êtes dit à ce moment là ?

Idem.

Melle Y : Je pense que je me suis dit « ça y est ma vie est finie !»… Après, c'est trop, en y repensant maintenant c'est trop, mais en voyant mon pied avec un énorme trou... C'est pas forcement évident surtout quand on a 15 ans. Je pense qu'on n'a pas la maturité suffisante pour prendre les choses telles qu'elles sont. Du coup, il y a un chirurgien qui est arrivé, c'est la 1ère que je le voyais. Il me regardait, il me voyait pleurer, il n'a même pas regardé mon pied il me regardait, puis a regardé ma fiche et m'a dit « écoute, arrête de pleurer, j'ai failli t'amputer, j'ai passé 4 heures au bloc et jusqu'à la deuxième heure, j'ai vraiment hésité ». Ok, ... là je me suis sentie un peu bête, je ne connaissais pas leur manière de faire sociale et donc du coup, voilà... Il était très jeune, je ne pense qu'il avait la quarantaine. Donc j'ai essayé de relativiser : « même le chirurgien te dit que t'en fais trop, calmes-toi... » C'est la mentalité de mes parents que la faiblesse c'est nul... Donc j'ai

Semble s'excuser toujours du fait que cela semble avoir été insupportable pour elle. Mais l'on peut les entendre également une non prise en compte de son âge.

Des éléments très indirects de critique se manifestent (sa référence à l'âge et à la possible incompétence des intervenants) mais

vraiment essayé de me calmer, j'ai pris mon portable et j'ai pris mon pied en photo. Je l'ai d'ailleurs si vous voulez…

sont grandement censurés.

P : Si vous voulez….

Melle Y : J'ai pris mon portable pour prendre des photos et donc voilà. Je sais que ça peut paraître bizarre de prendre des photos dans ces moments-là, mais il fallait que je fasse quelque chose, sinon j'allais continuer à pleurer.

P : Oh la vache !

Un cri du cœur, si l'on peut dire ! L'état de son pied est effectivement extrêmement impressionnant.

Melle Y : J'ai pris la photo avec mon portable et donc voilà je lui ai demandé ce qui allait se passer, il a répondu on ne sait pas… Attendez, j'ai un gros plan (montre la photo) Il m'a expliqué que c'était le tendo-extenseur qui avait été sectionné … en fait il avait pas ressoudé, mais rafistolé tous les tendons et il m'a dit qu'il n'était pas du tout sûr que ça marche, mais j'ai le souvenir qu'il le disait à chaque étape que c'était bientôt terminé, et qu'il ne m'a pas préparé au fait que ça allait durer aussi longtemps. Après c'est le souvenir que je garde, « dans une semaine, c'est fini tu sors, etc. ». Il me mettait dans une situation ou ça allait aller vite... Et ça a duré 1 an et demi ! Il ne m'a jamais préparée, dit clairement les choses, puis même, lui il ne savait pas trop, trop, il était un peu perdu... Il avait dit à mon grand père qu'il n'avait jamais fait de greffe. Il voulait tester sur moi et je me souviens, mon grand-père avait dit non et j'avais été transférée au CHU…

De nouveaux éléments critiques à l'égard du corps médical apparaissent.

[La suite de l'entretien va se dérouler sur le même mode et elle va relater en détail toutes les conséquences médicales mais aussi scolaires, familiales, ainsi que ses difficultés réelles à faire valoir la multiplicité des préjudices engendrés par cet accident, jusqu'au jour de l'entretien.]

La conclusion qui lui sera proposée sera une reprise de l'idée qu'elle avait subi de très nombreux dommages qu'il semblait légitime de faire valoir au titre des multiples souffrances qu'elle avait eues à endurer sans jamais parvenir à les exprimer, et qui semblaient, au plan du droit, pouvoir être qualifiées de préjudices.

L'on pourrait dire que cet exemple offre un cas de figure presque exactement inverse de celui présenté par Melle S., au sens où, ici, ce ne sont pas les éprouvés problématiques qui ne parviennent pas à se formuler et se valider, à se mettre en normes, mais qui ne peuvent pas donner lieu à une mise en valeur. Du moins, le système de valeurs que la patiente se donne lui interdit de les faire valoir comme ensemble de préjudices pouvant donner lieu à réparation.

Le vécu de préjudice était cependant très présent et s'exprimait à travers des critiques explicitement réitérées à l'égard de tous les protagonistes, particulièrement du corps médical. De ce fait, il pouvait laisser craindre un enkystement de type sinistrosique, ce d'autant plus que son histoire présentait une multiplicité de facteurs de survictimisation à partir d'un événement dont tout lassait à penser qu'il avait été traumatique.

Il lui fut ainsi proposé un autre système de valeurs, au titre du coût qu'ils représentaient pour elle. Pour ce faire, en raison de la prégnance d'interdits très forts, qu'elle rapportait spontanément à des normes familiales prohibant toute forme de plainte, il lui fut proposé comme étayage les valeurs juridiques, avec les notions de préjudice et d'indemnisation.

Exemple N° 43

La confrontation à l'agresseur au risque de méprise ou de malentendu

Ce n'est pas à proprement parler un exemple précis que nous voudrions évoquer mais une forme de conduite que l'on retrouve avec constance chez les sujets victimés, en particulier ceux abusés dans leur enfance, l'agresseur étant ou non un parent, et le travail de guidance qui peut être proposé en réponse.
Il s'agit d'une sorte de nécessité qui s'impose progressivement à certains d'entre eux, d'ailleurs généralement après un long et difficile cheminement, celle de reprendre contact avec « leur » agresseur, que ce soit sous la forme d'une rencontre ou d'un courrier lui étant adressé.
L'on pourrait penser qu'il s'agit d'une demande de réparation, ou encore de justice (qu'il reconnaisse le mal qu'il a fait), voire d'un désir de vengeance. Ce peut être le cas, mais les motifs s'avèrent souvent en être tout autres car Il s'agit pour ceux-ci de tenter de sortir de ce qui leur apparait comme une double impasse, une double impossibilité : celle de pardonner et celle de rester dans la haine. Le pardon exonérerait l'auteur à bon compte, la haine les aliènerait définitivement à ce dernier. Qu'attendre alors de lui ? Rien, pas même le repentir. Mais là n'est pas véritablement la question, car à écouter avec attention ces sujets, c'est le travail sur eux-mêmes que cela exige qui semble dans les faits véritablement importer ; l'on pourrait même soutenir que l'auteur n'est qu'un prétexte, et que ses réactions à leur démarche semble faire office de test de leur capacité à avoir su conduire à bien leur projet : si les réactions de l'agresseur à leur initiative a quelque importance, c'est en tant qu'elles attesteront, ou non, de la cohérence de leur démarche et de la pertinence des modalités selon lesquelles ils l'auront mise en œuvre.

Que peut-on alors concevoir des enjeux pour le victimé d'une telle confrontation ? Dans la manière dont ces sujets conçoivent cette rencontre, il s'agit pour eux d'éviter deux écueils majeurs : que l'auteur ne fuie (dans le déni de ses actes, ou de leur violence, ou de leurs conséquences…), ou qu'il les agresse à nouveau, d'une façon ou d'une autre, c'est-à-dire, dans les deux cas, qu'il les renvoie à leur impuissance, et à sa toute-puissance à lui, comme au temps des actes.
L'on comprend alors qu'il s'agit pour ces sujets de mettre à l'épreuve leur capacité à affronter l'agresseur sans cette fois se laisser abuser ni par ses comportements ni ses paroles, mais sans toutefois avoir eux-mêmes recours à une quelconque forme de violence : de ne plus se laisser ustensiliser par lui et, se dégageant de la place qu'il leur avait assigné, de finalement le renvoyer à son propre destin. Ce qui les confirmera dans leur propre capacité à s'être dégagé de son emprise sera son impossibilité, à lui, de ne pas pouvoir ne pas entendre ce qu'elles ont à lui dire.
L'on peut alors comprendre cette forme de démarche comme une tentative d'auto-restauration se fondant sur l'affirmation de leurs valeurs personnelles retrouvées ou recréées, le refus tant de la haine que du pardon signant une liberté reconquise, celle d'être à nouveau en accord avec leurs convictions profondes.

L'on conçoit ce qu'une telle démarche peut avoir de précaire et de dangereux car si elle échoue, le risque est qu'elles n'en reviennent encore plus vulnérables qu'elles ne l'étaient avant.
Quant à l'accompagnement que de telles initiatives nécessitent, il n'est pas aisé à concevoir. A l'expérience, pas plus qu'il n'apparaît souhaitable de les encourager à une telle initiative,

pas plus il n'est pas souhaitable de les en dissuader. Tout au plus pourrait-on s'autoriser à émettre des inquiétudes et à les inviter à multiplier les précautions.
Mais l'on ne peut non plus les laisser sans éléments de réponse, surtout si elles sollicitent l'avis du praticien, L'option qui s'est alors avérée être la plus pertinente est de les aider à se préparer à les mettre en expérience en envisageant avec elles autant de possibilités qu'il en est imaginable à partir de ce qu'elles souhaitent exprimer et de ce que l'on peut anticiper comme étant les probables réactions de l'agresseur ; et, en fonction de ces possibles réactions, celles qu'elles souhaiteraient elles-mêmes avoir ou qui sembleraient les plus opportunes dans l'objectif que l'agresseur n'échappe pas à la situation. La préparation des conditions matérielles dans lesquelles la confrontation aura lieu est également importante.
Enfin, il peut être utile, sinon indispensable, de prévoir des conditions minimales devant être remplies de même que des « issues de secours » ou des « voies de dégagement » au cas où la situation échapperait totalement au sujet.
Il s'agit au fond de préparer avec ces sujets des scripts et des mises en scène qui puissent leur servir de guide.

4.3. Un exemples de travail successif sur les normes et les valeurs

Si le travail sur les normes ou sur les valeurs peut parfois se suffire à lui-même, il est d'autres situations où il doit se doubler ou être complété par un travail sur l'autre axe. Cela peut tenir soit au fait que l'impact de l'événement a été multiple, soit qu'un déplacement s'est opéré dans les modalités de récupération que s'est données le sujet et qu'il est passé de questions normatives à des interrogations existentielles sur engagements et ses valeurs existentiels, ou inversement.
L'on entre ici dans la clinique des phénomènes que nous avons qualifiés plus haut de séquentiels, où le travail d'élaboration sur un enjeu engendre des déplacements sur les autres

EXEMPLE N° 44

Melle A. : Du « syndrome de Stockholm » au syndrome du risque zéro

La prise en charge de cette jeune femme peut s'analyser en deux grandes séquences successives : la première a consisté, sur le mode du travail d'historiage conduit sur plusieurs entretiens, à reconstituer de façon très complète l'événement. La responsabilité des différents protagonistes, en termes de motifs et de comportements y tient une place importante, et en fait un exemple particulièrement significatif de travail sur l'IMPUTATION.
Suite à ce premier temps de travail de reconstitution de l'événement, va émerger ce qui se dessine comme un « syndrome du risque zéro », la patiente se centrant alors sur le caractère paradoxal de son expérience : c'est précisément de là où elle développait des stratégies de sécurisation que le danger est à chaque fois venu, mettant ainsi en cause un certain nombre de ses modalités d'existence quotidiennes. Le travail a alors porté sur ses valeurs, comment, et sur quelles expériences antérieures, elles s'étaient formées.

a) L'introjection du vécu de terreur de l'agresseur ou un exemple de syndrome de Stockholm

La première partie du travail de guidance fait apparaître une forme de Syndrome de Stockholm, même si la configuration de la situation n'obéit pas exactement à celle décrite dans les prises d'otage ayant servi de modèle à la description du syndrome. Mais à bien y regarder, tous les éléments recensés par la littérature spécialisée sont pourtant ici présents, même s'ils ne sont pas tout à fait portés par les mêmes acteurs et n'apparaissent pas suivant la chronologie d'une prise d'otage « type ». L'intérêt réside également dans les modalités suivant lesquelles celui-ci va se « dissoudre ».

Il est à noter également la capacité remarquable du sujet à s'approprier les questions qui lui ont été posées pour parvenir élaborer, certes avec difficultés et sur plusieurs entretiens, un témoignage très fin et sensible quant à la façon dont l'événement s'est déroulé et dont elle l'a vécu, parvenant notamment à une reconstitution très complète des différents états psychiques par lesquels elle y est passée, en relation avec l'évolution de la situation elle-même.

Au plan technique, l'on relèvera que le travail d'historiage s'attache particulièrement à la reconstitution affinée de la dramaturgie de l'événement dans ses multiples dimensions : ses protagonistes et leur rôle, sa scénographie, sa chronologie composée de plusieurs scènes ayant leur temporalité et leur spatialité propres, avec ses moments critiques, ses stases et ses rebondissements, et ce que chacun de ces temps a engendré chez elle comme pensées et émotions. Cela nécessitera plusieurs séances, chaque construction transitoire donnant accès à de nouveaux éléments conduisant à des ré élaborations successives de l'événement.

1er entretien

P : Comment avez-vous été orientée vers moi ?

Brève exploration des conditions de l'adresse à la consultation.

Melle A. : C'est un autre centre qui m'a dit que ça correspondrait mieux à ce qui m'arrivait…

P / D'accord. Donc je suis psychologue. On se voit dans le cadre d'une consultation spécialisée pour les personnes qui ont connu des choses particulièrement difficiles. J'imagine que c'est pour ça qu'on vous a donné mon nom. C'est une consultation gratuite et anonyme…Vous pouvez me raconter ce qui vous amène ?

Succincte présentation du cadre.

Melle A. : Alors qu'elle était dans un hôtel pour une nuit, vers 2 heures du matin un homme fracasse la vitre de sa chambre et tombe sur elle. Il a commencé de l'étrangler et elle présente deux marques à son cou qui, dit-elle, changent d'apparence selon les moments de la journée. Elle ajoute tout de suite que lui-même était en danger : il était dans une chambre à côté où il se trouvait avec sa femme et sa fille et venait de recevoir un coup de téléphone le menaçant de mort. Quelques heures avant il avait vu son meilleur copain tué sous ses yeux. En l'étranglant, il lui «dit « Chut, y vont arriver si vous criez ! » Il a alors demandé de se cacher sous le lit. « Il exprimait tellement la peur ! »

Les premiers éléments de l'événement sont livrés sur un mode chaotique, à tout le moins lacunaires qui plonge l'interlocuteur dans un léger sentiment d'irréalité.
De multiples questions surgissent mais il est important de laisser se développer ce premier « jet » où tout un ensemble d'éléments factuels et émotionnels complexes tente de s'exprimer en même temps, donnant lieu à une sorte d'expression très condensée.
La peur est palpable mais son origine n'est pas.

P : Quelle histoire ! Et comment avez-vous réagi à tout ça ?

Première intervention exprimée sur un ton incrédule se voulant en écho à ce qui semble avoir été sa première réaction, l'incrédulité. Elle vise dans une visée empathique et de soutien à mettre l'accent sur la dimension émotionnelle très forte qui ressort des premiers éléments de récit.

Melle A. : Y m'a fait peur au début... Quand il se débattait dans le rideau au début j'ai cru que c'était une blague, que les animateurs du groupe, comme j'étais nouvelle, me faisaient une blague…

Relance de soutien dans la recherche des termes les

P : Comme un bizutage ?

Melle A. : Oui et c'est quand y m'a attrapée à la gorge et que j'ai vu son visage que j'ai eu peur ; j'osais plus bouger, il avait un révolver à la main, je sentais quelque chose de froid contre ma gorge et j'ai pensé que c'était ça… Au final y nous voulait pas de mal sinon s'il avait voulu il aurait eu les moyens de nous faire taire très vite… »

P : Vous avez dit plusieurs fois nous…

Melle A. : Oui j'étais avec une copine… elle, elle était à l'autre bout de la chambre dans un autre lit… A la réception ils ont appelé la police. Y sont arrivés rapidement y'en a eu que deux qui sont venus nous parler Y nous ont laissées comme ça dans le hall pendant trois heures sans rien ... Ca paraissait tellement banal pour eux qu'on se demandait si on rêvait pas … Et l'hôtel, quand on l'a retrouvé et que la police est partie, y nous ont dit qu'on pouvait retourner dans notre chambre !

P : Ca s'est passé quand ?

Melle A. : Y' a 3 semaines… Le premier soutien qu'on a eu c'est le directeur de la colonie… Y nous a proposé de rentrer chez nous mais moi, comme mes parents étaient absents et tous mes amis aussi, j'ai préféré rester en me disant qu'au moins je serais pas seule et que ça m'aiderait à oublier… Pendant la semaine j'étais pas très bien mais j'y pensais pas… Et tout le monde essayait de pas nous laisser seules… En fait j'ai repris conscience de ce qui s'était passé en rentrant chez moi, y'a maintenant une semaine et demi…

P : Vous avez pu mettre tout ça de côté pendant la semaine parce que vous étiez occupée et ça vous est retombé dessus quand vous avez eu l'esprit libre…

Melle A. : Pendant la colo je dormais très peu mais c'était dans le rythme ; même la nuit y'avait toujours un enfant dont il fallait s'occuper. Mais je ne dormais qu'une ou deux heures par nuit…. C'est en rentrant… c'est plutôt l'angoisse, dès qu'il y avait du calme le jour, et la nuit le noir et le silence ; à la limite le seul endroit où je me sens bien c'est en amphi pendant un cours avec plein de monde autour de moi….

P : Comment se manifestent ces angoisses ?

Melle A. : Je l'revois tout le temps dans la rue… Je peux le confondre avec n'importe quel visage et quand je suis seule je vais penser qu'à ça…

P : A quelque chose précisément ?

Melle A. : C'est toujours la même image, toujours le moment où j'ai vu son visage et que j'ai compris que c'était pas un animateur. Et j'ai tous les moments de la scène dans la tête… Y en la question de déposer plainte aussi. J'avais très peur parce que les policiers

plus adéquats pour exprimer ce qu'elle a ressenti *in situ*.
Eléments de récit fragmentaires.

Demande de précision visant à l'aider à construire la scène à partir du pointage de ce qui pour elle semble être une évidence qui n'en n'est pas une pour l'interlocuteur. Il lui soumet son étonnement

La sensation d'irréalité est sans doute à ce moment telle que le psy ressent le besoin de se resituer dans le temps dans un mode de défense visant à mettre de la distance temporelle avec l'événement.

Proposition d'explication du caractère différé des effets déstructurants de l'événement.

Eléments d'un syndrome de répétition installé.

Exploration des manifestations symptomatiques dont elle fait état.

Une image traumatique ?

ont pris mon identité devant la femme et ils ont dit plusieurs fois mon nom… C'est presque sûr qu'elle s'en souvient … C'est pas à moi qu'il en voulait sinon y nous aurait fait mal mais j'ai toujours un peu peur… Des contacts qu'on avait nous ont conseillé de ne pas porter plainte. J'étais inquiète parce les policiers nous ont dit que si on déposait pas plainte on risquait d'être poursuivies pour complicité, le fait qu'il était dans notre chambre à se cacher. Parce qu'en fait il était poursuivi depuis plusieurs mois pour trafic de drogue et un règlement de compte aussi… j'étais un peu inquiète les policiers ont beaucoup insisté pour qu'on porte plainte mais finalement on n'a pas voulu.. ; Je pense qu'ils cherchaient à pouvoir l'inculper de plus de choses possibles mais on nous a dit qu'on avait bien fait et qu'ils n'avaient pas le droit de faire pression comme ça et qu'on risquait rien en fait… Pour l'instant mon premier but c'est de passer à autre chose. .. Dans mon esprit c'est pas de lui que j'avais peur, mais c'est plus des gens qu'il fuyait qu'on avait peur, qu'ils arrivent dans la chambre…

Fait état d'un vécu d'insécurité généralisé

P : C'est étonnant, en vous écoutant c'est comme si vous aviez deux perceptions de ce qui s'est passé, comme si vous l'aviez vécu de deux façons différentes ?

Formulation se voulant restitutive et non pas exploratoire, même si elle se présente sous la forme d'une question : il s'agit là de lui proposer une formulation synthétisant un ensemble d'éprouvés
En même temps qu'il lui est soumis implicitement une hypothèse quant à ce qui rend chaotiques ses éprouvés durant l'événement (c'est du moins ce qui frappe le plus le praticien depuis un moment).

Melle A. : C'est l'histoire de sa femme et de son bébé… Après deux heures à attendre avec nous elle a éclaté en sanglots et elle s'est livrée. Elle nous a dit qu'elle était à bout, qu'ils étaient en fuite et qu'elle savait même pas ce qu'ils fuyaient. Il avait déjà été attaqué dans une autre ville, c'est pour ça qu'il avait deux balafres à la joues, j'avais remarqué ça sans trop savoir ce que c'était, en fait c'était deux coup de couteau… Qu'il était vraiment en danger et que quelques heures plus tôt son meilleur copain s'était fait descendre devant eux Et que si il avait vraiment voulu nous faire mal il l'aurait fait sans hésiter. Elle avait l'air complètement perdue, à bout… Elle nous a dit qu'ils fuyaient de ville en ville depuis 3 mois, qu'elle avait son bébé et que c'était très dur, qu'ils avaient dormi trois semaines dans la rue et qu'elle avait du laisser son autre enfant depuis 5 mois chez une amie… Le problème c'est que comme son mari était déjà lui recherché par la police pour trafic ils ne pouvaient aller demander de l'aide… Je me suis dit que moi par rapport à c'qu'elle vivait c'était rien, moi j'ai eu peur une heure ou deux, elle ça faisait des semaines qu'elle vivait dans la terreur… Quand y m'a prise au cou il a directement dit si tu cries y vont nous trouver et y vont nous tuer…J'ai d'abord eu peur de lui mais pas longtemps et après c'est des autres que j'ai eu peur…

La présente intrusive se dédouble et fait apparaître la femme et le bébé, ainsi qu'une très forte identification à celle-ci, associée à de la culpabilité.
Des éléments de syndrome de Stockholm s'expriment dans l'insistance à déresponsabiliser l'homme, dans un mouvement de dénégation (voire de déni) du danger qu'il représente, que ce soit directement (arme, séquestration…), soit indirectement (il amène avec lui un danger extérieur).

P : Au fond il vous a prise en otage pour se protéger des autres…

Reformulation que les systémiciens pourraient qualifier de recontextualisation : donner à un fait un contexte autre qui lui confère alors un sens nouveau. Cette recontextualisation se donne pour référence le

code pénal ; car il s'agit ici de pointer le caractère délictueux du comportement de l'homme à son égard là où elle ne voyait que sa peur et une attitude de protection.

Melle A. : J'avais pas pensé à ça… Ce que j'avais peur c'est que si les autres étaient venus dans la chambre ils auraient cru que l'on était son complice !

L'intervention a pour effet de suspendre son flot de paroles, signe que si elle ne peut pas encore la faire sienne, cela a modifié quelque chose dans sa représentation de l'événement

P : Si on résume, vous étiez en train de dormir tranquillement dans un hôtel et en pleine nuit y'a un inconnu armé qui fracasse la fenêtre et vous tombe dessus, il commence à vous étrangler et là i vous raconte qu'il est poursuivi et que vous êtes tous en danger de mort… Vous vous êtes trouvée plongée brutalement dans un vrai cauchemar auquel vous ne comprenez rien…

Reformulation-synthèse des éléments recueillis jusqu'à présent ; comme il s'agit ici essentiellement de reconstituer l'événement, ces temps de synthèse ont pour visée l'élaborer un récit et, à travers celui-ci, de proposer des coordonnées qui permettent de lui donner une certaine cohérence.

Melle A. : En fait je venais de me lever pour aller boire et je me rendormais juste quand j'ai entendu des grands booms. J'ai cru d'abord que ça venait de la rue puis en me réveillant vraiment j'ai compris que ça venait de la fenêtre. Puis j'ai vu le rideau, un gros rideau s'agiter et là j'ai vraiment pensé cette blague, à un bizutage. Et alors là il est tombé sur mon ventre et quand j'ai vu le révolver et son visage j'ai commencé à hurler, plus de surprise que de peur. Alors il a mis une main sur ma bouche et l'autre autour de ma gorge, je commençais à étouffer

L'effet escompté est obtenu : la patiente s'est saisie de ce récit synthétique puisqu'elle y intègre des éléments nouveaux qui témoignent de ce qu'elle intègre représentation chronologique et spatiale qui lui a été proposée.

Son récit en devient plus organisé, les éléments de l'événement jusque là livrés de façon chaotique commencent à s'intégrer les uns par rapport aux autres.

P : Vous avez pensé quelque chose à ce moment précis ?

Comme dans tout travail d'historiage, à l'instar du « débriefing psychologique », l'objectif n'est pas que d'en rester à un récit uniquement factuel ; or comme un premier moment de l'événement semble avoir été reconstituée de façon assez complète, il lui est proposé de faire état d'un autre registre d'expérience.

Melle A. : Sur le coup je me suis dit y va m'étrangler et c'est là qu'il a contre-attaqué. Y m'a dit « chut taisez-vous, y faut qu'on se cache ». Là je sais pas comment dire, je danger a été transféré. J'ai lu la frayeur dans ses yeux, il était terrorisé, j'avais jamais ressenti une peur comme ça, aussi forte… C'est comme si il m'avait transmis sa peur… Il a dit « ils vont nous tuer », Et là j'ai ressenti une sorte de mélange d'apaisement et de quelque chose qui n'allait pas et c'est quand il nous a ordonné d'aller sous le lit et que j'ai vu le révolver que la vague est remontée… Là je me disais qu'il fallait juste que je me réveille…

Ce registre fait surgir de nouveaux éléments qui donnent au récit un grand pouvoir évocateur. Apparaissent des éléments qui permettent de mieux comprendre la violence de l'événement et les effets très déstructurants qu'il a encore.

P : C'est comme si c'était comme dans un mauvais rêve ?

Proposition d'une image signifiante générique qualifiant la forme très particulière d'émotion qu'elle a ressentie et qui se réfère, au plan sémiologique aux réactions de stress dépassé à forme de déréalisation

Melle A. : Le plus horrible, on en a plaisanté avec ma copine à la fin de la colo, elle m'a rappelé que c'est moi qui avais insisté pour avoir le lit près de la fenêtre. C'est vrai que quand c'est possible je choisis toujours de dormir le plus loin possible de la porte, au cas où quelque voudrait entrer… Ce qui a aussi été terrible c'est d'attendre sous le lit, complètement impuissante, que les autres arrivent et nous découvrent… C'est comme si j'étais pas réveillée et que c'était pas réaliste… Et lui il faisait des allers et

Fait état d'une expérience paradoxale : elle s'est mise en danger en se donnant un élément de sécurité. Cette dimension de son expérience fera, plus tard dans la prise en charge, l'objet d'un travail spécifique.

retours du lit à la porte. Apparemment il a même tiré un coup de feu à vide dans la rue, la police nous a dit, et à un moment donné il s'est enfui… C'est là qu'au bout d'un moment on est allées à la réception et qu'ils ont appelé la police… Le plus fou c'est qu'il avait l'air inoffensif tout petit tout maigre, avec un tee-shirt trop grand pour lui… … Je suis vidée…

La remarque laisse à penser qu'il est temps de conclure sinon à risquer de perdre tous les effets que l'on peut espérer bénéfiques d'un entretien très riche et très intense.

P : Bien, ça fait déjà beaucoup de choses… On va en rester là pour aujourd'hui… Ce que vous avez vécu est quelque chose d'extrêmement violent et compliqué… Ce n'est donc pas étonnant que vous ayez besoin d'un peu de temps pour vous en remettre. Ce que je vous propose c'est de laisser tout cela reposer et qu'on se revoie dans une semaine pour faire le point et voir où ça en est… Vous avez des questions ?

Aller au-delà eut été un forçage nocif. La conclusion est volontairement courte afin de ne pas relancer une autre séquence.

La question vise à amener le sujet à prendre une distance réflexive sur l'entretien afin de préparer la transition entre celui-ci et son après.

Melle A. : Non, je ne vois pas…

Entretien 2

Une semaine après le 1ier entretien elle se présente souriante, manifestement plus détendue, disant spontanément que tout allait bien. Elle continue à prendre un peu d'anxiolytiques que lui avait prescrits son médecin et va lui demander si elle peut maintenant les baisser. Elle pense néanmoins qu'elle en a encore besoin, surtout par rapport au sommeil : la nuit elle se réveille tout le temps (2-3 fois précise-t-elle), soit à cause de cauchemars (au moins une fois par nuit), soit à cause des bruits. Elle a dormi une fois chez une amie et, tous les bruits de la maison ne lui étant pas familiers, elle est restée « aux aguets » toute la nuit ; « je m'empêchais de dormir en fait »

Le mieux être est très relatif au regard de son hyper vigilance nocturne.

P : ce n'est pas étonnant que vous soyez à ce point sensible aux bruits puisque c'est par des bruits bizarres que tout a commencé…

Il s'agit de continuer à explorer les liens entre l'événement et ses « symptômes ».

Melle A. : Oui c'est quand j'ai entendu un gros boom. J'étais à moitié endormie et le boom m'a réveillée et j'ai vu qu'il y avait quelqu'un derrière le rideau…

Reprend son travail d'historiage.

P : C'est là que vous avez cru à une blague…

Renforcement des liens déjà évoqués au premier entretien. Une façon également de lui signifier que tout ce qu'elle a relaté a été écouté et retenu.

Melle A. : Oui mais pas longtemps en fait, parce que comme ça prenait du temps je me suis dit que si ça avait été une plaisanterie ça aurait été plus vite. Ils seraient surgis en criant juste pour nous faire peur… C'est en fait quant j'ai vu que ma collègue ne comprenait pas que j'ai eu peur. Elle, elle avait la tête sous son oreiller et elle n'a pas du entendre les bruits mais à ce moment là elle a regardé vers moi et j'ai vu qu'elle ne comprenait pas ce qui se passait et que donc ça pouvait pas être une blague parce que elle, elle

Cela a un effet de relance et elle poursuit dans une reconstitution de plus en plus affinée de l'événement.

C'est la chronologie qui fait le fil directeur, là où le récit était fragmenté, signe d'une reconstitution de ses repères internes.

n'était pas nouvelle et connaissait les autres animateurs…

P : Et là quand vous vous êtes dit que ça pouvait pas être une blague, qu'est-ce qui vous a traversé l'esprit ?

Proposition d'une articulation (ses pensées) là où elle semble buter.

Melle A. : Là j'ai pas imaginé quelque chose. J'étais comme en attente. Je ne comprenais rien mais je n'imaginais pas encore des choses… Juste de l'angoisse et de la peur… C'est quand il a dit de se taire que j'ai imaginé toutes les choses. Il parlait très vite, il disait « cachez-vous ! ». C'est pendant le moment où on était cachées sous les lits que je me suis dit que des gens allaient arriver dans la chambre et allaient tirer partout. Et je me suis dit, soit tu es en train de rêver et tu continues ton rêve, soit tu te réveilles… Mais c'est cette image que j'avais de gens qui entrent et qui tirent partout… Lui il allait et venait en nous répétant « ils vont arriver », lui il en était totalement convaincu…

Le lien proposé n'était pas pertinent mais lui en a suggéré un autre que lui permet de progresser dans sa construction narrative.

P : C'est lui qui a voulu que vous alliez sous les lits ?

Melle A. : Oui et c'est lui qui m'a mise dessous en me poussant la tête… j'ai pas résisté… on aurait fait tout c'qui nous disait tellement on avait peur….

Ce que ne comprend pas le praticien lui est renvoyé sous forme de questions qui sont autant de propositions de structuration de son récit.

P : Vous aviez peur pour votre vie ?

Sollicitation du registre émotionnel, pathique.

Melle A. : Sous le lit je crois oui… Ou plutôt que j'allais finir avec une balle quelque part dans le corps… que j'allais pas finir indemne… Lui il continuait à faire des allers et retours et à un moment il a tiré un coup de feu par la fenêtre… Quand j'ai entendu le coup de feu ça paraissait tellement imminent pour lui et pour nous et que le règlement de comptes allait se dérouler devant nous… En fait comme la chambre donnait sur la place de la gare y'avait plein de jeunes qui faisaient du bruit dehors, j'ai pensé ça après mais moi sur le coup je croyais que c'était eux, que tout ce bruit c'était dans l'hôtel et que tout était sens-dessus-dessous… Pour moi, vu l'état dans lequel il était, il sortait tout juste d'une bagarre tellement il était prêt à se battre. Je pensais que les gens étaient déjà là, qu'ils étaient dans l'hôtel…

Ses émotions se « mettent en image » qui leur donnent sens. L'on peut ici véritablement évoquer la dimension maïeutique de la parole.

De nouveaux éléments apparaissent et s'intègrent à mesure en une représentation de plus en plus complexe et complète de l'événement.

P : Vous étiez toujours sous le lit à vous demander ce qu'il allait vous arriver ?

Reformulation/relance.

Melle A. : Je m'disais, j'vais m'prendre un balle dans la jambe, c'est pas « j'vais mourir comme ça » mais plutôt j'vais m'prendre une balle ou « y va nous impliquer dedans, qu'ils allaient nous tirer dessus, ou pas nous voir et tirer partout, comme dans les scènes de films… Non ! non ! J'voulais pas…

Moment très intense où elle revit plus qu'elle ne relate la scène. Un moment clé.

P : Vous ne vouliez pas mourir…

Mise en mots visant essentiellement à la resituer dans l'ici et maintenant.

Melle A. : Il nous avait déjà tellement impliquées dans l'histoire qu'on aurait forcément quelque chose…peut-être pas qu'ils nous tuent mais ils

auraient pu nous tirer dessus sans le faire exprès… Ils avaient l'air tellement terrifiant les hommes qu'il fuyait ! Je pensais qu'ils nous auraient prises pour des complices. Ca se passait tellement vite qu'on comprenait rien. Lui il était dans son truc et en fait il se préoccupait pas de nous. Il nous avait cachées en nous laissant là… Ca a l'air contradictoire mais je me disais que ça allait me tomber dessus sans que ça soit vraiment contre moi…

P : C'était pas pour vous protéger qu'il vous a mises sous les lits ?

La question renvoie aux motifs de l'agresseur et est une reprise de la remarque qui lui a été faite au premier entretien.

Melle A. : Je pense qu'il ne voulait pas nous protéger mais qu'on ne fasse pas de bruit et qu'on ne prévienne pas qu'il était dans la chambre… il a pensé à lui et pas à nous je crois, il voulait que la chambre ait l'air calme sans personne dedans, pas pour nous protéger mais pour pas attirer l'attention sur la chambre..... Je sais pas combien de temps ça a duré, la police nous a demandé et on a essayé de calculer… Ca a dû durer entre 30 et 40 minutes. J'avais vu l'heure avant de me rendormir, il était 1 heure, plus le temps que je me rendorme, et quand on est arrivées à la réception il était vers 2 heures…

Sa réponse montre qu'elle a repris à son propre compte cette analyse, ce qui témoigne qu'elle n'est plus « sous » syndrome de Stockholm.
Sa terreur à lui n'est plus la sienne à elle.

Eléments d'une temporalité subjective de l'événement.

P : Ca a duré si longtemps ?

.Reprise l'invitant à explorer cette dimension jusqu'à présent non évoquée de l'événement.

Melle A. : Oui mais on s'est pas vraiment rendues compte… A un moment on est restées longtemps à se regarder toutes les deux sous les lits, et c'était comme si on se regardait en se disant que c'était pas réel ou qu'on faisait le même cauchemar… C'est bizarre, quand je regardais le rideau que ça a été super long, et le reste ça a été très court…, à part les derniers instants sous le lit, quand il s'est accroupi à côté de moi et qu'il avait fermé la fenêtre…. Avant il arrêtait pas de faire des allers et retours, de parler, il était très agité et quand il s'est arrêté de parler et s'est accroupi et qu'il était prêt à….. là, ça a paru très long….

Ce qui l'amène à différencier très finement des moments successifs ayant chacun sa temporalité et sa dimension pathique propre.

P : Avant il était agité et à un moment il s'est calmé….

Melle A. : C'est là que je voyais les gens arriver… Quand il était accroupi à côté de moi, c'est là que j'ai regardé ma copine et savais plus quoi penser…

P : C'était quoi votre peur au fond ?

Si elle ne savait plus quoi penser c'est qu'elle a pensé à plusieurs choses ; d'où la demande de précisions.

Melle A. : (gênée) Je voyais 4 hommes avec des mitraillettes arriver et tirer sur tout, comme un commando avec des cagoules et des vêtements tout noirs… Je regardais N. et je la voyais se calmer et elle m'a fait signe qu'il fallait qu'on parte. Et quand il s'est relevé elle m'a dit « lèves-toi ! », elle m'a prise par la main, elle m'a tirée du lit et m'a entrainée vers la porte… Moi j'aurais rien fait toute seule, je voyais le danger partout, dedans et dehors. J'étais tellement sûre qu'il y avait de la bagarre partout que quand on est sorties de la chambre je m'attendais à ce qu'il y ait de l'agitation partout et j'ai été toute étonnée parce que l'hôtel était calme. C'était encore plus angoissant

Elle fait état d'une angoisse tout à fait précise et paralysante, d'un danger envahissant tout l'espace environnant dans une sorte de contamination.

que je comprenais d'autant moins ce qui se passait… A la réception, on leur a expliqué ce qui se passait, la fille elle était calme… on a attendu toutes les trois les policiers et je me demandais comment ça se faisait qu'elle était pas au courant…

P : Il n'a rien fait quand vous êtes parties ?

Melle A. : Il nous a pas retenues il n'a pas crié. Je ne me suis pas retournée donc je sais même pas où il était, s'il était encore dans la chambre ou dehors sur la fenêtre….

P : Et à un moment vous disiez que brusquement il était devenu calme…

Retour sur un élément encore énigmatique pour le praticien.

Melle A. : Oui, il avait encore des gestes brusques mais il ne parlait plus… C'est après son coup de feu en fait qu'il a arrêté de parler… C'était assez glauque…. C'est comme si en fait, quand il a tiré ça a fait arrêter toutes mes pensées… J'avais plus rien dans la tête sauf le coup de feu… J'avais jamais entendu de coup de feu et là je savais quel bruit ça fait, c'était vraiment glauque…

En réponse elle livre de nouveaux éléments, ici de paralysie psychique suite au son sans doute terrifiant du coup de feu.

P : Votre esprit est resté fixé sur le coup de feu ?

Exploration de l'hypothèse de ce qui est fortement évocateur d'un moment d'effroi.

Melle A. : Oui… je pense que c'est ça qui m'a calmée, ça m'a ralentie dans mes pensées… je pense que c'était encore plus irréel…. Encore plus glauque…….

Ce qu'elle confirme.
Et ce que confirme le fait qu'elle est sortie de l'entretien dans un moment de reviviscence.

P : Vous avez l'air d'être partie très loin…

Reformulation de ce que perçoit le praticien afin de tenter de l'aider à reprendre un peu de distance.

Melle A. : Un peu, là-bas…. J'avais les scènes, mais je les avais jamais resituées en ordre chronologique… Je pensais aux scènes chacune comme un flash mais je les resituais pas dans l'ordre…

Fait elle-même la synthèse du travail de reconstitution effectué.

P : On dirait qu'il y a eu plusieurs moments différents de terreur…

Melle A. : C'était pas la même angoisse, j'avais peur à chaque fois mais c'était pas pareil… Au début c'était le fouillis, puis après c'était la peur de l'extérieur avec l'image du commando de braquage de banque… C'est bizarre cette image de gens en cagoule….

Récapitule les scènes dans leur chronologie et leur climatique propre.

P : Et y'a eu après le coup de feu….

Melle A. : Là je pensais plus à rien, j'écoutais les battements de mon cœur… C'est là qu'on a réalisé que c'était réel, qu'on a réalisé qu'il fallait arrêter de rester passives et qu'on a sauvé nos vies…. C'est devenu réel et encore plus terrifiant….C'est drôle quand j'en parle, j'ai du mal à me sentir crédible, ça parait impossible tout ça… Moi je sais que c'est arrivé mais en même temps c'est comme si je doutais que ça s'est passé…

Une présence qui se réduit à une manifestation corporelle et semble être suspendue à celle-ci.

Expression d'un vécu d'irréalité persistant.

P : Ce sont les impressions que vous avez ressenties à ce moment-là que vous ressentez à nouveau maintenant…

Melle A. : …Pour être crédible je devrais pleurer… Quand je le raconte, j'ai l'impression d'être détachée… C'est pas quand je raconte que je ressens la peur c'est quand y'a un bruit ou quelque chose comme ça……. Je suis vidée là…, mais je suis contente d'avoir pu tout raconter à la suite, en retrouvant le fil…

Note la non congruence de son vécu émotionnel avec le contenu factuel de son récit ; elle note également le fait que ses émotions sont toujours présentes mais déconnectées du souvenir lui-même et liées à des éléments partiels de son contexte présent.

P : Bien, on va arrêter là pour aujourd'hui…

Il semble que la séance ait eu un effet sinon cathartique, du moins de détente.

A l'entretien suivant, le troisième, de plus courte durée, elle relate plusieurs événements survenus durant les deux années précédentes et qui l'ont également marquée, dont deux accidents de la circulation : le premier, alors qu'elle traversait une rue à un passage protégé, une voiture l'a heurtée, la blessant légèrement ; le second où elle était au volant, a glissé sur une plaque de verglas et a échoué dans le fossé. Elle dit avoir été marquée par ces deux accidents mais ne pas en avoir été choquée comme maintenant et son récit des deux événements ne laisse effectivement apparaître aucune trace de séquelle psychotraumatique.

b) L'apparition d'éléments d'un « syndrome du risque zéro » et leur exploration

Le 4ième entretien marque un changement dans la prise en charge, car à partir de celui-ci, le travail va cesser de porter sur la reconstitution normée de l'événement mais se déplacer sur l'axe des valeurs et faire apparaître de nouveaux éléments.

Dit qu'elle va bien, que la veille elle a gardé à l'improviste des enfants chez eux toute la nuit, dans une maison qu'elle connaissait donc pas et qu'elle a bien dormi. Evoque cependant plusieurs réveils mais sans panique et avec ré endormissement rapide. Elle a dit oui tout de suite à la proposition de garde, mais c'est quand elle s'est retrouvée dans la maison qu'elle s'est inquiétée de ses réactions. Cela s'est finalement beaucoup mieux passé qu'elle ne le craignait ; mais elle mentionne au passage qu'elle a fait 3 fois le tour de la maison pour bien vérifier que tout était fermé, qu'une porte fermait mal et qu'elle du forcer pour arriver malgré tout à la fermer, qu'elle avait « mis des pièges partout », c'est-à-dire des chaises devant les porte. Son sommeil a été en fait léger au point qu'elle a été réveillée par un doudou qui est tombé par terre durant la nuit…

Tend comme très souvent à banaliser ses éprouvés alors qu'elle décrit un état d'hyper-vigilance d'une grande intensité.

P/ Est-ce que ça vous inquiète d'avoir encore des réactions comme ça ?

Melle A. : J'trouve pas ça trop énorme par rapport à c'qui s'et passé… J'aurais pu être blessée… Si c'est que des problèmes dans ma tête et qu'ça peut s'réparer…. Par contre, mes parents seront absents

Manière d'exprimer le décalage que ressent le praticien entre ce qu'elle décrit de ses réactions et la façon dont elle semble les vivre de façon relativement distante.
Sa réponse vise-t-elle à se rassurer et/ou à rassurer le praticien ?
Exprime malgré tout une inquiétude pour la semaine

toute la semaine prochaine mais je vais pas être seule, y'aura toujours une copine à dormir avec moi, elles se sont tout de suite proposées….Comme ça, je serai pas seule et s'il arrive quelque chose je serai sûre que j'ai pas rêvé…

suivante, liée au fait de se retrouve seule ; et aux précautions qu'elle a déjà prises contre le risque, non pas d'angoisse, mais d'un nouvel événement violent dont elle aura cette fois un témoin.

P/ Vous avez encore des doutes sur ce qui s'est passé ?

La question reformule sa remarque comme un possible sentiment d'irréalité persistant.

Melle A. : J'en rêve beaucoup, c'est pour ça… C'est au moment de m'endormir, quand je dors pas encore, j'imagine des histoires comme ça…

Sa réponse apporte un élément nouveau…

P/ Par exemple ?

… qui fait l'objet d'une question exploratoire.

Melle A. : Ca peut être au centre de loisirs, comme y'a un enfant dont les parents divorcent et que le père a menacé d'enlever son fils, j'imagine que je vais être prise en otage par le papa pendant 2 ou 3 heures avec une dizaine d'enfants, et qu'à la fin les CRS arrivent… C'est comme un film et c'est moi qui décide c'qui va s'passer… Et à la fin je m'en sors, dès fois éventuellement blessée…

Elle fait alors état de scénarios imaginaires reprenant sous différentes formes une même trame : le surgissement d'un danger dans un espace *a priori* sécurisé se résolvant par l'arrivée de secours, elle-même en ressortant tantôt indemne, tantôt blessée.

P/ Vous imaginez différents déroulements ?

Melle A. : Non, pas vraiment, c'est la même chose qui revient… Je reste calme à chaque fois, je contrôle ce que je fais… Ce qui change c'est que ça peut se passer au centre de loisirs ou à la colonie, ou en amphi, et à chaque fois je me retrouve parmi mes otages sans que je sois personnellement visée… C'est juste parce que je suis là, au centre de loisir ou à la colo comme animatrice, en amphi parce que je suis au premier rang… et si je suis blessée, c'est pareil, c'est pas parce que je suis visée, c'est parce que je suis à portée… Et la plupart du temps j'arrive à sauver les enfants… Je suis là, calme, et je pense logiquement à c'que j'peux faire pour m'en sortir…

Cela évoque une forme, plus distanciée que dans le syndrome de répétition, de revécu de l'événement dans une visée abréactive : une façon de maîtriser ce qui avait été incontrôlable.

P/ Est-ce que vous vous êtes faite des reproches dans la manière dont vous avez agi dans la chambre ?

La question se saisit du fait que dans ces scénarios imaginaires, elle met l'accent sur l'importance de son comportement, notamment de son contrôle ; d'où l'idée que, peut-être, elle se fait des reproches quant à sa conduite.

Melle A. : J'crois pas parce qu'au fond, mon comportement a fait que je l'ai pas énervé et il était dans un tel état que si on s'était énervées il se serait énervé encore plus et comme il avait plus de moyens de nous faire peur que nous de nous défendre…. C'est aussi ce que nous ont dit les policiers…On était coopérantes et donc on ne représentait pas un danger pour lui et y'avait pas de raisons qu'il s'en prenne à nous…

Elle rejette l'hypothèse, mais semble avoir besoin d'une caution extérieure (celle des policiers) pour cela.

P/ Vous avez fait c'qu'il fallait faire…

Reformulation en écho de son propos. Mais l'insistance à la soutenir dans l'idée qu'elle a « bien » agi est en fait implicitement provocatrice : pourquoi avoir tant besoin de le dire ?

Melle A. : Oui mais c'est ça qu'est terrible à chaque fois ça m'tombe dessus et je peux rien y faire… Que ce soient les accidents ou ça, j'aurais rien pu y faire pour les empêcher… A chaque fois ça m'est tombé dessus sans rien avoir fait, je me suis pas mise en

Sa réponse montre à quel point cela lui pose problème, mais non pas d'avoir mal réagi, mais d'avoir paradoxalement agi en prenant les sécurités qu'elle estimait nécessaires.
Elle développe au fond une remarque qu'elle avait

danger moi-même. La première fois je traversais une rue sur un passage piétons, la deuxième fois on roulait normalement, on n'avait pas bu ni rien… Si c'est arrivé c'est que c'était que des situations exceptionnelles… Dans les situations communes j'ai même pas besoin de me mettre en danger pour qu'il m'arrive quelque chose !... J'ai des amis qui se mettent dans des situations irresponsables et y leur arrive rien alors que moi je fais rien, je suis raisonnable et y m'arrive des trucs terribles, c'est d'autant plus frustrant…

faite au premier entretien sur le choix qu'elle avait fait de son lit, le plus loin de la porte au cas où quelqu'un voudrait entrer dans la chambre.
Le paradoxe est que le danger survient là où précisément elle mettait de la sécurité ; et, à l'inverse, il n'arrive rien à ceux qui prennent des risques !
Il y a à la fois quelque chose d'incompréhensible et de profondément injuste au sort qui lui est fait.

P/ C'est comme si vous pouviez rien faire pour éviter ?

Reformulation de son désarroi face à ce paradoxe.

Melle A. : C'est pas comme si j'avais traversé une autoroute en ayant bu, je conduisais pas de voiture à fond toute seule. J'ai pas de comportement où si j'avais pas fait ça, ça m'serait pas arrivé…. C'est comme la fatalité mais j'aime pas ce mot parce que ça fait penser que tout est déjà écrit et que je pourrais pas changer les choses. Je préférerais avoir quelque chose à changer… A moins de rester enfermée chez moi et de plus jamais sortir et encore, j'y ai pensé, y pourrait y avoir une explosion de gaz !... Je ferais n'importe quoi pour avoir une attitude raisonnable, de sécurité… Le comble, c'est que quelques heures avant l'histoire de la chambre, les autres moniteurs nous avaient proposé de sortir en ville, et nous on avait préféré dire non pour passer une bonne nuit de sommeil parce qu'on savait que durant la colo on dormirait pas beaucoup

Elle est confrontée au fait que sa prudence est complètement prise à revers la laissant impuissante alors qu'elle fait tout pour se sécuriser.
L'on peut se demander si, plus elle se sécurise, plus elle n'angoisse pas puisque tout vient de là où elle se protège.
Elle est pise dans un système littéralement fou au sens où plus elle anticiperait les risques, plus elle se mettrait en danger.

Tout semble venir confirmer ce retournement constant de ses précautions en danger.
L'on doit ici évoquer un « syndrome victimal du risque zéro », puisque ses précautions doivent faire elles-mêmes l'objet de précautions dans une spirale sans fin.

P/ C'est paradoxal ?

Melle A. : Oui, on aurait pas été aussi raisonnable ça serait peut être pas arrivé. Le pire c'est que ça m'a étonnée de refuser de sortir parce que d'habitude je sors beaucoup [explique qu'elle sort beaucoup mais ne fait pas d'excès, que ses sorties sont autorisées par ses parents…]

P/ Vous êtes quelqu'un qui fait attention…

Melle A. : J'ai toujours été sérieuse, dès enfant, j'avais de bonnes notes, j'étais une petite fille polie… Dans les soirées depuis cette année je suis confrontée à plus de dangers, la drogue, l'alcool, fumer, boire trop. Mais je fais attention, et puis ça ne m'intéresse pas. J'ai jamais pris de gros risques, ça sert à rien, j'ai déjà assez de moments d'adrénaline comme ça pour aller sur des manèges dans les fêtes foraines, j'ai des copains qui y vont alors qu'on sait qu'il y a déjà eu des accidents, c'est stupide… J'essaye de relativiser…

Doit-on évoquer une névrose infantile ou bien un effet d'arbitraire lié à une série d'événements effectivement paradoxaux par rapport à son système de précautions qui s'en est trouvé « retourné comme un gant » ?
Il semble bien ici que les éléments de névrose (inhibition, culpabilité…) soient une retombée de la série de drames vécus, en même temps qu'elle puise sans doute dans son histoire personnelle et ses avatars.

Exemple N° 45

Un premier entretien initial avec verbalisation cathartique, 10 jours après une agression physique[1].

P : Bonjour, je m'appelle … Je suis psychologue. C'est l'association … qui vous a donné mes coordonnées, c'est ça ?

Contextualisation de la demande et présentation succincte du cadre.

Mme K (femme de 30 ans, mariée mère de trois enfants, comptable) : Oui… C'est eux qui m'ont conseillé de voir un psychologue…

Consigne initiale d'exposer les motifs de la demande de consultation.

P : Donc on se rencontre dans le cadre d'une consultation spécialisée pour les personnes ayant connu des événements particulièrement difficiles… D'après ce que j'ai compris au téléphone, cela semble être votre cas…

Mme K : Oui… (semble au bord des larmes)

P : … C'est une consultation gratuite et anonyme…Vous pouvez me dire ce qui vous amène ?

Mme K : (éclate en sanglots, visage défiguré par la souffrance, suffoque presque ; au bout de quelques secondes parvient à contrôler suffisamment ses émotions et commence à parler. Son récit est entrecoupé durant tout l'entretien de sanglots et de pleurs)… Le …, à 7 h. du matin, je me rendais à mon travail, au centre … - je suis secrétaire là bas -, j'étais rue de… j'étais au feu sur la file de gauche, y'avait une voiture sur la file de droite, le monsieur s'est déporté sur ma file, il a failli me rentrer dedans, j'ai klaxonné. Un peu plus loin au feu suivant il était devant moi arrêté au feu, il est descendu de sa voiture… J'ai ouvert ma fenêtre y m'a injuriée et après il a donné un grand coup de poing dans ma voiture (éclate en sanglots) et y m'a atterri dans l'épaule… J'ai pas compris ce qui m'arrivait (suffoque). Je lui ai dit « n'exagérez pas, ne soyez pas de mauvaise foi ! ». J'ai noté le numéro de sa voiture mais est-ce qu'il a pas noté la mienne et qu'il ait accès à mon adresse ? Hier j'étais à un feu derrière une voiture bleu ciel comme la sienne, je suis restée paralysée (sanglots prolongés)…. Je m'en veux terriblement de réagir comme ça !... Je me dis que c'est rien c'que j'ai eu mais j'ai l'impression d'avoir quelque chose d'insurmontable devant moi. Mes enfants me voient en larmes pour un rien, une parole. Mon petit a parlé du coup de poing et j'ai fondu en larmes (pleure)…

L'impression donnée au P. est pendant ces premiers instants d'abord celle d'une attitude de dramatisation excessive mais aussitôt suivie du sentiment qu'elle est en fait au bord de l'effondrement et qu'elle tente malgré tout de se contrôler ; d'où, l'émotion s'exprimant et se réprimant à la fois, les suffocations.
Le récit, bien qu'il soit intelligible, est une alternance entre des moments relativement confus (trous dans le récit, chronologie apparemment non respectée) et des moments où elle se focalise sur des détails auxquels elle semble s'accrocher.
En plus du débordement émotionnel, ceci atteste pour le moins d'un état de perturbation durable (nous sommes 10 jours après l'événement) débordant très largement le cadre d'un simple état de stress.
Cette remarque, sous-tendue par l'angoisse d'une nouvelle intrusion cette fois dans son monde privé, laisse à penser à un syndrome de répétition déjà installé, indiciel d'une effraction traumatique.
Après une première phase de verbalisation un peu chaotique mais nécessaire pour se faire une première idée de l'événement inaugural et de son impact sur la patiente, il a semblé important de reprendre la direction de l'entretien afin de l'aider à se contenir, sinon à risquer de la laisser de plus en plus envahie et désorganisée par ses affects dont elle dit à plusieurs reprises qu'ils lui sont insupportables ; tout en lui signifiant qu'elle sera entendue dans ce qu'elle vit comme une dépossession d'elle-même,

P : D'accord... On va revenir sur tout ça tout à l'heure. Vous avez fait quelque chose au plan judiciaire ?

Mme K : Oui j'étais tellement choquée que je tremblais de partout. Heureusement y'a un monsieur qu'était derrière moi qu'est sorti de sa voiture et qu'a dit au type « ça va pas ? » - c'est lui qui a pris le numéro de la voiture et qui me l'a donné, y m'a donné ses coordonnées aussi au cas où j'aurais besoin d'un témoin- ou quelque chose comme ça et il est remonté dans sa voiture et il est parti comme ça sans rien

La centration sur le dépôt ou non de plainte n'est pas aléatoire : elle vise à évaluer son aptitude à se prendre malgré tout en main et à faire usage des possibilités d'aide à disposition. En deçà c'est une proposition d'étayage sur le droit qui est faite. Elle permet également de se faire une idée de sa capacité à penser l'autre comme responsable versus son sentiment de culpabilité dont elle a fait état à différentes reprises.
De ce point de vue sa réponse permet de percevoir que malgré sa panique et ce qui semble être une angoisse paranoïde que l'auteur vienne l'agresser à nouveau, elle fait usage de tout ce qui lui est proposé, ce qui est d'un pronostic favorable et laisse à penser qu'elle se saisira également des éléments proposés en entretien. En même temps.
Une fois cette prise en main effectuée, et acceptée par

[1] Extrait d'entretien paru dans O Douville (2008), *op.cit.*

dire, le feu était passé au vert, ça à duré qu'un instant mais moi j'ai l'impression que ça a duré une éternité… C'est tout juste si j'ai pu redémarrer et me garer plus loin. J'ai appelé mon mari qu'est venu tout de suite et on est allés porter plainte ensemble. J'ai appelé mon travail pour les prévenir, j'étais tellement mal que je suis allée chez mon médecin qui m'a arrêté trois jours…

P : Donc vous avez porté plainte… Et pourquoi êtes-vous allée à l'association … ?

Mme K : A la police, ils ont dû voir que j'avais besoin d'aide et y m'ont donné leur adresse…J'y suis allée pour savoir comment ça allait se passer ; je ne connais rien à la justice, c'est la première fois qu'il m'arrive un truc pareil (pleure à nouveau)…

P : Donc pour revenir à ce qui vous est arrivé, si je comprends bien vous étiez tranquillement en train d'aller à votre travail quand une voiture vous a fait une queue de poisson, vous avez klaxonné pour signifier au conducteur qu'il pourrait faire attention et lui, il a pas supporté ça et il est devenu agressif au point de descendre de sa voiture et de venir vous frapper…

Mme K : Avant y m'a traitée de tous les noms, excusez-moi de garce, de salope, de pute… J'ai été tellement choquée que j'ai rien répondu, j'ai été soufflée, mais j'avais pas peur… A un moment j'ai ouvert ma vitre et c'est là que je lui ai dit de pas exagérer et c'est là qu'il s'est mis à hurler qu'il en avait marre. Y continuait à dire des choses puis il a brandi son poing, je me suis dit « il est pas bien il est complètement fou ! », et il a donné un coup de poing sur le rétro. Là j'ai été apeurée, je me suis sentie paralysée et c'est idiot, j'ai eu peur pour la voiture !

P : Oui ?

Mme K : Je me suis dit « y va me cabosser ma voiture ». J'y tiens à ma voiture, je viens de l'acheter… Et là y'a eu le deuxième coup de poing. J'ai eu le réflexe de me tourner comme ça (fait le geste) je sais pas comment j'ai fait, je l'ai vu arriver sur mon visage et j'ai eu le réflexe de me tourner si bien que son poing est arrivé sur mon épaule (pleure) … J'ai eu la sensation d'être coupée en deux, j'étais vidée, j'avais plus rien, plus d'émotions, plus rien, c'est comme si on m'avait tout enlevé. J'comprenais pas…

P : Vous avez ressenti comme une espèce de vide intérieur ?

Mme K : Oui, d'un seul coup… Et ça a duré pendant à peu près deux jours ! Je n'arrêtais pas de pleurer mais en même temps j'arrivais pas à ressentir les choses…

P : Vous étiez comme une sorte d'automate ?

Mme K : Oui, un peu… J'avais la sensation de ne pas m'appartenir, j'avais pas le contrôle de moi et je déteste ça, c'est extrêmement pénible à vivre…
(…)

P : Vous dites qu'il vous revient souvent des images…

Mme K, un travail plus structuré et approfondi de l'événement doit être tenté, à forme de débriefing, car malgré ces différentes aides Mme K reste toujours fixée de façon problématique à l'agression. L'image vient qu'il faut qu'elle se vide.
L'hypothèse est qu'un aspect de celle-ci est resté non verbalisé et est de ce fait responsable de cette fixation traumatique.
Il s'agit d'une reformulation/synthèse qui introduit en outre implicitement, via une remarque sur les motifs possibles de l'agresseur et la restauration d'un enchaînement chronologique des faits, la possibilité de trouver une cohérence là où elle ne vit que de l'incompréhensible et du dessaisissement.
L'invitation à reparler de l'événement sur ce mode l'amène à évoquer de nouveaux détails. Le récit est plus chronologiquement structuré. Les émotions et les pensées commencent à être verbalisées spontanément au lieu d'être revécues, ce qui atteste d'un début de prise de distance et, au-delà qu'il est possible et souhaitable d'aller plus loin dans l'exploration de l'événement.

Ceci est évocateur d'un vécu d'effroi généralement indiciel d'un moment d'effraction traumatique.
Cela est confirmé par le développement immédiat d'un état de « dissociation péri-traumatique » qui durera deux jours.

Invitation à explorer plus avant et à expliciter ses éprouvés dans une proposition d'image signifiante dont elle se saisit en associant de nouveaux aspects de son vécu.

Relance sur le même mode.
Elle semble parvenir à prendre une certaine distance par rapport à ses éprouvés mais sur un mode critique empreint de culpabilité qui semble tout aussi problématique.
Il était ici tentant de la questionner sur le terme de « contrôle » mais c'eut été questionner les choses selon une position subjective la renvoyant à elle-même. La relance effectuée vise au contraire à poursuivre l'exploration de ses réactions, maintenant dans les suites immédiates de l'événement et toujours en relation à celui-ci.

Poursuite de l'exploration par la recherche d'éventuels autres symptômes dans une visée d'appréciation de l'ampleur des conséquences psychiques (notamment l'ampleur du syndrome psychotraumatique) qui fait apparaître l'existence de cauchemars de répétition avec réveil dans un état de confusion.

Relance l'incitant à décrire, c'est-à-dire à faire usage du langage pour lutter contre la « fascination horrifiée » qu'exerce sur elle cette scène, que l'on peut penser traumatique.

Idem

Elle parvient à contextualiser de façon de plus en plus

Mme K : C'est souvent le visage du monsieur avec son poing levé…

P : Comment est son visage ?

Mme K : Il est en colère, il est comme fou… j'ai eu très peur qu'il me sorte de la voiture pour me passer à tabac. Il était tellement dur dans ses paroles… Et le coup de poing ça a été tellement énorme. Il y avait plein de voitures autour et lui il s'en fichait, il était dans son monde. Le monsieur derrière qui a ouvert sa fenêtre et lui a dit « Vous voulez un coup de main ou quoi ? », si ce monsieur n'avait pas pris la parole qu'est-ce qui se serait passé ? Y se s'rait pas arrêté là, y fallait qu'y s'défoule et j'étais là ! (pleure)… J'ai vraiment honte de c'que j'ressens…

P : C'est-à-dire ?

Mme K : Qu'il aurait pu me frapper à mort et que j'ai échappé à ça de justesse. Avec le recul je me suis dit qu'il était tellement fou qu'il était incontrôlable, et que rien ne semblait le déranger (se tient le ventre à deux mains)…

détaillée et cohérente la scène ainsi que ses éprouvés… De nouveaux éléments apparaissent à chaque fois, accompagnés d'une libération émotionnelle qui semble lui permettre ensuite d'aborder de nouveaux contenus encore plus problématiques.
L'exploration de cet aspect de son vécu aurait supposé une centration sur sa subjectivité, ce qui n'aurait fait qu'aggraver sa dévalorisation et sa honte puisque cela aurait implicitement consisté à référer ses réactions à sa personne et non à l'événement.

P : Vous vous tenez le ventre…

A ce moment de l'entretien, son geste, qui pourrait sembler être une manifestation banale d'angoisse, semble décalé par rapport à son habitus et aux propos qu'elle tient ; d'où, sa verbalisation par le praticien.

Mme K : (en sanglotant, à la limite du compréhensible)… Je pensais que j'étais peut-être enceinte à ce moment là et j'ai eu peur pour mon bébé. J'ai en peur qu'il me sorte de la voiture et qu'il me frappe au ventre ! … Maintenant je surprotège mes enfants, je veux plus qu'ils aillent jouer dehors seuls. J'ai peur de l'inconnu, des gestes des gens, l'autre fois une amie m'a fait une petite tape sur l'épaule, j'ai cru mourir… (pleure longuement)… Je vais jamais m'en sortir…

La remarque du praticien fait émerger tout un pan de son vécu jusqu'alors non évoqué. Le fait qu'elle semble à nouveau submergée par ses émotions laisse à penser que c'est la peur de perdre son bébé qui est la source de son vécu traumatique de l'événement.
Elle fait elle-même le lien entre cet aspect de l'agression et certains de ses symptômes.

P : Bon… Je crois que vous êtes encore sous le choc de cette agression ; c'est ce que l'on appelle un traumatisme psychologique. Pourquoi vous êtes aussi choquée ? Ca a été dans les faits une agression très violente même si physiquement vous n'avez pas eu grand-chose. Vous étiez tranquillement à votre volant et d'un seul coup vous vous trouvez face à quelqu'un de manifestement très agressif et qui ne se contrôle plus. Il n'y aurait pas eu quelqu'un à intervenir on ne sait pas jusqu'où il serait allé… Il y avait donc de quoi avoir extrêmement peur ! Et en plus vous pensiez être enceinte, si bien que vous avez eu également peur pour le bébé que vous pensiez avoir en vous… Ce sont toutes ces émotions que vous avez eues sur le moment et qui n'ont pas pu s'exprimer qui sortent maintenant à la moindre occasion…
Alors autant un traumatisme comme cela ça peut être extrêmement difficile à vivre autant on peut en récupérer très vite. Donc essayez de ne pas trop vous affoler. L'important c'est que ça s'atténue petit à petit. Ceci dit, je pense que vous allez avoir besoin d'un peu d'aide pour gérer ce moment difficile. Je vous propose donc qu'on se revoie régulièrement le temps qu'il faudra pour que vous alliez mieux … Est-ce que vous avez des questions à poser ?

L'entretien ayant atteint une sorte d'acmé dans l'expression émotionnelle, après ce moment très intense il a une nouvelle fois semblé indispensable de recadrer l'entretien.
La longue explication qui s'en suit a pour objectif explicite de lui permettre de se réapproprier ses réactions dont elle a dit à plusieurs reprises qu'elles étaient très problématiques pour elle, en les mettant systématiquement en rapport avec les comportements de l'agresseur. En proposant ce schéma compréhensif de son état présent, il s'agit de lui en proposer un cadre contenant qu'elle puisse s'approprier.
Il s'agit également de faire progressivement retomber la tension émotionnelle afin qu'elle soit dans un état d'apaisement suffisant pour pouvoir sortir de l'entretien sans difficultés.

Elle a enfin pour objectif de clore l'entretien sur une mise en perspective et une proposition de prise en charge dont l'objectif affirmé est un mieux être rapide.

Mme K : …Non, je vois pas…

P : Bien, on va en rester là pour aujourd'hui…

La tonalité du second entretien est plus apaisée, mais également plus dépressive. Elle ne se reconnaît pas et se vit « comme sur une corde raide », craignant de « s'effondrer à tout moment ».
Il est l'occasion de revenir sur certains aspects du déroulement de l'événement, toujours dans l'esprit du travail d'historiage. Mais l'essentiel de l'entretien est consacré à rechercher des modes de gestion personnels et relationnels (comment se faire aider et par qui) de sa situation présente qui reste, au quotidien, difficile à assumer : elle n'a pu s'arrêter de travailler que quelques jours, a des enfants à charge, dort très mal, est irritable et pleure à la moindre occasion, tout est effort à la limite du surmontable… Des difficultés au travail, jusqu'alors assumées sans trop de difficultés, prennent un tour problématique (notamment une relation de travail qu'elle vit maintenant presque comme un harcèlement) et il faut analyser finement la situation avec elle pour ébaucher certaines solutions qu'elle puisse mettre en œuvre.
En outre, la peur d'une nouvelle agression l'envahit dès qu'elle est en voiture, même si ce n'est pas elle qui conduit (son mari doit maintenant l'emmener au travail car elle ne peut plus repasser seule sur les lieux de l'agression et aucun autre trajet n'est possible).
Elle relate également le cauchemar suivant, témoignant pour le moins de ses craintes quant à l'avenir et l'importance durant l'agression du fait qu'elle se croyait enceinte : elle est dans une banque avec ses enfants quant un hold-up se déroule. Sa fille prend une balle en pleine cage thoracique. Elle la voit ensuite à l'hôpital « branchée de partout », entre la vie et la mort. Le médecin confirme que le pronostic est réservé.
Des auto-reproches et une autodépréciation s'expriment de plus en plus nettement relatifs à son incapacité à faire face à une agression qu'elle considère maintenant comme peu grave puisqu'elle n'a pas été blessée. Elle reste cependant en attente anxieuse de nouvelles de la police qui ne semble toujours pas avoir retrouvé l'agresseur, ce qui l'inquiète beaucoup (elle craint en fait que ce soit lui qui ne la retrouve et ne l'agresse encore pour se venger de sa plainte).

Les troisième et quatrième entretiens se déroulent de façon similaire. Elle est plus apaisée, dit parvenir à mieux gérer ses émotions au quotidien bien qu'un événement l'ait entre-temps perturbée et ait fait resurgir des cauchemars de répétition : un collègue de travail l'a verbalement agressée et elle s'est écroulée en sanglots sans pouvoir se défendre. Bien qu'atténuées, les peurs en voiture la gênent énormément (elle est maintenant obligée de se rendre seule à son travail). L'impression générale est qu'elle est parvenue à se ressaisir et à reprendre en mains sa situation, mais que le trauma est toujours actif, comme une faille intérieure qui la fragilise et la coupe d'elle-même.
Un nouveau retour détaillé sur l'événement fait apparaître un élément jusque là scotomisé : c'est une faute de conduite de sa part à elle (elle était sur une mauvaise file) qui a été à l'origine de la queue de poisson de l'agresseur. Elle se demande alors de façon angoissée si tout n'est finalement pas de sa faute, position évocatrice de ce que nous avons dénommé le syndrome victimal de participation complice »
Il lui est alors conseillé de se rendre à a police pour demander s'il s'agit bien d'une infraction, de l'éventuel coût de l'amende sanctionnant celle-ci, et d'en payer le montant si elle ne souhaite. L'on aura reconnu dans cette intervention qui peut sembler très provocatrice, ce que nous avons dénommé une « intervention aux limites ». Elle avait ici pour objectif de réintroduire des critères d'évaluation de sa propre responsabilité (en termes d'écart et de coût

de celle-ci), et en creux de celle de l'auteur, en un moment où les auto-reproches prenaient un tour de plus en plus envahissant et semblaient progressivement la paralyser.
Elle offre un exemple caractéristique d'une proposition d'étayage d'un vécu envahissant de responsabilité par l'axe des valeurs, ici par l'introduction d'un coût à ce qu'elle estime être sa participation aux faits : cela revenait, en lui prescrivant une amende, à déplacer la question et la redéfinir en termes de préjudice et d'indemnisation. Dans le même mouvement de déplacement, ce travail d'évaluation du coût de sa supposée responsabilité est resitué, inscrit dans un autre système normatif, celui des infractions au code de la route et à l'autorité supposée en être le garant, la police. L'effet visé en est de lui proposer une échelle d'évaluation de ce qui est par ailleurs se donne comme un prix à payer.
Elle rapportera à l'entretien suivant avec un petit sourire qu'elle n'a pas suivi le conseil car son mari n'était pas d'accord ! Ceci laisse à penser que l'intervention a eu l'effet espéré de l'aider à se départir de ses auto-reproches envahissants.

Elle se présente néanmoins au cinquième entretien dans un état d'effondrement similaire à celui de la première rencontre, auquel s'ajoute une violente colère et un sentiment « de honte de ce que je peux ressentir…». En pleurs, elle relate qu'elle a été informée de la décision du procureur de traiter l'affaire en médiation pénale, et qu'on lui a demandé « d'évaluer son préjudice » pour la semaine suivante. L'espoir d'un jugement et d'une condamnation a disparu, « …même toute petite, pour qu'on l'ait entendue, que ce soit reconnu et qu'on lui signifie qu'il n'avait pas le droit… ».
Outre un sentiment d'injustice partageable, l'on peut également comprendre de sa réaction qu'elle s'est trouvée renvoyée massivement à sa propre responsabilité.
Elle a appris de plus que l'auteur était un « récidiviste ». Etant littéralement ulcérée par cette décision, elle a pu entre-temps prendre conseil et trouver un avocat, car elle est décidée à tout faire pour la contester. Une attestation de suivi détaillant les troubles qu'elle a présentés est rédigée à sa demande. L'entretien tournera essentiellement autour du caractère peu compréhensible et choquant de cette décision, au regard notamment de l'importance de l'ITT initiale.

La rencontre suivante la voit plus apaisée dans la mesure où elle pense avoir fait tout ce qu'il était en son pouvoir de faire. Reste à en attendre les résultats. Revenant sur sa désillusion, elle ajoute, presque en passant, qu'elle est de plus extrêmement déçue par ses parents dont elle attendait qu'ils fêtent son anniversaire par une soirée au restaurant, ce qu'ils n'ont pas fait.
Cette ouverture sur des aspects plus personnels, mais suivant un thème sous-jacent commun, celui semble-t-il de l'injustice, inspire la remarque suivante au praticien : « Je sais bien que la décision du procureur a été un coup très dur, mais vous y avez réagi vraiment fortement. Est-ce que, par hasard, vous n'auriez pas déjà été victime d'injustices par le passé ? » Sa première réaction est la surprise et le rejet de cette hypothèse. Mais peu à peu elle évoque son statut d'enfant adoptée, son sentiment d'infériorité vis-à-vis de ses frères et sœurs malgré un traitement parfaitement égalitaire de tous les enfants et, au contraire dit-elle, un grand sens des valeurs et une grande rigueur morale de la part de ses parents adoptifs. Elle en donne un exemple (c'est ainsi qu'elle qualifie ce qui suit) qui l'a beaucoup marquée et auquel elle a longtemps repensé avec douleur et humiliation : au collège, elle fut un jour giflée par un enseignant devant toute sa classe. Bouleversée, elle a relaté l'événement à ses parents qui, ayant apparemment des doutes, ne sont pas intervenus auprès du collège. M'assurant que cette gifle avait été absolument réelle, elle ajoute qu'il leur faut quasiment des preuves pour qu'ils admettent certaines choses qu'ils ont du mal à concevoir et à accepter. Elle en donne plusieurs autres exemples, dont certains récents. Il lui est fait remarquer que si la gifle a bien été réelle, leur réaction a dû être très difficile à vivre puisque cela revenait à ne pas du tout croire en sa parole.

Les deux entretiens suivants, qui seront les derniers, la voient émerger très rapidement de l'envahissement psychotraumatique dans lequel elle se trouvait. Elle en est d'autant plus surprise qu'elle se sent même mieux qu'avant l'agression, comme libérée de quelque chose de lourd qu'elle traînait derrière elle sans véritablement s'en rendre compte, laissant à penser qu'une authentique cartharsis s'est opérée (L. Crocq, 2003), non seulement par rapport à l'agression, mais aussi à des aspects anciens de son histoire. L'on peut alors faire l'hypothèse que la question du praticien a agi comme une interprétation-élaboration dans la mesure où elle a rendu explicite un pan jusque-là non conscient de son histoire et, ce faisant, a permis à la patiente de s'en dégager.

Doit-on pour autant penser que ce sentiment ancien aigu d'injustice constituait un facteur prédisposant au vécu traumatique de l'agression ? Ce serait confondre vécu traumatique de l'événement et vécu victimal du parcours et c'est ce dernier qui ouvre un accès à cette dimension de son histoire et non l'inverse. En quoi l'explicitation de l' « axiome » « injustice » lui permet-elle de se dégager de son expérience victimale est une autre question… Mais l'on peut formuler l'hypothèse que le travail sur son vécu d'injustice en lien avec la situation présente, lui a permis, rétroactivement de donner sens de préjudices à un ensemble d'expériences anciennes qui n'étaient jusqu'à présent pas parvenues à se formuler comme telles.

D'un commun accord le suivi est suspendu sous réserve de le reprendre ultérieurement en cas de nécessité, ce qui, deux ans après, ne s'est pas produit

Exemple N° 46

Mme Z. : un exemple de séquence d'investissement subjectif du parcours judiciaire [1]

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années. Elle s'adresse à la consultation suite à une agression de la part de l'ami d'une de ses « copines ». A la demande de cette dernière, qui voulait quitter son ami et avait peur des réactions de celui-ci, elle se rend à son domicile et, au bas de l'immeuble, se trouve prise dans une altercation entre les deux personnes. Elle tente de s'interposer et reçoit sans savoir d'où il vient un coup violent à la pommette. Choquée, elle s'enfuit dans son véhicule, démarre et se rend compte après un bref temps qu'elle saigne abondamment. La plaie quelle découvre alors en se regardant dans son rétroviseur parait grave, elle panique mais a le réflexe d'appeler la police puis de se rendre aux urgences. Elle se rend ensuite à l'association d'aide aux victimes locale qui lui conseille de solliciter l'aide d'un psychologue car elle semble gravement perturbée par l'événement.

Lors du premier entretien, elle se présente avec un pansement masquant l'une de ses joues, joue qu'elle tente de plus cacher avec une mèche de cheveux. Elle relate d'un ton sthénique et de façon logorrhéique ce qui lui est arrivé, puis exprime qu'elle est totalement obnubilée par la cicatrice qui va résulter de ce qui s'est avéré être un coup de cutter et qui altérera de façon insupportable et irréversible "la perfection de son visage". Elle ajoute aussitôt qu'elle n'est pas dans son état normal pour tenir de tels propos, qu'elle juge inacceptables et déplacés, et qu'elle n'aurait jamais exprimés antérieurement. Cependant elle précise qu'elle a toujours été très soucieuse de son apparence et s'est toujours attachée à avoir un aspect physique « irréprochable » (notamment aucun défaut sur son visage). Cette blessure est une véritable obsession et elle ne pense qu'au moment où un plasticien interviendra pour lui rendre son visage d'avant et où ce cauchemar cessera. Elle décrit la

[1] Ce cas a été publié dans L. Crocq, *Le traumatisme psychique. Prise en charge des victimes*, P. Pignol, LM Villerbu, p.275-286.

blessure et la future cicatrice qui en résultera dans leurs moindres détails (épaisseur, largeur...). Elle évoque également des idées de vengeance difficiles à contrôler, ce d'autant plus que l'auteur présumé est en fuite et risque de ne pas être retrouvé. Elle doute également de la motivation de la police à vraiment le rechercher. Sa conclusion est que s'il n'est pas retrouvé et puni elle s'en occupera elle-même. Elle exprime également sa grande réticence à se faire aider, de surcroît par un psychologue, car cela est pour elle synonyme de folie. Un suivi psychologique lui est cependant proposé et accepté. L'attitude globale du thérapeute a consisté en une écoute empathique accompagnée de reformulations aussi neutres que possibles : il manifeste sa présence mais dans les faits intervient très peu sur le cours de l'entretien, sans doute en écho aux grandes réticences qu'il ressent effectivement de la part de la patiente à accepter une aide.

Le deuxième entretien se déroule de façon presque similaire et elle revient en détails sur l'ensemble de l'événement. Son ton est cependant à la fois d'autant plus catastrophé et scandalisé (il évoque un état de panique permanent) qu'elle ne cesse depuis d'appeler le commissariat pour savoir où en est l'enquête, et qu'il lui aurait été dit que, vu le peu de gravité des faits, l'auteur ne risquerait qu'une peine minime. La préoccupation pour sa future cicatrice est toujours aussi envahissante et sa sthénicité, pour ne pas dire sa colère, s'en est trouvée alimentée par la réponse de la police.

Elle vient beaucoup plus apaisée au troisième entretien car, dit-elle, l'auteur a été entre-temps arrêté. Elle est moins obnubilée par sa blessure mais celle-ci est soigneusement cachée derrière ses cheveux car elle dit ne pas supporter qu'on puisse la voir avec un tel visage. A la demande du psychologue, elle accepte de la montrer, puis elle lui demande ce qu'il en pense. La réponse donnée est que la blessure est effectivement laide, mais cependant moins sans doute qu'une semaine auparavant, qu'elle va dégonfler encore considérablement et qu'elle ne doit pas se fier à son aspect actuel qui va encore évoluer. Elle répond avoir honte d'une telle blessure et également de la façon dont elle a été blessée, qui selon elle n'est même pas glorieuse puisque c'était pour aider une copine qui ne n'a pas même pas contactée depuis, ni pour la remercier de son aide ni pour s'inquiéter de sa santé : elle se sent ridicule d'avoir voulu aider quelqu'un qui n'en « valait pas la peine ». Elle attend maintenant avec impatience que l'auteur soit condamné. La teneur de l'entretien est plus centrée sur le caractère inacceptable pour elle de ce qu'elle a subi. Certaines craintes affleurent cependant sur la façon dont l'auteur va s'expliquer et elle craint notamment qu'il ne minimise sa violence et ne lui fasse porter à elle la responsabilité de l'altercation.

Deux jours après, elle téléphone en pleine crise d'angoisse pour dire qu'elle vient d'apprendre que l'auteur présumé nie avoir porté tout coup de cutter et affirmerait même que c'est elle qui s'est jetée sur lui ; quant à la blessure, il aurait dit totalement ignorer d'où elle provenait et laisserait même entendre qu'elle aurait pu se la faire elle-même. Enfin "l'amie" qu'elle était venue aider s'est retournée contre elle et a pris fait et cause pour son copain, affirmant que celui-ci n'était pas quelqu'un de violent. La police lui a pourtant dit qu'elle la croyait, mais elle trouve de tels propos insupportables car elle ne voit pas pourquoi elle aurait pu inventer de toutes pièces une telle histoire. Ils lui ont en outre demandé de repréciser certains éléments, ce qu'elle a vécu comme un doute supplémentaire quant à sa version des faits. Le psychologue, jusqu'alors peu intervenant, lui explique alors en détails qu'il n'est pas aisé d'être une victime car comme toute victime elle est confrontée au fait que tous les points de son témoignage doivent être vérifiés, ce qui semble constituer une mise en doute systématique de ses propos. Il lui est alors expliqué que l'aveu n'est pas indispensable, qu'il est même insuffisant quand il a lieu, et que par contre l'enquête consiste à prendre chaque point des différents témoignages et à les vérifier méticuleusement un à un. De même, la déposition de l'accusé et de son amie seront examinés en détails et, s'ils ont menti, cela apparaîtra très certainement rapidement tant leur version semble peu vraisemblable. Cela semble la rassurer un peu.

Elle se présente à l'entretien suivant beaucoup plus calme. Sa blessure est maintenant « à découvert », sans pansement, et elle ne la cache plus derrière ses cheveux ; mais elle est par contre soigneusement maquillée si bien qu'on ne la remarque qu'à peine. La remarque lui en est faite et elle acquiesce. Elle note d'ailleurs que sa préoccupation obsédante pour la cicatrice s'estompe, mais elle se dit par contre maintenant envahie par une haine à l'égard de son agresseur, haine d'autant plus vive que non seulement il nie toute responsabilité dans sa blessure mais qu'encore il continue de l'accuser de l'avoir elle, agressé lui. Cette haine est alimentée par le fait qu'elle continue de craindre que la version de son agresseur ne soit celle qui sera retenue, et les échanges vont essentiellement tourner autour des différents types d'éléments qu'une instruction s'attache à recueillir : éléments matériels, témoignages, expertises…

Le dernier entretien, (à ce jour c'est le dernier) la voit arriver dans une attitude triomphante, un grand sourire sur le visage. Après une série de recoupements, l'auteur s'avère être un "agresseur en série" déjà recherché pour plusieurs agressions, notamment à caractère sexuel, et c'est grâce à sa plainte que la police a pu faire le rapprochement entre son affaire et d'autres, restées jusqu'alors irrésolues. Sa satisfaction tient à ce que la preuve est enfin faite qu'il est un homme extrêmement violent vu les agressions antérieures dont il est l'auteur présumé ; sa relation des événements dont elle a été victime est enfin, selon elle, définitivement validée. Elle dit avoir retrouvé son caractère habituel, même si elle reste inquiète de la cicatrice qui lui restera de cette affaire, mais elle estime ne plus avoir besoin d'aide pour l'instant.

Elle se manifestera cependant quelques semaines plus tard pour demander une attestation de suivi psychologique, ce qui sera fait. A cette occasion, elle affirmera que tout va bien, ce que son attitude générale et son ton semblent confirmer, et que pour elle cette histoire est presque déjà du passé.

Dans cet exemple la victimée semble cheminer avec ses propres ressources, s'appuyant positivement sur le déroulement de l'enquête d'une part, et sur l'évolution positive de sa blessure d'autre part, (même si c'est pendant un certain temps au prix d'une panique déstructurante), si bien que le psychologue semble être essentiellement là comme témoin de ces mouvements sans avoir à développer d'interventions très actives.
Le travail guidance, et c'est sans doute de cela dont elle avait besoin et ce pourquoi elle viendra assidûment aux rendez-vous malgré ses premières réticences, va être de la suivre et de la soutenir dans son positionnement comme victime, non pas tant en la rassurant sur sa propre crédibilité qu'en lui donnant des éléments de réalité sur lesquels s'appuyer pour y parvenir, éléments pris dans les propos qu'elle tient sur elle-même (la blessure, sa version des faits), la conduite de l'enquête venant comme illustration de ce procédé d'auto fiabilisation.

Mais quelle lecture de cette situation clinique le schéma nous apporte-t-il ? Il fait d'abord apparaître un parcours intérieur fait de son vécu subjectif du parcours judiciaire, qui suit en parallèle une chronologie qui n'a rien à voir avec celle de ce dernier puisqu'elle commence par une préoccupation envahissante à l'égard de la blessure et du préjudice esthétique et moral qui en résultera, puis par la crédibilité accordée à sa version des faits et à celle de l'auteur et de son amie, pour s'achever sur la responsabilité avérée du mis en cause.
Ensuite, chacun de ces enjeux est investi sur un mode particulier, ce en quoi l'on peut parler pour le parcours de véritable espace projectif : - la blessure, trace possible d'un préjudice personnel pouvant ouvrir à réparation tend à se faire le stigmate visible par tous de sa propre faute dans l'événement ; - sa propre version des faits se trouve contestée de façon insupportable, et c'est l'accusé que l'on va finalement croire ; - jusqu'à l'issue finale où la responsabilité de l'accusé semble enfin acquise, ce qui lui apporte un apaisement surprenant.

Enfin, il en ressort l'hypothèse générale suivante : l'ensemble de son parcours, et c'est ce qui permet de rendre compte de la nature et de la forme de celui-ci, était sous-tendu par *l'angoisse d'une réversibilité des positions d'auteur et de victime*, et plus précisément par le risque toujours présent qu'un plaignant ne devienne accusé, angoisse qui s'est jouée successivement sur trois enjeux différents du parcours judiciaire. Et il semble que ces déplacements symptomatiques aient cessé lorsque le réel est venu offrir des garanties suffisantes quant à sa position de victime, le mis en cause étant bien un auteur avéré, même si c'est d'autres faits.

Reste la question de savoir quel enjeu faisait spécifiquement pour elle problème. L'on ne peut formuler là que des hypothèses déductibles de la séquence qu'elle développe puisque finalement elle n'est pas restée durablement fixée à une position victimale. Dans cette séquence une question n'apparaît pas explicitement, celle de l'imputation et peut-être est-ce celle-là qui lui posait problème. Le fait qu'elle soit autant soulagée d'apprendre que l' »auteur » en était véritablement un, même si c'était pour d'autres affaires, semble le confirmer.

Cependant, le fait que la disparition de l'état victimal soit autant liée au déroulement (ici positif pour elle) du processus judiciaire laisse craindre qu'il ne s'agisse pas là d'une véritable résolution, mais rien jusqu'à présent ne permet de l'affirmer.

Conclusion

L'on a pu voir, à travers ces différentes situations, quelques exemples de la forme que pouvait concrètement prendre le travail de guidance psycho-victimologique.
Elles ont montré comment le TPV permettait d'analyser les demandes des sujets, de les mettre en perspective, de les suivre dans leur déploiement et d'appréhender les impasses dans lesquelles ils s'égaraient et comment il s'avérait possible de solliciter certains de ses processus en étayage de ceux qui semblaient s'avérer défaillants.
La contextualisation des difficultés de ces sujets, dans la mise en relation systématique qu'elle s'attache à instaurer avec un événement et/ou un contexte originant, représente une illustration de ce que l'on peut dénommer **l'hygiopoïèse[1] : la recherche non pas d'une étiopathogénie, mais d'une origine possible à un dépassement ou à une reconstruction. Cette contextualisation ne vaut pas comme un essai d'explication, mais comme la recherche de ce qui peut permettre leur dépassement : elle vient littéralement prêter du sens, et non de la cause, en termes étiologiques, aux troubles présentés**

En outre, et plus fondamentalement, aider le sujet dans ce travail de contextualisation, via le travail d'historiage, revient à élaborer de la responsabilité et de la culpabilité.
Ainsi, avec le principe de contextualisation, nous nous sommes situé presque totalement à l'opposé de positions doctrinales *a priori* récusant toute pertinence ce qu'elles dénomment la victimisation, victimisation assimilée à une recherche de bénéfices non plus matériel comme du temps des Railway spine, mais de bénéfices psychiques comme celui de tenter d'échapper à sa propre culpabilité inconsciente.
Nous avons ainsi cru pouvoir montrer qu'à l'inverse, aider le sujet à se constituer comme victime ne participe aucunement à sa déresponsabilisation ou sa déculpabilisation mais, au contraire, vise à l'aider à soutenir l'épreuve de réalité qu'a constitué l'événement en le soutenant dans ses tentatives spontanées de constituer l'événement et son possible sens et à ce qu'il fasse la part des choses entre ce qui lui revient en propre et ce qui revient à l'Autre. Ceci rejoint les remarques de F. Sironi (1999) concernant la psychothérapie des victimes de torture dont l'un des objectifs consiste à repérer et expulser « le tortionnaire intériorisé ».
Circonscrire ce qui revient à l'autre consiste en un travail de différenciation qui revient alors à reconstituer une position subjective mais, à l'inverse de la pratique psychothérapique traditionnelle, en aidant le sujet à se défaire et, dans le même mouvement, à soi,

[1] Du grec *hygieiné* : santé, et *poïêsis* : production, création.

PARTIE D

Prospectives heuristiques

en psycho-victimologie

PLAN :

- Chapitre 1- LES ATTEINTES A LA PROFESSIONNALITE-

- Chapitre 2- LA COUJUGALITE VIOLENTE-

Introduction

L'objectif de ce dernier chapitre est de montrer, toujours dans une perspective psycho-victimologique, combien il peut être nécessaire, et comment il est possible, de concevoir des schémas d'analyse affinés des violences subies par des sujets victimés, au plus près des contextes de développement de celles-ci, de leur iatrogénie propre et des modalités d'atteintes qu'ils rendent de ce fait possibles.

Il s'agit ni plus ni moins d'un prolongement du principe de contextualisation, et de la nécessité de son ajustement à certaines formes de violences, celles qui en particulier se développent sur la durée et dans le cadre de relations prolongées unissant les protagonistes : relations familiales, conjugales, professionnelles, de voisinage…, qui peuvent donner lieu à ce que l'on qualifie généralement du terme générique de « relation d'emprise ».

Ce n'est pas que le travail avec les sujets en ayant fait l'objet ne puisse s'élaborer cliniquement à partir du Travail psychique de victime et que l'on ne puisse y repérer les mêmes questionnements autour desquels se cristallisent des positions victimales et se structurent des syndromes victimaux.

C'est que la guidance auprès de ces sujets nécessite des schémas plus élaborés permettant de rendre opératoire le principe de contextualisation, schémas qui doivent être à la mesure de la plus grande complexité de ce qui se joue, car ces violences se développent :

- d'une part dans le cadre d'une relation établie aux enjeux multiples que le victimé, comme le « victimant », ont massivement investi et dont ils ne peuvent se dégager aisément ;

- d'autre part sur la durée, ce qui implique une analyse et une reconstitution de l'évolution de la relation elle-même et de la place et le rôle qu'y jouent la violence et les différentes formes, elles-mêmes évolutives, qu'elle peut y prendre.

Il en résulte en outre chez les victimés des états de confusion eux-mêmes complexes parce que touchant à plusieurs, voire à tous les enjeux.

Nous prendrons, à titre d'exemples d'un tel travail de modélisation de contextes relationnels complexes et des formes de victimisations qui peuvent s'y développer, deux champs particulièrement sensibles et pour lesquels notre consultation a été, et ne cesse, d'être sollicitée : celui du travail et celui du couple.
C'est sous le terme de **professionnalité** et de **conjugalité** que nous en esquisserons leur modélisation respective afin d'en rendre possible l'analyse des modes spécifiques de violence, ou plus exactement d'atteintes, qui peuvent s'y développer.

PARTIE D

-Chapitre 1-

LES ATTEINTES A LA PROFESSIONNALITE

PLAN :

1. Approche psycho-victimologique des violences et harcèlement au travail

1.1. Le champ de la professionnalité
1.2. Le harcèlement comme mode opératoire
1.3. Un modèle de la professionnalité
1.3.1 La contribution
1.3.1.1. La politique des compétences
a) La Partition
b) La Participation
1.3.1.2. La politique d'habilitation
a) La Délégation
b) La substitution
1.3.2. La rétribution
1.3.2.1. L'économie de l'effort
a) Le prestige
b) Le Mérite
1.3.2.2. L'économie de vigilance
a) Les obligations
b) L'auto-évaluation

1.4. Violences et harcèlements au travail
1.4.1. Les atteintes à la Contribution
1.4.1.1. Les atteintes à la politique des compétences
a) Les atteintes à la Partition : la disqualification
b) Les atteintes à la Participation : la ségrégation
1.4.1.2. Les atteintes à la Politique d'habilitation
a) Les atteintes à la Délégation : la rétention
b) Les atteintes à la Substitution ; l'indifférenciation
1.4.2. Les atteintes à la Rétribution
1.4.2.1. Les atteintes à l'Economie de l'effort
a) Les atteintes au Prestige : le déclassement
b) Les atteintes au Mérite : la consommation
1.4.2.2. Les atteintes à l'Economie de Vigilance
a) Les atteintes aux obligations : la mise en faute
b) Les atteintes à l'Evaluation : la mise en échec

Conclusion

I. Approche psycho-victimologique des violences et harcèlements au travail

Nous nous intéresserons ici spécifiquement aux rapports de professionnels à professionnels, sachant que le champ de ce que nous dénommons la professionnalité recouvre au moins deux autres espaces ayant leur logique propre et également susceptibles d'être les lieux de violences : les rapports de professionnels à usagers (P. Pignol, 2009), et les rapports d'usagers à usagers dans la mesure où ils ressortissent également pour partie de la responsabilité des professionnels (en milieu hospitalier et éducatif, l'on parlera alors plus communément de dimension institutionnelle).

1.1. Le champ de la professionnalité

Plusieurs travaux spécialisés récents ont alerté sur l'importance et la gravité de ce que l'on désigne aujourd'hui communément du terme de « harcèlement moral » comme forme de violence insidieuse et particulièrement destructrice au plan psychique, pouvant se développer en milieu professionnel (H. Leyman (1993), M.-F. Hirigoyen (1998, 2001), P. Ravisy (2000), C. Balicco (2001), Y. Prigent (2003), A. Bilheran (2006, 2009) dans un contexte général alarmant de dérégulation du monde du travail (C. Dejours 1998, 2009 ; Castel, 2001).
Face à l'ampleur du problème et à l'émoi qu'il commençait de susciter, un texte de loi s'est efforcé en 2002 de donner une définition pénale du harcèlement moral ; mais les effets n'ont manifestement pas été à la hauteur du phénomène dont l'on observe depuis l'accélération alarmante et qui participe du développement du phénomène des suicides en milieu de travail (C. Dejours, 2009).

Une analyse de contenu de la littérature fait ressortir quatre grands types d'approches du harcèlement, que ce soit dans une visée explicative, « curative » ou préventive, chacune en enrichissant l'appréhension, mais tendant à réduire à une vision par trop unidimensionnelle et réductrice le phénomène. Ce sont :

- une approche psychopathologique, dans une recherche de profils pathologiques ou de personnalités, tant des auteurs que des victimes dont, du côté agresseurs, le « pervers narcissique » ;
- une approche managériale s'efforçant de dégager des modes de gestion des relations de travail et des conditions de productivité facilitateurs, ou au contraire dissuasifs, des phénomènes de harcèlement ;
- une approche juridique, dans la recherche de définition de seuils d'inacceptablité des comportements entre professionnels ; il s'agit ici particulièrement de dégager et de décrire

une nouvelle forme de délinquance et faire de la multiplication d'agressions, chacune en apparence minime, une nouvelle modalité délictuelle d'atteintes aux personnes ;

- une approche que l'on peut qualifier de socio-morale, en ce qu'elle s'attache, dans une perspective éthique, à réaffirmer et défendre l'importance des valeurs de respect et de dignité au sein du monde du travail dans une réflexion plus générale sur les rapports hiérarchiques et leur régulation.

Ceci justifie le développement d'une approche qui intègre ces différentes dimensions dans une perspective s'intéressant autant à la dynamique des actes d'agression, à leurs retombées sur les victimés, ainsi qu'aux aspects contextuels de telles dynamiques en termes de formes d'organisations du champ professionnel créatrices d'espaces non ou mal réglementés et donc vulnérabilisantes ; le tout dans un objectif d'analyse à visées multiples (agressologique, victimologique, préventive, d'audit…)

Or s'agissant d'un phénomène multifactoriel qui, comme mode singulier d'atteinte du lien social, conjugue des dimensions juridique, criminologique, victimologique, psychopathologique, institutionnelle (au sens où les modalités organisationnelles du travail peuvent constituer des facteurs vulnérabilisants pour les professionnels impliqués), éthiques dans la nécessaire recherche de nouvelles normes de citoyenneté au travail, il semblait pour le moins opportun de faire appel à une approche ayant en propre de s'efforcer de les intégrer toutes, ici la psycho-criminologie.

D'où cet essai de construction d'un modèle de ce que nous avons dénommé « la professionnalité », terme désignant l'ensemble des conditions constitutives de toute activité professionnelle, et cela quelque soit le métier ou la profession à travers laquelle elle se réalise et prend forme concrète, de cette prestation sociale rétribuée dont, excepté ceux qui en sont exclus, tout un chacun retire les conditions de son existence matérielle et sociale. Une hypothèse centrale nous guidera selon laquelle le travail, loin d'être seulement un cadre extérieur, un contexte possible au harcèlement (son décor en quelque sorte), en constitue la trame même, lui offrant sa matière, ses enjeux et ses cibles.

Nous allons voir qu'une telle modélisation permet de définir quatre axes fondateurs, rationnellement articulés[1], constitutifs de la professionnalité, dont les modalités défaillantes se donnent soit en excès, soit en carence.

Chacun de ces axe peut ainsi faire l'objet d'atteintes spécifiquement repérables, permettant de dégager, en une typologie rationnellement fondée, huit formes princeps et clairement distinctes de violence et de harcèlement au travail, ayant chacune son objet et sa logique propre.

L'intérêt d'une telle modélisation nous semble notamment résider dans les points suivants :

- elle offre une grille d'analyse et de repérage des axes de la professionnalité défaillant tant chez l'agresseur que dans l'organisation professionnelle ;

[1] On les trouve certes sous différents termes dans les travaux portant sur le travail, mais à notre connaissance jamais sous la forme de processus dialectiquement contradictoires, comme dans cet essai.

- elle permet de repérer des dynamiques délinquantes spécifiables d'attaque du lien social dans le champ du travail ;
- dans la perspective d'un accompagnement psycho-victimologique spécifique, elle offre au victimé un modèle d'analyse des atteintes qu'il a subies ; et ce faisant permet de l'aider à reconstituer les repères internes/externes que le harcèlement a plus ou moins gravement déstructurés.

1.2. Le harcèlement comme mode opératoire

Phénomène dont la description est récente, le propre de ce que l'on dénomme aujourd'hui communément le harcèlement moral tient à ce qu'il constitue une forme de violence à autrui faite d'une multiplicité d'agressions se développant dans la durée, agressions qui, prises indépendamment les unes des autres, semblent presque anodines mais qui, de par une sorte d'effet de cumul, constituent une forme particulièrement destructrice d'atteinte à la personne.
Ces agressions ont en outre la caractéristique d'être multiformes et de recouvrir la presque totalité de ce qui l'on dénomme les violences au travail, s'attaquant aussi bien aux conditions de travail qu'à la personne salariée, son exercice professionnel, sa réputation, sa place dans le collectif, ses droits… ; mais l'on peut souvent repérer certaines lignes directrices, distinctes d'une situation de harcèlement à l'autre, comme si chacun obéissait à une certaine logique ou cohérence intérieure propre.
Cette variété a donné lieu à plusieurs tentatives de classifications qui, ayant emprunté leurs catégories à des sources et perspectives hétérogènes, amalgament différents points de vue et ne permettent pas véritablement d'appréhender une telle logique :
- motifs de l'auteur conçus diversement en termes psychopathologiques, psychosociologiques, selon en quelque sorte ce que l'on suppose être son motif ou sa motivation profonde : la destruction de l'autre, la jouissance perverse qu'apporte sa souffrance, les troubles relationnels engendrés par telle ou telle maladie mentale, des motifs purement économiques, des techniques de management inappropriées ou délibérément sur-consommatrices de la « force de travail » du salarié… ;
- agressions définies par le code qu'elles semblent transgresser : code pénal, code du travail, atteintes à des valeurs comme la dignité [1]… ;
- affects éprouvés par le victimé…

Ce dont l'on est alors en droit d'escompter d'une approche psycho-criminologique est qu'elle puisse rendre à la fois compte de la réitération des violences, de leur diversité apparente, ainsi que de leur cohérence, c'est-à-dire d'appréhender le harcèlement moral comme un **mode opératoire** singulier : **une forme d'attaque de l'altérité au moyen d'atteintes réitérées au mode relationnel unissant durablement les protagonistes, ici la relation professionnelle[2] comme relation réglementée obéissant à des principes intangibles.**

[1] Ainsi Ravisy (2000) distingue-t-il les agissements objectifs, ostensibles et pernicieux suivant leur degré de visibilité et de leur reconnaissance possible par la justice.
[2] Dans d'autres cas ce peut être la relation conjugale, familiale, de voisinage, qui fasse l'objet d'un tel harcèlement.

Dans cette perspective, de telles attaques de l'altérité ne tiennent leur détermination et leur sens chez les auteurs qu'à tenter de neutraliser ou détruire chez l'autre ce qui, de la relation, leur pose de façon insurmontable problème ; autrement dit ce qui de l'altérité est en impasse chez eux, et cela quelles qu'en soient les motifs conscients et/ou inconscients[1].

Cela enfin conduit, à d'une part distinguer le supposé objectif du harcèlement des modalités en quelque sorte stratégiques de le mettre en œuvre, à d'autre part à différencier dans la stratégie développée ce qui relève de tactiques ou de cibles ponctuelles et ce qui renvoie à un objet ou à une cible essentielle dont l'attaque réitérée permet de parvenir à l'objectif recherché d'un contrôle de la relation, là où précisément elle échappe dangereusement au harceleur.

Le dégagement d'un tel mode opératoire suppose en retour de se doter d'un modèle qui permette d'appréhender très précisément en quoi ces agissements constituent autant d'atteintes à la situation professionnelle et ce quelques soient les intentions ou motifs conscients et/ou inconscients ; et comment elles mettent en cause et constituent autant d'attaque de l'altérité. **Mais une attaque de l'altérité qui, prenant le professionnel en otage, doit être analysée à travers l'espace dans et par lequel elle s'opérationnalise et opère, à savoir le travail.**

L'organisation et le fonctionnement de l'entreprise s'y trouvent donc également concernés en ce qu'ils peuvent offrir des espaces, des temps, des lieux -des situations- vulnérabilisantes parce qu'insuffisamment ou mal réglementées et/ou régulées, qui de ce fait soient facilitatrices voire inductrices de telles dérives.

1.3. Un modèle de la professionnalité

Il fallait pour cela concevoir un véritable modèle de la **professionnalité**, *id est* un modèle des processus internes et externes exigés par cette forme particulière de contribution sociale qu'est l'exercice d'un métier[2], comme l'on parle maintenant de *parentalité* pour traiter des aptitudes psychiques exigées par l'exercice d'une fonction parentale. Nous ne souscrivons ainsi pas à l'idée de Poilpot-Rocaboy (1998) pour qui il s'agirait d'un « contrat psychologique » fait « d'attentes réciproques de l'employé et de l'organisation » qui l'emploie, car il en va pour nous des conditions mêmes d'existence du travail salarié et non de perceptions et de besoins individuels variables d'un sujet à l'autre et qui seraient par conséquent négociables. Il en va pour nous du cadre même qui rend possibles de telles attentes et négociation.

---

[1] Il ne va pas de soi de penser que l'objectif de tous les harcèlements soit la destruction ou l'élimination de celui qui en fait l'objet.

[2] L'on peut se poser la question de savoir si ce que nous avons dénommé professionnalité n'est pas qu'une variante culturellement et historiquement circonscrite de la structuration du travail et non, comme nous le postulons ici, une structure stable valant pour tout temps et tout lieu ; ce d'autant plus que l'on assiste depuis une vingtaine d'années à de multiples tentatives pour en contester les principes, allant dans le sens d'une « marchandisation totale du travail » et de ce que certains analysent comme une disparition progressive du salariat. Mais il semble à d'autres analystes que l'on aurait plutôt affaire à l'apparition de nouvelles formes de régulation ne mettant pas véritablement en cause ce que nous désignons par le terme de professionnalité (Castel, 2001).

Un tel modèle devait répondre aux exigences suivantes :

- de permettre d'appréhender, en deçà de la variété phénoménale des agissements hostiles au travail tels qu'ils ont pu être listés dans les travaux sur les violences et le harcèlement, des enjeux ou objets sous-jacents différenciés ;
- de proposer une véritable modélisation de la **normativité professionnelle** (et non de normes toujours discutables parce toujours plus ou moins empreintes de subjectivité), normativité professionnelle permettant en retour de disposer de critères stricts définitoires d'écarts aux conditions constitutives ainsi définies ;
- d'être à l'interface de l'intrapsychique et du relationnel permettant en cela d'appréhender tout à la fois ce qui est atteint du professionnel dans son exercice, ce qui fait faille relationnelle chez l'auteur, et ce qui du milieu professionnel fait le lit du harcèlement (facteurs vulnérabilisants voire incitateurs à celui-ci).

La construction de laquelle nous sommes partis pour ce faire a d'abord été conçue pour analyser les différentes formes de crises que l'identité professionnelle peut traverser[1]. D'où l'idée de la faire travailler à étudier d'autres forme de crises ou de dérégulations survenant dans l'espace professionnel, celles provoquées par ce que l'on dénomme violences et harcèlement au travail, au prix cependant de quelques ajustements.

CONTRIBUTION ET RETRIBUTION

Pour pouvoir qualifier une personne de professionnel et son activité de profession, il existe deux exigences fondamentales :

- qu'il y ait **contribution**, c'est-à-dire une participation à un ordre social, à une production collective, donnant lieu à une **politique de l'emploi,** dans les deux sens d'embaucher et de faire usage de compétences diversifiées ;

- que cette contribution fasse l'objet d'une contrepartie ou **rétribution** dont le professionnel tire ses moyens de subsistance, contribution impliquant une **économie des gains et des coûts et de leur distribution,** c'est-à-dire le développement d'un système de valorisation et de hiérarchisation des diverses modalités de contribution.

PROFESSIONNALITE	
CONTRIBUTION **(Politique de l'emploi)**	**RETRIBUTION** **(Economie de la contribution)**

[1] L.M. VILLERBU : *Le désarroi des services sociaux et des formations sociales face aux modes de résolution pénaux.* In Etats et perspectives des sciences criminelles en France, CDJO, 1989-90, Université de Rennes 1.

Que l'une ou l'autre soit absente, la contribution par abstention ou objection, la rétribution par bénévolat ou loisir, et l'on ne pourra au sens strict du terme parler de professionnalité.
Nous allons successivement examiner les processus constitutifs de l'une et de l'autre.

1.3.1. La Contribution

Elle représente selon le Petit Robert, la « part que chacun donne pour une charge » ou encore la « collaboration à une œuvre commune ». A son fondement sont la *dette* (une exigence interne qui fait que nous nous sentons obligés de contribuer à l'ordre social) et la *réciprocité* (il faut contribuer mais aussi accepter que l'autre fasse de même à notre égard), ouvrant à la dimension anthropologique de l'échange[1].
Tout le monde ne pouvant pas tout faire, toute activité professionnelle suppose une distribution des tâches, des fonctions, des métiers, impliquant elle-même un principe de délimitation. Cette délimitation n'étant chez l'homme pas fondée sur un ordre naturel (à la différence par exemple des abeilles et à travailler dans une ruche), elle procède d'un contrat toujours relatif à un lieu et un temps donnés ; elle est donc constamment susceptible d'évolutions, de crises, de conflits, de mutations. L'apparition de nouveaux métiers est notamment le corollaire de problèmes plus ou moins aigus de redéfinition et de redélimitation des champs de compétence de ceux qui leur sont frontaliers et avec lesquels ils délimitent et se partagent un même secteur de compétences ou un même champ d'activité ou de production.
Le principe même de la contribution suppose donc une répartition des tâches entre différents professionnels, ce qui implique de renoncer à occuper toutes les places, de ne pas s'estimer capable dans tous les domaines, et de pouvoir déléguer à d'autres plus compétents ce que l'on a renoncé soi-même à assumer. Ceci montre à quel point un métier, sa délimitation, est affaire de consensus et ne peut se définir exclusivement de l'intérieur par ceux qui l'exercent.

La contribution suppose le développement de deux politiques, une **Politique des Compétences** et une **Politique d'Habilitation,** la première œuvrant à la recherche d'une adéquation optimale entre la consistance d'une place dans un collectif de travail et les aptitudes du professionnel amené à la tenir ; la seconde en un ensemble de modes de régulation de la première.

CONTRIBUTION	
Politique des compétences	**Politique d'habilitation**

[1] Voir par exemple C. Lévi-Strauss (1967), *Les structures élémentaires de la parenté*, Mouton, Paris.

1.3.1.1. La politique des compétences

Elle a pour finalité essentielle la constitution d'un collectif de travail, c'est-à-dire d'un ensemble de professionnels susceptibles ensemble de mener à bien ce qui fait la raison sociale de l'établissement.
Elle obéit au principe d'une part de la division du travail, et d'autre part de la mise en commun de ces différentes compétences aux fins de réaliser ce pour quoi le collectif existe, sa raison sociale. Cette politique vise ainsi à rendre chacun efficient dans la place qu'il aura à occuper et pour les tâches qu'il aura à exécuter, mais également à lui donner une place dans le collectif de travail. Il en va ici de ce que l'on dénomme un **organigramme fonctionnel**.
Cette politique des compétences va se réaliser suivant deux processus intimement et contradictoirement liés, l'un visant à différencier, l'autre à unifier, soit :

- un processus de **Partition**
- un processus de **Participation**

CONTRIBUTION			
Politique des compétences (Organigramme fonctionnel)		**Politique d'habilitation**	
Partition	**Participation**		

a) La Partition

Puisque tout le monde ne peut pas tout faire parce qu'il n'est pas compétent dans tous les secteurs ou domaines de l'activité humaine, la partition a pour objet de rechercher une adéquation optimale entre un professionnel et un emploi. Et si tout un chacun a une place à tenir, c'est d'abord au titre de sa capacité à en assumer les exigences en termes d'aptitudes spécifiques. Celles-ci s'appuient non seulement sur la formation initiale, la formation continue, mais aussi sur les diverses expériences et savoir-faire acquis par le professionnel durant sa carrière, voire dans ses activités extraprofessionnelles.
Un titre, un diplôme, un parcours professionnel, la réussite à un examen ou à un concours, sont garants *a priori* de ces compétences. Ce sont elles qui sont au fondement des différents métiers puisqu'elles attestent d'une aptitude à effectuer certaines tâches suivant des normes, techniques, théories, idéologies voire idéalités pouvant aller jusqu'à des visions du monde différenciées, spécifiques et différenciatrices (Castel, 1983), qui codifient les comportements et indiquent comment il faut s'y prendre pour contribuer. Si différentes professions peuvent œuvrer à un même

objectif, elles le feront chacune à sa manière, avec ses spécificités, ses techniques propres, ses normes comportementales, ses modèles de représentation, tant de la tâche à effectuer que des actes nécessaires pour y parvenir et des finalités de ceux-ci, des principes éthiques selon lesquels il convient de se comporter. Dans un service hospitalier par exemple, médecins, infirmiers, psychologues, aides-soignants… participent tous à la prise en charge des patients. Cependant chacun de ces corps professionnels concevra sa contribution à cette prise en charge en valorisant une certaine manière d'être, de penser et de traiter des problèmes à l'aide de ses outils et méthodes de travail propres.

La division des taches va donc se constituer sur la base des compétences *a priori* nécessaires à la réalisation de l'activité qui donne sa raison sociale à l'entreprise, au groupe, à l'institution. L'on notera que là aussi tout est relatif, car deux établissements peuvent avoir une même raison sociale sans toutefois automatiquement faire appel exactement aux mêmes compétences : des conceptions différentes, des philosophies parfois sous-tendues par des valeurs propres dans les modalités de l'effectuer, de la mener à son terme, peuvent exister et déterminer pour partie la composition de l'équipe. Inversement une compétence particulière non initialement requise apportée par l'un des membres de l'équipe peut significativement influer sur le style de l'ensemble.

C'est donc au titre des compétences acquises et à la forme de contribution auxquelles elles rendent apte que chacun peut devenir professionnel, c'est-à-dire répondre à une offre d'emploi ou d'appel à candidature et être embauché et se voir attribuer un **poste de travail.**

b) La Participation

L'opération de partition ne répond pas à elle seule aux impératifs de la politique des compétences car la division du travail en postes nécessite que soient pensées les articulations entre les postes eux-mêmes. Il s'agit alors de ce que l'on peut dénommer la **participation** qui, elle, vise à la constitution d'un collectif sous la forme d'unités ou équipes autonomes. Le propre de ces unités est leur relative autonomie, ce qui implique que chacune d'entre elles assume seule l'ensemble des actions nécessaires à l'effectuation de la tâche qui lui est dévolue. Cependant, dans certains cas un salarié peut composer à lui seul une telle entité organique. Il existe ainsi des grandes missions dont la responsabilité incombe à tous et dont la réalisation prime sur le découpage en postes. De même, certaines tâches ne relèvent *a priori* de la compétence de personne en particulier (dans toute organisation il existe des espaces vides) et ce ne peut être que par accord tacite ou décision collectivement prise qu'elle échouera plus particulièrement à tel professionnel qu'à tel autre.

Un emploi consiste ainsi non seulement à exercer ses compétences propres mais aussi à les mettre au service d'un collectif, si bien que d'une part l'ensemble des compétences acquises par chacun ne sera pas nécessairement sollicité, d'autre part chacun aura à adapter ses savoir-faire aux exigences de l'entreprise et, à l'intérieur de celle-ci, à son unité de rattachement et ses spécificités (un atelier, une équipe, une corporation… selon le mode de partage des tâches adopté)), ainsi qu'à ce que l'on dénomme la culture de l'entreprise,.

Politique des compétences : (constitution d'organigramme fonctionnel)	
Partition (différencier) *Se réalise dans création de postes de travail différenciés à partir des compétences acquises*	**Participation** (unifier) *Se réalise dans la délimitation de collectifs autonomes de travail*

Partition et participation obéissent donc à deux exigences contradictoires quant à la constitution d'un collectif de travail : disposer de compétences différenciées, les faire œuvrer en synergie à une tâche commune.
Ils réalisent ensemble les conditions formelles de l'incorporation de professionnels dans un milieu de travail.
La politique des compétences suppose toujours des inadéquations, des crises, des mutations nécessaires. Elle n'est jamais acquise une fois pour toutes et est toujours à remettre à l'ouvrage : des postes deviennent inutiles ou encore exigent des compétences différentes de celles initialement exigées ; un type de tâches se développe en raison des besoins extérieurs qui ont changé, nécessitant des redistributions… C'est ce dont d'une certaine façon témoigne l'existence d'une *formation continue* : des réajustements réguliers sont indispensables car entre le moment de l'embauche et le moment présent, la nature du poste et de la place occupés ont pu considérablement évoluer, exigeant de nouvelles compétences.

1.3.1.2. La politique d'habilitation

Son objet consiste en une évaluation de la politique de compétences dont elle représente en quelque sorte le principe de réalité. Il ne suffit en effet pas d'avoir un poste et d'être organiquement affecté à un collectif, encore faut-il que l'un et l'autre contribuent véritablement à la raison sociale de l'entreprise. La politique d'habilitation consiste ainsi en une régulation de l'utilité ou de l'efficacité de la place de chacun dans le collectif. Elle vient en même temps prévenir toute forme **d'abus de pouvoir**, car ça n'est pas parce qu'un professionnel occupe un emploi au sein d'un collectif qu'il se trouve automatiquement légitimé à faire ce que bon lui semble, même dans le plus strict cadre de ses compétences.
Cette habilitation suppose là aussi deux processus :

- un processus de **délégation**
- un processus de **substitution**

Constitutifs ensemble de **l'organigramme des responsabilités** sans lequel aucun collectif ne peut durablement exister comme tel, ils donnent ensemble un cadre à l'activité de chacun, l'un venant réguler la fonction de chacun dans le groupe, l'autre sa place dans celui-ci.

CONTRIBUTION			
Politique des compétences (Organigramme fonctionnel)		**Politique d'habilitation** (Organigramme des responsabilités)	
		Délégation	**Substitution**

a) La Délégation

Le processus de **Délégation** se réalise dans l'attribution de **missions**, sans lesquelles aucun professionnel n'est habilité à travailler, missions qui, en même temps qu'elles attestent de l'utilité de ses compétences, donnent un cadre à l'usage qu'il peut en faire dans son poste, délimitant ainsi son **autonomie professionnelle**.

Cela signifie que si les compétences acquises rendent tout professionnel apte à offrir telle prestation ou à assumer tel ou tel poste, ce ne peuvent être à elles seules ces compétences qui vont déterminer la nature de son activité : c'est par délégation, et uniquement par délégation, qu'est déterminée la nature de la contribution de chacun, quand bien même ses compétences lui permettraient d'assumer, souvent même mieux que celui qui les délègue, ses missions. C'est ce qui est parfois désigné comme « le rôle propre » et qui tient à la manière dont l'on va professionnellement mener à bien la nature de la tâche qui nous est confiée (et non pas la décision de la tâche elle-même).

Quant à la responsabilité propre du professionnel, elle réside dans le choix des modalités pratiques selon lesquelles il met en œuvre la délégation qui lui est faite, modalités qui tiennent à ses compétences.

Enfin, le principe de délégation suppose que soit déterminé qui peut déléguer quoi et à qui, chacun pouvant être à la fois délégataire et délégué, mais de responsabilités différentes.

b) La substitution

Si la délégation vient prémunir le professionnel contre un exercice illégal, il existe un autre risque, inhérent celui-ci au principe de participation, c'est-à-dire de la répartition des tâches entre membres d'un même collectif : celui d'une indifférenciation des places et des pouvoirs. Car si nul n'est irremplaçable, personne ne peut être remplacé par tout un chacun.

Il existe ainsi dans tout collectif de travail des règles de *substitution* précises (quoique souvent non formulées) qui déterminent qui peut vous remplacer et qui vous pouvez remplacer. La place d'un professionnel dans un organigramme s'évalue ainsi entre autres choses par le nombre et la qualité de ceux qui sont habilités à vous remplacer en cas d'absence ; car, normalement, ce qui est délégué

étant une (ou plusieurs responsabilités), une fois cette délégation effectuée, le délégateur ne peut plus intervenir sur la compétence qu'il a déléguée sauf reprise, toujours possible, de la délégation.
Au plan juridique, ce principe de substitution va se concrétiser par des textes prémunissant certaines professions du risque de se voir exercées par tout un chacun, textes qui, en définissant un exercice illégal, viennent donc la légitimer en protégeant la forme professionnelle qui est la leur.
Ne sont habilités à pratiquer certains actes, -et cela même si d'autres en ont la compétence- et ne sont donc habilités à vous remplacer, que ceux qui sont exclusivement détenteurs des mêmes titres que vous ou, à défaut, que ceux qui à titre exceptionnel, en raison de circonstances définies à l'avance et selon des règles extrêmement précises spécifiées par des textes réglementaires, peuvent être « faisant fonction ».

CONTRIBUTION			
Politique des compétences Organigramme fonctionnel		**Politique d'habilitation** Organigramme des responsabilités	
Partition *Se réalise dans du <u>poste de travail</u>*	**Participation** *Se réalise dans du <u>collectif de travail</u>*	**Délégation** *Se réalise dans de la <u>mission</u> qui détermine l'espace de responsabilité propre de chacun*	**Substitution** *Se réalise dans de la <u>fonction</u> qui détermine de la place de chacun dans la hiérarchie interne au collectif d'appartenance*

1.3.2. La rétribution

<u>Rétribution</u> : ce qui l'on gagne par son travail, ce qui est donné en échange d'un service (Le Petit Robert).

La professionnalité se définit également par la rétribution dont toute contribution doit faire l'objet. Or, comme les bénéfices (ou équivalents) réalisés par une entreprise ne sont pas infinis, leur distribution entre les différent professionnels exige que soient établis des critères de répartition. Ceux-ci, quels qu'ils soient, obéissent nécessairement à trois principes : d'abord qu'il y ait une valeur à donner au prix à payer pour contribuer ; ensuite qu'il y ait une hiérarchisation dans la rétribution, c'est-à-dire que toutes les valeurs ne s'équivalent pas ; et qu'enfin le rapport de l'un à l'autre définisse cette fois-ci non plus des politiques, mais des économies, c'est-à-dire le rapport entre le coût et le bénéfice, le prix de revient et les gains acquis en retour.

Il ne suffit donc pas d'être habilité à contribuer, encore faut-il que cette contribution obéisse à certains critères qui permettent d'en analyser non plus l'utilité mais la **valeur**[1]. Et il serait très réducteur de croire que cette valeur ne se calcule qu'en termes pécuniaires de montant des salaires, C. Dejours (2005) allant même jusqu'à considérer cette dernière comme secondaire par rapport à ce qu'il dénomme la « reconnaissance ».

C'est donc toute la complexité de cette économie de la rétribution que nous allons maintenant examiner.

A son principe se trouvent deux économies différenciables : une **Economie de l'effort** consistant en une logique de répartition des bénéfices selon les efforts fournis, et une **Economie de vigilance**, répondant à une logique d'évaluation œuvrant comme système de contrôle de la première ; de même qu'une politique d'habilitation visait à prévenir de toutes formes d'abus de pouvoir dans l'exercice des compétences, cette vigilance vise ici à prévenir toute forme d'abus lié au droit à rétribution. La première renvoie à l'intérêt de votre prestation, la seconde à sa qualité.

RETRIBUTION	
Economie de l'effort (Distribution)	**Economie de vigilance** (Evaluation)

1.3.2.1. L'économie de l'effort

Elle a pour objet la reconnaissance et la valorisation du coût de toute contribution selon le principe général que tout effort mérite récompense. Deux principes essentiels président à cette hiérarchisation des contributions :

- le **prestige**, qui détermine le mérite attaché aux compétences acquises et à la forme de prestation qu'elle permet de mettre au service du collectif. Il s'agit de la valeur attachée à la profession. Elle se réalise dans de la **dispense**, dont le principe est que, plus votre contribution est valorisée, plus d'autres effectuent à votre place ce qui n'en ressortit pas exclusivement (avoir un secrétariat à disposition…) ou encore des avantages matériels qui représentent un gain de temps ou d'efficience (un logement de fonction, une place de parking réservée, un téléphone portable, du matériel plus perfectionné, etc.).

[1] Une certaine idéologie a pu penser que toutes les formes de contributions étaient équivalentes et méritaient une rétribution similaire. L'on sait maintenant qu'il s'agissait d'une utopie sociale et qu'un tel système est voué à l'échec car (paradoxalement) source de multiples injustices. Par contre, comme l'a montré F. Dubet, ce ne sont pas les inégalités qui sont causes de problèmes, mais le fait que certaines d'entre elles soient perçues comme justes et d'autres comme injustes, en fonction de critères souvent implicites, mais tout à fait cohérents et analysables ; voir F. Dubet (2006), *Injustices*, Seuil, Paris.

- le **Mérite**, qui valorise quant à lui l'investissement mis dans la contribution elle-même : il en va ici de la valorisation des efforts consentis dans le cadre de l'activité professionnelle. Il se réalise dans de la **promotion**, accès à des responsabilités plus élevées, plus prestigieuses et pouvant donner matière à un plus de rétribution ou encore à de la **prime**.

RETRIBUTION			
Economie de l'effort (Distribution des bénéfices selon une échelle des mérites)		**Economie de vigilance**	
Prestige (dispenses et avantages)	**Mérite** (promotions et primes)		

a) Le prestige

Il a pour objet la valorisation de **l'appartenance professionnelle**, appartenance qui donne lieu, d'une part à la protection des acquis attachés au métier, d'autre part à la recherche de nouveaux acquis[1]. Il existe ainsi une véritable échelle des professions dont les différents statuts, catégories, cadres (au sens de ce terme dans la fonction publique)…, représentent l'une des formes des expressions concrètes.

De façon générale, plus il faut disposer de compétences ou de capacités rares, ou bien plus il a fallu donner pour avoir accès au titre professionnel (en termes aussi bien d'années d'études, de difficulté d'accès à la formation en raison de la rareté des places, de la difficulté à acquérir le titre à l'issue de la formation…), plus la profession fait l'objet de prestige et donne théoriquement lieu à rétribution. Il s'agit de la reconnaissance d'une profession, reconnaissance qui se traduit non seulement par des avantages pécuniaires mais aussi des avantages matériels multiples liés à la valorisation collective qui en est faite. L'on voit ainsi certaines professions perdre de leur aura quand les normes comportementales qui sont les leurs se banalisent ou deviennent (au moins partiellement) accessibles à beaucoup (l'exemple de l'automédication qui déprécie l'ordonnance médicale), quand une forme de prestation (une manière de traiter d'un problème par exemple) perd de son attrait (certaines formes de soin connaissent une grande vogue puis se font plus discrètes) voire sont totalement dévaluées, ou quand le nombre d'années d'études exigé pour avoir accès au titre tend à devenir le lot commun.

[1] Presque toujours une revendication satisfaite devient un acquis qu'il faut ensuite défendre ; et toute mise en cause d'acquis prend sens d'une dévalorisation de la profession et des professionnels en cause.

b) Le Mérite

Si ce qui fait l'objet premier de la rétribution est la compétence acquise, la manière dont le professionnel va investir son emploi donne également matière à rétribution. Il s'agit ici des efforts personnels consentis à valoriser son affectation. Ca n'est que quand ces efforts sont collectifs (et reconnus) qu'ils peuvent prétendre donner droit à une valorisation de tout un corps professionnel.
Lorsque ces avantages ne sont pas d'ordre pécuniaire, ce peuvent être certaines affectations qui en font office, dans la mesure où elles sont collectivement attachées à plus de reconnaissance et donc de valeur. La promotion peut encore consister en la possibilité d'accéder, via une formation complémentaire, à un nouveau métier plus élevé dans la hiérarchie des compétences, par exemple, dans la fonction hospitalière, le passage possible d'aide soignant à infirmier, d'infirmier à cadre, au risque d'y d'échanger ses valeurs initiales contre d'autres valeurs dans lesquelles tous ne se retrouveront pas forcément puisque changeant de métier l'on a vu que l'on changeait inéluctablement de système de valeurs. Dans la fonction publique, l'appréciation et la notation annuelles en représentent la forme la plus commune. De même, quand durer dans son travail est un mérite en soi et/ou quand il est considéré que, plus l'on a travaillé plus l'on a accumulé d'expérience et plus l'on a de chance d'être compétent dans son poste, plus l'ancienneté est systématiquement « valorisée » et donne lieu à promotions régulières.

RETRIBUTION			
Economie de l'effort (Distribution des bénéfices en fonction de l'intérêt de la contribution)		**Economie de vigilance**	
Prestige *Echelle des statuts*	**Mérite** *Echelle des mérites individuels*		

1.3.2.2. L'économie de vigilance

La rétribution exige non seulement une contribution mais encore une attention particulière quant à ce que chacun peut retirer de sa contribution, c'est-à-dire aux risques d'abus ou de bénéfices indus auxquels elle pourrait donner lieu. Non seulement faut-il que la rétribution soit méritée par les efforts consentis pour contribuer, mais encore qu'elle fasse l'objet d'une évaluation quant à sa **qualité** ; car ça n'est pas parce que l'on est habilité à contribuer et que l'on a acquis droit à rétribution que l'on est autorisé à fournir n'importe quelle contribution. L'on peut avoir un besoin impérieux d'un boulanger et favoriser son installation par des primes, il n'empêche que son pain peut être de piètre qualité et inciter les clients à aller voir ailleurs.

Tout comme il pouvait y avoir une politique d'habilitation venant attester (ou non) de l'utilité pour le collectif des compétences acquises, ici une **économie de vigilance** va prêter une attention particulière aux mésusages toujours possibles qui peuvent être faits, ici non de la compétence en elle-même, mais de l'usage de cette compétence par le professionnel, c'est-à-dire des droits, prérogatives, bénéfices, pouvoirs… auxquels elle donne lieu.

Cette économie de vigilance définit un ensemble d'exigences internes à l'exercice même de la profession, comme autant de **critères d'appréciation de la qualité de la prestation offerte**. Elle a deux objets, selon qu'elle s'attache à définir :

- ce qui relève d'un ensemble d'**obligations**, définitoires d'écarts ou de manquements toujours possibles aux exigences propres à l'exercice d'une profession donnée ; ce que l'on désigne généralement par le terme de **déontologie** ;

- ce qui relève de critères internes d'appréciation ou d'**auto-évaluation** de la prestation, en termes de succès et d'échecs. C'est le champ de **l'éthique**, du savoir bien faire.

RETRIBUTION			
Economie de l'effort		**Economie de vigilance** (Critères d'appréciation de la qualité de la prestation fournie)	
		Obligations (Déontologie)	**Auto-évaluation** (Ethique)

a) Les obligations

Ces obligations tiennent à ce qu'une profession s'est donnée comme « règles de l'art », si bien que les efforts consentis par le professionnel doivent être en conformité avec l'ensemble de normes internes apprises. C'est ce qui l'on dénomme la ***déontologie*** qui, en soi, ne garantit en rien de la qualité d'une prestation, mais assure tout un chacun qu'elle a été effectuée en conformité avec certaines exigences tenant aux compétences acquises. Par exemple, dans le domaine médical, en relèvent les « bonnes pratiques », les « protocoles de soins », « l'obligation de moyens « , etc.
Ces critères se donnent particulièrement à voir quand, l'exercice professionnel ne les respectant pas, apparaît de l'écart ou de la ***faute professionnelle***, tous comportements passibles d'une sanction disciplinaire parce que non conformes aux normes d'exercice. Le principe d'obligations internes à une profession se réalise dans l'existence des tribunaux disciplinaires, des ordres comme celui des médecins ou des sages femmes.
Il en va donc ici du mésusage, ou de l'usage détourné, des prérogatives auquel la contribution donne lieu. Ici se profile la figure du « Ripou », de celui qui détourne sa fonction à son propre intérêt et au

détriment de la contribution au collectif qui en fonde l'existence. A l'inverse, il existe dans toute profession ou histoire d'une profession des personnes qui, même si elles ne sont pas nécessairement les plus compétentes, incarnent les valeurs de tout le corps.

b) L'auto-évaluation

Il ne suffit pas d'être en conformité avec les règles déontologiques de son corps professionnel pour satisfaire à l'économie de vigilance car encore faut-il que la prestation offerte satisfasse à des critères ressortissant non plus à la déontologie mais à ce que l'on désigne par la notion d'**éthique**. Celle-ci consiste pour le professionnel, non plus à se conformer à des règles ou obligations internes, mais à chercher à obtenir une certaine qualité de résultat.
Elle repose sur un ensemble de critères permettant d'analyser qualitativement une réalisation, en termes de succès et d'échec. Il s'agit là d'une mise en relation entre une action (ou ensemble d'actions) et ses conséquences, relation constitutive de critères internes à l'activité professionnelle elle-même, et permettant des réajustements permanents des actions et actes professionnels en fonction des effets obtenus. C'est cette mise en relation qui permet de repérer de l'erreur et de se corriger et donne lieu à ce que notamment P. Bourdieu (1972) s'est attaché à formaliser sous le terme de praxéologie : l'élaboration progressive, par tâtonnements et apprentissages successifs, du « savoir-faire ».
Quand une profession ou un professionnel ne se donne pas les moyens de cette évaluation, il en vient à s'auto-justifier sans cesse, faute de s'auto-évaluer.

L'évaluation dont il s'agit ici ne se confond pas avec l'évaluation des mérites, même si elle peut y contribuer, car un professionnel qui ne se mettrait jamais en question aurait peu de chance de satisfaire à des critères de mérite, sauf aveuglement toujours possible de ceux sensés les apprécier, et qui confondraient conformité et qualité, ou encore en cas de certaines formes de harcèlement qui nous étudierons plus loin. Un échec ne peut pas toujours être imputable au professionnel lui-même qui peut estimer à juste titre avoir fait ce qu'il avait à faire, et qu'il ne pouvait pas faire mieux eu égard aux circonstances ou à la situation auxquelles il était confronté ; mais encore faut-il pour en juger avoir établi ce rapport entre une activité et des effets, c'est-à-dire un changement escompté dans ce qui faisait l'objet de l'intervention professionnelle.

RETRIBUTION			
Economie de l'effort		**Economie de vigilance**	
Prestige (Auto-conservation) *Echelle des statuts*	**Mérite** (Promotion) *Echelle des mérites individuels*	**Obligations** (Déontologie) *De l'excellence et de la faute professionnelle*	**Auto-Evaluation** (Ethique) *Du succès et de l'échec* *De l'erreur*

1.4. Violences et harcèlements au travail

Dans le quotidien du travail ces huit processus constitutifs de la professionnalité sont totalement intriqués les uns aux autres : ils œuvrent ensemble à faire du travail salarié une situation sociale d'activité cohérente. C'est par contre lorsque l'un d'entre eux en vient à dysfonctionner que l'on peut alors pleinement prendre conscience de son importance, de par la désorganisation de l'activité et la souffrance que cela engendre chez les professionnels impliqués directement ou indirectement[1].

Chacun de ces processus constitutifs de l'activité professionnelle peut ainsi faire électivement l'objet d'atteintes ponctuelles ou répétitives, accidentelles ou intentionnelles.
Tout professionnel trouvera aisément dans son expérience personnelle matière à illustrations de ce que peuvent être des atteintes ponctuelles à chacun de ceux-ci. A chaque fois qu'est éprouvée une souffrance au travail autre que celles tenant la pénibilité propre à chaque métier, ou bien dépasse significativement son niveau habituel, l'on doit imaginer que le cadre professionnel a fait l'objet soit d'une négligence, soit d'une attaque volontaire ou accidentelle et qu'un au moins de ces paramètres a dysfonctionné. Personne n'est à l'abri de tels incidents, que ce soit comme « responsable» ou comme « victime ». L'important est qu'il existe des possibilités de les analyser et d'en prévenir la survenue afin qu'ils ne se reproduisent si possible jamais. Aussi problématiques et sources de souffrances qu'ils puissent être, ces moments restent du registre de l'accident ou du « dérapage » ponctuels.
Il existe également dans tout collectif de travail des moments de dérégulation, de crise, qui sont liés à des évolutions internes et/ou externes et qui, si le groupe ne parvient pas à y faire face, peuvent engendrer des problèmes chroniques aux conséquences plus graves.

[1] Les personnes qui travaillent avec, ou côtoient quotidiennement, une personne harcelée sont généralement elles-mêmes en souffrance.

Mais qu'en est-il lorsque ces paramètres font l'objet d'atteintes[1] systématiques et intentionnelles (que cette intention soit consciente ou non consciente de la part de leur auteur importe ici peu) ? L'on entre alors dans le registre de ce qui se désigne comme **harcèlement et que nous pouvons maintenant définir comme une forme d'atteinte à l'altérité par des attaques répétées d'une professionnel dans son activité, de la part d'une personne ou d'un groupe participant à la même activité, soit par négligences, soit par des comportements actifs, mettant en cause de façon systématique l'un au moins des paramètres de la professionnalité.**
Il s'agit d'une définition psycho-criminologique du harcèlement et nous laissons le soin au juriste de décider si elle est exactement superposable à la définition qu'en donnent les textes de loi français.

A la différence des violences ponctuelles, le propre des situations de harcèlement est que le harcelé fait l'objet d'atteintes réitérées et multiformes. Cette variété phénoménale tient à ce que harcèlement est un processus qui, stratégiquement, s'ajuste d'une part au contexte et aux opportunités qu'il offre ou interdit, d'autre part aux modes de défense que le harcelé oppose aux agressions. C'est la dimension proprement interactionnelle du processus et le harcelé voit ainsi systématiquement lui revenir comme un boomerang ses tentatives de résistance dans lesquelles le harceleur semble trouver matière à de nouvelles attaques.
Le fait est d'autant plus déstabilisant pour le harcelé qu'il en retire au bout d'un certain temps le sentiment confus que les positions en sont de façon incompréhensible inversées et qu'il est, lui, sinon le harceleur, du moins le problème. Il n'est d'ailleurs pas rare que l'entourage développe une conviction semblable et prenne ses défenses comme des comportements à l'origine du problème alors qu'elles n'en sont que la conséquence.
Il faut concevoir que cette variété dans les atteintes, qui représente la face manifeste du processus de harcèlement, a une fonction d'usure, au sens où la victime y épuise ses forces en vaines résistances contre ce qu'elle a cru comprendre être l'objectif de l'agresseur : là où elle peut encore trouver un semblant de logique et de sens à ce qu'elle subit, et organiser en réponse ses ripostes[2].
Mais cela signifie que la véritable cible du harcèlement est ailleurs, masquée derrière ces ajustements stratégiques et, qu'en deçà de cette variété d'atteintes, existe une cible qui ne peut se déduire qu'en creux, dans le dérobement constant d'un des processus de la professionnalité. Si dans tout harcèlement l'on peut voir la plupart, sinon tous les processus constitutifs de la professionnalité successivement faire l'objet d'attaques, seul l'un d'entre est électivement visé chez le harcelé parce que défaillant (ou délibérément suspendu) chez le harceleur.

[1] Le terme d'atteinte nous a semblé de loin préférable à celui d'attaques car il permet d'aborder en un même ensemble tous les comportements, décisions, attitudes…, actives comme passives, touchant directement dans son exercice, ou indirectement, dans ses conditions de travail, la personne salariée.
[2] C'est ce pourquoi l'on ne peut absolument pas se fier à l'analyse que peut encore faire un harcelé de la situation dans laquelle il se trouve pris : car elle ne fait que refléter que ce qui lui reste comme moyens d'intelligence et de défenses, là où il peut encore trouver un sens, auquel il se raccroche.

Il en ressort qu'il existe huit formes canoniques de harcèlement selon le processus de la professionnalité spécifiquement attaqué que nous allons maintenant nous attacher à définir et décrire succinctement.

1.4.1. Les atteintes à la Contribution

1.4.1.1. Les atteintes à la politique des compétences

Nous avons vu que la Politique des compétences avait pour objet de rendre tout un chacun à même de répondre aux exigences de l'emploi qui lui était alloué, en termes de compétences, expériences, capacités diverses…
Atteindre à celle-ci revient à créer une inadéquation plus ou moins totale entre les compétences du salarié et les impératifs de son emploi ou poste de travail.
Deux formes de harcèlement peuvent en être conçues selon qu'est spécifiquement visé le processus de Partition ou celui de Participation.

a) Les atteintes à la Partition : la disqualification

Les compétences acquises par un employé, quelque soit son statut hiérarchique, sont au fondement de son autonomie professionnelle, c'est-à-dire de sa responsabilité propre dans l'accomplissement des taches qui lui sont dévolues : modalités d'analyse de la tache, options stratégiques retenues, techniques, outils employés, etc., relèvent de son initiative et ce sera à lui d'en rendre compte, si nécessaire.
Les atteintes à ce principe de Partition vont donc électivement viser l'autonomie professionnelle, tout particulièrement ce qui relève des compétences singulières du professionnel à répondre aux exigences de son poste et aux missions qui lui sont dévolues, dans un processus que l'on peut désigner de **disqualification**, dans la mesure où les attributions de postes vont être disjointes des compétences *a priori* les plus à mêmes de satisfaire à leurs exigences, faisant ainsi fi des qualifications des uns et des autres. Le professionnel se trouvera alors placé devant le paradoxe d'être employé à ne pas faire ce pour quoi il a été formé et embauché, contraint d'occuper un poste dont d'autres seraient plus à même d'assumer les responsabilités et, inversement, dessaisi de l'emploi pour lequel sa formation était la plus appropriée.
Quand ce n'est pas directement le système d'affectation qui fait l'objet des atteintes, ce pourra être de mettre en cause les savoir-faire propres du salarié, ceux qui sont au fondement de sa compétence en tant que professionnel pour là aussi, suivant différents procédés, le disqualifier : par exemple exiger d'un salarié qu'il effectue son travail suivant des modalités professionnelles non conformes à celles définitoires de son métier, in fine **à se renier dans ce qui fait son identité professionnelle**, ses normes, idéaux, valeurs…

b) Les atteintes à la Participation : la ségrégation

C'est normalement toujours au titre de ses compétences spécifiques que tout salarié va être affecté à une place et intégrer un collectif de travail à la contribution sociale duquel il va participer. Ceci suppose que son intégration à ce collectif puisse se réaliser, ce qui suppose des ajustements de ses membres les uns vis-à-vis des autres, dans la mesure où il existe une solidarité organique entre ceux-ci.
En cas d'atteinte au principe de Participation, c'est cette intégration qui va faire l'objet d'attaques systématiques, dans un processus de harcèlement que l'on peut dénommer de **ségrégation** car ce qui va être visé c'est de rendre impossible, ou à tout le moins toujours problématique, cette intégration.
Cette ségrégation peut se donner comme motif explicite n'importe quel trait discriminatoire. Cependant il semble que leur déclinaison (Poilpot-Rocaboy, 2000) ne dise rien de ce processus d'exclusion en lui-même, sinon les rationalisations sociales par lesquels après-coup, il se justifie aux yeux des harceleurs, et parfois aux yeux des harcelés.
Il s'agit alors de développer, ou de susciter, des comportements isolant le harcelé du groupe au sein duquel il est censé collaborer, pouvant prendre la forme d'une mise en quarantaine, en le privant par exemple des éléments indispensables à la tenue de sa place, comme certaines informations, de rumeurs négatives, de comportements d'ignorance ostensibles… ; ou bien, pour rendre toujours précaire cette insertion dans le collectif, en brouillant les règles déterminant le rôle de chacun dans le collectif en les modifiant sans cesse sans aucune information préalable…

1.4.1.2. Les atteintes à la Politique d'habilitation

L'habilitation, avons-nous vu, consiste dans son principe en un ensemble de régulations de la politique des compétences, car si les compétences autorisent à occuper un emploi, encore faut-il que la forme de contribution auxquelles elles ouvrent ait une utilité effective et réponde à des besoins internes au collectif de travail dans lequel elle doit s'exercer.
Les atteintes à la Politique d'habilitation vont ainsi avoir pour cible non pas les compétences elles-mêmes, mais leur utilité pour le groupe de rattachement.

a) Les atteintes à la Délégation : la rétention

Loin de rejeter les normes qu'elles promeuvent ou d'en faire un usage détourné, les atteintes à la Délégation ne mettent pas en cause les compétences du salarié ; elles ne leur accordent tout simplement pas d'utilité, en même temps qu'aucun licenciement ou réaffectation ne vient mettre fin à son emploi. Toutes les conditions du salariat sont donc présentes excepté une, le travail, que ce soit sous la forme de missions ou de taches à effectuer, ou alors un travail dont l'inutilité pour l'entreprise est telle que son exécution paraîtra pire que le désœuvrement le plus total.
L'on reconnaît là le mécanisme de « placardisation » décrit en détail par D. Lhuiler (2002) mais on lui préférera le terme de **rétention** car dans la mise au placard n'est que le résultat le plus spectaculaire d'un processus plus global de délégation défaillant dans lequel des missions qui devraient être

accordées au salarié sont confisquées par un autre ; ce qui aboutit à un non usage, ou un usage fictif, des compétences du harcelé alors même que les besoins sont en paradoxalement présents.
Moins spectaculaire, mais bien plus courant, est le cas du responsable qui, ne pouvant assumer ses délégations, est dans un contrôle permanant de l'activité de ses subordonnés à qui, à la limite, il confisque leur tâche pour être mieux assuré qu'elle est effectivement réalisée.

b) Les atteintes à la Substitution ; l'indifférenciation

Les processus de substitution ayant pour objet les règles de remplacement des professionnels les uns par les autres dans le respect des textes protégeant chaque profession, les atteintes qui peuvent lui être spécifiquement portées vont s'en prendre aux limites de compétence des différents professionnels organiquement liés, engendrant une dilution des rôles ou des fonctions, chacun, à la limite, pouvant indifféremment tenir toutes les places.
Dans cette logique, le professionnel peut se voir attribuer, non un poste, mais des missions pour lesquelles il n'a pas nécessairement compétence mais qui surtout ne relèvent pas de son poste de travail. Dans ce cas, celui sensé être mandaté pour exercer ces missions ne les remplit pas, les laisse vacantes, ou bien est employé à qui ne lui avaient pas été initialement attribuées, ce qui contraint les autres membres de l'équipe à pallier ses manquements au risque d'un exercice hors misions, voire d'un exercice illégal d'une autre profession.

Ceci donne le tableau synthétique suivant de l'ensemble des atteintes à la CONTRIBUTION :

Atteintes à la CONTRIBUTION ou organisation du travail			
Atteintes à la Politique de compétences (non prise en compte des compétences)		**Atteintes à la Politique d'habilitation** (usage indu des compétences)	
Atteintes à la Partition : Arbitrarité des critères d'attribution des postes telle que l'autonomie professionnelle n'est plus respectée **Processus de DISQUALIFICATION**	**Atteintes à la Participation** Arbitrarité des critères définitoires de la place dans le collectif telle que ces critères n'ont plus de lien avec les compétences propres à chaque corps professionnel **Processus de SEGREGATION**	**Atteintes à la Délégation** Le professionnel est soit dessaisi de toute mission, soit est amené à effectuer des actes hors de ses compétences et se trouve en faute **Processus de RETENTION**	**Atteintes à la Substitution** Arbitrarité des places : tout le monde peut remplacer tout le monde, au prix d'une dilution des compétences puisque la place dans le collectif ne tient qu'aux aléas **Processus d'INDIFFERENCIATION**

1.4.2. Les atteintes à la Rétribution

1.4.2.1. Les atteintes à l'Economie de l'effort

S'en prendre à l'Economie de l'effort revient à déréguler le système de sanction de l'activité professionnelle, à rendre celui-ci arbitraire aux yeux de celui ou ceux qui sont visés par les atteintes. Ne pouvant plus s'en former une représentation cohérente (anticipatrice et préventive), le harcelé devient dépendant du harceleur pour ce qui concerne l'appréciation de la valeur de sa prestation.

a) Les atteintes au Prestige : le déclassement

Le harcèlement portera ici électivement sur le prestige accordé à la profession du salarié, c'est-à-dire concrètement, sur l'ensemble de ses dispenses et acquis, sur tout ce qui atteste de la valeur que l'on accorde à sa prestation. Il y a des actes qui valent plus que d'autres, non parce qu'ils sont plus utiles, mais parce qu'ils sont plus rares ou onéreux à obtenir, et qu'ils apportent plus de gains au collectif que d'autres.
Il s'agit d'un processus dont la logique obéit à celle d'un véritable **déclassement** puisqu'il vise à rabaisser, déprécier, les compétences du professionnel en leur retirant de la valeur de façon arbitraire et sans véritable justification : révision unilatéralement décidée à la baisse du contrat, surcroît de travail sans contrepartie, réduction du personnel sous responsabilité, dégradation des conditions d'exercice, atteintes aux avantages acquis…, en représentent autant de formes d'expression privilégiées.

b) Les atteintes au Mérite : la consommation

S'agissant ici de la reconnaissance à accorder à l'investissement que met le professionnel à occuper et faire vivre son poste, le harcèlement visera le mérite personnel, quelque soit le prestige de l'emploi.
C'est par une disjonction entre le mérite et sa reconnaissance que le harcèlement va alors jouer, de telle sorte que le lien entre les efforts consentis dans l'exercice professionnel et leur rétribution ne sera plus évident et reconnaissable. Le « travailler plus pour gagner plus » se transforme là en travailler toujours plus… pour une hypothétique reconnaissance, le fait d'occuper un emploi finissant parfois par constituer la reconnaissance elle-même.
L'on peut alors qualifier de **consommation** ce processus harcelant consistant à toujours surenchérir dans les objectifs à atteindre, dans les exigences imposées, sans que ne soit en même temps négociée la contrepartie à ce plus de travail demandé.

1.4.2.2. Les atteintes à l'Economie de Vigilance

a) Les atteintes aux obligations : la mise en faute

Ces atteintes vont électivement toucher aux règles professionnelles de telle façon que le salarié va être mis dans des situations où il n'aura d'autre choix que de commettre des fautes passibles de sanctions, c'est-à-dire être mis dans l'impossibilité de faire face à ses obligations professionnelles.
Ce n'est pourtant pas la recherche de sanctions qui constitue la visée de ces atteintes, même si elles peuvent y contribuer activement, mais le fait de mettre le professionnel en faute à ses propres yeux, ou plutôt au regard des exigences de sa profession, engendrant progressivement un sentiment d'indignité. ; ou encore il sera fait en sorte que pour répondre aux prestations qui lui sont demandées, il devra passer outre sa déontologie, et ce sont ses obligations professionnelles qui seront dépréciés, voire niées.

b) Les atteintes à l'Evaluation : la mise en échec

A la recherche de mise en faute fait ici pendant la recherche de mise en échec du professionnel puisqu'il s'agira d'atteindre à son système de valeurs professionnelles.
Les stratégies développées à son encontre auront pour enjeu, soit de faire en sorte qu'il effectue un travail de mauvaise qualité, soit en le dessaisissant de ses critères d'appréciation de la valeur de son travail. Dans le premier cas, tout sera fait pour que ses conditions matérielles de travail soient en inadéquation avec ses besoins, dans le second cas le rapport entre ses actes professionnels et le résultat obtenu sera brouillé : par exemple, les moyens mis à sa disposition seront plus ou moins totalement en inadéquation avec ses missions.

LES ATTTEINTES A LA RETRIBUTION			
Atteintes à l'économie de l'effort : Atteintes au système de sanction		**Atteintes à l'économie de vigilance** Atteintes au système d'évaluation de la qualité des contributions	
Atteintes à la conservation Disjonction du rapport entre les compétences et la rétribution **Processus de DECLASSEMENT**	**Atteintes à la promotion** Disjonction du rapport entre les efforts consentis pour contribuer et la rétribution **Processus de CONSOMMATION**	**Atteintes à l'obligation** Mise en contradiction de la contribution avec les règles déontologiques de la profession **Processus de MISE EN FAUTE**	**Atteintes à l'évaluation** Mise en contradiction de la contribution avec l'éthique, avec ce qui est considéré comme le bien-faire. **Processus de MISE EN ECHEC**

Conclusion

De tels schémas ne prétendent pas appréhender toute la complexité des phénomènes de harcèlement professionnel.

Ils présentent cependant l'intérêt d'en proposer une approche non empirique et non normalisante à partir de laquelle une lecture clinique devient possible.

Dans tous les cas ils rendent possible la formulation d'hypothèses quant aux processus de la professionnalité mis en échec ouvrant à de possibles stratégies préventives et d'accompagnement aussi bien individuelles que collectives.

Avec les sujets victimes de violences et harcèlements au travail, ils ouvrent à une lecture et à une intelligibilité des atteintes donnant sens à leur confusion et à leurs souffrances qui les aident à s'en dégager et à trouver des stratégies de défense mieux adaptées aux atteintes dont ils font l'objet.

Il reste à illustrer chacun de ces modes de harcèlement.

PARTIE D

-Chapitre 2-

LE CHAMP DE LA CONJUGALITE VIOLENTE

Introduction

Nous aurions souhaité pouvoir consacrer une étude similaire, sur les mêmes bases méthodologiques, à la problématique des violences conjugales, dont nous avons vu qu'elle occupait une part importante de l'activité de la consultation.

L'ampleur d'un tel travail nous en a temporairement dissuadés ; nous voudrions cependant, au titre de préambule à cette future recherche, succinctement décrire deux outils que la guidance psycho-victimologique des victimes de telles violences nous ont amené à développer.

Il s'agit :

- du cycle des violences intraconjugales et de l'usage qui peut en être fait comme outil projectif de travail sur les processus de répétition à l'œuvre dans de telles configurations de couple ;
- d'un schéma de la conjugalité, très proche dans son principe de celui traitant de la professionnalité, quoique pour l'instant beaucoup moins approfondi dans ses différents axes constitutifs.

Les voici donc succinctement présentés au titre d'esquisses pour des développements futurs.

2.1. Le cycle des violences intraconjugales

Le cycle des violences familiales a été dégagé dès les premiers travaux cliniques sur les violences sexistes, dans lesquels il a été essentiellement conçu comme un mode d'explication de la répétition de la violence[1].

C'est un usage quelque peu détourné que nous en proposons ici en tant qu'il peut tenir la fonction de véritable matériel projectif, dans une perspective de guidance. Son intérêt est alors de proposer au sujet victimé une première représentation possible du développement de phénomènes de violence dans le couple, et de leur répétition. Cela consiste, par cette figuration graphique soumise au sujet, à lui proposer un schème compréhensif des interrelations de couple, en termes de

[1] On en doit la description à la psychologue Leonore Walker qui, en 1979, dans un ouvrage de référence, *The battereded Woman*, l'a dégagé à partir de son analyse du témoignage de 120 femmes battues. Ce cycle expliquait pour elle le développement du « syndrome de la femme battue » (D. G. Dutton, 1996).

succession non aléatoire des comportements de chacun. Il s'agit donc dans la logique du TPV, de travailler à différencier la responsabilité propre de chacun dans la survenue et la reproduction des violences. L'objectif n'est certainement pas de mettre les deux membres du couple à égalité de responsabilité, du moins au plan juridique, mais d'aider le victimé à différencier ce qui revient à l'un et à l'autre, alors qu'il en supporte généralement la totalité. Ce la revient en d'autres termes à concevoir le cycle des violences conjugales comme un outil proposé au sujet pour travailler principalement la de l'imputation, à savoir : qui a voulu et fait quoi ?

La procédure

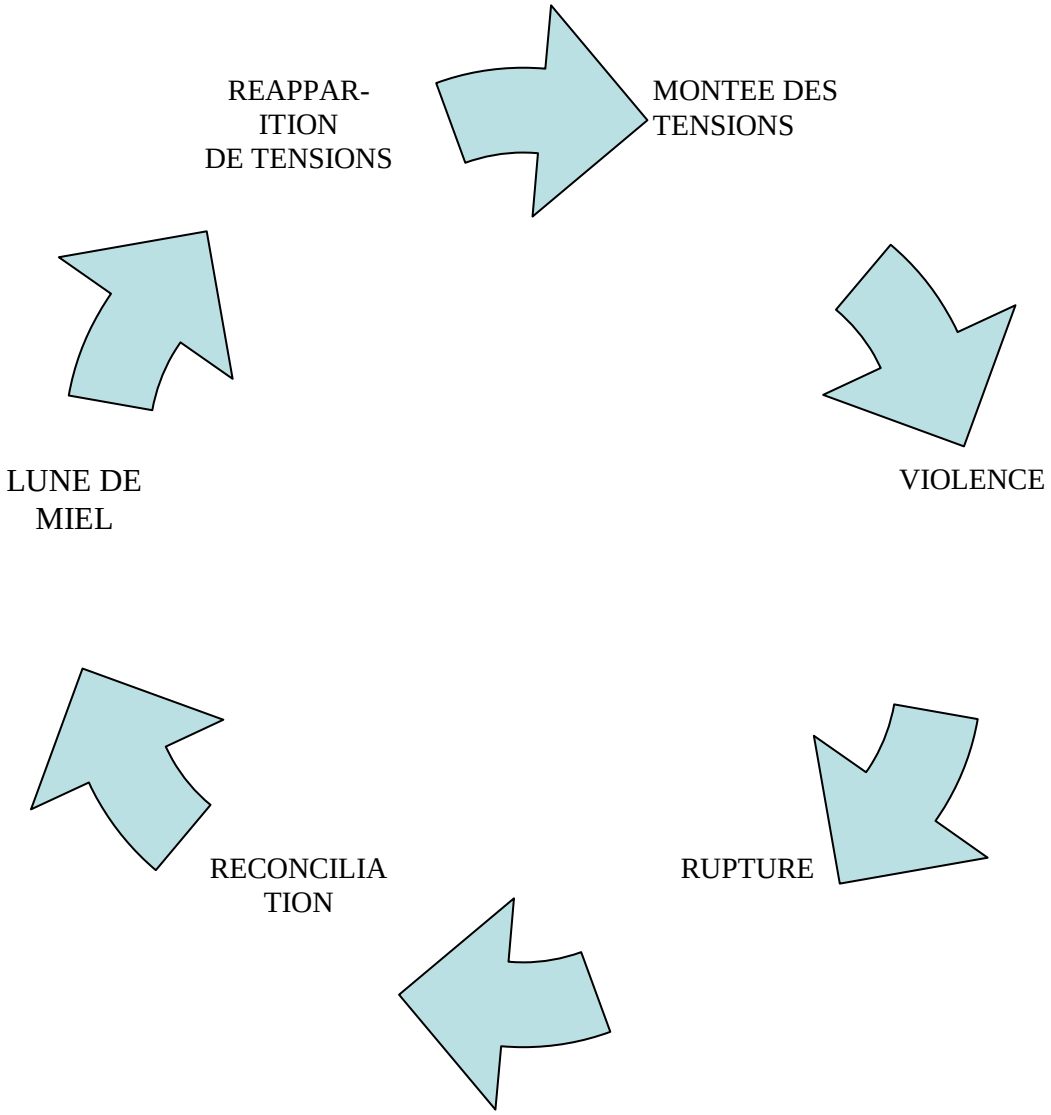
Elle consiste de la part du praticien à dessiner un cercle sur une feuille de papier, à écrire en un endroit du cercle le mot « violence » et à demander au sujet, à l'aide d'exemples de séquences relationnelles simples, ce qui généralement se passe avant et ce qui se passe après ; à partir des propos du sujet, l'on reconstitue ainsi progressivement un cercle allant de la violence à la violence en passant par différentes étapes. L'on peut également proposer d'autres repères écrits (« réconciliation », « apparition de tensions », « lune de miel »…) avec la même consigne d'illustrer chacun des points.
L'objectif est de constituer un cycle aussi complet et détaillé que possible.
L'on peut en faire usage à plusieurs reprises, si des éléments nouveaux permettent d'en compléter et ou d'en affiner la construction.

Cette procédure est sous-tendue par une consigne implicite que l'on pourrait énoncer comme une série de questions : Comment faites-vous avec un problème relationnel et sa répétition ? Comment faites-vous avec la violence ? Comment faites-vous avec le fait qu'elle se répète ?
Des conditions transférentielles/contre-transférentielles sont nécessaires à sa proposition, en particulier l'intuition chez le victimé d'une répétition que l'on peut saisir dans certaines remarques comme « cette fois, c'est définitif », « à chaque fois je me fais avoir et je reviens »…

<u>En résumé</u>, la proposition d'un travail sur l'idée de violence obéissant à une logique de cycle relationnel :
- consiste en des échanges sollicités à propos d'un graphe à constituer ;
- se donne comme une offre de première représentation des séquences relationnelles conduisant à la violence et à sa répétition ;
- vise à différencier la place et le rôle de chacun dans ces séquences ;
- interroge les modes de régulations internes au victimé.

Voici, à titre d'exemple, un graphe de cycle pouvant être proposé au sujet :

EPREUVE DE REPRESENTATION GRAPHIQUE DES CYCLES RELATIONNELS CONJUGAUX



2.2. Les dimensions critiques du conjugal

De la même manière que l'analyse des processus constitutifs de la professionnalité nous ont permis de concevoir une typologie des formes de harcèlement au travail, il s'agit ici de penser un modèle de la conjugalité donnant accès, non pas tant aux formes de violences qui peuvent s'y développer, qu'aux enjeux de pouvoir qui s'y jouent et qui, faute de parvenir à se réguler autrement, peuvent conduire itérativement à des comportements violents.

Une telle modélisation a pour objectif de permettre au praticien d'orienter son analyse et ses questionnements (et de lui apporter des éléments de réponses à des questions telles que : quels sont les principaux enjeux de pouvoir dans le couple et comment se gèrent-ils ? Comment ont-ils évolué dans le temps ?..., dans l'objectif d'explorer avec le sujet ces différentes dimension de la relation conjugale, de lui soumettre des hypothèses quant à ce qui fait centralement problème dans le couple et, en cas de violences itératives, ne peut se solutionner que par la prise de pouvoir unilatérale d'un des partenaires, aux dépends de l'autre.
Il s'agit au fond de travailler à analyser ce qui serait l'enjeu central et implicite d'une répétition donnant lieu de ce fait à du cycle, à un retour au même, à savoir l'issue violente.

Voici une première proposition de modèle de la conjugalité en termes de processus normatifs constitutifs de la conjugalité.
L'on y retrouve les principaux modèles familiaux développés par les praticiens de la thérapie familiale et de couple (J.-C. Benoit et J.-A Malarewicz, 1988) redéfinis et distribués en quatre enjeux, en termes d'organisation et d'économie d'une part, de hiérarchie des places et des valeurs, d'autre part.

UN MODELE NORMATIF DE LA CONJUGALITE

	Constitution d'un collectif (que fait-on ensemble)	**Complémentarisation des rôles** (qui fait quoi)
LE SYSTEME CONJUGAL	Création d'un être-ensemble, d'une communauté, ce qui suppose deux processus contradictoires : - de différenciation : qu'est-ce qui fait la différence entre conjoints : qu'est-ce que l'on reconnaît de l'autre que l'on n'est pas soi-même. Il n'en va ici pas que de la différence sexuelle mais aussi du caractère, de la filiation, de la culture, des réseaux amicaux et familiaux, des héritages… - d'unification : création de frontières : que met-on et ne met-on pas en communauté ; que partage-t-on et garde-t-on pour soi (ou pour un autre)	Son objet est de rendre le couple efficient vis-à-vis des buts qu'il se donne. Elle se réalise dans la répartition des tâches, rôles, postes… entre les conjoints. Il s'agit de la délimitation des multiples zones impliquées par ce que se donne le couple comme projet commun et de leur distribution entre conjoints. Elle se fonde sur les compétences et intérêts de chacun. Postes et sous postes : loisirs, vacances, décoration, bricolage habillement, lessive, cuisine, entretien, repassage, éducation des enfants… Elle suppose deux processus contradictoires : - la délégation : responsabilités assumées par chacun - la substitution : pouvoir se mettre à la place de celui à qui l'on délègue, le remplacer au besoin
	Répartition des moyens (quoi nécessite quoi)	**Normes, usages, habitus, mœurs** (comment faire quoi)
L'ECONOMIE CONJUGALE	Elle consiste en la constitution d'un budget, ce qui suppose une hiérarchisation des postes et des « mérites » de chacun. Cela suppose : - la définition de priorités ; importance relative à accorder à tel ou tel domaine de la vie conjugale, à tel ou tel poste ; une répartition des biens communs en fonction des priorités définies… - la création de plus-value : faire mieux avec ce qu'on a	Il s'agit ici des comportements considérés comme bons et mauvais au sein du couple : rites, usages, style conjugal propre, modes d'être communs… Cela suppose : -des règles de bonne conduite définitoire de fautes (fautes de goût, fautes de conduite, transgressions, interdits) auxquels se référer - d'ajuster ses comportements en fonction des effets obtenus ; se corriger, s'ajuster…

Ces processus normatifs constitutifs du système conjugal et de l'économie conjugale se trouvent à l'œuvre dans tous les domaines existentiels de la vie du couple : loisirs, investissement de l'espace, relations familiales, amicales, projets d'avenir... Certains s'avèrent cependant plus sensibles et révélateurs que d'autres et peuvent cristalliser les rapports de pouvoir : l'argent (B. prieur et S. Guillou, 2007) et surtout les enfants (I. Coté et *al.*, 2005 ; J.-P. Vouche, 2009), dont l'on perçoit mieux depuis peu à quel point ils peuvent être l'enjeu de luttes destructrices.
Il faut de ce point de vue imaginer l'analogon au niveau de la conjugalité des différentes modalités de harcèlement dont nous avons pu dégager les principes à partir du modèle de la professionnalité.

Conclusion

Nous en resterons là quant au dégagement d'axes de réflexion et de recherche pour de futurs développements en psycho-victimologie, espérant avoir pu montrer à l'aide de ces deux exemples, inégalement travaillés, le caractère potentiellement heuristique de la démarche développée, notamment dans une perspective de guidance auprès de sujets victimés.

CONCLUSION

GENERALE

Pour une psycho-victimologie heuristique

Du trauma à l'après-trauma, de l'après trauma à l'épreuve de réalité, de celle-ci au travail psychique de victime et de ce dernier à l'accompagnement psycho-victimologique, ainsi peut-on résumer le parcours qui a été le nôtre. Celui-ci s'est justifié de ce que le concept de trauma ou de traumatisme est apparu, à mesure que nous en retracions l'histoire, comme surdéterminé dans la multiplicité des usages et des acceptions dont il avait fait l'objet, de sa naissance à aujourd'hui.
Cette polysémie, de ce qu'il vaut alors mieux désigner du terme générique de « traumatique », nous a conduit à le diffracter en plusieurs enjeux irréductibles les uns aux autres ; car leur confusion semblait à l'analyse responsable d'un ensemble de vraies querelles mais de faux problèmes, au sens où les auteurs, sous le même terme de trauma, ne traitaient en fait ni des mêmes questions, ni des mêmes objets.

Il nous a ainsi fallu distinguer ce qui relevait d'une dimension anthropologique, -que nous avons dénommé la ***victimité***-, dans une double dimension compréhensive et d'analyse : d'une part celle du rapport de l'homme au malheur ou à « l'intolérable » (pour reprendre le vocable par lequel le désignent D. Fassin et P. Bourdelais, 2005), d'autre part les multiples reconfigurations qu'a connu celui-ci depuis la fin du 18ième siècle.
Nous avons en outre pu voir que ces configurations successives se réalisaient non seulement dans les formes socialement dominantes à travers lesquelles cette victimité advenait et était reconnue comme telle (la catastrophe, l'accident de travail, beaucoup plus récemment les agressions sexuelle, les violences intraconjugales, le harcèlement, les génocides…), mais aussi dans les modes d'explication (sanction divine, théodicée, risque…) et les politiques collectivement valorisées et développées en réponse (juridiques, sociales, médicales, psychologiques…).
Au-delà du dommage moral, la victimité contemporaine, s'est essentiellement conçue comme **dommage psychique**. En cela, elle est apparue non seulement comme une condition socialement rendue possible par un ensemble de transformations profondes dans l'ordre de l'espace socio-moral et socio-psychologique, mais aussi comme une dimension devenue constitutive de la subjectivité

contemporaine : une modalité de rendre compte de soi à soi et à autrui, un mode de relation général particulier à l'aléa, ou à l'accident.

Parallèlement à cette dimension anthropologique, le traumatisme s'est formé comme un concept se voulant explicatif de l'impact de certains événements sur ce que l'on peut désigner du qualificatif générique de ***santé*** des sujets exposés à ceux-ci[1]. Nous avons retracé l'histoire savante des conceptualisations qui en ont été synchroniquement et successivement été proposées à partir des modèles scientifiques à disposition. Le terme même de traumatisme est témoin de ce que le premier modèle à avoir conçu une théorie de cet impact a été la chirurgie. Disciplines, modèles, paradigmes, dans leur diversité, ont ainsi formalisé autant de traumatismes qu'il en était formellement élaborables à partir de leurs postulats et de leurs constructions conceptuelles disciplinaires propres. La névrose traumatique est ainsi née de la rencontre de la question de l'impact « traumatique » des accidents de travail avec la neurologie et le modèle réflexe.
En parallèle à cette histoire savante de la notion de traumatisme, s'est imposée celle des pratiques dont il a fait l'objet, pratiques professionnelles et institutionnelles à visée préventive et de prise en charge. Celles-ci ont été longtemps au moins autant juridiques que véritablement médicales, à l'exemple de l'expertise qui en a constitué la première forme stable, entre questions de diagnostic médical et d'imputabilité juridique. Enfin, une approche médico-thérapeutique a progressivement émergé, dont nous avons suivi le fil jusqu'aux inventions contemporaines de la victimologie clinique et de la psychotraumatologie.

Notre préoccupation relevait pour l'essentiel du domaine de la praxéologie, puisqu'il s'agissait de tenter de théoriser une pratique développée dans le cadre d'une consultation hospitalière spécialisée à destination de sujets victimes et psychotraumatisés ; pratique psychologique qui s'était imposée sur de nombreux aspects comme spécifique, en réponse aux impasses psychiques dont faisaient montre ces patients consécutivement à la traversée d'événements ou d'expériences existentielles extrêmes.
Si bien que nous avons été amené à exclure de notre champ d'étude un certain nombre de ces axes de réflexion pour nous centrer sur l' « après-trauma », ou encore son après-coup, dans une acception cependant sensiblement différente de celle que lui avait accordée la psychanalyse : l'après-coup dont il s'est agi d'appréhender pour nous les formes ne renvoie pas à un trauma infantile ou à un effet de structure, mais se présente comme les modes d'aliénation, ou de distorsion particuliers de sa présence (ou être-au-monde) dans lesquels l'événement laisse le sujet.
Dans le prolongement des travaux de S. Freud sur la névrose traumatique et la pulsion de mort, nous avons cru pouvoir dégager, sous la notion nouvelle de **tentation létale**, sans doute la première et plus fondamentale des dimensions existentielles constitutives de cet après-trauma.

[1] Il est probable que la notion de traumatisme est née du déplacement, et de leur appropriation par le médical et le juridique, d'un ensemble de questions qui relevaient alors pour l'essentiel de la théologie. Le 19ième siècle a été en effet riche en déplacements de ce type, une question jusqu'alors du domaine privilégié, sinon exclusif, de telle discipline se voyant confiée à une autre. L'exemple même en est celui des perversions et de leur passage du domaine du droit à celui de la médecine (G. Lanteri-Laura, 1979).

Ceci nous a conduit à concevoir ce dernier comme l'ensemble des modalités de résistance développées par le sujet contre celle-ci : modes de résistances consistant en différentes formes cliniquement observables de tentatives d'élaboration après-coup de l'événement et de la présence du sujet à celui-ci. Nous aurions pu qualifier cette clinique de « clinique du pourquoi », rejoignant en cela la dimension de non sens impliquée par l'expérience traumatique selon L. Crocq.
L'idée centrale s'est dégagée que ces sujets se trouvaient littéralement contraints à un travail psychique singulier par l'épreuve de réalité que représentait pour eux l'irruption d'un événement et/ou d'un contexte hors toutes références individuelles et collectives ordinaires.
Ce sont les modalités d'élaboration des positions d'auteur et de victime, en termes de responsabilité et de culpabilité portant sur des questions de normes et de valeurs tant subjectives que collectives (notamment socio-juridiques), qui nous ont fait accéder à une première approximation des enjeux en cause dans cette reconstruction, et à concevoir ce travail comme **Travail psychique de victime.**

Dans cette reconsidération de la clinique victimale et psychotraumatique à partir de son accompagnement, *id est* du dispositif et des formes de présence et de guidance psycho-victimologique qu'il nécessite, **le dégagement de quatre dilemmes essentiels sous-tendant ce travail psychique particulier nous est apparu comme un moment d'élaboration clé**. Ces dilemmes resituent l'après-coup de l'événement comme une expérience anthropologique singulière se déployant suivant quatre grandes problématiques : l'aléa, la perte, l'irreprésentable, la peine, à l'origine de quatre grandes problématiques victimales.
Eclairé par ces dilemmes, nous les avons conçues comme des **positions victimales** de récupération ou des **syndromes victimaux** fixés**,** ressortissant alors non pas à des signes ou manifestations d'une pathologie que l'on dirait traumatique ou psychotraumatique mais, comme le soutenait L. Binswanger de la présomption, de la distorsion et du maniérisme (2002), comme de la manie de la mélancolie (1987) ou encore de la schizophrénie (l998), à des « formes manquées de la présence humaine ». Ces positions et syndromes représentent autant de modalités à la fois d'égarement et de raccrochage de sa présence au monde : des modes de « surmontement » partiellement échoués, de **l'épreuve de réalité** que lui impose l'événement, parce que réduisant ses possibilités de déploiement[1].
Cependant, si l'expérience victimale en tant qu'épreuve de réalité singulière emprunte les mêmes dimensions anthropologiques communes et se réalise en une spatialité, temporalité, corporéité…, comme toute autre forme manquée de présence, il reste à en décrire les modalités spécifiques.

Ce que nous avons dénommé psycho-victimologie représente l'ensemble de ce corpus théorique et clinique et se développe en deux grands axes complémentaires :

- comme modèle d'analyse de ces modes de présence partiellement échouées que constituent les positions victimales et syndromes victimaux tels que les enjeux du travail psychique de victime permettent de les formaliser et de les ordonner en une typologie raisonnée ;

[1] Voir *Sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie*, In L. Binswanger (1970), *Discours, parcours et Freud*, NRF, Paris, p. 51-84.

- comme ensemble de propositions d'accompagnement du travail psychique impliqué par cette épreuve de réalité, dans une double référence constate à la subjectivité d'un part, aux modes de restauration sociaux et juridiques à disposition d'autre part : **la guidance psycho-victimologique.**

La psycho-victimologie y trouve sa justification et sa raison, et nous espérons avoir montré son caractère sinon heuristique, du moins porteur d'un enrichissement possible de la victimologie clinique et de la psychotraumatologie, à partir des constructions théoriques et cliniques auxquelles elle ouvre et qu'elle permet d'élaborer.

Le paradigme nouveau des conceptions contemporaines du traumatique

Nous avons fait usage à de nombreuses reprises, et sans doute exagérément, du concept de paradigme, mais il nous faut pourtant, à la conclusion de ce travail, y avoir une dernière fois recours. C'est à G. Lanteri-Laura que nous nous référons encore en lui empruntant la définition :

> … ce terme de paradigme pourra nous servir utilement pour désigner une conception assez globale qui, pendant toute la durée d'une certaine période, servira à réguler tout un ensemble de connaissances théoriques et pratiques alors en usage, non pas comme une théorisation dont elles se déduiraient, mais comme la délimitation et l'organisation d'un certain domaine où des *possibles* pourraient aussi bien se compléter que s'opposer […] Nous pouvons concevoir le rôle du paradigme en psychiatrie comme ce qui unifie pendant une période plus ou moins longue une série de représentations théoriques et pratiques qui s'accommodent les unes les autres ou, au contraire s'excluent, tant que ce paradigme fonctionne effectivement... [1]

Le passage d'un paradigme à un autre n'obéit pas à une logique de rupture mais d'épuisement des « services » qu'il rend : quand l'ensemble des représentations cohérentes qu'il offre et qui régule la discipline dans laquelle il se déploie, perdent leur évidence et n'assurent plus la légitimité des théories et des pratiques. C'est donc lorsqu'il devient obsolète, et non pas erroné ou scientifiquement réfuté, qu'il laisse place, après une crise plus ou moins longue, à un autre.
Si la lecture critique proposée par Lanteri-Laura des modèles qui se sont succédé en psychiatrie le conduit en outre à dégager trois grands paradigmes successifs, cela s'avère aujourd'hui insuffisant selon ses propres termes. Rappelons-les :

- le paradigme de l'aliénation mentale incarné par P. Pinel pour qui la folie est une, même si elle peut prendre une variété de formes ;
- le paradigme des maladies mentales, irréductibles les unes aux autres ;
- le paradigme des grandes structures psychopathologiques.

Car l'auteur relève que nous sommes d'ores et déjà entrés dans un quatrième paradigme, celui des grandes structures étant progressivement devenu obsolète à partir de la fin des années 1970.
Ainsi, l'on peut voir dans les questionnements autour de ces configurations cliniques nouvelles dites « cas limites » ou « états limites », les premiers signes de cette crise en psychanalyse et en

[1] G. Lanteri-Laura (1998) : *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Editions du temps, p. 42.

psychopathologie. En effet, une abondante et riche réflexion s'est interrogée sur la nature de ce qui faisait au fond, à travers elles, limite : limites des concepts de névrose et de psychose, limites de la cure psychanalytique traditionnelle, voire de la cure dans ses principes mêmes, limites de discours et de pratiques plus psychologiques que véritablement analytiques, en réponse aux intimations postmodernes faite au sujet. Et de leur recensement, l'on peut tirer une hypothèse qui semble ne jamais avoir été soulevée, **celle de la limite de la structure en tant que paradigme**[1].

Or notre historique du « traumatique », à travers les multiples conceptions du traumatisme que l'on a pu voir s'y succéder, s'est avéré être un révélateur particulièrement éclairant des modèles et paradigmes en psychiatrie et en psychopathologie. Ainsi la réflexion sur le traumatisme a toujours été au centre d'un débat dont les termes dans lesquels il se posait se sont certes transformés, mais autour d'une question qui est restée elle fondamentalement la même : **celle de l'étiopathogénie prise entre deux pôles extrêmes, celui de l'endogène et celui de l'exogène, celui des rôles respectifs des facteurs internes et externes dans les « désordres mentaux »**.

Chacun des grands modèles qu'a pu connaître la psychopathologie a eu d'une façon ou d'une autre à répondre de cette dualité explicative et en a traité selon ce que ses modalités propres permettaient d'en dire et d'en élaborer. Facteurs endogènes et exogènes, quelque soient les modélisations qui en aient été proposées, se sont ainsi diversement combinés et ont joué des rôles plus ou moins déterminants, en proportion presque exactement inverse. Que ce soit la théorie de la dégénérescence, celle des constitutions ou encore celle des structures, quoique dans des termes très différents, ont été traversées par ces deux épistémès : déterminisme d'un côté, accident ou hasard de l'autre. L'on a vu qu'il en était ainsi de la dégénérescence qui a produit d'un côté Morel et de l'autre Magnan, le premier en faisant un processus réversible, l'autre une prédétermination qu'il était totalement vain de tenter d'infléchir. Cette même dualité se retrouve au sein de la théorie des constitutions où Kretschmer tient une position proche de celle de Morel, et Dupré de celle de Magnan (G. Lantéri-Laura, 1991). Quant à psychanalyse, bien qu'elle ait mis avant des facteurs propres à l'histoire singulière de chacun, elle continue malgré tout de faire jouer un rôle important à la constitution, dans la mesure où le pouvoir traumatique de l'événement ne l'est que relativement à un psychisme donné. De même, chez Lacan, le trauma est l'effet d'une « mauvaise rencontre », celle d'une structure confrontée à son impossible sous la forme d'un événement qui en actualise les failles constitutives.

A l'opposé, la psychotraumatologie contemporaine a élaboré sa propre conception du trauma en en sensiblement déplaçant les enjeux, puisqu'elle s'est centrée sur l'impact propre des événements et ce faisant a secondarisé la prédisposition pour en faire tout au plus une « vulnérabilité » ; et il n'est de ce point de vue pas fortuit qu'elle ait commencé, en s'appuyant sur la notion de névrose traumatique, à se penser contre le déterminisme psychonévrotique freudien de l'après-coup.

Si la nature et le rôle respectifs de ce qui fait prédétermination et de ce qui fait accident sont profondément différents d'un modèle à l'autre, ils forment cependant deux axes fondamentaux autour desquels s'ordonnent les constructions du trauma.

---

[1] L'on pensera aux travaux de J.-J. Rassial (1999), si ce n'est qu'il ne met pas globalement en question le paradigme structural.

L'on retrouve d'ailleurs ce dualisme, bien au-delà de la psychopathologie, traverser toutes les disciplines se donnant l'homme comme objet de réflexion, comme la théologie avec la question de la prédestination et du Salut où à un pôle l'on trouve le pélagisme qui admet, aux côtés du rôle déterminant joué par la grâce divine, celui des œuvres, de l'autre la vacuité de ces dernières, la grâce de Dieu étant gratuite et ne pouvant s'acheter (G. Lantéri-Laura, 1996). La même analyse peut être menée des différentes conceptions de l'accident, tantôt conçu dans sa régularité statistique avec Quételet pour qui il procède presque d'un ordre naturel du social, tantôt comme crise, par essence imprévisible.

C'est en cela, peut-on penser, que la question du traumatique tient une place centrale dans la réflexion psychopathologique, puis métapsychologique quand il s'est agi de concevoir le psychisme humain dans son irréductibilité aux approches naturalistes. Plus que toute autre domaine de réflexion, le traumatique est saisi par ce dualisme dans lequel il tient tantôt la place du prédéterminé et de l'endogène, tantôt de l'indéterminé et de l'exogène, quitte à ce que des corrections internes viennent secondairement pondérer le primat accordé à l'un ou l'autre. Il apparaît donc, du point de vue de l'histoire des idées, comme un espace privilégié d'expérimentation et d'expression de nouveaux modes de penser et de traiter des questions de psychopathologie ; et, de ce fait, ne peut que constituer un espace éminemment conflictuel (P. Pignol et L.M. Villerbu, 2008).
Il s'avère donc particulièrement révélateur de la crise contemporaine que connaissent les grands savoirs théoriques et cliniques en psychologie et en psychiatrie (L.M. Villerbu, 2005a) et de leur reconfiguration autour d'un nouveau paradigme dont, dans sa conception contemporaine, il incarne les lignes de force, même s'il n'a pas encore véritablement été formalisé comme tel.
Le retour ces dernière décennies sur le devant de la scène de la question du traumatique apparaît alors comme l'expression symptomatique de la crise que connaît la psychiatrie avec la fin du paradigme des grandes structures, et sa conception contemporaine renouvelée, autour notamment de la question du changement, semble paradigmatique du nouveau paradigme qui est en train de s'inventer.

Qu'en est-il alors de ce paradigme nouveau succédant à celui des grandes structures ?
G. Lantéri-Laura relève, qu'étant lui-même à l'intérieur de celui-ci il est pour le moins malaisé d'en appréhender de l'extérieur les lignes de force. Il mentionne néanmoins en hypothèse quelques uns de ce qu'il lui semble en être certains traits les plus apparents : l'importance croissante de la notion de syndrome, l'hétérogénéité et la pluralité des champs cliniques formant la psychiatrie contemporaine.
A partir de notre histoire du traumatique, nous pouvons quant à nous, nous risquer à quelques hypothèses complémentaires.

La pensée thérapeutique

L'importance exponentiellement croissante de la perspective thérapeutique, au sens large, en constitue la première ligne de force.

Les entités morbides recensées par les grandes nosographies n'offrent que bien peu d'indications quand aux « médications psychologiques » et autres, à imaginer et développer en réponse. La thérapeutique s'est inventée en parallèle de la nosographie et, prenant une place centrale, c'est de plus en plus à partir de sa perspective que les entités cliniques aujourd'hui s'élaborent. De fait, elle prête de moins en moins d'importance à l'étiopathogénie au prorata d'un intérêt centré sur les modalités de dépassement possible de leurs effets handicapants ; d'où le développement privilégié de constellations syndromiques.

Les entités qu'elle conçoit se forment à partir des « exutoires » qu'elle imagine et développe pour ce faire. Les nosographies se font typologies des modalités de résolution qu'elles promeuvent (L.M. Villerbu, 1993). Elles ont beau encore trop souvent se rationaliser en termes psychopathologiques, leur enjeu et leur objet s'est de fait déplacé ; et ce sont les procédures de changement, et non plus les troubles, qui délimitent les formes pathologiques qu'elles décrivent, à savoir des états morbides certes, mais qui n'ont de sens que dans que le cadre clinique qui les fait apparaître et en rend possible leur dépassement. Ce n'est plus l'étiopathogénie qui les occupe mais **l'hygiopoïèse**[1], à savoir les modalités imaginables pouvant contribuer à leur dépassement, les sources possibles de leur guérison.

Maladies mentales et structures pathologiques s'en trouvent rendues au moins partiellement caduques et sont au mieux réinterrogées à partir de notions telles celles d'aménagement, étayages, suppléances, capacités de résilience… Il serait plus que réducteur d'y voir des protocoles ou programmes de réadaptation ; quant aux procédures évaluatives que certaines développent, elles ont une visée essentiellement interne, celle d'évaluation d'états sur des échelles de changement.

C'est cette perspective d'ensemble qui permet de rendre compte de l'intérêt pour la **crise**. Elle est pour la pensée thérapeutique un moment fécond, un peu comme l'est pour J. Bleger (1979) celui où le cadre analytique, cessant d'être identique à lui-même, laisse apparaître en quoi silencieusement il faisait jusqu'alors office de contention pour le sujet de certaines de ses potentialités morbides.

La crise présente ainsi pour la pensée thérapeutique des intérêts multiples : elle révèle ce qui était contenu et ne l'est plus, et donc sollicite de nouveaux aménagements existentiels. Elle est mobilisatrice, exigeant des réponses rapides, une présence active. Elle ne peut être dépassée qu'au prix d'un changement significatif et non dans un retour à un état antérieur, sinon comme l'a montré R. Neuburger (1988, 1995), à courir le risque de sa chronicisation. Elle est potentiellement source de créations multiples, au moins dans une complexification et une diversification des étayages nouveaux qu'elle contraint d'inventer.

La référence à la crise conduit de ce fait activement l'espace thérapeutique sinon à se déplacer, du moins à s'ouvrir et à se situer au plus près des modalités existentielles ou des espaces sociaux, relationnels, institutionnels, dans laquelle elle survient et/ou qu'elle désorganise, dans et à partir desquels l'on peut l'originer. C'est notamment toute la dimension praxique de « l'analyse systémique » en ce qu'elle s'attache à rechercher le contexte ou le groupe significatif, c'est-à-dire celui qui va permette d'initier un changement. Sa rationalisation par emprunt aux modèles systémiques et cybernétiques, contre les causalités intrapsychiques, a en partie occulté sa dimension

[1] Du grec *hygieinḗ* : santé, et *poïêsis* : production, création.

fondamentalement praxique comme recherche de la constellation relationnelle/institutionnelle susceptible d'initier du changement.
L'événement dans sa survenue et la rupture qu'il engendre deviennent alors premier, et l'on saisit mieux quels enjeux sous-tendent la pensée et la pratique psychotraumatologique contemporaines : elles disent l'événement comme premier, inaugural, dans son impact propre, inaugurant ou inventant un avant.

Des processus et des impacts

Si une psychopathologie nouvelle s'invente sur la base de ces formules, elle ne saurait plus prendre la forme de grandes structures mais se définir comme une psychopathologie des impacts et des processus, des formes et modes de retentissement.
Ce paradigme nouveau des processus est à l'intersection de ce qui tient aux fragilités du sujet et de leur rencontre avec une situation vulnérabilisante, en ce qu'elle en réalise leur mise en impasse. La rencontre du réel, au sens lacanien, pourrait en rendre compte si elle n'était systématiquement et exclusivement référée au sujet, sujet saisi hors toutes appartenances et inscriptions dans sa réalité présente, au profit d'une structure intemporelle et transcendantale.
L'idée de processus suppose au contraire une incorporation des conditions d'émergence du problème, et l'appréhension de celui-ci au plus près du mode d'exercice social de la subjectivité qui s'en trouve affecté. Nous avons cru pouvoir en proposer un exemple détaillé avec les atteintes à la professionnalité.

C'est là, pensons-nous, que la psycho-criminologie, et (peut-être) la psycho-victimologie à venir, trouvent particulièrement leur valeur heuristique, non seulement dans l'analyse des trajectoires délinquantielles et victimales dont elles permettent une autre formalisation qu'en termes de structures fixées, mais comme modèles de pensée renouvelés des questions de psychopathologie autour des notions de dangerosité et de vulnérabilité.

Bibliographie

Abraham K. (1918) : Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre, In S. Freud, S. Ferenczi, K. Abraham, *Sur les névroses de guerre*, Paris, Editions Payot, 2010, p. 43-60.

Abraham N., Torok M. (1987) : Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis, In *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.

Altounian J. (2000) : *La survivance*, Paris, Dunod.

Amati S. (1989) : Récupérer la honte, In J. Puget, R. Kaës et *al*., *Violence d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod, p. 105-121.

Améry J. (1995) : *Par-delà le crime et le châtiment. Essai pour surmonter l'insurmontable*, Actes Sud.

Anaud M. (2003) : *La résilience. Surmonter les traumatismes*, Paris, Nathan.

André J. (1993) : Préface à S. Freud (2009), *Inhibition, symptôme et angoisse*, 6ième éd., Paris, Quadrige PUF.

André J. (1997) : Préface à S. Freud, *La première théorie des névroses*, Paris, Quadrige PUF.

André J., Chabert C., Donnet J.-L., Fédida P., Green A., Widlöcher D. (1999) *: Les états limites*, Paris, Presses Universitaires de France.

André J., Ehrenberg C., Fédida P, Parsons M., Roussillon R., Thompson C., Little M. I. (2002) : *Transfert et états limites*, Paris, Presses Universitaires de France.

Antelme R. (1957) : *L'espèce humaine*, Paris, Tel Gallimard.

Ariès Ph. (1975) : *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Seuil.

Assoun P.-L (2007) *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Paris, Anthropos, 2ième éd.

Aubry I. (2009) : *Révéler l'inceste à son entourage*, Lyon, Esprit Livre.

Audet J., Katz J.- F. (1999) : *Précis de victimologie générale,* Paris, Dunod.

Babinski J. (1909) : *Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme*, Paris, Imprimerie de la Semaine Médical.

Bailly L. (2007) : *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, ESF.

Balicco C. (2001) : *Pour en finir avec le harcèlement psychologique*, Paris, Editions d'organisation.

Balier C. (1988) : *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.

Balier C. (1996) : *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.

Balier C. Green A ; et coll. (2005) : *La violence en Abyme : essai de psychocriminologie*, Paris, PUF.

Baril M. (2002) : *L'envers du crime*, Paris, L'Harmattan.

Barrois C. (1986) : S. Ferenczi et les névroses traumatiques, *Psychiatrie française N° 5*, p. 29-38.

Barrois C. (1988) : *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

Barrois C. (1998) : Le traumatisme second, *Ann. Méd.-Psychol.,* 156, n° 7, p. 487-492.

Barrois C. (1998) : Souvenir de l'enfer et enfer du souvenir, In *Stress, psychiatrie et guerre*, Symposium de l'Association mondiale de psychiatrie, Paris, Servier, p. 143-149.

Behaghel S. (2010) : *Trauma et narcissisme*, Paris, PUF Le Monde.

Benoit J.-C., Malarewicz J.-A (1988) : *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF.

Bercherie P. (1980) : *Les fondements de la clinique*, Paris, Navarin Editeur.

Bercherie P. (1983) : *Genèse des concepts freudiens*, Paris, Navarin Editeur.

Bertrand M. (1993) : L'effondrement des idéaux : de l'angoisse d'anéantissement à l'urgence de penser, *Clinique Méditerranéennes*, 39/40, p. 65-72.

Bessoles P. (2007) : L'intervention psychothérapique précoce post traumatique, *Psychologie clinique, nouvelle série,* N° 24, Le trauma psychique, Paris, L'Harmattan, p. 237-249.

Bessoles P. (2008) : *Viol et identité. Un génocide individuel*, Paris, MJW Editions.

Bilheran A. (2006) : *Le harcèlement moral*, Paris, Armand Colin.

Bilheran A. (2009) : *Harcèlement*, Paris, Armand Colin.

Binswanger L. (1970) : Apprendre par expérience, comprendre, interpréter en psychanalyse, In *Discours, Parcours et Freud*, Paris, NRF Gallimard.

Binswanger L. (1970) : *Discours, parcours et Freud*, Paris, Gallimard.

Binswanger L. (1971) : *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Les Editions de Minuit.

Binswanger L. (1987) : *Mélancolie et manie*, Presses Universitaire de France, Paris.

Binswanger L. (1998) : Le délire comme phénomène de l'histoire de vie et comme maladie mentale. Le cas Ilse, In P. Jonckheere, *Essai sur le passage à l'acte*, Bruxelles, De Boeck.

Binswanger L. (2002) : *Trois formes manquées de la présence humaine*, Puteaux, Le cercle herméneutique.

Birmes Ph. (2005) : L'hystéro-neurasthénie traumatique dans les Leçons du Mardi du Pr Charcot : opposition à la névrose traumatique mais anticipation du trouble de stress post-traumatique ?, *AMP*, 163, p. 336-43.

Birmes P., Brunet A. (2005) : Entités cliniques immédiates et post-immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique, In G. Vaiva et *al*. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, p. 34-39.

Bleger J. (1979) : Psychanalyse du cadre psychanalytique, In R. Kaës, D. Anzieu, *Crise, rupture, dépassement,* Paris, Dunod, p. 255-274.

Bokanowski T. (1988) : Entre Freud et Ferenczi : le traumatisme, *Revue française de Psychanalyse*, N° 6, p. 1285-1303.

Bokanowski T. (2005) : Le concept de trauma chez S. Ferenczi, In M. Brette (sous la direction de), *Le traumatisme psychique,* Monographies de psychanalyse, Paris, PUF, p. 27-42.

Bonduelle M., Gelfand T., Goetz C. G. (1996) : *Charcot, un grand médecin dans son siècle*, Paris, Michalon.

Bool A. (2001) : Survivant, *Cahiers de psychologie clinique*, 1, N° 16, De Boeck Université, p. 69-78.

Bouchard J-P. (2003) : Explosion de l'usine AZF. Conséquences psychologiques sur le personnel d'une entreprise voisine, *Stress et Trauma*, 3(4), p. 241-247.

Bouchard J.-P., Franchi C., Bourée C., Lepers C. (2003) : Explosion de l'usine AZF, Conséquences psychologiques sur le personnel d'une entreprise voisine, *Stress et Trauma* 241-247, p 241- 247.

Bourdieu P. (1972) : *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève et Paris, Droz.

Bouthillon-Heitzmann P., Crocq L., Julien H. (1992e) : Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes, *Psychologie Médicale*, 1992, 24, 5, p. 465-470.

Briole G., Lafont B. (1987) : La bataille de l'hystérie pendant la guerre 1914-1918, *Synapse*, N° 31, p. 48-52.

Briole G., Lebigot F., Blanchard M.H. (1988) : Traumatisme, répétition, rêve et désir dans la névrose traumatique, *Annales de Psychiatrie*, 3, 2, p. 122-126.

Briole G., Lebigot F., Lafont B., Favre J., Vallet D. (1994) : Le traumatisme psychique : rencontre et devenir, Rapport du LXXXXIIe *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Toulouse, 17-23 juin, compte rendus, 1 vol., Paris, Masson.

Briole G. (1995) : L'événement traumatique, *Mental, Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée*, N° 1, juin, p. 105-119.

Briole G. (1998) : Emoi et traumatisme psychique, *Ann. Méd.-Psychol.*, 156, N° 1, p. 4-7.

Brissaud E. (1908) : La sinistrose, *Concours médical*, p. 114-117.

Brouardel G. (1908) : Le médecin et les accidents de travail, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, N° 10, p. 379-395.

Broué J., Guèvremont C. (1989) : *Quand l'amour fait mal*, Montréal, Editions Saint-Martin.

Bruckner P. (1995) *: La tentation de l'innocence*, Paris, Grasset.

Bruneau S., Roudil M.-A. (un film de) : *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés*, présenté par ADR Productions & Alter Ego Films, Bodega Films.

Caplan E. (2001) : Trains and Trauma in the American Gilded Age, In M. S. Micale and P. Lerner, *Traumatic Past*, Cambridge University Press, p.57-77.

Carbonel F. (2010) : L'idéologie aliéniste du Dr B.A. Morel : christianisme social et médecine sociale, milieu et dégénérescence, psychiatrie et régénération, *Ann. Méd.-Psychol.*, 168, p. 666-671.

Cario R. (2006): *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration du lien social, vol. 1*, 3° éd., Paris, L'Harmattan.

Cario R., MBANZOULOU P. (2008) : La justice restaurative, in J.-L. Senon, G. Lopez, R. Cario *Psychocriminologie*, Paris, Dunod.

Carroy J., Plas R. (2000) : La genèse de la notion de dissociation chez Pierre Janet et ses enjeux, *L'évolution psychiatrique*, 65, 9-18.

Castel R. (1983) : Psychothérapies et idéologie, In Pichot et B. Samuel-Lajeunesse, *Nouvelles tendances en psychothérapie*, Paris, Masson.

Castel R. (2001) : Les mutations contemporaines, *Le journal des psychologues*, N° 187, p. 22-26.

Catheline N., Bedin V. (2008) : *Harcèlements à l'école*, Paris, Albin Michel.

Charcot J.M. (1889) : Les accidents de chemin de fer, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 21, p. 127-131.

Charcot J.M (1890) : *Œuvres complètes. Leçons sur les maladies du système nerveux*, Dix-huitième leçon, tome III.

Charrier P., Hirschelmann-Ambrosi A. (2008) : *Les états limites*, Paris, Armand Colin.

Chaslin Ph. (1912) : *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*, Paris, Asselin et Houzeau.

Chaumont J.-M. (2002) : *La concurrence des victimes. Génocide, identité, reconnaissance*, Paris, La Découverte.

Chaumont F., Ménéghini V. (2005) : *La chose traumatique*, Paris, L'Harmattan.

Chiantaretto J.-F. (2001) : Le témoignage et la figure du témoin survivant : une approche plurielle. Réflexions à partir de Primo Levi, *L'Evolution psychiatrique*, vol. 66, N° 3, p. 436-447.

Chollet M. (2007) : Arrière-pensées des discours sur la « victimisation, *Le Monde diplomatique, Archives,* sept. 2007.

Ciccone A., Ferrant A. (2009) : *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod.

Cléro J.-P. (2002) : *Le vocabulaire de Lacan*, Paris, Ellipses.

Cohen M. L. (1996) : The derailment of railway spine : a timely lesson for the post-traumatic fybromyalgia syndrome, *Pain Reviews*, 3, p. 181-202.

Conseil D'Etat (2005) : *Rapport public « Responsabilité et socialisation du risque ».* Etudes et documents No 56, Paris, La Documentation Française.

Coq J.-M. (2007) : Intervention immédiate auprès de familles et de témoins d'un accident mortel, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Masson, Paris, p. 223-226.

Coq J.-M. (2007) : Intervention psychologique immédiate, In L. Crocq et all. *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 93-100.

Coté I., Dallaire L.-F., Vézina J.-F. (2005) : *Tempête dans la famille, Les enfants et la violence conjugale*, Editions de l'Hôpital de Sainte-Justine.

Cournut J. (1987) : L'innocence de la marquise ou spécificités et vicissitudes de l'après-coup dans la théorie freudienne et la pratique analytique, *Rev. franç. Psychanal.,* 3, p. 535-557.

Cremniter D. (2004) : Trauma et urgence médico-psychologique, *Revue francophone du stress et du trauma*, 4 (1), p. 35-39.

Crocq L. (1955) : *Les surdités dans la pratique militaire. Surdités par blast-injury, surdités par traumatisme sonore, surdités psychogéniques*, thèse médecine, Paris, Foulon éd., 1 vol.

Crocq L. (1964) : Les dimensions sociologiques des conduites inadaptées en milieu militaire, *Le Médecin de réserve*, no 5-6, pp. 137-162.

Crocq L., Lefevbre P., Girard V. (1965a) : Considérations sur l'évolution des conceptions en psychopathologie de guerre. A propos de trois cas typiques, *Revue de Médecine psychosomatique*, 7, 3, p. 253-262.

Crocq L., Lefevbre P., Girard V. (1965b) : Hystérie et névrose traumatique, *LXIIIème Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Lausanne, septembre, compte rendus, Paris, Masson, p. 332-339.

Crocq L., Lefevbre P., Clement J., Bazot M., Girard V. (1965c) : Recherche sur l'expérience vécue névrotique et sa signification dans le langage sous narco-analyse amphétaminée. Au sujet de 50 observations de névrose traumatique*, LXIVème Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Grenoble, septembre, compte rendus, Paris, Masson, p. 273-281.

Crocq L., Laverdant C. (1967) : Etude psychosomatique des ulcères gastroduodénaux dans l'armée, *Settimana Psicosomatica Internazionale,* Rome 11-16 septembre 1967, Societa Editrice Universo, p. 97-115.

Crocq L. (1968a) : L'anticipation de la guérison dans le langage sous narco-analyse amphétaminée, *in* Benoit et coll., *Créativité et guérison*, Paris, L'expansion scientifique française, p. 217-225.

Crocq L., Naudy J., Lefevbre P. (1968b) : Personnalité antérieure et expérience de mort dans les névroses obsessionnelles de guerre, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Clermont-Ferrand, 16-21 sept, compte rendus, Paris, Masson, p. 347-352.

Crocq L. (1969a) : Délimitation et signification du concept de névrose traumatique, *LXVIIe Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Bruxelles, sept. 1969, comptes rendus Paris, Masson, p. 1432-1436.

Crocq L. (1969b) : Les névroses de guerre, *La revue de Médecine,* N° 2, janv. 1969, p. 57-62.

Crocq L. (1969c) : Les névroses de guerre II, *La revue de Médecine,* N° 2, janvier 1969, p. 57-62.

Crocq L. (1970) : Guerre NBC et panique collective, *Revue des corps de santé*, 11, 4, p. 483-497.

Crocq L. (1974) : Stress et névrose traumatique, *Psychologie Médicale*, 6, 8, p. 1493-1531.

Crocq L. (1975) : Spécificité de la recherche en psychiatrie sociale, In Chanoit et De Verbizier, *Recherches en psychiatrie sociale.* Toulouse, Eres, pp. 45-51.

Crocq L., Defayolle M., Lefort G., Crocq M.-A. (1978). « Névroses de guerre et stress de combat », *Psychologie Médicale*, 10, 9, p. 1705-1718.

Crocq L. (1982) : Les dimensions sociologiques de l'adaptation en milieu militaire, *Revue internationale des services de santé des armées de terre, de mer et de l'air,* tome 55, hors série, p. 191-199.

Crocq L., Sailhan M., Barrois C. (1983a) : Névroses traumatiques : névroses d'effroi, névroses de guerre », *Encycl. Méd. Chir*. 1983, 2, 37329 A-10, 12 p.

Crocq L., Sailhan M. (1983b) : Névroses actuelles (neurasthénie ; psychasthénie ; névrose d'angoisse ; hypocondrie), *Encycl. Méd. Chir.,* Paris, Psychiatrie, 37330 A10, 2-1983.

Crocq L. (1984) : Les comportements collectifs de catastrophe, *Conv. Méd,* 3, 4, pp 331-338.

Crocq L. (1985a) : Evénement et personnalité dans les Névroses traumatiques de guerre, *in* J. Guyotat, P. Fédida, *Evénement et psychopathologie*, Villeurbanne, SIMED éd., p. 111-120.

Crocq L. (1985b) : Les névroses traumatiques doivent être reconnues et indemnisées, *LXXXIIIe Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Besançon, 24-28 juin, compte rendus Paris, Masson, p. 615-626.

Crocq L (1985c) : Aspects psychologiques de la menace, *Revue des Sc. Morales et Politiques*, 1, p. 61-80.

Crocq L. (1986a) : Le stress de guerre, *Neuro-Psy,* vol. 1, no 9, mai, p. 149-158.

Crocq L. (1986b) : Les névroses de guerre. Leur structure clinique, leur déterminisme et leur traitement, *Synapse*, mai, supplément n° 23, p. 49-57.

Crocq L. (1986d) : Les paniques collectives : histoire, structure clinique, statut nosographique, étiopathogénie et traitement, *LXXXIXIVe Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Le Mans, 23-27 juin, compte rendus, Paris, Masson, p. 180-191.

Crocq L., Doutheau C., Sailhan M. (1987) : Les réactions émotionnelles dans les catastrophes, *Encycl. Méd. Chir.,* Paris, Psychiatrie, 37113 D10, 1987, 8 p.

Crocq L., Doutheau C. (1988a) : La psychosociologie des paniques, *La revue du Praticien*, avril, p. 684-688.

Crocq L (1988b) : Les comportements individuels et collectifs en situation de danger nucléaire, *Préventique,* N° 22, octobre, p. 39-48.

Crocq L., De Verbizier J. (1988c) : Le traumatisme psychique dans l'œuvre de Pierre Janet, *Ann. Méd.-Psychol.*, 1989, 147(9), p. 983-987.

Crocq L.., Puech D., Alby J.-M. (1988d) : Séquelles psychiques des victimes d'attentats et d'agressions, *LXXXVIe Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Chambéry, 13-17 juin, compte rendus, Paris, Masson, p. 467-474.

Crocq L., De Verbizier J. (1988e) : Le psycho-traumatisme dans l'hystérie selon Pierre Janet, *Psy.-Fr.*, no spécial, mai 1988, p. 299-300.

Crocq L., De Verbizier J. (1988f) : Le traumatisme psychologique dans l'œuvre de Pierre Janet, *Bulletin de Psychologie,* 1988, p. 483-485.

Crocq L. (1989a) : Le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes, *LXXXVIIe Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Montréal, 3-9 juillet, compte rendus Paris, Masson, p. 523-537.

Crocq L. (1989b) : Pour une nouvelle définition du syndrome de Stockholm, *Etudes Polémologiques*, N° 1, p. 165-179.

Crocq L., Doutheau C. (1989c) : Les réactions collectives dans les catastrophes, *Soins Psychiatrie*, N° 106-107, août-sept., p. 13-17.

Crocq L. (1990a) : La névrose « fin de siècle » : son décor, ses thèmes, ses acteurs, *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXXVIIIe session*, Lille, juin 1990, compte rendus, Masson, Paris, p. 59-131.

Crocq L. (1990b) : Névroses traumatiques (névroses d'effroi et névroses de guerre), *in* P. Deniker, Th. Lemperiere, J. Guyotat, *Précis de Psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, p. 253-269.

Crocq L. (1990c) : Le stress de guerre. Impact sur les décideurs, les combattants et la population, *In Stress et prise de décisions, Dossier 31 de la Fondation pour les Etudes de défense nationale*, Paris, 1990, p. 5-18.

Crocq L. (1991a) : Les otages et la guerre, analyse psychologique, *Les études du cercle Latour-Maubourg*, 1, p. 55-73.

Crocq L. (1991b) : Krisis, crisis, crise. Les métamorphoses du concept », *Rev. de Méd. Psychoso*., 27, p. 11-38.

Crocq L. (1991c) : La psychologie des crises internationales », *Rev. de Méd. Psychoso*., 27, p. 391-410.

Crocq L. (1992) : Le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques. Ses variations cliniques, sa signification, *Perspectives Psychiatriques*, 32, II, p. 59-65.

Crocq L. (1992a) : Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles, *Psychologie Médicale*, 1992, 24, 5, p. 427-432.

Crocq L. (1992b) : L'amoxapine dans le traitement des états de stress traumatiques, *Psychologie Médicale*, 1992, 24, 5, p. 495-503.

Crocq L. (1992c) : Paniques collectives et peurs immémoriales, *Psychologie Médicale*, 1992, 24, 5, p. 395-401.

Crocq L. (1993a) : Le trauma et ses mythes, *Psychologie Médicale*, 1992, 25, 10, p. 992-999.

Crocq L., ALBY J.M. (1993b) : De l'épidémiologie des risques majeurs, *Confrontations Psychiatriques,* N° 35, p. 355-367.

Crocq L. (1993c) : Psychologie de la prise de décision en situation de crise, *Les études du cercle*, Cercle de la Tour Maubourg, N° 5, p. 3-32.

Crocq L. (1994a) : Les otages et la violence, *Etudes Psychothérapiques*, No 9, « Violences », Paris, Bayard, p 41-66.

Crocq L. (1994b) : Dix ans de psychiatrie militaire, *Synapse*, jan.-fév., no 103, p. 171-179.

Crocq L. (1994c) : Les victimes psychiques, *Tribune Psy*, novembre, N° 1, p.26-33.

Crocq L. (1994d) : Stress post-traumatique : comportements spécifiques et statut nosographique. Vers une médecine des comportements, *Synapse*, N° spécial 1994, p. 34-41.

Crocq L., Doutheau C. (1995a) : Psychiatrie de catastrophe, *in* J.L. Senon, D. Sechter, D. Richard, *Thérapeutique Psychiatrique*, chap. B-7, p. 989-1002.

Crocq L. (1995b) : Suites psychologiques chez les victimes d'attentats. L'intérêt d'une catharsis inaugurale, *Le Concours Médical*, 16-12-95, 117-42, p.35143517.

Crocq L. (1995c) : Impact psychologique du terrorisme, *Défense*, No 71, mars, p.81-87.

Crocq L. (1996a) : La dimension psychosociale des catastrophes, *Journal Européen des Urgences*, 1996, 9, 4, p. 137-142.

Crocq L. (1996b) : Critique du concept d'état de stress post-traumatique », *Perspectives Psy*, vol. 15, N° 5, décembre, p. 363-376.

Crocq L. (1997a) : Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », *Soins Psychiatrie*, N° 188, p. 7-13.

Crocq L. (1997b) : Secours médico-psychologiques, *Soins Psychiatrie*, N° 188, p. 5-7.

Crocq L. (1997) : Le traumatisme psychique chez l'enfant, *Des lieux de soins et de réparations pour les enfants victimes d'agressions sexuelles*, Colloque européen de la Fondation pour l'Enfance, 21 novembre 1997, Actes du Colloque, p. 5-28.

Crocq L. (1997c) : Incidences psychologiques de la prise d'otage, *Psychologie Française*, 42, 3, p. 243-254.

Crocq L. (1998a) : La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions, *Ann. Médic.-Psychol*, 156, p. 48-54.

Crocq L. (1998b) : Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes, *Psy.-Fr.,* N° 1.98, janvier, pp. 31-39.

Crocq L. (1998c) : Les cellules d'urgence médico-psychologiques, *Psychiatrie* (15), oct., N° 213, p. 3831-3833.

Crocq L., Doutheau C., Louville P., Cremniter D. (1998d) : Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiats et différées, troubles séquellaires. Panique et psychopathologie collective, *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Elsevier, Psychiatrie, 37-113D-10, 8p.

Crocq L. (1998e) : Violence, paniques et mouvements de foule, *Humeurs*, N° 24, p. 8-15.

Crocq L. (1999) : *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Editions Odile Jacob.

Crocq L. (2000a) : Un siècle de guerres : du shell-shock au PTSD, *Synapse*, mars, N° 164, p. 57-76.

Crocq L. (2000b) : Le retour des enfers et son message, *Stress et Trauma*, 1 (1), p. 5-19.

Crocq L. (2001a) : Intervention médico-psychologique auprès des victimes : le réseau des cellules d'urgence médico-psychologiques, In R. Cario et D. Salas, *Œuvre de justice et victimes*, vol. 1, Paris, L'harmattan, p.189-202.

Crocq L. (2001b) : Le traumatisme psychique dans la pensée psychiatrique francophone, *in* M. De Clercq, F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 2-9.

Crocq L. (2001c) : Perspective historique sur le trauma, *in* M. De Clercq, F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques,* Paris, Masson, p. 23-64.

Crocq L. (2002a) : Persée, la Méduse et l'effroi, *Stress et Trauma*, 2 (3), p. 133-138.

Crocq L. (2002b) : Histoire critique du débriefing, *in* E. De Soir, E. Vermeiren, E., *Les debriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant éd.

Crocq L. (2002c) : Expression des émotions et aspect cathartique du débriefing, *in* E. De Soir, E. Vermeiren, E., *Les debriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant éd., p. 163-174.

Crocq L. (2002d) : Image sans parole, le trauma d'une communauté, *Stress et Trauma*, 2 (1), p. 3-6.

Crocq L. (2002e) : Terrorisme et médias : impact émotionnel des images de violence, *Perspectives Psy*, vol. 41, N° 4, p.262-270.

Crocq L. (2002f) : Evaluation de l'incapacité dans les syndromes psycho-traumatiques, *Médecine Légale & Société*, vol 5, N° 3-4, p. 87-92.

Crocq L., Bathien K., Gannage M. (2002g) : Les enfants du Liban. Souffrance, culture et catharsis dans le trauma de guerre*, Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, février, tome VI, N° 53, p. 38-44.

Crocq L. (2003a) : L'approche cathartique, *Stress et Trauma*, 3 (1), p. 15-24.

Crocq L. (2003b) : Pourquoi l'appellation « syndromes psychotraumatiques ?, *Neuropsy news spécial*, mars, p. 6-9.

Crocq L. (2003c) : Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques, *Neuropsy news spécial*, mars, pp. 10-18.

Crocq L. (2003d) : Stress et trauma*, Le Journal des psychologues*, avril, N° 206, p. 8-12.

Crocq L. (2003e) : Historique de la pathologie du trauma, *Le Journal des psychologues*, mai, N° 207, p. 12-17.

Crocq L. (2003f) : Clinique de la réaction immédiate, *Le Journal des psychologues*, juin, N° 208, p. 48-53.

Crocq L. (2003g) : Clinique de la période post-immédiate, *Le Journal des psychologues*, septembre, N° 210, p. 6-10.

Crocq L. (2003h) : Clinique de la névrose traumatique, *Le Journal des psychologues*, octobre, N° 211, p. 53-58.

Crocq L. (2004a) : L'intervention psychologique immédiate, *Le Journal des psychologues*, février, N° 214, p. 50-55.

Crocq L. (2004b) : L'intervention psychologique auprès des victimes en période post immédiate, *Le Journal des psychologues*, juin, N° 218, p. 8-14.

Crocq L. (2004c) : Histoire des catastrophes urbaines et industrielles, *Stress et Trauma*, 4 (1), p. 55-64.

Crocq L. (2004d) : Histoire du débriefing, *Pratiques psychologiques*, 10, p. 291-318.

Crocq L. (2004e) : Traumas de l'enfance : destins compromis, *Psycho média,* N° 1, novembre-décembre, p. 30-36.

Crocq L. (2004f) : Le syndrome de répétition. Formes cliniques et signification, *in* L. CROCQ et P. Bessoles (sous la direction de), *Victime-Agresseur, tome 4, Récidive, réitération, répétition, Lien d'emprise et loi des séries*, Nîmes*,* Editions Champ Social.

Crocq L. (2005a) : Le devenir du trauma infantile, *Psycho média*, N° 2, janv.-fév., p. 64-66.

Crocq L. (2005b) : Se reconstruire après un séisme : le test des trois dessins « avant », « pendant » et « avenir », *Psycho média,* N° 5, juillet-aout, p. 17-23.

Crocq L. (2005c) : Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés, *Stress et Trauma*, 5 (1), p. 43-54.

Crocq L. (2005d) : Prise en charge des syndromes psychotraumatiques dans l'histoire, *in* G. Vaïva et al., *Psychotraumatismes, prise en charge et traitement*, Paris, Masson, p. 15-23.

Crocq L. (2005e) : La psychiatrie de la première guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques, *Annales médico-psychologiques*, 163, p. 269-289.

Crocq L. (2005f) : Réflexions sur la victimologie, *Colloque Victimes et agresseurs*, Rennes, 14-15 Mai 2005.

Crocq L. (2005f) : Quelques jalons dans l'histoire des traumatismes psychiques, *Synapse*, N° 219, p. 6-16.

Crocq L. (2006a) : Figures mythiques de la victime, *Stress et Trauma*, 6 (2), p. 103-109.

Crocq L. (2006b) : Troubles du sommeil et cauchemars dans les états de stress post-traumatiques. Aspects historiques, cliniques et psychodynamiques, *Médecine du sommeil*, 3, janv.-fév.-mars, p 23-28.

Crocq L. (2006c) : Trauma et mémoire. *Stress et trauma*, 6(4), p. 197-205.

Crocq L. (sous la direction de) (2007) : *Les traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson.

Crocq L., Huberson S., Vraie B. (2009) : *Gérer les grandes crises sanitaires, écologiques, politiques et économiques*, Paris, Odile Jacob.

Crocq L., Huberson S., Vraie B. (2009) : *Gérer les grandes crises sanitaires, écologiques, politiques et économiques*, Paris, Odile Jacob.

Cullerre A. (1891) : Des névroses consécutives aux accidents, *AMP*, N° 13, p. 261-270.

Cullerre A. (1918) : Les maladies mentales et les névroses de guerre dans l'armée britannique. Hospitalisation et traitement, *AMP*, n° 10, p. 173-187.

Cygielstrejch A. (1912) : Les conséquences mentales des émotions de la guerre, *AMP*, p. 129-148.

Cyrulnik B. (2001) : *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.

Daligand L. (2006) : *Violences conjugales en guise d'amour*, Paris, Editions Albin Michel.

Damiani C. (1997) : *Les victimes. Violences publiques et crimes privés*, Paris, Bayard.

Damiani C. (2001) : Psychothérapie post-traumatique et réparation. In F. Marty (Dir.), *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod, p. 103-134.

Damiani C., Vaillant C. (2003) : *Etre victime, aides et recours*, Paris, Librairie Vuibert.

Damiani C. (2003) : Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? *Stress et Trauma*, 3(1), p. 55-58.

Damiani C. (2005) : Le travail psychanalytique et la réparation. La relation victime/agresseur, *Colloque Victimes et agresseurs*, Rennes, 14-15 Mai 2005.

Damiani C. (2008) : L'accompagnement psychologique durant le parcours judiciaire, *PsychoMédia*, N° 16, p. 71-77.

Darmon P. (2001) : Des suppliciés de la Grande Guerre : les pithiatiques, *Histoire, économie et société*, vol. 20, n° 1, p. 49-64.

Darya Vaasigh D. (1999) : Cent ans de répressions des violences à enfants. Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité Le cas des médecins légistes de la fin du 19ième siècle, *Rhei, Revue de l'enfance irrégulière*, numéro 2, 1999, http://rhei. Revues.org.

David-Jougneau M. (1989) : *Le dissident et l'institution ou Alice au pays des normes*, Paris, L'Harmattan.

Davis J. M. (2004) : AZF. Constats d'une psychologue clinicienne concernant la situation des sinistrés et des victimes physiques et psychologiques de l'explosion de l'usine AZF en septembre 2003, soit deux ans après les faits, *Empan*, N° 54, p. 130-47.

Debray Q. (2006) : Traumatisme, syndrome psychotraumatique et troubles de la personnalité, In L. Jehel, G. Lopez, *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, p. 91-99.

De Clercq M., Vermeiren, E., Henry de Frahan B. (1996) : Le débriefing psychologique après une catastrophe ne suffit pas, Evaluation de l'importance des états de stress post-traumatiques pour les patients ayant bénéficié d'un débriefing, *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* n° 3, p 87- 91.

De Clercq M., Lebigot F. (2001) : *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.

De Gaulejac V. (1996) : *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.

Dejours C. (1998) : *Souffrances en France*, Paris, Seuil.

Dejours C. (2005) : Centralité du travail et santé mentale, *Pratiques en Santé Mentale*, 2005, no 1, p. 22-28.

Dejours C., Bègue F. (2009) : *Suicide et travail : que faire ?*, Paris, Les Presses Universitaires de France.

Delage M. (2004) : Le pardon est-il une notion utile en psychothérapie ?, *Synapse*, N° 207, p. 17-20.

Denis P. (2000) : *Sigmund Freud. 1905-1920*, Paris, PUF.

Denis P. (2010) : *Rives et dérives du contre-transfert*, Paris, PUF.

Dervin Y. (2009) : *« Ils m'ont détruit ! », Le rouleau compresseur de France Télécom*, Neuilly- sur-Seine, Ed. Michel Lafon.

De Soir E., Vermieren (sous la direction de) (2002) : *Les Debriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant.

De Soir E. (2002) : Les débriefings psychologiques et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des intervenants des services de secours, In De soir E., Vermieren (dir.) (2002) : *Les Débriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant, p. 221-240.

De Urtubey L. (1994) : Le travail de contre-transfert, *Revue française de psychanalyse*, tome LVIII, Paris, PUF, p. 1271-1372

De Urtubey L. (2005) : Traumatisme et contre-transfert, In F. Brette, M. Emanuelli et G. Pragier (sous la direction de), *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, *Monographies de psychanalyse*, Paris, PUF, p. 89-100.

Didi-Huberman G. (2003) : *Images malgré tout*, Paris, Editions de Minuit.

Doray B., Louzoun C. (1997) : *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, Edition Ramonville Saint-Agne, Erès.

Doray B. (2007) : « Vous êtes ici » : les traumatismes et la question des thérapies de resymbolisation active, In A. Elizabeth, R. Scelles, R. Roussillon, *Dispositifs de soin au défi des situations extrêmes*, Paris, Eres, p. 161-183.

Doray B. (2007) : Prises en charge des traumas en conteste de guerre, *Le journal des psychologues*, N° 194, p. 30-35.

Dossier (2010) : Les violences politiques, *Le journal des psychologues*, N° 274.

Douville O. (2003) : Du choc au trauma… Il y a plus d'un temps, *Figures de la psychanalyse* N° 8, Erès, p. 83-96.

Douville O. (2004) : Des temporalités du trauma, In Pechikoff S., Doray B, Douville O., Gutton P., *Toulouse/AZF. Essai sur le traumatisme et la tiercéité*, La Dispute, p. 117-130.

Douville O. (2008) : *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités*, Nantes, Edition Pleins-Feux.

Douville O. (2009) : Une mélancolisation du lien social ? », In Marie-Laure Dimon (sous la direction), *Psychanalyse et politique, Sujet et citoyen : incompatibilités ?* Paris, L'Harmattan, p. 133-164

Douville O., Jacobi B. (sous la direction de) (2009) : *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*, Paris, Dunod.

Douville O. (2009) : *Chronologie de la psychanalyse du temps de Freud*, Paris, Dunod.

Douville O. (2010) : Rencontres avec des mineurs sous la guerre errant dans les rues, *Le journal des psychologues*, N° 274, p. 24-30.

Droit R-P (2008) : *Leibniz l'universel*, préface à l'édition 2008, Le Monde de la philosophie.

Dubet F. (2006) : *Injustices*, Paris, Seuil.

Dubois V. (2005) : In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, M. Goudemand : *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson.

Duchet C. (2006) : Du psychotraumatisme à la résilience : perspectives cliniques, In L. Jehel, G. Lopez, *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, p. 57-65.

Ducrocq F., Vaiva F., Molenda S. (2002) : Les cellules d'urgence médico-psychologiques en France *Journal International de victimologie*, tome 1, N°1, oct.

Dumas G. (1919) : *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, Paris, Felix Alcan.

E. Dupré (1905) : *La Mythomanie, étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides*, Clinique des maladies mentales. Institut de médecine légale et de psychiatrie, Paris.

Dupuy J.-P. (2005) : *Petite métaphysique des tsunamis*, Paris, Seuil.

Durand G. (1969) : *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, Paris, Bordas.

Dutton D. G. (1996) : *De la violence dans le couple*, Paris, Bayard Editions.

Dreyfus J.-P. (1974) : Introduction à la notion de traumatisme chez Freud, *Confrontations Psychiatriques*, N° 12, p. 94-105.

Dreyfus S. (2005) : Freud, le trauma : culpabilité et détresse, *Le traumatisme psychique*, Monographies de psychanalyse, Paris, PUF.

Dubreu, J. Vedrinne (2005) : Enjeux de l'expertise et problèmes soulevés par la réparation, In G. Vaiva et all., *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, p. 151-155.

Ehrenberg A. (1998) : *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.

Eissen M.J. (1919) : Un cas de sinistrose, *AMP*, p. 505-511.

Eissler K. R. (1979) : *Freud sur le front des névroses de guerre.* Paris, PUF, 1992 pour la traduction française.

Eliacheff C., Soulez Lariviere D. (2007) : *Le temps des victimes*, Paris, Albin Michel.

Ellul J. (1998) : Le contrat et l'alliance, In LM Villerbu (sous la direction de), *Le contrat en sciences humaines et dans les pratiques sociales et de santé*, PUR, 1988, p. 28-33.

Erner G. (2006) : *La société des victimes*, Paris, La Découverte.

Evrard E. (1954) : Les névroses traumatiques, *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Liège*, compte rendus, Paris, Masson, p. 101-154.

Ewald F. (1986) : *L'état providence*, Paris, Grasset.

Ey H. (1974) : *Manuel de psychiatrie,* 4ième éd., Paris, Masson.

Fassin D. (2002) : La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion, *L'évolution psychiatrique*, vol. 67, N° 4, p. 676-689.

Fassin D., Bourdelais P. (2005) : *Les constructions de l'intolérable*, Paris, Editions La Découverte.

Fassin D., Rechtman R. (2007) : *L'empire du traumatisme*, Paris, Flammarion.

Fenichel O. (1953) : *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF.

Ferenczi S. (1931) : Analyses d'enfants avec des adultes, In S. Ferenczi (1990), *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1990, p. 98-112.

Ferenczi S. (1916) : Deux types de névroses de guerre (hystérie), In *Psychanalyse II*, Paris, Payot, 1970, p. 238-252.

Ferenczi S. (1918) : Psychanalyse des névroses de guerre, *Psychanalyse 3*, Payot, Paris, 1974, p. 27-43.

Ferenczi S. (1985) : *Journal clinique*, Paris, Payot.

Ferenczi S. (2004) : *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Paris, Petite bibliothèque Payot.

Ferenczi S. (2006) : *Le traumatisme*, Paris, Petite bibliothèque Payot.

Fischer G. (2003) *: Re-vivre après un traumatisme*, Bonchamps-Lès-Laval, Testez éditions.

Foucault M. (1976) : *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

Fournier A. (1880) : Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 4, p. 498-519.

Frankl V. (1946) : *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Québec, Les Editions de l'Homme, 2006.

Frankl V. (1967) : *Un psychiatre déporté témoigne*, Lyon, Editions du Chalet.

Frankl V. (1975) : *Le dieu inconscient*, Le centurion.

Freud S., Breuer J. (1892) : *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1978.

Freud S. (1894) : Neurasthénie et névrose d'angoisse, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF.

Freud S. (1894) : Les névropsychoses de défense, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, Paris PUF, 1997.

Freud S. (1894) : Obsessions et phobies, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF, p. 19-28.

Freud S. (1894) : Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé en tant que « névrose d'angoisse », In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF, p. 29-58.

Freud S. (1895) : Sur la critique de la névrose d'angoisse, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF, p. 59-78.

Freud S. (1896) : L'hérédité et l'étiologie des névroses, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF, p. 79-94.

Freud S. (1896) : Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF, p. 95-101.

Freud S. (1896) : Sur l'étiologie de l'hystérie, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF.

Freud S. (1898) : La sexualité dans l'étiologie des névroses, In *La première théorie des névroses*, 2ième éd., Quadrige, 1997, Paris, PUF.

Freud S. (1901) : *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Gallimard, 1997.

Freud S. (1905) : *Les trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Folio essais, 2008.

Freud S. (1906) : Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses, In *Résultats, idées, Problèmes 2*, Paris, PUF, 2001, p. 113-122.

Freud S. (1910) : Le trouble psychogène de la vision, In *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 3ième éd., p. 167-173.

Freud S. (1914) : Pour introduire le narcissisme, In S. Freud, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 13ième éd., 2002, p. 81-105.

Freud S. (1915) : Considération actuelles sur la guerre et sur la mort, In S. Freud (2001) *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 9-46.

Freud S. (1915) : Pulsion et destin des pulsions, In *Métapsychologie*, Paris Gallimard, 1983.

Freud S. (1915) : Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique, In S. Freud (1978), *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 3ième éd., p. 209-218.

Freud S. (1915) : Deuil et mélancolie, In S. Freud, *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1963.

Freud S. (1916) : La fixation au trauma. L'inconscient. 18ième conférence, In S. Freud (1999), *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard Folio essais, p. 349-364.

Freud S. (1916), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1970.

Freud S. (1918) : *L'homme aux loups*, Paris, PUF, 2009, 2ième éd.

Freud S. (1919) : Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre, IN S. Freud (1998), *Résultats, idées, problèmes, tome 1*, Paris, PUF, p. 243-247.

Freud S. (1920) : Au-delà du principe de plaisir, In S. Freud (2001) *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 47-128.

Freud S. (1925) : *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, Quadrige PUF, 2009, 6ième éd.

Freud S. (1925) : Deuil et mélancolie, In *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1983, p. 147-174.

Freud S. (1932) : *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Folio Essais, 1984.

Freud S. (1933) : Angoisse et vie pulsionnelle, In S. Freud (19984), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard Folio Essais.

Freud S. (1933) : La féminité, In S. Freud (2009), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard Folio Essais.

Freud S. (1939) : *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Gallimard Folio Essais, 2007.

Freud S. (1946) : *Abrégé de Psychanalyse*, Paris, PUF, 1975, 8ième éd.

Freud S. (1956) : La naissance de la psychanalyse, Paris, PUF, 8ième éd., 2002.

Furtos J. (2001): Précarité du monde et souffrance psychique, *Rhizome*, N° 5, p. 3.

Gagnepain J. (1988) : Interaction ou communication, In LM Villerbu (sous la direction de) *Le contrat en sciences humaines et dans les pratiques sociales et de santé*, Presses Universitaires de Rennes, p. 213-220.

Gagnepain J. (1994) : *Mes parlements 1*, Bruxelles, De Boeck.

Gagnepain J. (1994-2010) : *Huit leçons d'introduction à la théorie de la médiation*, édition numérique, Institut Jean Gagnepain, Matecoulon-Montpeyroux, http://www.institut-jean-gagnepain.fr.

Gantheret F. (1988) : Habemus Papam !, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 38, p.47-72.

Garanpon A. (2001) : *Bien juger*, Paris, Odile Jacob.

Garland C. (2001) : *Comprendre le traumatisme*, Larmor Plage, Editions du Hublot.

Garnier P. (1903) : Les hystériques accusatrices, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série 3, tome 1, p. 337-361 ; suite et fin, p. 423-437.

Gassin R. (2007) : *Criminologie*, 6Ième éd., Paris, Dalloz.

Gauchet M. (1992) : *L'inconscient cérébral*, Paris, Seuil.

Gauchet M., Swain G. (1997) : *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*, Paris, Calmann-Lévy.

Gilleron E. (2004) : *Manuel de psychothérapies brèves*, Paris, Dunod, 2ième éd.

Gilles A. (1917) : L'hystérie et la guerre. Troubles fonctionnels par commotion. Leur traitement par le torpillage, *Annales médico-psychologiques*, Tome 8, N° 8, p. 207-227.

Gilles A. (1916) : Etude sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu, *AMP*, N° 7, p. 209-229 ; partie 2 : p. 333-364.

Girard V., Crocq L., Lefeuvre P. (1986c) : La panique. Etude socio-clinique et perspectives prophylactiques, *Rev. Intern. Des Services de Santé*, 39, 7-8, p. 583-605.

Gohier B. : Interactions entre les parcours médicaux, sociaux et judiciaires, In Horassius N. (sous la direction de), *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir*, John Libbey Eurotext, p. 547-557.

Gontran W. (2009) : Le traumatisme ne s'anticipe pas, il se vérifie*, Journal des Psychologues*, N° 264.

Gortais J. (1999) : Le viol : du déni d'altérité à l'exil du désir, in M. Dayan (1999) *Trauma et devenir psychique*, Paris, PUF, p. 91-111.

Granoff W. (1958) : Ferenczi : faux problème ou vrai malentendu*, Psychanalyse 6*, p. 255-282.

Gravier B., V. Legoff, C. Devaud (2000) : Thérapies actives In A. Ciavaldini, C. Balier, *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Parsi, Masson, p. 218-228.

Gravier B. (2008) : De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence, In .J.-L. Senon, G. Lopez, R. Cario et *al.,* Psychocriminologie, Paris, Dunod, p. 51-65.

Green A. (1990) : *La folie privée*, Paris, Gallimard.

Green A. (1999) : Genèse et situation des états limites, In J. André et *al*, *Les états limites*, PUF, Paris.

Green A. (2002) : *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.

Grenier-Pezé M. (2001) : Le harcèlement moral ou la disciplinarisation des corps, *Le Journal des Psychologues*, mai 2001, N° 187, p. 44-48.

Grubrich-Simitis I. (2003) : Trauma ou pulsion - pulsion ou trauma, In *Sur la théorie de la séduction*, Libres cahiers pour la psychanalyse, Editions In Press.

Guedeney A. (1998) : Les déterminants précoces de la résilience, In B. Cyrulnik *Ces enfants qui tiennent le coup*, Hommes et Perspectives, p. 13-27.

Guilcher G. (1991) : Le Railway Spine, un traumatisme qui pouvait rapporter gros, ronéo, *Colloque annuel de la SFEVE, Sceaux*, janvier 1991.

Guilcher G. (1995) : Un traumatisme qui pouvait rapporter gros, *Plein Sud*, N° 3, Mai.

Guilcher G. (2002) : A la folie des chemins de fer, folie de la presse 1844-1845, *Cahiers Victoriens et Edouardiens*, N° 55, p. 81-94.

Guiter B. (2004) : Catastrophes naturelles et catastrophes artificielles*, Synapse* n°205, p 26-28.

Habib C. (1992) : Préface, *Série Morale N° 9 : La pudeur, Revue Autrement*, p. 10-17.

Harrington R. (2001) : The Railway Accident : Trains, trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain, In Mark S. Micale and Paul Lerner (2001) *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, p. 33-56.

Haustgen T., Bourgeois M.-L. (2007) : L'évolution du concept de mythomanie dans l'histoire de la psychiatrie, *AMP*, 165, p. 334-344.

Hécaen H., De Ajuriaguerra J. (1954) : Les névroses traumatiques (Problèmes théoriques). *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Liège, 1954*, compte rendue, Paris, Masson, p. 3-32.

Herlem P. (2009) : Séductions et traumatismes : la contrefaçon du langage fondamental, *Topique*, 108, p. 199-210.

Herman J. (1992) : *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books.

Hirigoyen M.-F. (1998) : *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, Syros.

Hirigoyen M.-F. (2001) : *Malaise dans le travail. Harcèlement moral : démêler le vrai du faux*, Paris, Syros.

Hirigoyen M.-F. (2005) : *Femmes sous emprise*, Oh Editions.

Hoffmann C. (1998) : *Introduction à Freud. Le refoulement de la vérité*, Hachette Littératures.

Hoffmann C. (2007) : *Des cerveaux et des hommes. Nouvelles recherches psychanalytiques,* Ramonville Saint-Agne, Erès.

Horassius N. (sous la direction de) (2004) : *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir*, John Libbey Eurotext.

Houbbalah A. (1998) : *Destin du traumatisme. Comment faire son deuil*, Paris, Hachette.

Hubaud M.-J. (2008) : *Des hommes à la peine. Carnet d'un médecin du travail*, Paris, La découverte.

Hurni M., Stoll G. (1996) *: La Haine de l'Amour*, Paris, L'Harmattan.

Ionescu S., Jacquet M-M., Lhote C. (2005) : *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Paris, Armand Colin.

Jacobi B. (2006) : Eloge de la clinique dans l'entretien, In O. Douville (sous la direction de), *Les méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod, p. 59-81.

Janet P. (1889): La vie mentale, http://www.megapsy.com.

Janet P. (1892) : *Conférences à la salpêtrière. Anesthésie, amnésie et suggestion chez les hystériques*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Janet P. (1889) : *L'automatisme psychologique*, Paris, Félix Alcan, p. 192 ; Edition en ligne disponible sur Site de l'Institut Pierre Janet.

Janet P. (1923) : *La médecine psychologique*, Réédition, Paris, L'Harmattan, 2005.

Janet P. (1928) : *Les médications psychologiques*. *Etudes historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie*, 2ième éd., Paris, Felix Alcan.

Janin C. (1996) : *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF.

Janin C. (2005) : Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme, In M. Brette (sous la direction de), *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, Monographies de psychanalyse, Paris, PUF, p. 43-57.

Janin C. (2007) : *La honte, ses figures et destins*, Paris, Presse Universitaires de France.

Jaquier V., Vuille J. (2008) : *Les femmes : jamais criminelles, toujours victimes ?,* Charmey, Suisse, Les Editions de L'Hèbe.

Jehel L., Prieto A., Ducrocq F. (2006) : Place et controverse du débriefing psychologique, In, L. Jehel et G Lopez, *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, p. 181-188.

Jehel L., Lopez G. (2006) : *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod.

Jonas C. : Quel est le rôle du psychiatre au long cours du parcours judiciaire de la victime ?, In N. Horassius (sous la direction), *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir*, John Libbey Eurotext, p. 299-309.

Jonas C. (1996) : La victime et le droit, *Nervure*, tome IX, n° 6.

Jonas C. (1996) : Les conséquences psycho-biologiques du traumatisme psychique, *Perspectives Psy*, vol. 35, N° 5, p. 385-388.

Jones E. (1976) : *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, 3 tomes, Paris, PUF 3ième éd...

Joule R.-V., Beauvois J.-L. (2002) *: Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, Presses Universitaire de Grenoble.

Kacha N. (2005) : Victimes de terrorisme. L'enjeu de la parole au sein d'un groupe de femmes en Algérie, *Stress et Trauma*, Tome 5, N° 3, p. 161-167.

Kamieniak J.-P. (2008) : Accident, hasard et destin chez Freud, *Le Coq-Héron*, 4, N° 195, p. 66-74.

Katz J.-F. (1999) : L'accueil des victimes d'événements catastrophiques et de leur famille, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, N° 24, p 209-213.

Kedia M., All (2008) : *Psychotraumatologie,* Paris, Dunod.

Kédia M. (2009) : La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme, *L'évolution psychiatrique*, 74, p. 487-496.

Knapp P. C. (1889) : On methods of examination in medico-legal cases involving suits for damages for real or supposed injuries to the brain and spinal cord, vol. CXXI, N° 25, p. 597-628.

Knapp P.-C. (1888) : Nervous affections following injury, *Boston Medical and Surgical journal*, vol. CXIX, No 18, p. 421-449.

Korff-Sausse S. (2006) : Ferenczi pionnier méconnu, Préface à S. Ferenczi, *Le traumatisme*, Petite Bibliothèque Paris, Payot.

Lacan J. (1973) : *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil.

Lacan J. (2005) : *Le sinthome*, Paris, Seuil.

Lachal C., Ouss-Ryngaert L., Moro M.R. (2003) : *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Paris, Dunod.

Lachal C. (2006) : *Le partage du traumatisme*, La pensée sauvage.

Lafortune D., Vacheret M., Cantin J. (2008) : Les incarcérés provinciaux souffrant de problèmes de santé mentale : vers une intégration adaptée dans la communauté, *Rapport présenté au protecteur du citoyen, Assemblée nationale, Québec*, Centre international de criminologie comparée.

Laignel-Lavastine (1912) : Les troubles psychiques dans les accidents du travail, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 17, p. 5-24.

Lalanne C. (1987) : Les corps professionnels au risque du thérapeutique : la création d'espaces vides, *Espace Libre*, mai 1987, vol. III, N° 1, p. 13-38.

Lanteri-Laura G. (1979) : *Lecture des perversions*, Paris, Masson.

Lanteri-Laura G. (1980) : Introduction critique à une théorie des pratiques en psychiatrie, *Actualités Psychiatriques*, N° 8, p. 15-27.

Lanteri-Laura G. (1982) : La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie, *L'évolution psychiatrique*, 47, 2, p. 425-469.

Lanteri-Laura G. (1991) : La Prédestination et ses rapports avec les notions de dégénérescence, de constitution et de structure, *L'évolution psychiatrique*, 56, 2, p. 363-74.

Lanteri-Laura G. (1994) : La psychasthénie : histoire et évolution d'un concept de P. Janet, *L'Encéphale*, XX ; p. 551-557.

Lanteri-Laura G. (1998) : *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps.

Laplanche J., Pontalis J.-B. (1985) : *Fantasme originaire. Fantasme des origines. Origines du fantasme*, Paris, Hachette.

Laplanche J., Pontalis J.-B. (1997) : *Vocabulaire de la psychanalyse,* Paris, Quadrige PUF.

Laplanche J. (2006) : *Problématiques VI. L'après-coup*, Paris, Quadrige PUF.

Laplassotte F. (1978) : Sexualité et névrose avant Freud : une mise au point, *Psychanalyse à l'université*, N° 10, p.203-226.

Lassagne M., Clervoy P., Juglard G. (1992) : Le costume du père. La question de la culpabilité dans la névrose traumatique, *Synapse*, N° 87, p. 47-51.

Laurent E. (2005) : Le traitement de l'angoisse post-traumatique : sans standards mais non sans principes, *Quarto*, N° 84, p. 22-30.

Lawson S. (1996) : *Votre enfant est-il victime d'intimidation ?,* Les Editions de l'Homme.

Lebas P. (2005) : Victime et sérialité : la sérialité victimale au regard d'une position existentielle et d'un trajet existentiel singulier, *Les cahiers de l'institut de Criminologie et Sciences humaines, Numéro hors série, Psychologies et Victimologies*, p. 35-48.

Lebigot F., Vallet D., Prouvost C., Bufferne R. (1991) : La demande de soin dans les « névroses traumatiques de guerre », *Ann. Médico-Psychol.,* vol. 11, N° 2, p. 131-149.

Lebigot F. (1997) : La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originaire, *Ann. Méd.-Psychol.,* 155, 8, p. 522-526.

Lebigot F., Gautier E., Morgand D., Régès J.-L., Lassagne M. (1997) : Le Débriefing psychologique collectif, *Ann. Méd.-Psychol* 155, N°6, p. 370-378.

Lebigot F. (1998) : Le débriefing individuel du traumatisé psychique, *Ann Méd.-Psychol* 156 N°6, p. 417-421.

Lebigot F. (1999) : Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques, *Nervure*, tome XII, N° 6, p. 16-19.

Lebigot F., Prieto N. (2001) : Importance des interventions psychiatriques précoces pour les victimes, In M. de Clerc, F Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 151-161.

Lebigot F., Damiani C., Mathieu B., (2001) : Débriefing psychologique des victimes, in M., De Clercq et F. Lebigot (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 165-187.

Lebigot F. (2002) : L'effroi du traumatisme psychique. *Revue francophone du Stress et du trauma*, 2 (3), p. 139-146.

Lebigot F. (2005) : *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod.

Lebigot F. (2006) : Le trauma sous transfert, *Stress et Trauma*, 6(2), p. 71-77.

Lefranc S., Mathieu L. (2009) : *Mobilisation de victimes,* Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Leibniz (1710) : *Essais de théodicée*, Paris, Flammarion, 2008.

Le Malefan P. (2006) : Dupré, père de l'enfant menteur appelé aussi mythomane ou un trouble des conduites au temps de la doctrine des constitutions, *L'évolution Psychiatrique*, 71, p. 447-469.

Lemay M. (2002) : Résilience devant la violence, *Le journal des Psychologues*, N° 194, p. 36-43.

Lerner P. (2001) : From Traumatic Neurosis to Male Hysteria, p. 150, In Mark S. Micale and Paul Lerner (2001) *Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, p. 140-171.

Leyman H. (1996) : *Mobbing. La persécution au travail*, Paris, Seuil.

Leyrie J. (1996) : La réparation. De l'ambiguïté de la demande des victimes et du système de réparation, *Perspectives Psy*, vol. 35, N° 5, p. 377-384.

L'huilier D. (2002) : *Placardisés. Des exclus dans l'entreprise*, Paris, Seuil.

L'Huillier J., Julia-Simon G. (2006) : Organisation d'une consultation de psychotraumatologie, In L. Jehel, G. Lopez et all, *Psychotraumatologie. Evaluation, clinique, traitement*, Paris, Dunod, p. 237-24.

Lighezzolo J., De Tychey C (2004) : La résilience. Se (re)construire après un traumatisme, Editions in Press.

Lopez G. (1997) : *Victimologie*, Paris, Dalloz.

Lopez G., Sabouraud-Seguin A. (sous la direction de) (1998) : *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod.

Lopez G. (2006) : Clinique des violences sexuelles, In L. Jehel, G. Lopez et *al*., *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, p. 77-89.

Lopez G. (2009) : *Comment ne plus être victime*, L'esprit du temps.

Lopez G. (2010) : *La Victimologie*, Paris, Dalloz.

Louville P. (1997) : Les étapes de la prise en charge des victimes d'attentat ou d'accident collectif, *La Revue de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, N° 10, p. 34-37.

Louville P., Ducrocq F., Noirot M.N., Payen A., Crocq L. (1999) : diversité et limites des interventions d'urgence médico-psychologique en France, *1ères journées nationales de l'AFORCUMP*, Paris.

Louville P. (2001) : Mise en place du réseau de l'urgence médico-psychologique en France, In De Clercq et F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 201-216.

Louville P. (2006) : Interventions psychiatriques auprès des victimes de catastrophe ou d'attentat en France, *Perspective Psy*, vol. 45, N° 2, p. 127-132.

Mairet A., Piéron H. (1917) : Le syndrome émotionnel. Sa différenciation du syndrome commotionnel, *AMP*, avril, p. 183-206.

Malabou C. (2009) : *Ontologie de l'accident, Essai sur la plasticité destructrice*, Clamecy, Edition Léo Scheer.

Malabou C. (2007) : *Les nouveaux blessés. De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Paris, Bayard.

Maldiney H. (1973) : Comprendre in, *Regard Parole Espace*, Lausanne, Editions L'âge d'homme.

Maldiney H. (1975) : *Aitres de la langue et demeures de la pensée*. Lausanne, Editions L'Age d'Homme.

Maqueda F. (sous la direction) (1999) : *Traumatisme de guerre*, Revigny-sur-Ornain, Edition Hommes et Perspectives.

Maqueda F. (2008) : *Rivages identitaires*, Revigny-sur-Ornain, Les Editions du Journal des psychologues.

Marchand A., Soledad I., Brillon P., Martin M., Martin A. (2003) : Intervention de crise et débriefing ; controverse et défis, *Stress et Trauma*, p 141-153.

Marin A., Cotte L. (1969) : *L'expertise des névroses post-traumatiques,* Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Bruxelles, compte rendus, tome 2, Paris, Masson, p. 1293-1406

Marrou J.-L. (2004) : AZF. A chacun son explosion, *Empan*, N° 54, p. 121-125.

Masson J.-M. (1984) : *Le réel escamoté*, Paris, Aubier.

Maugeri S. : *Le travail du traumatisme*, salvatore**maugeri**.unblog.fr.

Ménéghini V. (2005) : Trauma, fantasme, traumatisme, In F. Chaumon, V. Ménéghini, *La chose traumatique*, Paris, L'Harmattan, p. 35-46.

Mijolla-Mellor S. de (2010) : D'une guerre à l'autre ; le sacrifice, *Topique* N° 133, 4, p. 213-220.

Millequand M.-C., Rosenstrauch C., Capelle L., Louville P. (2005) : Place des associations, In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, M. Goudemand, *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, chap. 22.

Miller A. (2004) : *Notre corps ne ment jamais*, Paris, Flammarion.

Minkowski E. (1936) : *Vers une cosmologie*, Paris, Aubier-Montaigne.

Monthelie L. (1906) *: Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 06, p. 477.

Morbois C., Casalis M.-F. (1998) : Les groupes de parole, In G. Lopez, A. Sabouraud-Séguin (sous la direction de), *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod, chap. 12.

Morbois C., Casalis M.-F. (2002) *: L'aide aux femmes victimes de viol*, Le Bouscat, L'esprit du temps.

Moroy F., Perot J.-M., Hannoir S., Chopin N., Mille C. (2000) : Abus sexuel : le temps de la révélation et ses ambiguïtés, *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc*., 48, p. 109-112.

Mormont C. (1998) : Victimisation Bénéfices secondaires, Dossier Victimisation, parentalité, toxicomanie, incarcération, *L'Observatoire,* n°18.

Moro M. R. (2002) : *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Paris, La découverte.

Moulin V. (2008) : Approche dynamique et processuelle de l'agir criminel violent. Vers une modélisation psychocriminologique du passage à l'acte, In B. Gaillard (sous la direction de), *Psychologie criminologique*, Editions in Press, p. 84.97.

Moulin V. (2010) : Dynamique criminelle et vulnérabilité psychique, *L'évolution psychiatrique*, vol. 75, N°1, p. 107-121.

Mucchielli R. (1967) : *Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale*, Bruxelles, Charles Dessart Editeur.

Mujawayo E., Belhaddad S. (2004) : *SurVivantes*, Editions de l'aube.

Natanson J. (1992) : Traumatisme, Séduction, Fantasme, Le traumatisme chez Freud et dans l'histoire de la psychanalyse, *Etudes psychanalytiques* n°2, p 13-108.

Nazare-Aga I. (1999) : *Les manipulateurs sont parmi nous*, Paris, Editions de l'homme.

Nazare-Aga I. (2004) ; *Les manipulateurs et l'amour*, Paris, Editions de l'homme.

Neuburger R. (1988) : *L'irrationnel dans le couple et la famille*, Paris, ESF.

Neuburger R. (1995) : *Le mythe familial*, Paris, ESF.

Neyraut M. (1981) : *Le transfert. Etude psychanalytique*, 2° édition, Paris, PUF.

Nisse M., P. Sabourin (2004) : *Quand la famille marche sur la tête*, Paris, Seuil.

Osofsky J. D. (2007) : *Young Children and Trauma. Intervention and Treatment*, New York, London, The Guilford Press.

Pactet M.-F. (1914) : L'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer, *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 7ième année ; N° 2, p. 44-48 ; N° 3, p. 82-86 ; N° 4, p. 110.

Passamar M., Borgne N., Vilamot B. (2003) : Le débriefing psychologique est-il déjà une thérapie ?, Obstacles et indications, *Stress et Trauma*, 125-128, p. 125- 128.

Pechikoff S., Doray B., Douville O., Gutton P. (2004) : *Toulouse/AZF. Essai sur le traumatisme et la tiercéité*, La dispute.

Pezé M. (2008) : *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, Journal de la consultation « Souffrance et Travail » 1997-2008*, Paris, Pearson Education France.

Pietra-Santa P. (1859) : Etude médico-hygiénique sur l'influence qu'exercent les chemins de fer sur la santé publique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* série 2, N° 12, p7-49.

Pier son F. (2007) : Prise en charge des salariés confrontés à un événement potentiellement traumatique dans le cadre de leur travail, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 133-139.

Pignol P., Launat D., (1999) : Interventions dans un groupe constitué suite à un événement critique, L'intervention d'urgence médico-psychologique, 1re journée scientifique nationale de l'AFORCUMP. *Journées thématiques de psychiatrie n° 6*, Toulouse, STARSUP, 1999, p. 611-620.

Pignol P., Villerbu L.M., Bouchard C. (1992) : A propos du MAPS d'E.S. Shneidman. Deux perspectives de recherche autonomes: clinique thérapeutique et clinique psychopathologique. *Bulletin de Psychologie*, T. XLV, Mars-Juin 1992, 520-530.

Pignol P. (2004) : Qu'est-ce qu'un auteur pour une victime ?, *Colloque « Autour de l'œuvre de L. Crocq : Auteurs et victimes »*, site de L'ICSH (www.uhb.fr/sc_humaines/institut-criminologie).

Pignol P. (2005) : *Etude sur 4 années d'une cohorte de femmes suivie en consultation de victimologie*, site de L'ICSH (www.uhb.fr/sc_humaines/institut-criminologie).

Pignol P., Villerbu L.-M. (2007) : Le soutien psychologique durant le parcours judiciaire de la victime. Deux exemples cliniques, In L. Crocq, *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 275-286.

Pignol P., Villerbu L.-M. (2008) : Nouvelles réflexions sur le couple pénal en victimologie, In JL Senon et coll. *Psychocriminologie*, Paris, Dunod, p. 261-266.

Pignol P., Villerbu L.-M. (2008) : L'entretien clinique en victimologie, In O. Douville et B. Jacobi, *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*, Paris, Dunod, p.107-128.

Pignol P., Villerbu L.-M (2008) : Essai d'épistémologie autour des écrits victimologiques de Louis Crocq, partie 1, *PSYCHOMédia,* N° 18, sept 2008, p. 77-82.

Pignol P., Villerbu L.-M. (2008) : Essai d'épistémologie autour des écrits victimologiques de Louis Crocq, partie 2, *PSYCHOMédia*, N° 19, déc. 2008, p. 79-82.

Pignol P., Villerbu L.-M (2008) : La victimité, émergence d'un processus et d'un dispositif, *Rhizome*, N° 35, juillet 2009, p.12-13.

Pignol P. Villerbu L.-M., Moulin V. (2008) : Nouvelles réflexions sur le couple pénal en victimologie. Vers une quatrième victimologie, In Senon, Lopez Cario, et all *Psychocriminologie*, Paris, Dunod, p.261-66.

Pignol P. (2009) : Un essai de typologie des violences professionnelles à usagers. L'exemple des personnes âgées*. Les Cahiers de « Psychologie et Vieillissement »*, juin. 2009, p. 41-50.

Pignol P., Gouenard D. (2009) : Etre victime, In L.-M. Villerbu (sous la direction de), *Temps, psychiques, temps judiciaires ; Etudes anthropologiques, psychologiques et judiciaires*, Paris, L'Harmattan, 2009, p. 261-271.

Pilet J.-L. (2009) : *Drames en milieu scolaire. Protocole pour évaluer, soutenir, communiquer*, Paris, Masson.

Poilpot-Rocaboy G. (1998) : Violation du contrat psychologique et harcèlement professionnel, *Gestion 2000*, juillet-aout, p. 15-34.

Poilpot-Rocaboy G. (2000) : Le processus du harcèlement professionnel, *Revue française de Gestion*, janv.-fév. 2000, p 31-51.

Ponseti-Gaillochon A., Duchet C., Molenda S. (2009) : *Le débriefing psychologique*, Paris, Dunod.

Porot A. (1969) : *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, PUF.

Porot M. (1958) : La psychallergie aux événements d'Algérie, *Ann. Méd.-Psych*., 116, T.1.

Porot M., Couadau A., Plénat M. (1985) : Le syndrome de culpabilité du survivant, *AMP*, vol. 143, N° 3, p. 256-262.

Postel J., Quetel J. (1983) : *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Privat.

Prévost C.-M. (1973) : *La psycho-philosophie de Pierre Janet*, Paris, PAYOT.

Prieto N., Lebigot F. (2003) : Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe, *Stress et trauma*, 3 (1), p. 29-33.

Prieur B., Guillou S. (2007) : *L'argent dans le couple*, Paris, Edition Albin Michel.

Prigent Y. (2003) : *La cruauté ordinaire*, Paris, Desclée de Brouwer.

Puget J. et coll. (1989) : *Violence d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod.

Putnam J.-J. (1883) : Recent Investigation into the Pathology of so-called "Concussion of the Spine". *Boston Medical and Surgical Journal,* N° sept. 1883.

Putnam J.-J. (1884) : The medical significance of Hemianesthesia after Concussion Accidents. *American Journal of Neurology and Psychiatry*, N° nov. 1884.

Racamier P.-C. (1995) : *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Les Editions du Collège.

Racon P., Ferdy L. (2007) : Journée d'accompagnement des familles de victimes de la catastrophe aérienne au Venezuela : expérience inédite et interrogation de deux psychologues, *L'information psychiatrique*, vol. 83, N° 6, p. 467-470.

Ramaut D. (2006) : *Journal d'un médecin du travail*, Paris, Le cherche midi.

Rassial J.-J. (1999) : *Le sujet en état limite*, Paris, Denoël.

Raybaud A. (1903) : A propos des accidents du travail. L'aggravation volontaire des blessures, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, No 49, p. 365-70.

Ravisy P. (2000) : *Le harcèlement moral au travail*, Paris, Delmas Express, Editions Dalloz.

Rechtman R. (2005) : Du traumatisme à la victime, In D. Fassin et P. Bourdelais (sous la direction de), *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La découverte, p. 165-196

Regis P. (1914) : L'aliénation mentale chez les mécaniciens et chauffeurs des Compagnies de chemin de fer, *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 7ième année ; no 3, p. 87-93.

Revault D'Allonnes M. (2008) : *L'homme compassionnel*, Paris, Seuil.

Revue des accidents du travail. Exagération et simulation des accidents du travail, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 1905, p. 196-99.

Reynaud F. (1997) : *Ex-voto de Notre-Dame de la Garde*, Marseille, La Thune.

Roisin J. (2003) : Victimes d'agression sexuelles. Les ressources thérapeutiques des groupes de parole, *Stress et Trauma*, 3 (3), p. 163-175.

Roisin J. (2010) : *De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme et sa guérison*, Paris, PUF.

Romano H. (2004) : *La prise en charge des élèves victimes d'abus sexuel*s, Paris, Hachette Livre.

Romano H. (2006) : Enfants et adolescents face à un événement traumatique, *Stress et Trauma*, 6(4), p. 239-246.

Romano H. (2007) : Intervenir lors d'un événement traumatique en milieu scolaire, *Le journal des psychologues*, n° 248, p. 54-58.

Roussillon R. (1991) : *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.

Roussillon R. (1999) : *Agonie, clivage et symbolisation,* Paris, PUF.

Roux J. (1913) : *Les névroses post-traumatiques. Hystérie, neurasthénie, sinistroses,* Paris, J.-B. Baillière et fils.

Rubin G. (2007) : *Du bon usage de la haine et du pardon*, Paris, Payot.

Rudetzki F. (1996) : S.O.S. Attentats, *Nervure*, Tome IX, N°6, p. 38-43

Rudetzki F. (2004) : *Triple peine*, Paris, Calmann-Lévy.

Ryfman P. (2008) : *Une histoire de l'humanitaire*, Paris, La découverte.

Sabouraud-Seguin A. (2001) : *Revivre après un choc*, Paris, Edition Odile Jacob.

Sabourin P. (1985) : *Ferenczi Paladin et grand vizir secret*, Edition en ligne : http://www.bibliotheques-psy.com/spip.php?article701.

Sabourin P. (1990) : Vizir secret et tête de turc, Préface à S. Ferenczi, *Psychanalyse IV*, Paris, Payot.

Sabourin P. (1999) : Douze concepts ferencziens incontournables dans le cadre du traitement psychanalytique des abus sexuels précoces, *Le Coq-héron*, N° 154, p. 81-93.

Sabourin P. (2000) : Quand le mineur agressé devient agresseur sexuel, *Colloque international Institut de la famille de Toulouse*, 4 et 5 mai 2000.

Sabourin P. (2004) : De l'autosacrifice à la défragmentation, *Le Coq-Héron*, 178, p. 85-97.

Sabourin P. (2005) : Un concept crucial : l'identification à l'agresseur, *Le Coq-Héron*, 181, p. 150-156.

Sartre J.-P. (1943) : *L'être et le néant*, Paris, Gallimard Tel, 1976.

Schimek J. G. (2003) : Réalité et fantasme dans la théorie de la séduction. Une reconsidération historique, In *Sur la théorie de la séduction*, Libres cahiers pour la psychanalyse, Editions In Press.

Schnyder U. (2005) : Psychothérapies pour les PTSD. Une vue d'ensemble, *Psychothérapies*, vol. 25, No 1, p. 39-52.

Scotto Di Vettimo D. (2006) : *Vivre et survivre dans la honte*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Searles H. (1977) : *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard.

Searles H. (1979) *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard.

Searles H. (1986) *L'environnement non humain*, Paris, Gallimard.

Seguin-Sabouraud A. (2006) : Les principales psychothérapies, In L. Jehel, G. Lopez et *al.*, *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, p. 201-212.

Selvini Palazzoli M., Boscolo G., Cecchon G., Prata G. (1984) : Le problème du référent en thérapie familiale, *Thérapie familiale*, vol. V, N° 2, p. 89-101.

Selvini M. (1887) : Le problème du référent quand celui-ci est membre de la fratrie, *Thérapie familiale*, vol. VIII, N° 4, p. 337-359.

Selz M. (2006) : Clinique de la honte. Honte et pudeur : les deux bornes de l'intime, *Le Cop-Héron*, N° 184, p. 48-56.

Seyle H. (2008) : La nature du stress, *Psychologie Clinique,* n° 24, p. 201-215.

Shneidman E.S. (1952): Manual for the Make A Picture Story Method. *Projective Psychology Monographs*, N° 2, 1952, The Society for Projective Techniques and Rorschach Institute, Inc.

Sironi F. (1999) : *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*, Paris, Odile Jacob.

Sironi F. (2007) : *Psychopathologie des violences collectives*, Paris, Odile Jacob.

Sivadon M.-P. (1953) : La notion d'allergie émotionnelle, *Ann. Médico. Psy.*, 111, p. 239-243.

Sivadon M.P., Markich H. (1953) : Le temps de latence dans les névroses post-émotionnelles, *Ann. Médic.-Psychol*, 111, p. 244-246.

Sivadon M.-P., Veil C. (1965) : Aspects sociologiques et cliniques de la sinistrose, In *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Marseille, 1964*, compte rendus, Paris, Masson, p. 433-437.

Sofiyana A. (2005) : Introduction à l'introduction du séminaire sur la Lettre volée, In *Clinique Lacanienne* n°8, "D'une femme à l'autre", Paris, Editions Erès.

Souffron K. (2000) : *Les violences conjugales*, Les Editions Milan, Toulouse.

Steinitz A., Crocq L. (1992d) : L'inventaire-échelle de névrose traumatique, *Psychologie Médicale*, 1992, 24, 5, pp. 437-445.

Stewart S. (2002) : *Mémoires de l'inhumain*, Paris, Editions Campagne Première.

Stierlin E. (1912) : Effet des catastrophes sur le système nerveux, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, N° 18, p. 24-70.

Sulloway F.J. (1998) : *Freud biologiste de l'esprit*, Paris, Fayard.

Sutter J., Stern H., Susini R. (1947) : Evolution du problème des psychonévroses de guerre, *AMP*, p. 249-270.

Swain G. (1980) : Freud revisité ou la face cachée de l'inconscient, In G. Swain, M. Gauchet, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, NRF, p. 189-214.

Swertvaegher J.-L. (2003) : *Sortir d'une secte,* Paris, Les empêcheurs de penser du rond.

Tardieu A. (1859) : *Les attentats aux mœurs*, 3ième éd. Grenoble Jérôme Million.

Tarquinio C., Tarquino. P., Costantini M.-L. (2003) : Sentiment d'effroi, ESPT et altération du Soi chez les victimes de hold-up, *Stress et Trauma*, 3(2), p. 99-111.

Tisseron S. (1992) : *La Honte*, *Psychanalyse d'un lien social*, Paris, Dunod.

Tomkiewicz S. (2001) : Du bon sage de la résilience, cité par J. Lighezzolo et C. De Tichey (2004), *La résilience. Se (re)construire après un traumatisme*, Editions In Press.

Torrent S. (2003) : *L'Homme battu, Un tabou au cœur du tabou*, Québec, Option Santé.

Trehel G. (2005) : Karl Abraham et Hermann Oppenheim autour des névroses traumatiques des paix, *L'information psychiatrique*, vol. 81, N° 9, p. 811-822.

Trehel G. (2010) : Karl Abraham (1877-1925) : psychiatre de guerre à l'hôpital d'Allenstein, *Perspectives Psy*, vol. 49, N° 2, p. 144-157.

Vaiva G. (2001) : Détresse péri traumatique après un accident grave de la circulation. Valeur prédictive pour n PTSD à deux mois, *Revue francophone du stresse et du trauma*, n° 1, p. 273-280.

Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M. (2005) : *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements,* Paris, Masson.

Vila G, Porche L.-M., Mouren-Simeoni M.-C. (1999) : *L'enfant victime d'agression*, Paris, Masson.

Vaillant M. (2001) : *Il n'est jamais trop tard pour pardonner à ses parents*, Ed. LM.

Vanistendael S., Lecomte J. (2000) : *Le bonheur est toujours possible Construire la résilience*, Paris, Bayard.

Vermeiren E., De Clercq M. (2001) : Debriefing des intervenants, In M. De Clercq et F. Lebigot (2001) : *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 189-200.

Vibert Ch. (1883) : Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, partie, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série 3, tome 18, p. 524-548.

Vibert Ch. (1884) : Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, 2ième article, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série 3, tome 19, p. 320-336.

Vibert Ch. (1887) : Etude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 18, p. p. 524-548.

Vibert C. (1890) : Revue des journaux. Affections nerveuses consécutives au traumatisme par le Dr Coombs Knapp, *Annales d'Hygiène publique et de médecine Légale*, 1890, série 3, N° 23, p. 77-80.

Vibert Ch. (1892) : La névrose traumatique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, N° 28, p. 139-143.

Vibert Ch. (1893a) : Contribution à l'étude de la névrose traumatique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, tome XXIX, N° 2, p. 97-117.

Vibert Ch. (1893b) : Contribution à l'étude de la névrose traumatique, 2ième article, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e série, tome XXIX, N° 2, p. 228-247.

Vibert Ch. (1905) : La catastrophe du Métropolitain, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, série4, tome III, 1905, No 3, p.193-211.

Vigarello G. (1998) : *Histoire du viol*, Paris, Editions du Seuil.

Vila G., Porche L.-M., Mouren-Simeoni M.-C. (1998) : Etude longitudinale prospective de la pathologie psychotraumatique après une prise d'otage dans une école, *AMP*, 156, N°1, p. 14-19.

Vila G., Porche L.-M., Mouren-Simeoni M.-C. (1999) : *L'enfant victime d'agression*, Paris, Masson.

Villerbu L.-M. (sous la direction de) (1988) : *Le contrat en sciences humaines et dans les pratiques sociales et de santé*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Villerbu L.-M. (1993) : *Psychologues et thérapeutes. Sciences et techniques cliniques en psychologie,* Paris, L'Harmattan.

Villerbu L.-M. (1993) : Stratégies criminelles de secret dans l'abus fat à l'enfant : à propos des attentats à la pudeur et viol par ascendant, *AFIREM*, Lyon.

Villerbu L.-M. (1993) : *Psychopathologie Projective*, Université de Rennes 2, ARCP Editions.

Villerbu L.-M. (1994) : Enfants sous emprise. Etude victimologique. Psychopathologie et anthropologie de l'abus sexuel, *Approches juridiques et psychologiques des dysfonctionnements familiaux*, Grenoble, Université P. Mendès France, nov. 1994.

Villerbu L.-M. (2000) : Du sentiment d'obligation dans la pratique psychologique à l'école, *Colloque annuel de l'association des psychologues de l'enseignement catholique*, septembre 2000, Plestin-les-Grèves.

Villerbu L.-M., Graziani C. (2000) *: Les dangers du lien sectaire*, Paris, PUF.

Villerbu L.-M. (2004) : Après et avant, quand la victime parle. Une clinique psychologique dans les embarras de la victimologie et l'apport de la psycho-criminologie. *Journée d'étude, mai 2004, La Roche sur Yon, Institut Catholique d'Etudes Supérieures*.

Villerbu L.-M. (2004) : D'une formule embarrassante à une autre : l'interchangeabilité des positions d'agresseur et de victime. A propos de « la victime est-elle coupable ? » In R. Cario, *La victimes est-elle coupable ? Autour de l'œuvre d'Ezzat Abdel Fattah*, Paris, L'Harmattan, p.43-59.

Villerbu L.-M. (2005a) : Le psychologue en psychiatrie, l'accompagnement de tous les changements, *Rhizome*, N° 19, p. 2-3.

Villerbu L.-M. (2005b) : De la complaisance naturaliste chez A. Tardieu (1818-1879) à propos des signes dénonciateurs de la pédérastie et de leur critique expertale au XXIe siècle. Communication au colloque « Femme-Féminin- Criminalité », 8-9-10 déc. 2005, Rennes, http://www.sites.univ-rennes2.fr/icsh/travaux_villerbu.html

Villerbu L.-M., Pignol P. (2006) : Approche sérielle en victimologie familiale : une conversion nécessaire dans l'analyse des situations de maltraitance et dans le travail psychosocial, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 159-268.

Villerbu L.-M., Pignol P. (2006) : Des techniques projectives à la guidance projective, In O. Douville (sous la direction de), *Les méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod, p. 147-167.

Villerbu L. M. (2007) : *Les violences sexuelles chez le jeune enfant*, *CONGRES'sentiels, Actualité Médicales Nantaises,* 16/17 novembre 2007.

Villerbu L. M., Moulin V. (2008) : Interaction victime/infracteur : un choix ? In J.-L. Senon, G. Lopez R. Cario, *Psychocriminologie*, Paris, Dunod, p.267-73.

Villerbu L.-M. (2010) : Dimensions psycho-criminologiques de la « désistance », à paraître.

Vitry M. (2007) : Deux missions d'accompagnement psychologique auprès de familles endeuillées, In L. Crocq et all., *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 269-273.

Voivenel P. (1918) : Sur la peur morbide acquise, Société médico-psychologique, *Annales médico-psychologiques*, N° 9, séance du 28 janv. 1918, p. 283-308.

Vouche J.-P. (2009) : *De l'emprise à la résilience*, Paris, Editions Fabert.

Walter F. (2008) : *Catastrophes. Une histoire culturelle XVIe-XIXe*, Paris, Editions du Seuil.

Waintrater R. (2003) : *Sortir du génocide*, Paris, Edition Payot et Rivages.

Waintrater R. (2009) : L'entretien de témoignage : un récit sous contrainte, In O. Douville et B. Jacobi, *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*, Paris, Dunod, p. 35-56.

Weber E., Prieto N., Lebigot F. (2003) : L'accueil des familles des passagers lors de la catastrophe du Concorde, *AMP*, 161, p. 432-438.

Welzer-Lang D. (1992) : *Arrête ! Tu me fais mal !*, Paris, Editions Payot et Rivages.

Winnicott D. W (2000) *: La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, PUF,

Young A . (1995) : *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, New Jersey, Princeton University Press.

Zucker D. (2001) : Prises en charge psychothérapeutiques psychodynamiques brèves : entre la souffrance et la réalité, In De Clercq M., Lebigot F., *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 235-243.

Index des tableaux

LE POLYMORPHISME DE LA NOTION DE TRAUMA CHEZ FREUD…….224

PANORAMA DE L'AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE AUX VICTIMES……..290

PRINCIPALES CONCEPTIONS DU TRAUMATIQUE DE SA NAISSANCE A NOS JOURS……307

CONSTITUTION JURIDIQUE DES POSITIONS D'AUTEUR ET DE VICTIME…….375

DE LA CULPABILITE ET DE LA RESPONSABILITE PSYCHIQUES…….....385

LES 4 DILEMMES CONSTITUTIFS DU TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME…….....391

TYPOLOGIE DES PROBLEMATIQUES VICTIMALES A DYNAMIQUE AUTO-DESTRUCTRICE……..459

TYPOLOGIE DES SYNDROMES VICTIMAUX A DYNAMIQUE HETERO-DESTRUCTRICE…….463

PRINCIPAUX MODES D'ATTEINTES A LA CONSTITUTION DES POSITIONS D'AUTEUR ET DE VICTIMES 490

MODELE DE LA PROFESSIONNALITE : LA CONTRIBUTION……565

MODELE DE LA PROFESSIONNALITE : MODELE DE LA RETRIBUTION……568

LES ATTEINTES A LA CONTRIBUTION……..575

LES ATTTEINTES A LA RETRIBUTION……577

EPREUVE DE REPRESENTATION GRAPHIQUE DES CYCLES RELATIONNELS CONJUGAUX…….581

UN MODELE NORMATIF DE LA CONJUGALITE……..583

LE TRAVAIL PSYCHIQUE DE VICTIME. ESSAI DE PSYCHO-VICTIMOLOGIE

Le but de ce travail est de théoriser une pratique à visée de changement développée dans le cadre d'une consultation hospitalière publique à destination de personnes victimes et psychotraumatisées. Cette pratique a été conçue en réponse aux impasses psychiques présentées par ces sujets suite à la traversée d'événements ou de contextes de vie extrêmes.
Notre parcours nous a conduit du trauma à l'après-trauma, de l'après-trauma à l'épreuve de réalité qu'il représente, de celle-ci au Travail psychique de victime et de ce denier à l'accompagnement psycho-victimologique.
Il trouve sa raison dans ce qui est apparu comme une surdétermination du concept de trauma, objet de multiples usages et acceptions de sa naissance à aujourd'hui, à mesure que nous en avons retracé l'histoire et dégagé les soubassements anthropologiques avec de ce que nous avons dénommé la « victimité ».
En référence à la notion d'épreuve de réalité, développée par S. Feud à propos du deuil, nous avons dégagé les principes d'un travail psychique particulier nécessité par cette traversée d'événements extrêmes, le Travail psychique de victime.
Il sera appréhendé à partir de quatre dilemmes revoyant aux questions de responsabilité et de culpabilité qu'a soulevées l'événement. L'échec à soutenir ces dilemmes nous permettra de rendre compte d'un ensemble de positions victimales problématiques ordonnées en une typologie et illustrées par des situations cliniques tirées de notre pratique.
Nous nous attacherons alors, sous le terme de guidance psycho-victimologique, à dégager les principes de l'aide psychologique sous transfert nécessitée par les singularités de ces positions, et en proposerons des exemples détaillés.

MOTS-CLES : psycho-victimologie ; Travail psychique de victime ; histoire du traumatique ; anthropologie de la victimité ; typologies des problématiques victimales ; guidance psycho-victimologique ; épistémologie ; clinique-psychopathologie.

THE INTRAPSYCHICAL WORK OF THE VICTIM. ESSAY OF PSYCHO-VICTIMOLOGY

The aim of this research is to theorise a clinical practice aiming to change developed within a public hospital consultation service users who have been victimised and suffer from psychotrauma. This practice has been conceived in response to intra-psychical obstacles presented by these subjects.
Our line of thought drove us from trauma to post-trauma, from post-traumatism to reality testing this may represent for these subjects, and from the latter to "the intra-psychical work of victim" and then to psycho-victimal support.
This intellectual trajectory holds its grounds from what appeared as the multiplicity of uses and definitions of the concept of trauma this was evidenced as we have recounted its history and pinpointed its anthropological grounds with what the author named "victimity".
Referring to reality testing developed by S. Freud regarding the process of grief, we have highlighted the principles of a specific intrapsychical work required by this crossing of extreme life- events, "The intra-psychical work of the victim". This will be conceived based on four key dilemmas referring to questions of responsibility and guilt provoked by the event. The failure to solve these dilemmas will allow us to elicit a differentiated set of problematic victimal positions. These will be organised within a typology illustrated by clinical vignettes drawn out of clinical practice
Finally what the author conceptualized as "psycho-victimological guidance" will be articulated. The approach pinpoints key tenets of psychological support under transference required by the singularity of this population's positions. Detailed excerpts will illustrate the practice proposed.

KEY-WORDS : psycho-victimology ; Intra-psychical work of victim ; history of psychotrauma ; anthropology of victimity ; typology of victimal positions ; psycho-victimological guidance ; epistemology ; clinical psychopathology.
.