

François Lebigot : Psychiatre, Professeur agrégé du Val de Grâce.

Texte paru Ann. Méd.-Psycho., 1998, 156, n°6, pp 417-421

Introduction :

En 1920 **(4)**, Freud a présenté un modèle du traumatisme psychique qui permet de se représenter ce que celui-ci a de différent du « stress », modèle dont le maître mot est *l'effraction*. Le trauma est une effraction, la pénétration à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image qui ne devrait pas s'y trouver, l'image de soi comme mort. Elle entraîne ces perturbations connues sous la dénomination de « syndrome de répétition traumatique ». **(1)**

Le trauma, au moment où il se produit, provoque de *l'effroi*, qui peut se prolonger en hébétude, sidération, « dissociation », au-delà de la fraction de seconde que requiert l'effraction. L'angoisse n'apparaît, si elle apparaît, que dans l'après-coup. De la même façon, les manifestations du syndrome de répétition ou la simple menace qu'elles puissent émerger sont génératrices d'angoisse. De là vient sans doute que les classifications diagnostiques actuelles ne distinguent pas le trauma du « stress ».

Sur le plan thérapeutique, l'ambition du médecin ne pourra se limiter à l'apaisement de l'angoisse. Il cherchera à amoindrir le pouvoir pathogène de cette image qui a fait effraction, ou mieux à obtenir sa disparition. Le style de son intervention sera différent selon le moment où a lieu la rencontre avec le patient : tout de suite après l'évènement, dans les jours qui suivent, ou plus tard, lorsque l'appareil psychique a organisé son fonctionnement autour de la marque imprimée par le trauma **(2)**.

Nous ne parlerons pas ici du traitement immédiat, sur les lieux du drame **(3)**, qui consiste à aider les victimes à se détacher, par la parole, du cauchemar qu'elles ont vécu, et à traiter, parfois avec l'appoint de médicaments psychotropes, les manifestations d'angoisse. Nous nous réservons aussi de traiter dans un autre travail les particularités de la prise en charge à moyen ou long terme de la névrose traumatique, lorsque celle-ci s'est installée.

Le moment du débriefing se situe dans le post immédiat, c'est-à-dire lorsque les premières réactions (angoisse, agitation, sidération...) ne sont plus susceptibles d'entraver le cours de la parole et que les premières conséquences symptomatiques du traumatisme commencent à se faire sentir.

Le psychiatre, le psychologue, le généraliste qui reçoit alors la victime pour la première fois doit prévoir d'avoir du temps devant lui. Surtout si les faits ne se résument pas à la fraction de seconde de l'effraction traumatique, mais sont suivis, comme c'est souvent le cas, de scènes éprouvantes (accidents de la voie publique, attentat dans le métro, blessures psychiques douloureuses et angoissantes associées nécessitant une hospitalisation, etc...).

Le récit de l'événement

Ces consultations ne ressemblent pas à la première rencontre avec le malade anxieux ou dépressif. Tout de suite ou presque, avant même qu'il ne livre ses principales coordonnées familiales et sociales, le patient éprouve le besoin de raconter l'expérience qu'il a traversée. Tout le reste lui paraît hors-sujet. Le psychiatre est là pour écouter avec attention et aider à l'accomplissement du récit. L'évènement va être reparcouru, à certains moments seconde par seconde, au niveau des faits (ce qui a été vu, entendu, ressenti), au niveau des émotions (effroi, peur, angoisse, désespoir, abandon, colère, etc...), au niveau des pensées. Le patient a tendance à faire un récit chronologique très factuel et qui souvent omet des moments importants de l'expérience qu'il a traversée. Dès le début, il faudra s'attacher à obtenir une restitution complète de celle-ci, l'interrompre par des questions là où il y a manifestement un blanc, lui demander des précisions dans les trois registres que nous avons cités. En particulier, car c'est ce qu'il fait le moins spontanément, devra-t-on obtenir de lui qu'il se remémore son activité mentale à tel ou tel moment fortement (ou potentiellement) chargé en émotions. Le recueil de ces idées, réflexions que le sujet s'est faites, est sans doute le point le plus important parce que ce qui a surgi là, si bizarre que cela soit parfois, servira de base aux processus ultérieurs d'élaboration psychique du traumatisme.

Un jeune enseignant africain, qui se trouvait à un mètre de la bombe dans le RER, n'a pas entendu l'explosion (il avait les tympans crevés) mais a vu « comme sur une diapositive projetée » un corps d'homme calciné et « devenu tout petit ». Il a pu par la suite identifier cette image comme étant la sienne mais n'a pas encore établi de lien avec cette pensée qui s'est violemment imposée à lui une à deux minutes plus tard : la douleur de sa mère quand elle apprendra sa mort. Ces deux productions idéiques (et quelques autres), importantes pour la suite du traitement, n'ont été obtenues que par un questionnement minutieux de ce sujet psychologiquement « sonné » par l'évènement et de surcroît physiquement grièvement blessé.

Autre pensée, plus banale, celle de cette jeune fille, dans le même RER, qui avait changé de place à la station précédente pour pouvoir lire sur le panneau lumineux les arrêts du train. La bombe a explosé à l'endroit qu'elle avait quitté et tout de suite a jailli cette pensée douloureuse, qu'il a fallu l'aider à retrouver : « ils sont morts à ma place. » Plus tard, dans la psychothérapie qui suivra, elle s'écriera toute étonnée elle-même : « ce que je ne supporte pas c'est d'en être sortie indemne ». Ainsi se fera l'accrochage entre le traumatisme et une problématique ancienne et non dépassée au moment de l'attentat. Le syndrome de répétition laissera la place à des craintes aussi absurdes qu'angoissantes concernant la santé de sa mère.

Dans un certain nombre de cas, ce travail de liaison se fait tout seul, à l'insu du sujet et sans l'aide d'une relation transférentielle. Lors du *debriefing*, un riche matériel est apparu qui en facilite l'amorce, avec parfois des digressions qui font deviner le chemin qu'il suivra.

L'abréaction

C'est le moment de dire un mot de ce concept. Ni dans les soins immédiats, ni dans les soins « post-immédiats » dont font partie ces *debriefings*, les grandes décharges émotionnelles ne paraissent d'une grande valeur thérapeutique. Parfois, c'est même le contraire qui se produit : le sujet se saoule de ses cris ou de ses gémissements et agrandit une plaie psychique déjà bien ouverte. Il finit par s'identifier tout entier au traumatisme. Le rôle du thérapeute consiste alors plutôt à essayer de limiter ces débordements, parfois avec fermeté, en ramenant le patient à ce qu'il dit. Ce qu'il dit,

raconte, évoque, s'accompagne de fortes émotions, mais c'est le texte qu'il produit qui procure, au terme de l'entretien, un certain apaisement.

Avoir du temps

Le « reparcours » de l'évènement, avec les commentaires spontanés, peut être très long, entrecoupés de crises de larmes, de pauses diverses. Le récit de cette patiente, reproduit ici dans ses grandes lignes, donne une idée du temps qu'il lui a fallu pour le conduire jusqu'au bout. Elle ne serait sans doute pas venue au rendez-vous suivant si elle avait été interrompue par manque de temps et renvoyée à un entretien ultérieur. Agée de 50 ans, cette femme est montée dans l'airbus d'Air France Alger-Paris peu avant Noël 1994. Elle s'est assise à sa place et a bavardé longuement avec son jeune voisin, de l'âge d'un de ses fils – elle a vu monter les terroristes, entendu leurs déclarations successives, vu encore qu'ils installaient des explosifs – elle a subi leurs interrogatoires, injonctions, menaces – son voisin a eu le crâne explosé par une balle de revolver, elle était couverte de sang, d'os, de cervelle – elle a vu un autre passager exécuté devant la passerelle – elle a été contrainte de l'enjamber, a glissé dans le sang, est tombée sur le tarmac, a couru jusqu'à l'aérogare attendant la balle qui allait la frapper – elle a vu de plus près cette foule de curieux fascinés par la scène, de son hublot elle avait vu ça aussi, incrédule, ces gens qui guettaient l'horreur...

Il faut qu'il n'y ait pas de doute à ce sujet, le psychiatre est disponible, le temps est suspendu. Il est attentif aussi.

L'état psychique actuel

Lorsque quelques jours se sont écoulés depuis l'évènement, l'état psychique actuel doit être abordé. Parfois, le syndrome de répétition s'est déjà installé : réminiscences diurnes, sursauts, mais surtout cauchemars. Ces derniers sont intéressants car s'ils reproduisent généralement tout ou partie de la scène, il arrive qu'ils soient déjà modifiés. Ce qui témoigne d'un travail très précoce d'élaboration. Par exemple, cette femme de l'airbus Alger-Paris, évoquée précédemment, revue trois jours après le premier entretien, a répété pendant longtemps le cauchemar suivant : elle arrive dans un hôtel, ouvre la porte d'une chambre où quatre hommes sont assis autour d'une table. Elle reconnaît immédiatement des terroristes, mais ce ne sont pas les mêmes. Le cauchemar tient compte de la mort de ceux qu'elle a eu le temps de bien connaître. Elle prévient ses enfants : qu'ils quittent ces lieux dangereux au plus vite. Elle s'enfuit de l'hôtel, parcourt une grande allée dans une course folle, se réveille.

Plus tard, ce cauchemar s'éclairera pour elle, ce qui entraînera de nouvelles modifications. Cette femme d'origine algérienne, enseignant le français en région parisienne depuis 30 ans, avait vécu « harmonieusement » la cohabitation en elle des deux mondes culturels. L'évènement (les terroristes mais tout autant les spectateurs de l'aérogare) a fait naître une haine indicible contre son pays d'origine (l'hôtel), contre une moitié d'elle-même, avec des interrogations douloureuses sur le devenir de ses cinq enfants.

Lors du *debriefing*, son ambivalence envers l'Algérie depuis quelques années avait déjà été exprimée, ainsi que le désarroi complet où l'avait plongée sa prise en otage, au-delà de la question du traumatisme.

Terminons ce chapitre avec le cas peu fréquent de sujets qui sont dans l'incapacité d'effectuer ce parcours de l'évènement à nouveau. Celui-ci déclenche dès le début un état émotionnel trop intense. Cette première rencontre se limitera à une prise de contact moins structurée, destinée à l'établissement d'un lien transférentiel, et le

debriefing sera renvoyé à plus tard. Parfois, une courte hospitalisation peut être proposée.

Autres moments pour un débriefing individuel

Ce style propre au premier entretien dans le « post-immédiat » du traumatisme (ou du « stress »), attentif, focalisé, est indiqué aussi dans d'autres circonstances :

- au moment où apparaît le syndrome de répétition, dans les semaines, les mois ou les années qui suivent l'évènement, et quand c'est lui qui provoque la consultation ;
- dans les cas où la névrose traumatique, évoluant depuis des années, prend tout d'un coup un cours dramatique. Le sujet est envahi par l'horreur, se sent poussé au suicide, voire, plus rarement, au meurtre.

L'usage des psychotropes

Dans cette rencontre initiale, un traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire : anxiolytique, en veillant à ne pas altérer la vigilance (une à deux prises), hypnotique favorisant l'endormissement (sur une courte période). Parfois, surtout si le sujet est hospitalisé, la répétition ininterrompue des cauchemars peut amener, pendant un temps, la prescription de neuroleptiques sédatifs vespéraux.

Ce n'est que dans les entretiens ultérieurs que la mise en place d'un traitement antidépresseur sera discutée : si apparaissent de l'asthénie à prédominance matinale, de la tristesse (voire du désespoir), des idées de suicide, des céphalées. L'effet de ces médicaments, s'ils s'avèrent efficaces, va de surcroît favoriser le travail psychothérapique.

Les entretiens suivants

Ils prennent rapidement l'aspect habituel d'une consultation en psychiatrie. Néanmoins, lorsqu'ils sont peu nombreux et obtiennent rapidement l'effet attendu, il faut accepter de se séparer d'un patient dont on sait, finalement, peu de choses. Dans ces cas, assez fréquents (deux à quatre entretiens), un rendez-vous lointain peut être proposé pour clore l'épisode (et s'assurer de la réalité de la « guérison »).

Parfois, le travail s'orientera vers une « psychothérapie brève », de quelques semaines ou de quelques mois, brève mais intensive. Cela suffit généralement lorsque le sujet a été pris en charge très précocement après l'évènement. Parfois, un traumatisme extrêmement violent a gravement déstabilisé le sujet, ou une problématique névrotique antérieure bloque le processus d'élaboration. La prolongation de la prise en charge, qui réalise une sorte d'étaillage, n'est couronnée de succès que si l'intéressé trouve en lui la force et le désir d'entériner l'évènement et les changements qu'il détermine. La capacité à se souvenir de ses rêves et à les raconter, la richesse des associations, sont les meilleurs indicateurs pour le médecin du dynamisme du travail en cours. Souvent d'ailleurs, on retrouve notre *debriefing* : de nouveaux souvenirs sont apparus concernant l'évènement qui amènent à le parcourir sous un éclairage entièrement nouveau.

Conclusion

Comme on l'a vu en introduction, le débriefing n'est pas une méthode à utiliser dans les suites immédiates de l'évènement. Il n'intervient que dans le post-immédiat, c'est-

à-dire après que l'angoisse ou la sidération provoquées par l'évènement est sinon disparu du moins fortement diminué en intensité.

Le premier entretien effectué dans ce post-immédiat, avec ces patients candidats à un syndrome de répétition traumatique est important. Outre le soulagement qu'il apporte aussitôt, il anticipe pour l'image traumatique la possibilité de nouer des liens avec les représentations de l'inconscient. Ce travail se fera seul, à l'insu du sujet, ou se poursuivra avec le thérapeute. A condition que le *debriefing* ait été bien conduit, par quelqu'un qui ne montre ni compassion excessive ni indifférence (c'est ainsi qu'est perçue la « neutralité analytique »). Comme dans le *debriefing* collectif, il n'y a pas lieu de « dédramatiser » et de « déculpabiliser » (5), ce qui réduit le patient au silence.

Le trauma mérite qu'on s'y arrête, longuement, parce qu'il est, au moins les premiers temps, une souffrance insupportable et parce que le traumatisé pressent qu'il risque d'être toujours là, présent, réel, capricieux, surgissant de manière imprévisible. Parce qu'aussi il est venu, de manière radicale, interroger le sujet sur ce qu'il est, sur ce qu'il attend de la vie. A cela, aucun thérapeute ne saurait fournir les réponses. En revanche, il peut aider à formuler les questions.

Références bibliographiques

BRIOLE G. *et al* (1994): *Le Traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Masson. Paris.

CROCQ L. (1997): *Stress, trauma et syndrome psychotraumatique*. *Soin psychiatrie.* ; 188 : 7-15

DALIGAND L. ET CARDONA J. (1996): *La prise en charge des victimes d'attentat*. *Victimologie*; 6 : 20-28

FREUD S. (1981): *Au-delà du principe du plaisir*, in « *Essais de psychanalyse* ». *Petite bibliothèque Payot*, Paris,.

LEBIGOT F. (1997): *Le « debriefing » psychologique collectif*. *Ann. Med. Psychol.*; 155 ; 370-378