

FORMATION CONTINUE

Deuils et traumatismes**Mourning and traumas**

M.-F. Bacqué

Professeur de psychopathologie à l'université de Strasbourg, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 12, rue Goethe, 67000 Strasbourg, France

Disponible sur internet le 17 avril 2006

Résumé

Une mort traumatique est en général inattendue. Plus ou moins violente, elle entraîne parfois une telle détérioration du corps du défunt que les derniers adieux sont impossibles ou empêchés. Le deuil qui suit une mort traumatique est en général compliqué par la disparition ou la destruction du corps qui ne facilite pas la reconnaissance de la réalité. La dépression liée à la séparation irréversible peut alors ne jamais apparaître, masquée par le déni. Elle peut aussi se transformer en dépression chronique. Quand une personne a failli mourir avec une autre, ou avec d'autres, comme dans de nombreuses catastrophes naturelles ou humaines, on évoque alors un deuil post-traumatique. Même inconnus, les défunts doivent faire l'objet d'un travail de deuil augmenté de la culpabilité du survivant et du sentiment aléatoire de la survie. Mais avant tout travail de deuil, le traumatisme d'avoir échappé à la mort qui a frappé autrui doit être intégré. Le traumatisme fait concurrence au travail de deuil et doit être élaboré avant que la personne puisse enfin se laisser aller à la dépression « normale » du deuil. Un accompagnement précoce doit être mis en place car les conséquences du deuil post-traumatique peuvent se prolonger toute la vie, mais toucher aussi les générations ultérieures.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

A traumatic death is generally unexpected. More or less violent, it involves sometimes such a destruction of the body that last farewells are impossible or prevented. The grief that follows a traumatic death is generally complicated by the destruction or the disappearance of the body, this does not facilitate accepting reality. The depression linked to irreversible separation, hidden by denial, may never happen, it may also be transformed into chronic depression. When a person has been close to dying with others, like in the course of many natural or human disasters, the grief that follows is post-traumatic grief. Dead people, even the unknown, have to be mourned, but grief-work is aggravated by survivor guilt and the feeling of random survival. Before any grief-work is undertaken, the traumatism of having escaped death must be integrated. This traumatism is in competition with grief and must first be worked out, the griever may then allow himself to the normal depression of grief. An early psychological support is needed as post-traumatic aftermaths may extend to the lifetime of the person, or to its next generations.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Catastrophe ; Dépression du deuil ; Deuil post-traumatique ; Mort traumatique ; Psychothérapie des endeuillés

Keywords: Bereaved psychotherapy; Catastrophe; Grief depression; Post-traumatic grief; Traumatic death

Adresse e-mail : mfbacque@club-internet.fr (M.-F. Bacqué).

I. QU'EST-CE QU'UNE MORT TRAUMATIQUE ?

Si l'on considère que la mort naturelle de l'homme se produit par usure, après un certain vieillissement, la mort traumatique n'est pas naturelle. Elle est en général inattendue, brutale et violente. Une mort traumatique provoque souvent des complications du deuil. La période de sidération habituelle après la nouvelle de la mort se prolonge, la recherche du mort et son souvenir sont souvent évités, la dépression tarde à se mettre en place, des réactions extrêmes se rencontrent : délire, terreurs, quête récurrente. Se représenter la mort de l'autre est en effet à la fois repoussé et en même temps nécessaire pour tolérer la séparation. Établir des liaisons entre le temps d'avant (souvenirs, images mentales) et l'absence actuelle devient difficile, imaginer les derniers moments de la personne est trop cruel, construire un sens autour de la disparition reste problématique. D'autres aspects s'ajoutent aux conséquences individuelles de la mort, ils concernent les effets habituellement positifs du groupe social (« buffering effect », effet « tamponnant » ou protecteur). Les rites n'ont parfois pas lieu en raison des circonstances extrêmes de la mort (pas de corps, désorganisation sociale), mais il arrive fréquemment que l'endeuillé ne partage pas le soutien collectif offert car il reste en état de choc, ou il refuse le lien social à cause d'un sentiment d'hostilité ressenti à l'égard de tous. Pour résumer, une mort est traumatique en raison de :

- sa violence, sa brutalité, l'impréparation dont elle fait l'objet (accident, issue brutale d'une maladie) ; et des sentiments d'injustice qu'elle engendre, comme dans le cas de la mort de jeunes enfants, de personnes reconnues pour leurs qualités morales, ou uniques ;
- si elle se produit dans des circonstances générales défavorables au deuil collectif, comme dans le cas d'une désorganisation du groupe familial ou de la société (catastrophe naturelle, attentat, guerre) ;
- si ses conséquences sont désastreuses pour l'individu (perte de niveau économique, de rôle social) ;
- si les conséquences de la mort sont niées, doivent être cachées (cas fréquent du suicide ou de l'homicide, ou cas de guerre, de chaos social lié à une épidémie) ;
- enfin, si aucun soutien psychologique et social ne peut être obtenu (rites interdits ou impossibles, secrets ou tabous dans certaines familles qui empêchent l'expression des émotions et des sentiments).

La mort traumatique entraîne des perturbations, des complications du travail de deuil indispensable à l'intégration psychique de la perte de l'autre. Parmi ces complications, nous trouvons :

- le deuil post-traumatique, deuil compliqué d'un syndrome psychotraumatique ;
- le deuil traumatogène : la perception violente ou incompréhensible de la mort, le jeune âge, un déficit mental ou physique de l'endeuillé entraînent une dépendance affective à l'égard du défunt. De même, sur le plan psychopathologique, une relation narcissique au défunt engendre

une souffrance traumatique, provoque un deuil traumatogène (ou « traumatic grief » pour H.G. Prigerson, 1997). Ce deuil traumatogène ne doit pas être assimilé au deuil post-traumatique, bien que la souffrance qu'il provoque soit intense. Le deuil traumatogène a, en général, une étiologie interne due à la constitution de la personnalité alors que le deuil post-traumatique repose essentiellement sur une cause externe.

2. AU COMMENCEMENT ÉTAIT LE TRAUMATISME...

L'idée du deuil post-traumatique s'inspire bien évidemment des travaux du début du xx^e siècle sur la névrose de guerre. Le terme de névrose traumatique avait déjà émergé auparavant avec H. Oppenheim (1884) qui observait les conséquences des accidents de chemin de fer sur les victimes de l'époque. Il n'évoquait pas l'impact sur les passagers du côtoiement des morts ou du fait d'avoir soi-même échappé de justesse à la mort. C'est seulement avec la Grande Guerre que ces aspects sont abordés. Paul Voivenel, qui décrit l'état de stress aigu, insiste en effet sur le rôle « absolu » de la peur. Cette peur est paroxystique et découle de la menace sur l'intégrité physique, de l'horreur de la destruction. Elle repose sur une expérience de la mort, forcément celle d'autrui. Les cauchemars répétitifs, l'asthénie, la confusion, entraînent une « hémorragie » de la sensibilité, une tendance au repli et à la passivité ponctuée de brusques explosions d'agressivité ou d'irritabilité, qui, au fond, muent le soldat en un malade « incapable de fonctionner ». Ici, comme pour l'accident de chemin de fer, le deuil n'est pas évoqué. Cependant, dans les observations mêmes des psychiatres français, allemands, anglais et bientôt américains, la mort est omniprésente, à tel point qu'elle provoque parfois une fuite en avant des soldats vers l'ennemi ou une prise de risque majeure (I. Fras, 2002).

Le passage du stress au trauma nécessite pourtant une explication. C'est une chose, en effet, d'être soldat à la guerre, d'avoir participé à des actions, d'être sous la pression de conditions de vie difficiles et de la tension des combats. C'est tout autre chose, pour le soldat, d'être témoin de la mort d'autrui, soit parce qu'il l'a tué en tant qu'ennemi, soit parce qu'il a vu un proche tomber, soit parce qu'il a perdu un camarade cher, véritable substitut parental ou amoureux.

Le stress des premiers pas dans la guerre est largement compensé par l'énergie nécessaire à l'action. Le traumatisme dû à la vision du triste sort des soldats, et donc, par anticipation, de soi-même, se fixe rapidement en symptômes anxieux et en manifestations neurovégétatives, en reviviscence des scènes traumatiques, en évitement des stimuli angoissants, en détresse significative.

3. LE STRESS ET LE STRESS TRAUMATIQUE

Le stress est défini par H. Selye en 1911 comme un syndrome aspécifique, réaction de l'organisme à un ou des

stresseurs, engendrant un syndrome général d'adaptation. Le stress est défini comme la réaction biopsychologique immédiate d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace. Il s'agit d'une réaction réflexe qui se déroule selon un circuit neurophysiologique et met en œuvre des processus neurobiologiques complexes (catécholaminergique, corticotrope, des peptides opiacés et réactions immunitaires). C'est une réponse utile, adaptative, entraînant un état d'alerte, de défense ou de retrait. Elle se déroule dans un état de tension exceptionnel. Mais elle est gênée par des manifestations neurovégétatives parfois excessives (tachycardie, pâleur, spasmes viscéraux) et elle est coûteuse en énergie, débouchant même sur un état réversible d'épuisement psychique et physique. Trop intense, répétée à courts intervalles ou prolongée à l'excès, cette réaction d'adaptation se transforme en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé.

La réaction de stress a trois buts directs :

- déclencher une réaction physiologique, naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace ou une situation imprévue en focalisant l'attention sur la situation agressive ou menaçante ;
- mobiliser les capacités mentales (imagination, jugement, analyse) ;
- inciter à l'action rapide.

Le traumatisme se prête très mal à ce modèle psychobiologique parce qu'il est le plus souvent essentiellement psychique. Il n'y a pas de molécule antitraumatisme, alors qu'existent des produits qui limitent les effets du stress.

Aujourd'hui on évoque sans cesse le stress de la vie quotidienne, en faisant allusion aux nombreuses agressions de la vie moderne. Le terme de traumatisme commence également à être galvaudé, en étant appliqué à des situations dramatiques certes mais pas toujours traumatiques, comme, par exemple, le licenciement ou la mise à la retraite. Toutes les situations de rupture ne produisent pas des traumatismes. Par ailleurs, même une perte lourde peut être préparée. Ainsi, dans les services d'oncologie pédiatrique, la mort d'un enfant doit faire l'objet d'un accompagnement et permettre aux parents, à l'enfant lui-même et à sa fratrie, une certaine compréhension de la séparation. On ne peut donc pas qualifier systématiquement toute perte, considérée comme particulièrement difficile par nos sociétés (comme la mort d'un enfant), de traumatisme. Par ailleurs, certaines pertes qui sembleraient à certaines logiques, comme la mort d'une vieille maman centenaire, peuvent s'avérer traumatiques, alors qu'on aurait pu les penser préparées depuis longtemps. Cela résulte en général d'une forme de déni qui entraîne un refus de la perte, vécue dès lors comme catastrophique. L'idée de traumatisme est donc, contrairement au stress qui provoque les mêmes réactions programmées chez tous, beaucoup plus subjective. Elle prend en compte la personnalité de l'individu, ses expériences antérieures, la nature de sa relation avec le défunt en cas de deuil, l'entourage familial et plus distal, la culture environnante et les représentations historiques du moment.

Enfin, bien que stress et traumatisme aient un certain nombre de points communs, l'effroi post-traumatique répond à une agression différente de celle du stress. Ainsi, des événements stressants ne conduisent généralement pas à une pathologie post-traumatique (avoir un train à prendre, courir pour attraper son bus, être à l'heure à une série de rendez-vous : toutes ces contraintes rapides à exécuter engendrent du stress mais pas un traumatisme). À moins que l'événement ne bascule dans la tragédie.

On peut être terriblement stressé sans être traumatisé (on a couru après le temps toute la journée).

On peut être traumatisé sans être stressé (on nous a annoncé une terrible nouvelle et pourtant, nous étions bien tranquilles à la maison).

4. DIFFÉRENCES ENTRE STRESS ET TRAUMA

Le stress (pression en anglais) déclenche un « écrasement » de l'appareil psychique, dont la traduction clinique est à la fois souffrance et activation des défenses contre les pressions « hostiles » (agression, menace) venant de l'extérieur.

Le trauma n'est pas un écrasement mais une traversée (effraction) du système pare-excitation décrit par Freud (sentiment d'autoprotection donné au tout-petit enfant par sa mère dans un premier temps, puis dotant l'individu d'une confiance définitive en lui-même, mise à mal, comme nous allons le voir, après un traumatisme, mais permettant une certaine forme de récupération ou résilience, selon Rutter [1985,2002]). Le plus souvent, stress et trauma combinent leurs effets, comme par exemple dans la guerre. Il y a alors accroissement de la charge énergétique protectrice du stress, mais ses vertus adaptatives sont inemployées, alors que les images traumatiques viennent s'incruster à l'intérieur de l'appareil psychique. En situation non traumatique, lorsque la pression de l'écrasement du stress disparaît, l'appareil psychique reprend progressivement sa forme initiale et la souffrance psychique disparaît naturellement.

Mais en cas de traumatisme, la souffrance psychique change de nature car les dommages sont dorénavant de l'ordre de la perte (perte de l'intégrité physique ou de la santé, perte de proches).

Dans le traumatisme, les images traumatiques sont incluses dans l'appareil psychique et peuvent y séjourner le restant de la vie. Dans le stress, la déformation initiale se corrige.

Si les débuts de la psychanalyse sont marqués par l'idée que l'étiologie des névroses se trouve dans les expériences traumatiques passées, S. Freud a redonné une coloration psychique à la névrose traumatique qui semblait, jusqu'à présent, ne pas s'intéresser à la souffrance.

La névrose traumatique (Barrois, 1988) découle d'un choc émotionnel dans lequel le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste par une crise anxieuse paroxystique pou-

vant provoquer un état d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Deux types d'évolution sont possibles :

- le traumatisme déclenche ou révèle une structure névrotique préexistante ;
- le traumatisme détermine le contenu même du symptôme : ressassement de l'événement, cauchemar répété, trouble du sommeil. Il apparaît comme tentative de « lier » ou « d'abrégir » le trauma. Une « fixation au trauma » s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet.

5. SYNDROME PSYCHOTRAUMATIQUE OU ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ?

En anglais, le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) a été traduit : Trouble État de Stress Post-Traumatique. Or il ne s'agit pas d'un état de stress qui suit un traumatisme, mais des manifestations succédant à un stress qui aurait été traumatique (trouble qui suit un stress traumatique). Effectivement, la revue américaine qui y est consacrée s'appelle *Journal du Stress Traumatique (Journal of Traumatic Stress)* et la Société internationale s'appelle *International Society for Traumatic Stress Study*.

Le PTSD est cependant le diagnostic de référence dans le monde entier, et il continue de mettre l'accent sur les aspects physiopathologiques. Or cette référence au stress est trompeuse par rapport à la névrose traumatique où il y a une distinction claire entre symptômes et remaniements de la personnalité.

Pour L. Crocq (1993) il n'y a pas lieu de confondre la réaction liée au stress et la réaction psychotraumatique. Même si le PTSD figure désormais dans la classification internationale reconnue (DSM-IV, 1994) et CIM-10 (Référence de l'OMS), cette dénomination est toutefois critiquable. L'idée de post-traumatisme prête à confusion : on pense principalement à une blessure physique qui pourrait entraîner un syndrome confusionnel ou encore subjectif, chez les traumatisés crâniens. Or, l'état psychotraumatique peut s'établir uniquement autour du psychisme, sans lésion organique. La dénomination européenne de syndrome psychotraumatique a été officialisée par un décret paru au JO (*Journal Officiel*) le 10 janvier 1992.

Par ailleurs, le traumatisme n'est pas la réponse systématique et physique au stress (*contrainte* en anglais), c'est justement l'absence de réponse, le blocage du psychisme.

Prenons la différence entre un fait et un événement :

- un fait est une donnée du réel, il est objectif ;
- un événement est une notion anthropocentrique, c'est la vision subjective que la personne a subie, c'est la façon dont elle a ressenti l'accident. La contrainte (stress) peut être ou pas métabolisée. Si c'est impossible, en raison du choc de l'appareil psychique, il y a alors traumatisme.

Autour des effets du traumatisme, vont s'organiser l'angoisse et les reviviscences qui formeront le syndrome psychotraumatique. Mais là où la tradition freudienne faisait du traumatisme une affaire d'économie libidinale (rapport de

forces opposant l'excitation de l'événement et la barrière des défenses), les conceptions existentielles plus récentes font, selon Crocq (2000), du traumatisme la perception fugace du chaos, de la mort et du néant. La surprise et l'énormité de l'agression empêchent de penser cette expérience, même sous le travestissement du fantasme. Le traumatisme est l'impensable et l'indicible. C'est pourquoi la thérapeutique ne cherche pas à faire dire ce que le patient a vu, mais ce qu'il a senti.

La trace sensorielle de l'événement ne connaît pas le destin habituel des perceptions marquantes. Au lieu d'être évalué puis stocké sous forme de traces ou de représentations ou encore d'être oublié, le matériel sensoriel reste présent à l'état brut et réapparaît, tel un film, des années et des années après la scène traumatique. « C'est de la mémoire qui ne fait pas souvenir », elle ne s'efface pas, mais résiste à toute tentative de mise à distance et s'accompagne de toutes les caractéristiques sensorielles et psychiques ressenties et exprimées à ce moment-là.

6. LE DEUIL POST-TRAUMATIQUE

Le deuil post-traumatique survient lorsque la perte d'autrui est concomitante d'une menace mortelle pour la personne (accident collectif, assassinat de co-otages, survie lors d'une catastrophe avec de nombreux morts ; par extension, on rencontre aussi des deuils post-traumatiques chez des personnes qui ont failli s'embarquer avec autrui, mais qui y ont renoncé au dernier moment, dans un avion, un bateau, etc.). Autrui n'est d'ailleurs pas forcément lié au témoin de la scène, il peut même être une personne totalement étrangère. En effet, l'idée de partager un sort potentiellement commun et d'y échapper, par chance, confère une proximité avec les autres victimes, soit par empathie, soit par projection. La mort brutale d'un proche, l'annonce totalement imprévue de la disparition d'un être cher, sans qu'aucune menace directe de mort ne soit proférée à l'encontre de l'endeuillé, est également une contrainte majeure qui peut aboutir à un traumatisme. Les sentiments d'impuissance, la rupture brutale des liens affectifs ne peuvent s'accepter puis s'intégrer qu'après une confrontation à la réalité, une reconnaissance familiale et sociale. Si le travail de deuil s'avère compliqué dans un premier temps et principalement ralenti par les aspects traumatiques, il pourra reprendre un cours plus habituel par la suite. En revanche, la psychopathologie du lien affectif aura pour conséquence un deuil traumatogène marqué par la prolongation du déni ou une dépression sans fin. La mort de l'autre est, en effet, perçue inconsciemment comme la mort de soi et produit un écroulement narcissique qui nécessite un soutien psychothérapique.

Dans les deuils post-traumatiques, les troubles, proches de ceux du syndrome psychotraumatique, compliquent, voire empêchent le travail de deuil. Le processus de deuil est bloqué par la sidération inhérente à la menace de mort. La culpabilité d'avoir survécu, le sentiment de perte d'identité dû à la menace mortelle, au nombre de morts ou à la

violence particulière de la mort entravent ou limitent la verbalisation. Les affects dépressifs restent masqués par le côté spectaculaire des conséquences de l'événement. L'exclusion sociale qui s'ensuit ou l'autoexclusion du sujet lui-même entraînent souvent une forme de victimisation qui aboutit, soit à une focalisation sur l'événement douloureux et sa réparation, soit à une démentalisation, en l'absence de soutien psychologique. Le deuil post-traumatique montre une forme de concurrence entre le traumatisme (qui agit par le vide et l'aspiration vers le néant des représentations de la scène traumatique) et le deuil qui est habituellement une recherche des souvenirs et des symboles qui aboutiront, autant que faire se peut, à la mise en narration de l'histoire de la relation passée.

Sur le plan psychopathologique, la distinction entre deuil et traumatisme est donc évidente. Dans le travail de deuil, nous assistons à un processus, qui, s'il est difficile à identifier dès les débuts, se traduit par une nostalgie intense et par une recherche des souvenirs. Le deuil s'appuie au départ sur des objets concrets et sur des témoignages d'autrui, puis par une évocation des perceptions passées (si désirées qu'elles évoquent parfois des phénomènes d'illusions confondus avec des hallucinations), et enfin par une mise en sens de la situation, généralement aidée par la communauté sociale. À distance de la perte, la reconstruction du lien est développée à nouveau, mais conjuguée au passé, donnant finalement lieu à une certaine créativité et inventivité (idéalisations du passé, regrets, mais aussi sublimation). Le travail de deuil est exemplaire de la mise en place de la mentalisation de la perte, c'est-à-dire de l'articulation progressive du lien affectif avec l'objet et de toutes ses représentations pour aboutir à son intériorisation.

Dans le cas du traumatisme, le déroulement des scènes traumatiques est, contrairement au deuil, largement évité, en raison de l'aspect douloureux et même dangereux de la réactivation. Au contraire du deuil, qui s'apparente à une intégration progressive de l'événement dans l'histoire de l'individu, le traumatisme est un revécu actuel, c'est un « flash-back » répétitif de la scène, qui sans cesse ressurgit, intact, dans un présent perpétuel. Le traumatisme, lorsqu'il fait bloc, ressemble à une sorte de remâchage incoercible ou de régurgitation perpétuelle de l'événement, qui s'oppose à la mise en souvenir. Il y a bien une contradiction entre la diversité des images, des sons, des odeurs, des goûts, des impressions physiques de souffle ou de chute extrêmement nette et reproduite à chaque réminiscence, et le vide qu'ils provoquent sur le plan psychique. L'absence de lien historique, mais aussi identitaire (le traumatisme est totalement étranger à la personne) entre les scènes pourtant bien vécues et la représentation de soi du sujet, contribue à ce qui peut être appelé une démentalisation due à une dissociation défensive. Selon Freud, le traumatisme a deux types d'effets, positifs et négatifs. D'un côté, par le syndrome de répétition, le sujet cherche à constamment ranimer le souvenir de la scène refoulée et croit revivre un vécu marquant en le reproduisant inconsciemment de façon déplacée. Il

aboutit, par à-coups successifs, à une élaboration de ces traumatismes qui se regroupent, selon Freud, autour « d'expériences touchant le corps même du sujet » ou en « perceptions sensorielles affectant, le plus souvent, la vue et l'ouïe ». Il s'agirait ici du travail de deuil aboutissant à l'acceptation des résultats du traumatisme. De l'autre, les effets négatifs du traumatisme forment une défense par l'évitement de la remémoration et de la répétition. Bref, l'empêchement total d'élaboration du traumatisme crée une crypte dans laquelle le vécu traumatique est hermétiquement enfermé, jusqu'à la prochaine réactivation, qui produira, cette fois, les symptômes post-traumatiques bien connus. Le deuil post-traumatique présente en fait une temporalité différente des autres deuils. Une étape initiale est indispensable au déclenchement du processus du travail de deuil : dépasser le traumatisme qui bloque la pensée et la liaison entre affects et représentations. À ce stade, les problématiques spécifiques de la mort traumatique pourront être abordées, ainsi que la condition d'avoir « échappé » à la mort.

7. PSYCHOPATHOLOGIE DU DEUIL POST-TRAUMATIQUE

Les manifestations des situations psychotraumatiques concernent quatre grands pôles :

- le syndrome de répétition ;
- l'évitement de l'angoisse et de la souffrance ;
- les réactions neurovégétatives ;
- les perturbations des relations à soi-même et au monde.

7.1. Syndrome de répétition

La répétition de la scène traumatique, déjà bien décrite au début du siècle, est consciente et inconsciente. Consciente parce que le sujet veut comprendre ce qui s'est passé et que ses capacités cognitives ont été mises à mal par le traumatisme. Consciente aussi lorsque l'endeuillé s'efforce de trouver du sens à ce qui n'en a pas : « Pourquoi un tsunami au moment des vacances de Noël ? » « Sans ce concours de circonstances, je n'aurais jamais dû prendre cet avion ! » Comme le souligne Jean-Claude Métraux (2004), seul le « deuil de sens » permet un dépassement du traumatisme, en renonçant à trouver une quelconque rationalité ou justice divine dans l'événement qui a mis fin à la vie d'autrui. Le syndrome de répétition inconsciente de la scène rejoint les observations freudiennes : tentative d'abréaction, d'extériorisation ou de maîtrise des scènes traumatiques. Ces reviviscences ne sont absolument pas des cauchemars au sens psychanalytique du terme. Même si le patient les dénomme ainsi, elles sont formées de la réévocation des images traumatiques et aucunement des constructions oniriques des conflits dans la reformulation créative des cauchemars. Les scènes se déroulent automatiquement sur le plan mental, à partir d'une minuscule évocation. La crainte de les retrouver engendre donc une peur de s'endormir ou de se relâcher.

Pendant le sommeil, les scènes retrouvent leur aspect vivant (en anglais, elles sont appelées *vivid souvenirs*), en même temps que le dormeur sait parfaitement comment elles vont se terminer. La souffrance en est majorée car non seulement le dormeur revit la scène atroce sur le plan sensoriel, mais, de plus, il retrouve l'angoisse de mort, la peur de mourir et de perdre autrui comme au premier jour. Le témoignage de Johanne de Montigny, rescapée d'un accident d'avion qui a fait plusieurs victimes, est édifiant. Dans cette scène, elle est transportée dans un fauteuil roulant, à l'hôpital : « J'ai le vertige et quand le fauteuil se met à rouler, j'ai l'impression absurde, mais non moins terrifiante, que ses roues ne touchent pas le sol. Pêle-mêle, les scènes de l'écrasement se bousculent dans mon esprit. On m'arrête devant une fenêtre : [je vois] le hublot de l'avion ! J'ai peur d'être éjectée de mon siège [...]. Chaque fois que je revis le crash, je meurs à nouveau... » On comprend que ces images fassent l'objet d'une répression généralisée quand elle est possible.

7.2. Évitement de l'angoisse et de la souffrance

Éviter l'angoisse et la souffrance contribue malheureusement aussi à couper du monde l'endeuillé, qui a parfois même du mal à assister aux funérailles ou aux cérémonies commémoratives des défunts. La séparation du monde passe principalement par tout ce qui rappelle le drame : informations journalistiques, films, rencontres avec des experts ou des associations de victimes.

7.3. Réactions neurovégétatives

Les réactions neurovégétatives sont liées à l'empreinte perceptive du traumatisme. La crainte de le revivre conduit à retrouver automatiquement des mouvements réflexes d'évitement, de fuite ou de prostration.

7.4. Perturbations des relations à soi-même et au monde

Enfin, les perturbations des relations à soi-même et au monde sont essentiellement liées à deux aspects psychologiques qui provoquent une atteinte profonde du sujet : la perte d'identité et le sentiment de mort aléatoire (Bacqué, 2003). La survenue brutale de la mort et sa violence conduisent à une interrogation sans fin. Elle commence par « pourquoi moi ? », et aboutit à « Moi, mais autrui eût été possiblement à ma place ». Les situations accidentelles, les catastrophes, la maladie mortelle sont autant d'issues inexplicables qui conduisent d'abord à une focalisation sur la malchance, puis à la déception qu'aucun critère de choix n'ait concouru au drame, et qu'enfin la mort frappe n'importe qui, n'importe où. Mais si la mort frappe n'importe qui, la survie n'est pas plus choisie. Ainsi, Johanne s'interroge-t-elle encore plusieurs années après l'accident : « Pourquoi l'hôtesse est-elle morte ? Pourquoi pas moi ? Et pourquoi moi ? Comment pourrai-je m'acquitter de la dette que j'ai envers elle ? J'entends encore ses derniers mots

« Restez calmes et je vous sauverai ». Moi, je n'ai pas pu la sauver... » Une importante culpabilité envahit ceux qui ont survécu pour « aucune raison », ils ont juste eu de la chance. Aucune de leurs qualités personnelles ne les a protégés, ils se sentent impuissants, victimes du hasard. Ces situations sont retrouvées dans toutes les catastrophes collectives d'origine humaine ou naturelle.

Le contact avec des patients ayant échappé à la mort, mais qui ont rencontré la mort d'autrui, nous fait pencher pour un suivi en plusieurs étapes.

- L'intervention rapide, sur place, de professionnels formés au sauvetage certes, mais aussi à l'annonce. En France, certains décès dans des accidents de la route sont annoncés sans préparation aux victimes encore en vie. Des formations explicites limiteraient des traumatismes secondaires à l'annonce de la perte d'un proche.
- Dans un tout premier temps, les sauveteurs peuvent évoquer la venue d'un spécialiste. Aujourd'hui, il existe des cellules d'urgence médicopsychologique dans chaque département français. Ce spécialiste, après une brève présentation sur les lieux de l'accident ou à l'hôpital, peut proposer un nouvel entretien très rapide et susceptible d'échapper à l'état de choc premier qui entraîne la sidération des fonctions psychiques.
- Un suivi régulier doit être proposé aux victimes à court terme afin de dépasser progressivement les manifestations du psychotraumatisme et de favoriser l'entrée dans le travail de deuil.

En cas de symptôme, une psychothérapie peut amener le patient à intégrer progressivement la perte d'autrui. L'exemple d'une jeune femme, en voyage dans un lointain pays oriental et victime avec sa famille d'un accident d'autocar, est typique de la situation du deuil post-traumatique. Son mari a été tué sur le coup et ses enfants grièvement blessés, elle a un traumatisme crânien sans séquelle physique. Lorsqu'elle revient en France, elle a concentré toute son énergie sur ses soins et ceux de ses enfants. Le corps de son mari ne peut être rapatrié que plus tard. Six mois après le décès, elle présente une phobie caractérisée des véhicules. Elle a même beaucoup de difficultés à attendre l'arrêt de la circulation à un feu rouge. Elle n'est en revanche absolument pas déprimée et soutient « qu'elle doit rester le chef de famille et ne pas flancher ». Après avoir réalisé que, jusqu'à présent, elle était toujours restée passive dans sa propre fratrie et vis-à-vis de son mari, elle s'impose un contrôle qui empêche toute régression, sauf dans les crises de panique qui la surprennent lorsqu'elle est approchée par un véhicule. Le soutien psychothérapique lui permet progressivement de tolérer le relâchement qui la mènera à commencer son travail de deuil et à gagner une nouvelle maturité, issue nouvelle et positive de la catastrophe.

La situation « concurrentielle » entre le traumatisme et les affects de deuil est donc typique du deuil post-traumatique. Les objectifs thérapeutiques passent raisonnablement par la déconstruction des images mentales qui bloquent la psyché de manière coercitive et empêchent

toute détente comme tout investissement social. Éminemment subjective, la psychothérapie (psychanalytique ou psychodynamique) doit être présentée comme favorisant une issue potentielle des troubles, nonobstant le fait qu'une demande ne puisse réellement s'établir, en raison de l'importance des difficultés psychiques (culpabilité, hostilité, mésestime de soi) et cognitives (troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire). Pour les victimes de guerre, guérilla, catastrophes collectives d'origine humaine et naturelle, les facteurs sociaux et culturels doivent jouer un rôle supplémentaire : reconnaissance par toute la société (tsunami de la fin 2004 ayant entraîné une étonnante collecte de fonds en vue de la réparation, rites de deuil systématisés hebdomadaires au Rwanda, influence sur la politique internationale, commémorations officielles).

8. QUELLE ISSUE POUR LE DEUIL POST-TRAUMATIQUE ?

La gravité de la symptomatologie du deuil post-traumatique montre qu'une absence de prise en charge est néfaste : le traumatisme reste enkysté, le deuil s'avère impossible. Les génocides juif, arménien et rwandais, chacun dans sa spécificité, en témoignent hélas. Parfois, plus de 60 ans après, les traumatismes sont intacts et l'absence de deuil conduit à une psychopathologie secondaire très lourde. Le suivi à moyen et long terme après une intervention immédiate montre, aux États-Unis et en Europe, l'intérêt d'une prévention et d'une thérapeutique des effets. Des publications récentes montrent que parmi les personnes du World Trade Center sauvées *in extremis*, les femmes sont les plus fragiles, celles qui ont subi des traumatismes antérieurs et surtout dans l'enfance, enfin les personnes qui présentaient une personnalité limite sont les plus sensibles aux manifestations psychotraumatiques et présentent des dépressions à la gravité et la durée majorée.

9. CONCLUSION

Les deuils post-traumatiques doivent être identifiés précocement et donner lieu à une offre psychothérapeutique.

Leurs conséquences sont graves non seulement sur la personne, mais pèsent également sur la génération suivante. La complication liée à la mort traumatique doit être prise en compte dans le traitement : le deuil ne peut être abordé tant que les manifestations psychotraumatiques n'ont pas été traitées. Cependant, la psychothérapie individuelle semble insuffisante dans les situations de catastrophes collectives. La reconnaissance nationale facilite le lien social, renoue les émotions aux représentations, donne le sentiment d'appartenir à un corps social. Enfin, la commémoration des catastrophes, la réflexion de générations ultérieures sur les crimes ou les guerres du passé permettent une prise de conscience et une réflexion qui, espérons-le, limiteront la reproduction des erreurs et des violences humaines historiques. Le fait de reconnaître un traumatisme a donc des effets bénéfiques sur le plan individuel et de la société, mais son traitement dépend aussi des représentations véhiculées à l'égard de la souffrance. Il s'agit, pour les spécialistes comme pour les soignants de première ligne, de transmettre l'importance d'une prise en charge précoce autant que d'un suivi à long terme, sans pour autant dramatiser ou galvauder une psychopathologie liée à l'angoisse de la finitude et de l'impuissance humaine à protéger ses proches et lui-même de la mort.

Pour en savoir plus

- Bacqué MF. *Apprivoiser la mort*. Paris: Odile Jacob; 2003.
- Barrois C. *Les névroses traumatiques*. Paris: Dunod; 1998.
- Crocq L. Le trauma et ses mythes. *Psychol Med (Paris)* 1993;25:992–9.
- Crocq L. Le retour des enfers et son message. *Stress et trauma* 2000;1: 5–19.
- Fras I. Grande guerre et Psychiatrie. Genèse de la conception complète de l'état de stress aigu. *Histoire des sciences médicales* 2002;T 36(no 2): 185–92.
- Freud S. Introduction à la PSA des névroses de guerre. In: *Résultats, Idées, problèmes*. Paris: PUF; 1984.
- Métraux JC. *Deuils collectifs et création sociale*. Paris: La dispute; 2004.
- Montigny de J. *Le crash*. Montréal: Ed du remue-ménage; 1985.
- Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Traumatic Grief as a risk factor for Mental and Physical Morbidity. *Am J Psychiatr* 1997;154:1003–8.
- Rutter M. La résilience en face de l'adversité. Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques. *Br J Psychiatr* 1985;147: 598–611 [(2002) *Études sur la mort*. 122, 123–46 (traduction M. Hanus)].