

## LE TRAUMATISME ET SES REPRÉSENTATIONS

[Christian Lachal](#)

ERES | « Journal français de psychiatrie »

2010/1 n° 36 | pages 9 à 12

ISSN 1260-5999

ISBN 9782749214665

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-1-page-9.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Le traumatisme et ses représentations

Christian Lachal\*

Il s'agit dans ce texte de montrer que le traumatisme, en tant que tel, ne peut être représenté : est réel, en dehors du champ symbolique et de l'imaginaire. Cela explique que les représentations autour, à propos du traumatisme, foisonnent, prenant leur source dans les défenses qui permettent aux personnes vivant une expérience traumatique de ne pas s'effondrer. Parmi ces représentations, certaines permettent de construire une clinique du traumatisme, d'autres sont manipulées à des fins diverses, parfois utiles, d'autres fois nuisibles. Ces représentations recouvrent des réalités plus larges que celles de l'expérience collective ou individuelle : traumatisme collectif, statut de victime, métapsychologie du trauma et du fantasme...

## Histoire du trauma, histoire du traumatisme

Il y a plusieurs histoires de la notion de traumatisme et plusieurs voies qui se recourent ou s'éloignent les unes des autres selon les périodes considérées. Pour simplifier cette histoire complexe, il est de mise d'utiliser deux termes, trauma et traumatisme. Nous soulignerons que ces notions influencent en retour la façon de « faire l'Histoire », puisque si les historiens les plus renommés de l'école française s'appuient sur les documents, traces, médiations de la mémoire pour interpréter de la façon la plus objective possible les événements passés, une nouvelle historicisation s'est imposée récemment : fondée, pour les événements qui restent à portée de mémoire d'homme, sur les témoignages de ceux qui ont vécu ces événements, la Grande Guerre, la Seconde Guerre mondiale et la Shoah, etc., amenant à des excès tels ceux des politiques qui inventent, par exemple, le concept de l'enfant à l'école « porteur de mémoire », elle interroge sur la mémoire, le souvenir et son rapport à l'événement vécu, l'articulation entre les faits et leurs représentations.

### La voie du traumatisme

Ce qui pourrait n'être qu'une catégorie diagnostique parmi d'autres est devenu une conception qui vise à l'universalité<sup>1</sup>. Des centaines d'articles et de livres sont consacrés aujourd'hui à ce concept.

La notion de *traumatisme psychique* s'est dégagée progressivement de la notion de traumatisme physique, portant en particulier sur le cerveau. Un chirurgien anglais, John Erichsen, qui traitait les victimes des premières catastrophes ferroviaires, décri-

vait en 1866 trois catégories de patients : ceux qui présentaient des lésions effectives du système nerveux, ceux qui recherchaient des compensations financières et ceux dont les symptômes résultaient de « secousses », « chocs » du système nerveux ayant produit des lésions non visibles. Tous ces patients ont en commun de manifester un ensemble de symptômes dont il donne la description, identique à celle que nous retrouvons aujourd'hui dans l'EPT-PTSD<sup>2</sup>. Pour Edwin Morris, également chirurgien, n'importe quelle agression, physique ou *émotionnelle*, peut produire cet effet de choc au niveau du système nerveux ; la *peur* est une émotion suffisamment puissante pour expliquer cela. Lui et d'autres médecins vont s'efforcer d'étayer leur thèse, en apportant des exemples de personnes mortes de la peur. Cette étiologie permet en outre d'expliquer pourquoi certains patients, qui présentent des blessures très superficielles, développent des états de choc parfois très prononcés, alors que d'autres, grièvement blessés, ne seront pas choqués. Bien que le débat entre ceux qui tiennent pour la cause physique et ceux qui défendent la cause émotionnelle reste vif pendant plusieurs années, on peut considérer que, dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les termes essentiels de l'EPT-PTSD sont en place : la description des symptômes et leur détermination par la peur. Ajoutons qu'un troisième point était souligné par Erichsen : la possibilité d'une période asymptotique entre l'accident et le début des troubles.

En Allemagne, dans la même période, le psychiatre Oppenheim (cité par Barrois<sup>3</sup>) opte pour la thèse émotionnelle centrée sur un affect désigné non pas comme peur mais comme *effroi* (*Schreck*), et décrit chez les accidentés du chemin de fer ou d'autres types de catastrophes les *névroses traumatiques* (Freud, 1919 ; Barrois, 1998). Ce terme sera retenu par les cliniciens, notamment en France, jusqu'à l'époque actuelle.

L'effroi est une émotion, donc un état qui doit être décrit et expliqué à la fois par la physiologie et par la psy-

*Le traumatisme, en tant que tel, ne peut être représenté : est réel, en dehors du champ symbolique et de l'imaginaire.*

chologie. Il ne s'agit plus de débattre de la cause physique ou psychique du choc, mais de rendre compte des conséquences d'un choc psychique : le terme d'état de *stress* post-traumatique indique la voie qui a été choisie pour documenter cette question de la peur sur le plan physiologique : celle du stress, des travaux de Cannon, Crile, Selye, etc. Les conceptions actuelles sont évidemment plus élaborées, mais le modèle du stress est resté prédominant et rend bien compte, en particulier, des symptômes dits « neurovégétatifs » du tableau.

Cependant, il y a beaucoup de différences entre stress et traumatisme qui en font des entités séparées. La peur produit dans le psychisme une série d'effets, dont le plus marquant est une organisation particulière des traces de mémoire liées à l'expérience traumatique. Beaucoup de travaux, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> (Freud, 1896 et 1915), vont converger autour de cette constatation : certains souvenirs sont liés à une expérience traumatique, et ils vont persister au cœur du psychisme et produire des effets psychologiques et physiques. Ce n'est pas le traumatisme initial, avec son corrélat émotionnel (peur, effroi), qui agit, c'est le souvenir persistant, sorte de parasite de la vie psychique. En règle générale, ces souvenirs sont séparés, dissociés du reste du fonctionnement psychique : oubliés, ils restent actifs et se manifestent par des symptômes.

Dans le même temps, par le développement de la pratique de l'hypnose, on découvre que l'on peut provoquer ces états mentaux particuliers. On les retrouve aussi dans la pathologie, ce sont les états seconds, les états de dédoublement de la personnalité, etc. Le problème n'est d'ailleurs pas simple puisque, si on peut produire par induction hypnotique des souvenirs qui agiront comme des souvenirs traumatiques, on ne peut pourtant pas dire que l'hypnose est traumatisante. L'explication proposée par P. Janet (Janet, 1889) est que les expériences traumatiques, du fait de leur intensité, ne

1. D. Summerfield, « Trauma and the experience of war : a reply », *Lancet*, vol. 351, n° 9115, 1998, p. 1580-1581.

2. A. Young, *The Harmony of Illusions*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

3. C. Barrois, *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 1998.

\* Psychiatre.

peuvent être assimilées et mémorisées selon les modalités habituelles et sont donc mémorisées comme séparées du reste de l'expérience vitale, de la mémoire de vie : le parallélisme entre l'état hypnotique et l'expérience traumatique est que ce qui se passe à ce moment-là n'est pas rattaché, associé au reste de l'expérience personnelle du fait de l'état psychologique dans lequel se trouve la personne, et va donc s'inscrire à part, isolé, rendant ce type d'inscription mnésique susceptible de produire des troubles.

Au cours des deux guerres mondiales, la question des troubles secondaires à des chocs traumatiques a pu être largement documentée. Des milliers de cas ont pu être observés, traités, répertoriés. Plusieurs appellations ont été proposées pour désigner ces troubles. On a parlé de *shell-shock*, devenu la pathologie de guerre emblématique, notamment dans les milieux anglo-saxons, de *l'hystérie de guerre*, qui met surtout en avant les symptômes de conversion, du syndrome d'épuisement ou *exhaustion*. Pendant la guerre russo-japonaise, le psychiatre allemand Honigman propose le terme de *névrose de guerre* (*Kriegsneurose*). Le PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) a pris le relais de ces appellations, il s'agit d'un phénomène de « rebranding », donner un nouveau nom à un produit trop connu. Le terme de névrose traumatique, conservé par les auteurs français, permet une approche clinique plus affinée, tenant compte de symptômes qui ne sont pas recensés dans le PTSD et de l'évolution dans le temps de la symptomatologie.

Pourquoi ce rebranding ? La conception actuelle du PTSD-EST est née à l'intersection d'une modification de la clinique psychiatrique et d'un mouvement de revendication sociale de type lobbying. La modification clinique résulte de la mise au point, par un groupe de psychiatres américains, d'une classification des troubles mentaux qui se veut a-théorique et standardisée, le DSM III. La revendication sociale est celle des vétérans du Vietnam, victimes et bourreaux, qui souhaitent faire reconnaître dans cette catégorisation des troubles psychiques leurs propres problèmes psychologiques, consécutifs à la guerre. Ce rebranding est donc un forçage pour réintroduire une pathologie qui était évacuée par la nouvelle classification : celle-ci, refusant le terme de névrose, ne pouvait accepter le terme de névrose traumatique ou de guerre. La « mondialisation » du DSM III a entraîné celle du PTSD. La technique de soin par « debriefing » ainsi que l'introduction des soins psychologiques dans les programmes des agences internationales et des ONG en charge des soins des populations en situation humanitaire ont amplifié ce phénomène.

Les développements récents du PTSD concernent surtout sa description chez l'enfant, puis chez le bébé. L'idée que les bébés puissent être directement traumatisés est assez récente. Le plus souvent, on va se concentrer sur la dyade mère-bébé et sur les traumatismes de la mère, plutôt que sur le bébé. Cette approche, basée sur la clinique des interactions, est bien sûr intéressante, mais elle élude le problème crucial du traumatisme direct des bébés : les bébés peuvent être protégés du traumatisme par leur mère ou subir les conséquences des traumatismes maternels du fait des perturbations ou des interactions. Cependant, un certain nombre d'observations amènent à penser que le bébé peut être directement traumatisé.

On le voit, au travers de l'évolution des terminologies, des conceptions étiopathogéniques, des classifications, mais aussi de tendances sociologiques, culturelles, ou de situations spécifiques telles que les

terrains de guerre ou de catastrophe, les professionnels forgent des représentations variables du traumatisme qui, à leur tour, influencent les représentations des patients et de façon plus générale les représentations sociales. L'exemple typique de cette extension est celui de *traumatisme collectif*, notion très utilisée aujourd'hui, notion trompeuse puisqu'elle pourrait amener à l'idée d'une sommation des traumatismes individuels produisant un traumatisme collectif, ou encore entretenir la confusion très répandue entre le fait de vivre des événements traumatiques et de souffrir d'un traumatisme.

**La deuxième voie est donc celle du trauma**

C'est Freud qui initie bien sûr cette notion puisque pour lui l'étiologie des névroses est un traumatisme infantile de nature sexuelle. Sa représentation du traumatisme est différente de la représentation chronologique que nous avons vue précédemment et qui va de l'événement traumatique aux symptômes. Pour Freud, il y a eu une séduction de l'enfant par un adulte dans l'enfance, mais qui n'a donné lieu à aucune extériorisation ; c'est après coup, lors d'un deuxième événement, souvent insignifiant, que la trace de l'événement de l'enfance est réactivée et produit un afflux d'excitation interne qui dépasse les capacités habituelles du sujet : les symptômes des névroses apparaissent. À partir de 1897, il remet en cause sa « *neurotica* » et promeut la réalité psychique et le rôle du fantasme pour rendre compte des névroses de transfert. Les « événements » de nature sexuelle de la petite enfance réactivés à l'âge adulte sont surtout des scénarii, des fantasmes.

En même temps, Freud reconnaît les névroses traumatiques, leur fréquence pendant la guerre de 1914-1918 et leur spécificité. Dans « Au-delà du principe du plaisir », il compare la névrose traumatique à la névrose hystérique et note que la première relève d'une plus grande souffrance subjective, qui se rapproche de la mélancolie ou de l'hypochondrie, avec un affaiblissement généralisé des fonctions psychiques dans leur globalité. Il dit que deux traits pourraient servir de points de départ à la discussion de ces états : le facteur de surprise qui caractérise une émotion de la peur, l'*effroi*. Par la suite, il reprendra certaines des thèses de Sandor Ferenczi, qui a étudié de façon très approfondie la question du traumatisme. En 1938, Freud décrit notamment le mécanisme psychique de défense du *clivage*. On sait que les rapports entre Freud et Ferenczi ont été passionnels, à la fois sur le plan affectif et sur le plan de la théorie et de la pratique de la psychanalyse. Ferenczi reste cependant

celui qui a ouvert à une véritable exploration psychanalytique du trauma. Un de ses apports que nous considérons comme majeur est la description des mécanismes de défense, qu'il nomme d'ailleurs des *stratégies de survie ou de sauvegarde*. Il décrit le « choc » ou la « commotion » comme un équivalent de *l'anéantissement du sentiment de soi*. Il n'est donc pas possible de créer ou de conserver une *représentation* de cela, ce qui a été repris par la suite sous forme d'énoncés divers : un trou dans le symbolique par exemple. Rappelons ici que la cause de cet anéantissement peut être externe ou interne, mais dans tous les cas, elle excède les capacités psychiques par la quantité d'excitation produite. Cette cause ne peut être modifiée par le sujet (réaction alloplastique), qui est obligé de se modifier lui-même (réaction autoplastique). Ferenczi cite plusieurs des transformations possibles : la perte de conscience, l'arrêt de la pensée, la passivité, la confusion mentale (ce qui correspond au tableau décrit aujourd'hui comme stress aigu ou état de stress dépassé), le clivage, voire la fragmentation. Encore une fois, ces réactions sont de survie et n'apportent pas une résolution à ce qui s'est passé au moment du trauma, le vécu non représentable d'anéantissement. Pour lui, la répétition, considérée dans les représentations modernes du traumatisme comme le noyau des symptômes, n'est due qu'à la recherche constante du psychisme à trouver une résolution de ce qui s'est passé, même si, le plus souvent, elle échoue (chronicité de l'état post-traumatique). La répétition du traumatisme, ou plutôt des réactions de sauvegarde mises en œuvre au moment de l'événement traumatique, est la seule façon de le résoudre puisqu'il n'en reste aucune représentation consciente ou inconsciente. C'est une sorte de paradoxe que tente d'expliquer Ferenczi et qui reste dans la clinique sous cette forme paradoxale, à savoir que ce qui ne peut être représenté (ce que Lacan nomme le réel) donne lieu à une répétition de représentations riches et qui sont parfois aussi destructrices pour le sujet que l'événement traumatique lui-même. Ces représentations peuvent être l'objet de refoulement secondaire avec « oubli », dont le sujet peut être extrait dans différentes conditions (essais de psychothérapie pour des troubles divers, nouvel événement traumatisant, apparition de ce que les Anglo-Saxons appellent un « *stressor* », etc.).

Le problème est que cette levée du refoulement conduit à deux voies : l'une vers ces réactions de survie qui témoignent de la menace de néantisation, l'autre vers la réactivation de fan-

*Il y a plusieurs histoires de la notion de traumatisme et plusieurs voies qui se recoupent ou s'éloignent les unes des autres selon les périodes considérées. Pour simplifier cette histoire complexe, il est de mise d'utiliser deux termes, trauma et traumatisme.*

tasmes. Dans les deux cas, l'afflux d'excitation pulsionnelle est très puissant et renforce sans aucun doute l'impression de « déjà-vécu » qui accapare le sujet.

## Le vécu, le représenté, la conviction

Ce problème s'est posé à l'époque du débat entre Freud et Ferenczi, comme il s'était posé pour les médecins militaires cherchant à différencier simulateurs et malades, comme il s'est à nouveau posé pour les psychiatres anglo-saxons à travers la remise en cause médico-légale, puis clinique et théorique, de remémorations d'abus sexuels de l'enfance sous hypnose ou induction suggestive, remémorations ayant donné lieu à une véritable « épidémie » et aux controverses qui ont évidemment surgi lors de cette multiplication de cas.

Pour Ferenczi, le trauma est resté « en souffrance », en attente donc de remémoration, de *représentations*, et il ne peut accéder à ce statut (qui engage à la fois les représentations symboliques et l'image du corps) qu'à la condition d'être à nouveau « souffert » par le sujet, c'est-à-dire revécu. C'est la distance d'avec l'événement et son contexte qui peut permettre cette fois la résolution recherchée. Mais cela l'entraîne dans une façon de gérer le contre-transfert très particulière, qui va l'opposer à Freud, parfois de façon violente. Ainsi, il va complètement à l'encontre de la façon dont le problème est posé : le psychanalyste, disons le clinicien, doit faire la part entre ce qui a été réellement vécu et ce qui est reconstruit à travers le filtre des fantasmes : c'est la question toujours posée. Pour Ferenczi au contraire, la répétition infinie de l'expérience traumatique amène à une reconstruction à peu près complète, comme un puzzle, de ce qui a été vécu. Le problème est que le patient ne tient pas comme probable ce qu'il se remémore. Il s'agit là des scènes de séduction, d'abus ou de maltraitance précoces. Pour Ferenczi, le patient ne pourra jamais requalifier ces images-mosaïques comme des souvenirs si l'analyste reste froid et neutre, l'analyste, *seul témoin de ce qui s'est passé*, précise-t-il. Il faut qu'il soit « transporté avec le patient dans cette période de son passé avec pour résultat, que nous-mêmes, comme le patient, croyions à cette réalité ». Un ouvrage récent d'une psychologue américaine<sup>4</sup> reprend ce point de vue sur le fait que le contre-transfert est essentiel pour que les patients puissent s'étayer sur l'empathie du psychologue vis-à-vis de *ce qui leur est arrivé* et que ce dernier sorte donc d'une réserve fondée sur l'obsession qui l'assiège : s'agit-il d'une expérience réellement vécue ou d'un fantasme ?

Récemment, Allan Young, du département d'anthropologie et de psychiatrie de l'université McGill<sup>5</sup> de Montréal, a repris cette question d'une façon renouvelée dans la mesure où il différencie deux situations cliniques, qu'il appelle, selon le type de processus qui fonde *les représentations* de l'expérience traumatique :

- forme iconique : événement traumatique-remémoration-syndrome (PTSD) ;
- forme mimétique : symptômes-remémoration-requalification en événement traumatique.

Dans le deuxième cas, le patient présente des symptômes plutôt dans le registre de l'anxiété et de la dépression ; il va retrouver un événement de son passé et le requalifier progressivement, souvent du fait d'inductions conscientes ou inconscientes de la part de son entourage ou d'un psychologue, en expérience de

type traumatique, ce qui va amplifier l'expression clinique dans le sens de troubles de type post-traumatique (en particulier, des pensées intrusives et des comportements d'évitement). Les Anglo-saxons parlent à ce propos de « *factitious PTSD* ».

## Le réel et la vérité historique

Le souci de ne pas renouer avec les années de « *culture of suspicion* » (1880 à 1920) est important pour Allan Young, qui rappelle à cette occasion l'histoire de Benjamin Wilkomirski<sup>6</sup> qui publia et commenta devant de nombreuses assemblées les années qu'il avait passées, de 3 à 6 ans, dans les camps de concentration et d'extermination de Majdanek et d'Auschwitz-Birkenau. Ces souvenirs étaient remontés au cours d'une thérapie suivie avec le D<sup>r</sup> Elitsur Bernstein. Après que les souvenirs de Wilkomirski ont été invalidés, ainsi que son identité juive, la question reste toujours posée de la compréhension de ce cas d'un point de vue clinique : Wilkomirski, Bruno Dossekker de son vrai nom, est-il un falsificateur ou souffre-t-il d'une pathologie, mais laquelle ? Et son histoire n'invalide rien l'Histoire, la réalité de la Shoah, faut-il le préciser !

Ce type de cas ne serait qu'anecdotique s'il n'illustrait une fois de plus la question importante des représentations du traumatisme. En effet, la majorité des lecteurs et auditeurs de Wilkomirski se sont représentés son expérience dans les camps avec une conviction très forte. Les descriptions qu'il donne des sévices subis par les enfants entraînent immédiatement des représentations chez les lecteurs et ceux qui assistaient à ses conférences. L'émergence de ces représentations est un phénomène très particulier que j'ai proposé d'appeler « scénario émergent<sup>7</sup> ». Ces représentations signalent la potentialité traumatique d'une scène racontée mais ne signifient pas sa réalité. Au fond, on revient ici à certains fondamentaux, par exemple le fait que si le Sujet se réalise (advient) dans sa parole, ce peut être sous forme d'une reconstruction, terme utilisé par Freud pour qualifier une partie importante du processus analytique, du travail de l'analyste<sup>8</sup>. Pour pouvoir évaluer si ces constructions que l'analyste propose au patient sont valides, Freud explique qu'il faut tenir compte de l'ensemble du processus analytique, que c'est cela qui lui dira si la construction était une représentation sans aucune base de vérité ou si elle contenait un morceau de *vérité historique*. Dans ce texte, Freud reprend en partie les propositions de Ferenczi et, on le voit, ce qui pousse l'analyste à « reconstruire »,

c'est la clinique, les symptômes sous transfert, avec la recherche de reconstituer « ce qui s'est passé », c'est-à-dire les *événements traumatiques*. Mais là encore, il ne s'agit pas des événements mais de la *représentation* de ces événements, comme si l'analyste était témoin de ce qui est arrivé au patient, le *comme si* est bien sûr important (on retrouve ici la thématique du scénario émergent).

On voit bien, à l'issue de ces différents exemples, que du côté du patient comme du côté du clinicien, nous avons affaire avec des représentations dont la question est de savoir quelle part de vérité historique elles contiennent. Pour répondre à cette question, le travail psychothérapeutique avec les patients, qu'ils souffrent de troubles post-traumatiques ou autres, est la réponse de Freud. Il suit l'exemple d'un personnage de roman qui fait toujours la même réponse aux questions et objections : « Au cours des événements tout deviendra clair. » On voit bien que cette voie n'est pas suffisante puisque Wilkomirski construit son histoire fautive au cours de sa thérapie. En revanche, nous soulignerons que Wilkomirski n'a pas présenté une involution de son psychisme ou une accentuation symptomatique à ce moment-là mais une sorte d'élan qui l'amena à une véritable « tournée internationale » pour donner des conférences.

En fait, deux registres sont à différencier : 1. le registre de la représentation, de la *reconstitution* pourrait-on dire, des événements traumatiques et 2. le registre des symptômes et de la clinique. La description par critères d'inclusion explicites du PTSD établit un lien indissociable entre ces deux registres puisqu'elle considère l'événement et les réactions de la personne au moment de l'événement sur le même plan que les symptômes – c'est le « critère A » du diagnostic. Il est pourtant essentiel, nous allons le voir, de bien distinguer ces deux registres.

## Clinique versus politique

Aujourd'hui, on assiste en Europe, en France notamment, à des demandes croissantes de reconnaissance du statut de réfugié par des personnes provenant de pays où se livrent des guerres, des conflits, des exactions, de l'arbitraire. Les récits que font ces personnes de ce qu'elles ont vécu sont essentiels. La condition de ces demandeurs d'asile est assimilée à celle de tous les migrants, c'est-à-dire qu'ils sont soumis dans notre pays à la politique des quotas et qu'ils sont de ce fait très peu à obtenir l'asile.

Deux organismes répondent de l'attribution du statut de réfugié au

4. C.J. Dalenberg, *Countertransference and the Treatment of Trauma*, Washington, American Psychological Association, 2000.
5. « Bruno and the Holy Fool/ Myth, Mimesis, and the Transmission of Traumatic Memories », dans *Understanding Trauma*, L.J. Kirmayer, R. Lemelson, M. Barad (éd), Cambridge University Press, 2007.
6. B. Wilkomirski, *Fragments : Memoirs of a Wartime Childhood*, New York, Schocken Books, 1996.
7. C. Lachal, *Le partage du traumatisme. Contre-transferts avec les patients traumatisés*, La Pensée sauvage, coll. « Trauma », 2006.
8. S. Freud (1937), « Constructions dans l'analyse », dans *Résultats, Idées, Problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 269-281.



demandeur (qui doit au préalable se déclarer à la préfecture de son lieu de résidence) :

– l’OFPPRA, Office français de protection des réfugiés et apatrides. La personne est interrogée par un officier de l’OFPPRA et essaie d’apporter des preuves « objectives » (rapports de police, témoignages, articles de presse concernant les événements vécus ou la personne elle-même...). Ce dialogue a lieu sans témoin et débouche très souvent sur un rejet. Il y avait 5 % d’acceptation en 2006 et 20 % en 2007, cette augmentation étant dû surtout à la diminution des demandes du fait des difficultés croissantes pour rentrer sur le territoire et pouvoir formuler une demande, beaucoup de demandeurs étant bloqués dans les CRA (Centres de rétention administrative) et expulsés avant toute possibilité d’expression de leur situation ;

– la Cour nationale du droit d’asile : la cour est composée d’un président et de son assesseur, plus un assesseur du HCR (Haut commissariat aux réfugiés), ainsi que d’un rapporteur et d’un secrétaire. Le demandeur peut être aidé par un avocat et un interprète est requis. 80 % de rejets ou assimilés en 2007, sur le nombre de demandeurs déboutés à l’OFPPRA (environ 27 000 demandeurs en 2007). La séance est publique.

Lors de ces procédures, la personne doit raconter avec le plus de détails possible ce qui lui est arrivé, que ce soit un viol, des périodes de détention, de torture, des menaces, des événements traumatiques cumulés, répétitifs, dans des contextes de guerre, conflits civils ou violences d’État. Les récits sont donc fréquemment formatés sur conseil des associations qui aident les étrangers. Lorsqu’il y a un rejet, l’argument invoqué par l’officier de l’OFPPRA ou le rapporteur de la cour est souvent un manque de crédibilité du récit. En d’autres termes, le demandeur est pris pour un menteur, un falsificateur, et il est ensuite considéré ainsi par différentes personnes auxquelles il aura affaire, dans les préfectures, les services administratifs, les organismes d’aide à la personne...

Dans leurs récits, les demandeurs font parfois mention de leur état de santé, avec ou non des certificats médicaux pour étayer leurs dires. Ces éléments sont peu pris en compte par les décideurs de l’OFPPRA ou de la cour. Pourtant, un certain nombre d’entre eux présentent des pathologies pour lesquelles ils vont consulter. On estime que le pourcentage de ceux qui consultent, souvent sur incitation de l’entourage (assistantes sociales, personnels des CADA<sup>9</sup>, membres d’associations, famille...), est très inférieur à ceux qui nécessiteraient des soins. Si leur pathologie est grave, ils relèvent alors d’une procédure spéciale qui les autorise à rester sur le territoire français pour recevoir les soins que leur état nécessite. Cette décision relève du préfet, après avis d’un médecin inspecteur de santé publique qui fait appel à un praticien hospitalier ou à un médecin agréé pour rédiger un certificat sur l’état de santé de la personne. Ce certificat n’est pas une expertise et il est préférable qu’il soit rédigé par un praticien qui connaît bien le patient. C’est dans ce contexte que j’ai pratiqué durant les dernières années, recevant en suivis réguliers des patients venus de plus de trente pays différents, m’appuyant pour la compréhension de ces patients sur une pratique dans l’humanité depuis quinze ans. Il s’agissait donc de patients présentant des troubles psychiques<sup>10</sup>.

Quand ces patients sont reçus sur un temps suffisamment long, nous nous retrouvons dans la situation déjà évoquée, celle du lien entre les deux registres : le registre de l’expérience traumatique vécue et racontée, et le registre des symptômes et de la clinique. Par un amalgame très regrettable, l’administration a tendance à considérer aujourd’hui que les

constatations médicales suivent la même démarche que celle des officiers de l’OFPPRA : la recherche de la « preuve » à travers le récit de la personne. Cette confusion est bien sûr entretenue par le descriptif du PTSD, qui critique de la même façon, nous l’avons vu, l’événement traumatique et les symptômes cliniques. Notre démarche est différente, et dans ses buts, et dans ses principes :

– dans ses buts : il s’agit pour nous d’évaluer une souffrance psychique et d’essayer de la soulager par des soins. Le fait que le patient puisse sortir de la précarité d’une situation administrative kafkaïenne et obtenir un titre de séjour pour raisons médicales participe de la possibilité que son état s’améliore. En effet, si les troubles que nous soignons sont variés, il existe une constante, qui est leur aggravation du fait de l’angoisse de l’expulsion et de la précarité absolue qui en résulte ;

– dans ses principes. Nous avons vu que le registre symptomatique entretient des liens divers avec le registre des événements vécus. L’attitude que doit adopter le thérapeute par rapport aux récits de ses patients dépend de nombreux facteurs, l’ensemble de ces facteurs se trouvant représentés, pesant un poids variable, dans ce que nous appelons le contre-transfert. La démarche ne consiste pas à reconstruire, par tous les moyens, la « vérité historique » mais à soigner.

Les liens entre les deux registres reprennent de l’importance lorsque nous avons affaire à la répétition, lors des consultations, à travers des symptômes, des réactions, des évocations, parfois des phénomènes très étranges et spécifiques qui sont recensés comme flash-back, reviviscences, jeux de type traumatique chez les enfants. Qu’est-ce qui se répète alors ? En fait, nous disposons d’une clinique très riche, qui excède largement le seul registre du récit et qui englobe nos propres réactions. Tel patient explique, par exemple, sans faire à nouveau le récit qu’il a fourni plusieurs mois plus tôt à ce propos, que la torture a laissé des traces sur son corps (il se lève et montre ses cicatrices, ce qu’il n’avait jamais fait auparavant) et que chaque fois qu’il regarde ces cicatrices dans un miroir, il a des idées de suicide. Ce patient n’a pas appris quelque part que la torture vise à la destruction de l’identité d’espèce (l’appartenance à l’espèce humaine) et que cette identité vient à se représenter entre autres dans l’image du corps. Non, il explique cela pour s’excuser de ne pas avoir pris le rendez-vous pour un scanner cérébral, demandé du fait de ses violentes céphalées qui pourraient être dues aux coups qu’il a reçus sur la tête pendant son incarcération : parce que le scanner montrerait sans doute des « cicatrices »

qui lui donneraient encore l’idée de se supprimer. Ce type de réaction est un exemple pour illustrer que la relation de confiance avec des personnes qui ont vécu des expériences traumatiques va leur permettre de développer, peu à peu, les conséquences les plus intimes de ce qu’ils ont vécu et qu’alors, c’est comme l’image mosaïque évoquée par Ferenczi, qui se complète progressivement et aboutit à un ensemble de *représentations partagées*<sup>11</sup>, permettant de reprendre la formule citée plus haut, sous une forme légèrement modifiée : « Au cours des consultations, tout est devenu clair. »

Pour conclure, reprenons cette idée que nous devons à Ferenczi, pour qui le traumatisme est une menace d’anéantissement du psychisme et donc de l’être, de la pensée et de la vie. Cela est incompatible avec une quelconque représentation. Par contre, le psychisme va mobiliser des réactions de survie qui sont plus ou moins efficaces, plus ou moins génératrices de troubles secondaires. Le traumatisme reste en souffrance, souffrance de représentations. Les représentations qui émergent, à distance du traumatisme, portent à la fois la trace de fantasmes inconscients réactivés et des événements vécus. Elles concernent le patient mais aussi le thérapeute et, de façon plus générale, les personnes amenées à rencontrer le patient qui a fait l’expérience d’un traumatisme. Lors des suivis de ces patients, il est possible de parvenir à un certain degré de partage de ces représentations, ce partage est un moyen pour éviter une construction effectuée par le thérapeute et dont il doit convaincre son patient ou, au contraire, un rejet ou une neutralité abusive par le thérapeute de ce que lui raconte son patient, plongeant ce dernier dans une détresse profonde. Les représentations partagées portent sur les événements évoqués et sur leurs conséquences, en amont et en aval de ce non-représentable du trauma. Ce « trou noir » du trauma met en cause le registre symbolique dans lequel « habite » le patient (comme la guerre empêche que la culture s’accomplisse), mais également son image corporelle. Des défenses telles que le clivage lui permettent de préserver en partie ces deux registres et de continuer sa vie ; dans le cas contraire, il meurt. C’est la signification du témoignage de Primo Lévi<sup>12</sup> sur les camps de concentration et d’extermination, lorsqu’il différencie ceux qui ont aperçu en quelque sorte ce « trou noir », les rescapés, et ceux qui ont été absorbés, les naufragés, qui ne peuvent témoigner de ce que c’est que « ça » et dont les représentations nous manquent. ■

Deux registres  
sont à  
différencier :  
le registre  
de la  
représentation,  
le registre  
des symptômes  
et de  
la clinique.

9. CADA : Centre d’accueil pour les demandeurs d’asile.

10. La rédaction des certificats m’a été interdite par décision du préfet du Puy-de-Dôme depuis octobre 2007.

11. C’est l’idée centrale du livre cité plus haut : *Le partage du traumatisme*.

12. P. Lévi, *Les naufragés et les rescapés. Quarante ans après Auschwitz*, Paris, Gallimard, coll. « Arcades », 1989