

تاريخ استقبال المقال 2019/03/14 تاريخ قبول نشر المقال 2019/08/05 تاريخ نشر المقال 2019/09/10

Perspective historique du traumatisme psychique

Benamsili Lamia, Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Haderbache.lamia@gmail.com

Résumé:

La violence est devenue un thème majeur de préoccupation et de débat, non seulement dans les champs légal et social, mais aussi dans celui de la santé. Un trauma n'est pas une violence mais le produit d'une violence.

Cet article a pour objectif de présenter un historique, plus au moins exhaustif, du traumatisme psychique, en revenant notamment sur les différentes appellations attribuées à cette pathologie et les perspectives étiopathogéniques et thérapeutiques ayant accompagnées ces dénominations.

Mots Clés: violence, trauma, historique.

ملخص:

أصبح العنف موضوعاً رئيسياً للاهتمام والنقاش، ليس فقط في المجالين القانوني والاجتماعي ولكن أيضاً في المجال الصحي. إن الصدمة ليس عنف بل إنما هي نتاج العنف. يهدف هذا المقال إلى عرض تاريخ الصدمة النفسية بصفة شاملة نوع ما وذلك بالرجوع إلى التسميات المختلفة المنسوبة لهذا المرض ووجهات النظر المفسرة والعلاجية التي رافقت هذه الأسماء. **الكلمات المفتاحية:** العنف، الصدمة، تاريخ.

Introduction

Toute étude d'une discipline nous incite à nous pencher sur sa genèse et sur son développement. Ainsi, L'étude historique d'une entité psychiatrique recèle de nombreux écueils : à première vue, les termes désignant tel ou tel trouble, l'étiopathogénie et les modalités thérapeutiques se prêtent évidemment à une approche chronologique.

Nous allons, dans ce qui suit, aborder le développement historique du traumatisme psychique.

Dix jalons historiques du traumatisme psychique

La souffrance psychique due à la violence est aussi vieille que l'histoire des hommes ; et ce que la communauté scientifique internationale appelle aujourd'hui « névrose traumatique » ou « état de stress post-traumatique » est mentionné sous d'autres dénominations, ou évoqué dans des écrits anciens depuis des temps immémoriaux. En parcourant notre histoire ancienne et moderne, nous avons pu ainsi identifier dix jalons qui marquent des avancées successives dans ce que nous pouvons appeler l'histoire du concept de traumatisme psychique ou trauma¹.

مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي العدد 3 مجلد 7، سبتمبر 2019. ص ص (06-18)

En effet, les usages actuels aussi multiples qu'hétérogènes de la notion de traumatisme en psychologie, psychiatrie, psychopathologie, psychanalyse, etc..., justifient que l'on revienne en détails sur son histoire. Celle-ci permet de mieux appréhender la multiplicité des enjeux théoriques, cliniques, métapsychologiques, politiques, praxéologiques, institutionnels etc., qu'elle recouvre aujourd'hui, ainsi que les controverses auxquelles elle donne lieu².

Nous allons, à présent, exposer les dix repères historiques cités ci-dessus :

- **1^{er} jalon. L'Epopée de Gilgamesh et L'Iliade : Récits légendaires et confrontation avec la mort**

L'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires, telle l'Epopée de Gilgamesh, le héros sumérien qui était angoissé par la perspective inéluctable de la mort et qui, dans sa quête d'immortalité, avait été jusqu'aux portes de l'enfer interroger l'âme de son fidèle serviteur Enkidu pour se faire donner une réponse oraculaire et apaisante d'acceptation de sa condition de mortel ; tel le mythe platonicien du soldat , ce guerrier pamphylien laissé pour mort sur le champ de bataille et se réveillant au dixième jour sur le bucher funéraire, et racontant le voyage initiatique de son âme aux enfers, les visions terrifiantes « traumatiques » ou extatiques qui lui ont été données à contempler, et la leçon de responsabilisation qu'il a reçue ; et tel le poème épique de l'Iliade, dont on peut entreprendre une lecture traumatique : on y voit alors la violence, la cruauté et l'horreur des combats, le courage intrépide et la peur des combattants³.

- **2^e jalon. Descriptions historiques et mention des rêves de bataille dans l'antiquité**

A coté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, tel le cas Epizelos, cité par Hérodote : ce soldat qui, à la bataille de Marathon, est devenu aveugle en plein combat, et pour le restant de ses jours, pour avoir vu la silhouette d'un ennemi perse gigantesque et armé passer près de lui sans le voir et aller occire son camarade. Hippocrate, dans son Traité des songes, mentionne des rêves traumatiques : des sujets qui voient en rêves des hommes armés, des combats, ou croient même se battre. Le songe de Xénophon, dans l'Anabase, est un rêve traumatique. Quelques siècles plus tard, dans le De natura rerum, de Lucrèce, il est fait état des rêves traumatiques⁴.

- **3^e jalon. La mort et le rêve de bataille à l'époque médiévale**

A l'époque médiévale, la *Chanson de Roland* (vers 1100) présente les mêmes caractéristiques de réalisme horrifiant et de mystère face à la mort que l'Iliade, et Froissart, dans ses Chroniques (1388) mentionne lui aussi des rêves de bataille, dont les cauchemars

somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus : « Dans son sommeil, croyant se battre, il se levait et brandissait son épée, risquant de blesser les siens »⁵.

On va retrouver les rêves traumatiques pendant les guerres de religion, ou le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint Barthélemy, fin août 1572, appelle son médecin Ambroise Paré pour lui dire, qu'il est harcelé par des images de faces hideuses et couvertes de sang qui l'invectivent et le menacent : reviviscence hallucinatoires et cauchemars de répétition des scènes horribles de cette tuerie perpétrée en son nom. En 1577, le poète Agrippa d'Aubigné est resté une semaine entre la vie et la mort, après avoir été blessé au combat, et a alors vécu une véritable épreuve initiatique admis à contempler le paradis et recevant d'un ange la mission de témoigner sur les misères de la guerre⁶.

- 4^e jalon. Les guerres de Religion, Shakespeare et Pascal

Vers 1600, trois tragédies de Shakespeare, Roméo et Juliette, Henry IV et Macbeth, font état de cauchemars de bataille et d'hallucinations terrifiantes chez des personnages ayant vécu des événements dramatiques ; et, quelques décennies plus tard, notre philosophe Pascal, dans le carrosse avait failli verser dans la Seine au pont de Neuilly, fut tellement effrayé par ce incident qu'il le revivait en hallucinations diurnes et en cauchemars nocturnes, et qu'il changea totalement de vie, délaissant ses fréquentations mondaines, rompant ses fiançailles et s'adonnant entièrement à la méditation⁷.

- 5^e jalon. Névrose de la circulation (Pinel) et vent de boulet (Larrey) lors des guerres de la révolution et de l'empire

Il fallut attendre les événements de la Révolutions et de l'Empire pour que les médecins décrivent scientifiquement cette pathologie traumatique. Pinel décrit les tableaux cliniques des rescapés de la terreur qui ont vu guillotiner leurs parents, et des soldats de l'an II effrayés par l'horreur des combats : « idiotisme », « névrose de la circulation », ou « de la respiration », en fonction de la symptomatologie dominante, tachycardique ou dyspnéique. Le baron Larrey, chirurgien de la grande armée, dénomme « syndrome du vent du boulet » les états stuporeux présentés par les soldats frôlés par un boulet qui a massacré leurs camarades tout près d'eux⁸.

Desgenettes, Larrey, Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé « vent de boulet » les états stuporeux aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près sans avoir été blessés⁹.

- 6^e jalon. Les guerres de la seconde moitié du XIX^e Siècle ; Henri Dunant et Silas Weir Mitchell

Les guerres du milieu du XIXe siècle, avec l'apparition des canons rayés et des premières mitrailleuses, ont été beaucoup plus vulnérantes que les conflits précédents. La bataille de Solferino fit 20 000 morts dans la seule journée du 24 juin 1859. Et Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole ramassant les blessés abandonnés sur le champ de bataille pour les transporter dans les églises transformées en infirmeries, écrira trois ans plus tard dans son livre *Un souvenir de Solferino*: « Les malheureux blessés qu'on relève toute la journée sont pâles, livides, anéantis ; les uns, profondément mutilés, ont le regard hébété et paraissent ne pas comprendre ce qu'on leur dit ; les autres sont inquiets et agités par un ébranlement nerveux et un tremblement convulsif. » Mais ce sont Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, tous deux médecins dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession américaine (1861-1865) qui vont faire œuvre novatrice en décrivant l'un le « cœur du soldat », sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, l'autre « l'hystérie post-émotionnelle chez l'homme », avant Charcot mais après Briquet, qui rapporte un cas de conversion hystérique chez un insurgé qui a failli être fusillé pendant les émeutes de juin 1848 à Paris ¹⁰.

Chez les médecins aux armées, le discours officiel conserve les vieux termes de « vent du boulet », par de Legouest, et de « nostalgie », par Michel Levy, pour désigner les troubles psychiques du combat. Toutefois, dans cette même guerre, on voit émerger deux propositions novatrices formulées par des médecins aux armées ; ce sont le syndrome du « cœur irritable » ou « cœur irritable » par Jacob Mendez Da Costa, et la reconnaissance de l'hystérie post-émotionnelle chez l'homme, par Silas Weir Mitchell.

- **7^e jalon. Les fondateurs : Charcot, Oppenheim, Janet, Freud et quelques autres, ou la découverte de l'inconscient traumatique**

Le mot « traumatisme » a mis longtemps pour arriver au monde. Les grecs parlaient de *traumatikos*, « bon pour les blessures ». C'est pourquoi les médecins se sont emparés de cette notion pour désigner un choc qui provoquait des déchirures. Les chirurgiens ont précisé l'objet en disant qu'un choc peut briser la protection d'une paroi musculaire ou méningée. Quand, au XIX^e siècle, les accidents de chemin de fer ont provoqué des accidents physiques, les dégâts ont été faciles à observer, et alors on a ajouté que la vitesse excessive du train pouvait aussi secouer le cerveau et rompre les parois méningées ¹¹. Les premières études scientifiques sur le traumatisme remontent à la fin du XIX^e siècle et portent alors souvent sur les victimes d'accidents de chemin de fer. D'emblée, la question de l'étiologie des troubles se pose : est-elle organique ou psychologique ? Est-ce l'événement lui-même ou son

مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي العدد 3 مجلد 7، سبتمبر 2019. ص ص (18-06)

interprétation qui provoque les symptômes ? Certains individus présentent-ils des vulnérabilités ?¹². En effet, Le traumatisme psychique, notion très ancienne dont on peut trouver les précurseurs dès l'antiquité, s'est toujours trouvé écartelé entre trois objets de référence principaux : la blessure corporelle et surtout craniofaciale, les émotions générales parmi lesquelles l'angoisse de mort, les contextes psychosociaux du ou des facteurs déclenchant le trouble.¹³

Oppenheim (1889) est le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». Prenant une position organiciste, il estime notamment que les symptômes traumatiques sont le produit de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Ainsi Oppenheim initie une longue tradition d'association des symptômes post-traumatiques avec les « névroses cardiaques » : on parle alors de « cœurs irritables » ou de « cœurs de soldats ». Mais bien vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais Myers, observent que le shell shock (choc des tranchées) qui sera appelé obusite en France se manifeste chez des soldats qui n'ont jamais été exposés directement aux tirs. Myers (1915) affirme dès lors que les perturbations émotionnelles seules suffisent à expliquer l'apparition des symptômes. Il rejette ainsi la théorie exclusivement organiciste. Comme beaucoup de ceux qui l'ont suivi, Myers rapproche donc la névrose de guerre de l'hystérie¹⁴.

Charcot (1887) de son côté parle de « choc nerveux » traumatique qui plonge le patient dans un état second comparable à l'hypnose : il est donc le premier à souligner l'importance des manifestations dissociatives et propose à Janet de poursuivre ses recherches sur le sujet¹⁵.

Janet (1889) développe alors une théorie proche de celle du neurologue américain Putnam (1881). Selon Janet, le psychisme confronté à une situation terrifiante peut devenir temporairement incapable de gérer ses « schémas cognitifs » préexistants aux émotions associées à cette situation. Les souvenirs de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils en sont alors mis à l'écart, dissociés, et échappent au contrôle volontaire. Le sujet est dissocié parce que ses capacités mentales sont affaiblies par de fortes émotions qui altèrent sa capacité à intégrer les contenus mentaux dans la conscience. La théorie janétienne a un retentissement international considérable. De très nombreux auteurs poursuivront ce courant de pensée : Piaget, Jung, Myers ou encore Hilgard. Ils considèrent la dissociation comme le processus pathogène principal, donnant naissance aux symptômes traumatiques. Dès lors, ils privilégient la synthèse et l'intégration comme méthodes thérapeutiques¹⁶.

Contemporain de Janet, Freud intègre l'équipe de la salpêtrière en 1885. Il admire beaucoup Charcot et est très influencé par ses idées. Ainsi, entre 1892 et 1896, Freud suit le principe

selon lequel le « subconscient » contient des événements d'une forte charge affective qui sont encodés dans un état de conscience modifié. Il explique, lui aussi, des attaques hystériques comme étant la réminiscence d'un état psychique antérieur, traumatique, et reconnaît l'influence de Janet. Freud et Breuer, dans les études sur l'hystérie (1895), avancent l'idée selon laquelle le moi réprimerait activement les souvenirs traumatiques douloureux. La dissociation serait donc le résultat d'un mécanisme de défense qui protège la conscience. Puis dans l'étiologie de l'hystérie (1896), il abandonne l'idée que la dissociation est le concept central et privilégie la thèse des désirs réprimés comme origine de la névrose : ce ne sont pas que des souvenirs de faits réels qui sont écartés de la conscience, mais les désirs sexuels et agressifs de l'enfant qui menacent le moi et mobilisent des défenses qui les empêchent d'émerger à la conscience. A la différence de Janet, il explique que l'hystérie ne résulte pas d'un échec à intégrer de nouvelles données aux schémas préexistants, mais d'une répression active des pulsions sexuelles et agressives se concentrant autour du complexe d'Œdipe. Freud a eu beaucoup de difficultés, malgré ses efforts, à réconcilier les notions de sexualité infantile refoulée et de trauma. S'appuyant sur la deuxième théorie freudienne, la psychiatrie a alors eu tendance à ignorer les traumatismes réels au profit de la théorie du fantasme.¹⁷

- **8^e jalon. Les continuateurs : Les deux guerres mondiales et les guerres post-coloniales, shell shock, névrose de guerre et névrose de guérilla**

Au cours de la première guerre mondiale, de nombreux psychiatres français et allemands s'attacheront davantage à détecter les soldats simulateurs qu'à les soulager de leurs souffrances traumatiques. L'hystérie de guerre met ainsi en perspective la question de la volonté du patient : en Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles manquant de volonté (on parle même de maladie de la volonté). En Allemagne, dans un entre-deux-guerres au nazisme naissant, l'état décide de ne plus accorder de compensations financières aux soldats traumatisés, estimant que cela revient à les maintenir dans cet état pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées¹⁸.

Sur le plan de l'étiopathogénie, on mettait en avant « l'émotion choc » (Logre), la « peur aux armées » (Brousseau), et aussi les conflits y attendant (combattre ou fuir, idéaux pacifiques versus obligation de tuer), ou même « le saisissement douloureux éprouvé au spectacle horrifiant des camarades tués, blessés ou mutilés devant soi » (Régis). Mais c'est la psychanalyse qui fournira ses lettres de noblesse à ce que l'on s'accordera peu à peu à nommer les névroses et psychonévroses (pour les cas graves) de guerre¹⁹.

Au lendemain de l'armistice du 11 novembre 1918, toute la France honora ses morts et glorifia ses survivants, blessés ou indemnes. Mais, si les « blessures physiques » furent reconnues, soignées et pensionnées, il n'en fut pas de même pour les « blessures psychiques », qui demeurèrent méconnues, négligées, voire niées. Une fois la paix revenue, chacun s'en retourna à ses occupations et à ses plaisirs d'avant, infligeant à ces combattants que les épreuves de la guerre avaient bouleversés ce deuxième trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens²⁰.

Mais qu'en était-il de ceux qui avaient subi un grave choc psychologique au cours des péripéties du combat ? Comment survivaient-ils, ceux qui avaient vécu l'imminence de leur mort sans échappatoire possible ? Quelles nuits passaient-ils désormais, ceux qui s'étaient trouvés ensevelis sous leur abri écrasé par les obus ennemis ? Ou qui avaient assisté, horrifiés, au spectacle insoutenable de leurs camarades déchiquetés par les shrapnells ? que devenaient-ils ensuite ? Certains, atteints d'une authentique névrose traumatique de guerre, et perturbés au plus profond de leur personnalité, avaient du mal à se remettre, même après leur démobilisation et une fois la paix revenue. Quelques-uns ont souffert de leur traumatisme psychique jusqu'à leur mort, leurs nuits hantées par d'épouvantables cauchemars de bataille. Le temps ne leur procura pas l'oubli bienfaisant²¹.

Freud (1920), réfléchissant sur la frayeur et sur le cauchemar de répétition, en vint à identifier la « compulsion de répétition » comme moyen de défense antérieur au principe de plaisir, et à postuler, derrière cette compulsion, une « pulsion de mort », fascination pour la mort et l'inanimé, et répondant en symétrie de la libido qui est pulsion de vie²².

Il faut attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale. Après la guerre, les sujets exposés au trauma sont extrêmement nombreux, qu'il s'agisse d'anciens combattants ou de survivants des camps de concentration. Les psychiatres américains décrivent, à l'instar de Kardiner, les réactions physiologiques de ces patients et cherchent des thérapies permettant de travailler sur les « souvenirs somatiques ». Ils ont donc recours à l'hypnose et à la narco synthèse pour aider le patient à se rappeler le trauma et faciliter l'abréaction. Ils confirment ce qu'avait dit Janet : l'abréaction sans transformation, sans synthèse, n'est aucune aide²³.

Sur le plan étio-pathogénique, outre la violence et la durée de l'exposition au combat, on incrimina le rôle néfaste des conflits intra-psychiques ou extra-psychiques, et de l'isolement.

La prédisposition constitutionnelle ou acquise lors d'une enfance névrotique fut aussi subodorée dans de nombreux cas ²⁴.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le désir de reconstruction et l'envie de renouer avec les plaisirs ont plongé les blessés psychiques dans l'oubli. Parmi ces blessés, peu ont finalement bénéficié de soins psychiques, malgré la précocité de la psychiatrie militaire dans ce champ ²⁵.

- **9^e jalon. Les premiers novateurs : Guerre du Vietnam et état de stress post-traumatique**

Lors des guerres du Péloponnèse, quand le psychisme d'un soldat était altéré, on expliquait ce phénomène en affirmant qu'un démon s'était emparé de son âme. Au moyen âge, quand la culture était structurée par le sentiment de faute, c'est le péché, la punition divine qui a expliqué ces troubles. Puis ce fut le chemin de fer, les accidents électriques ou les empoisonnements chimiques qui ont fourni d'autres explications, selon les objets qui marquaient la culture. Le virage anthropologique eut lieu après la guerre du Vietnam, lorsque les blessés de l'âme n'ont plus été considérés comme des possédés, des punis ou des lâches, mais comme des victimes d'un stress qui débordait leur défense, sidérait leur cerveau et leurs fonctions psychiques ²⁶.

La recherche sur le trauma reprend donc un deuxième souffle sous l'impulsion de chercheurs qui étaient souvent eux-mêmes des soldats ou des survivants des camps. Par la suite, des cliniciens étudient une catégorie de sujets totalement négligés jusque-là : les femmes et les enfants. La première étude sur le viol date ainsi de 1974 : Burgess et Holstrom décrivent « le syndrome traumatique du viol » qu'elles rapprochent de la névrose de guerre. À la même époque, d'autres auteurs s'intéressent aux enfants battus, des groupes de paroles d'anciens combattants du Vietnam émergent dans toute l'Amérique ²⁷.

En 1974, le psychiatre américain Chaim Shatam identifia un post-Vietnam syndrome pour désigner les névroses de guerre dont souffraient bon nombre de vétérans à leur retour du Vietnam. Leur nombre (700 000 hommes sur les 3 millions de GI qui avaient été envoyés combattre là-bas entre 1964 et 1973) posait un véritable problème de société, car ils ne parvenaient pas à se réinsérer dans leur famille ni dans leur milieu professionnel ²⁸.

L'intérêt du diagnostic de PTSD réside dans la proposition d'une entité à part et d'une préoccupation d'autant plus importante qu'après la guerre du Vietnam, d'autres conflits – guerre du Kippour en 1973, la guerre Irak-Iran (1980-1988), les conflits en Afrique, les guerres en Afghanistan et en Tchétchénie, puis la guerre du Golfe en 1991, le génocide

rwandais en 1994, la guerre en Irak actuelle et bien d'autres encore – ont été pourvoyeurs de nombreux troubles psychotraumatiques aigus ou chroniques chez les combattants, mais aussi chez les civils. Cela a donc permis que de nombreuses victimes de catastrophes, d'accidents, d'agressions ou de guerre puissent s'autoriser à consulter et à exprimer leur souffrance ²⁹.

En 2003, le président américain George Bush junior voulut reprendre la guerre contre l'Irak de Saddam Hussein qu'avait dirigée son père, le président George Bush senior, et, entraînant avec lui une partie des alliés de la veille, renversa le régime du dictateur de Bagdad mais ne put se dépêtrer du « borbier » irakien, écho du borbier vietnamien dans l'opinion publique américaine, le peuple irakien libéré, quoique divisé par des querelles religieuses, faisant chorus contre le soldat occidental libérateur. Malgré les relèves et les dispositifs de confort et de soutien psychologique, l'armée américaine – déplorant quatre mille morts en sept ans – (de même que l'armée britannique, qui en compte près de mille) se trouve partagée entre le sens du devoir et la nostalgie empreinte d'incompréhension, tandis que les opinions publiques de l'arrière sont décontenancées par le sentiment d'échec, le scepticisme et la critique. La nouvelle guerre d'Afghanistan, menée par une coalition de l'OTAN contre les talibans terroristes islamiques, entraînant des pertes humaines dans le camp occidental (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie et Espagne pour l'essentiel), suscite des interrogations dans les opinions publiques des pays concernés, où on redoute l'enlèvement et la déconfiture d'un « nouveau Vietnam ». L'opinion publique occidentale du début du IIIe millénaire dans ces pays occidentaux n'est plus celle des deux conflits mondiaux du XXe siècle, et ne tolère pas que ses jeunes gens se fassent tuer, ne serait-ce qu'en petit nombre, pour une guerre lointaine dont le motif politique, même étoffé de la noble intention de libérer un peuple du joug de l'extrémisme islamique, demeure obscur. Les mythes du zéro mort et de la guerre technologique (surveillance par satellites, gilets pare-balles et drones) se révèlent illusoires, face à la succession des nouvelles annonçant que, dans telle ou telle embuscade, nos soldats trouvent la mort dans des accrochages où l'ennemi, mieux équipé qu'on ne l'avait cru, reçoit le soutien, ouvertement ou de manière occulte, sincère ou forcé, de la population locale. Chacune de ces nouvelles, répercutée par des médias avides de faits sanglants, est autant de souffrance pour les familles endeuillées et d'embarras pour les instances gouvernementales, qui envisagent le retrait à moyen terme sans perdre la face. Pour l'Occident, le recours à la guerre devient archaïque et coupable. Pour le combattant, sur le terrain, la noble cause du combat libérateur est minée par le doute et par le sentiment de ne plus être soutenu par l'arrière ; et la « nostalgie » des vieilles armées du XVIIIe siècle

réapparaît sous une nouvelle forme. Démotivation, tristesse et dépression menacent le soldat oublié, et la tentation du geste suicidaire s'insinue dans son esprit perplexe³⁰.

Si la notion de Traumatisme psychique de l'enfant et de l'adolescent n'est apparue que tardivement dans les classifications internationales, elle est depuis longtemps l'objet d'une réflexion clinique au sein des théories freudiennes et post freudiennes. Depuis Freud, le concept de Traumatisme psychique n'a eu de cesse d'être réinterrogé par ses successeurs, de Ferenczi à Roussillon en passant par Anna Freud et Winnicott jusqu'aux auteurs les plus contemporains. La clinique du Traumatisme psychique de l'enfant apparaît aujourd'hui très spécifique avec une symptomatologie à la fois riche et complexe du fait de sa grande variabilité. Cela implique que l'on s'interroge nécessairement sur les facteurs de risque et de protection du traumatisme psychique de l'enfant afin de proposer des dispositifs de soins préventifs et thérapeutiques les mieux adaptés. La réalité politique et sociale actuelle ne nous autorise plus à nier l'existence de troubles psychotraumatiques chez l'enfant et l'adolescent, troubles auxquels les acteurs de la protection de l'enfance et des réseaux pédopsychiatriques doivent aujourd'hui faire face.³¹

Des recherches ont pu être élaborées, tant sur le plan clinique (chez l'enfant par exemple, les pathologies associées ou comorbides), que sur ceux pathogénique (facteurs de risque et facteurs de résilience), biologique (étude des perturbations neurophysiologiques du stress et du trauma), ou encore thérapeutique (tant du point de vue émotionnel, cognitif et comportemental que de celui de l'approche psychanalytique, mais également pharmacologique).³²

10^e jalon. Les seconds novateurs : La réaction des cliniciens francophones ; le trauma comme rencontre inopinée avec le réel de la mort et l'approche phénoménologique

En Europe, bien que certains auteurs écrivent en anglais aient adopté le point de vue américain sur la clinique et la pathogénie du PTSD, la fidélité aux traditions européennes et l'exigence d'un mode de pensée plus rigoureux en matière de psychopathologie ont amené des auteurs français, belges, suisses et hollandais à se démarquer du concept PTSD et de ses implications théoriques et à promouvoir le concept psychopathologique de trauma, par opposition au concept biophysique de stress³³.

Dès les années soixante, le médecin commandant Louis Crocq commençait une série de publications sur le sujet qui font encore référence dans notre pays. Il s'inspirait essentiellement de P. Janet et de O. Fénichel. Le Professeur Juillet et le Docteur Moutin, tous deux de l'École du Val-de-Grâce, publiaient leur manuel de psychiatrie militaire, où la

névrose traumatique figurait en bonne place. Les spécialistes des services de santé des armées ont appris à reconnaître et à soigner cette pathologie. Mentionnons à cette place d'initiateur le docteur, puis professeur, Barrois, qui était aussi psychanalyste et dont les travaux eurent pour effet d'orienter les spécialistes militaires vers les conceptions freudiennes du trauma. Disons que cet intérêt ne partait pas de rien, et que la lecture de devanciers de la guerre de 1914, comme Fribour-Blanc ou Hesnard, obligeait les psychiatres militaires à prendre la névrose traumatique au sérieux, en dépit de la méconnaissance où elle était maintenue d'une manière générale ³⁴.

En France, Barrois est le fondateur de la psychotraumatologie en 1988. Le diplôme de victimologie de l'université de Paris-V a popularisé la discipline mais sans individualiser réellement la psychotraumatologie. Emmanuelli, futur secrétaire d'état à l'action humanitaire d'urgence, y enseignait alors la médecine de catastrophe et la médecine humanitaire. Cette heureuse collaboration fit germer l'idée d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), préparée dès 1994 par un groupe de travail dirigé par Lopez, et créée sous la présidence de Crocq quelques jours après l'attentat terroriste du 25 juillet 1995. Depuis, la psychotraumatologie s'est individualisée avec la création d'un diplôme de psychotraumatologie et de plusieurs ouvrages de référence dont psychotraumatologie (2006) ³⁵.

Une Revue francophone du stress et du trauma fut créée en commun avec des psychologues et des psychiatres suisses et belges (en particulier A. Andreoli à Genève et M. De Clercq à Bruxelles). L'association de langue française pour l'étude du stress et du trauma, créée en 1990 par L. Crocq, fut revitalisée et le docteur Louville créa une association pour la formation des CUMP. Ainsi le courant de la « psychotraumatologie » francophone parvient vite à maturité, des livres et des articles en grand nombre paraissent ³⁶.

Le terme « syndrome psychotraumatique », auquel sont attachés les psychiatres français, permet de se placer dans une perspective qui n'est pas trop marquée par l'idéologie, celle qui fait référence à la psychanalyse comme le concept de névrose traumatique (Freud, Ferenczi, Fenichel) ou d'état de stress post traumatique du DSM qui met l'accent sur la dimension biopsychologique du trouble et introduit une confusion entre stress et trauma ³⁷.

Au cours de ces dernières décennies, l'intérêt pour la psychotraumatologie n'a cessé de croître, suscitant de nombreuses recherches, souvent multidisciplinaires. On connaît mieux les soubassements neuroanatomiques et neurobiologiques du trauma. Les facteurs de vulnérabilité et de résilience ont été précisés. Les modalités de prise en charge à visée

préventive ou curative se sont diversifiées et leurs résultats ont été évalués. Parallèlement, on a pris la mesure des couts humains et socio-économiques générés par les « blessures psychiques ». On a promulgué des lois favorables aux victimes et, pour leur venir en aide, on a développé réseaux et services ³⁸.

Le trauma introduit le sujet dans une dimension propre à la tragédie. Peut-être l'intérêt actuel de l'Occident pour la question est-il à entendre comme le retour d'une interrogation sur la finitude historique d'un modèle de civilisation dont rien, de l'extérieur, ne vient plus contester sérieusement l'hégémonie ³⁹.

Conclusion

De cet historique, on retient que le traumatisme psychique est une notion à la fois ancienne et récente. En effet, il est certain que le psychotrauma est connu depuis la lointaine antiquité, mais la description scientifique de ce trouble est assez récente. Il est alors évident que les événements violents peuvent induire des perturbations psychiques profondes et durables sur les humains. On note également le long chemin parcouru par la notion du traumatisme psychique, au niveau de la terminologie, de l'étiologie et de la thérapie.

Références bibliographiques

1. Crocq, L. (2012). Quelques jalons dans l'histoire du concept trauma. In R.Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (175-186). Paris : Dunod.
2. Pignol, P. (2014). Préhistoire de la psychotraumatologie. Les premiers modèles du traumatique. *L'Information psychiatrique*, 90 (6), 415-425.
3. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
4. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
5. Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
6. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
7. Crocq, L., Bouchard, J-P. (2018). Histoire de la psychotraumatologie. In *Annales Médico-psychologique*, 176, 305-309.
8. Crocq, L., Bouchard, J-P. (2018). Histoire de la psychotraumatologie. In *Annales Médico-psychologique*, 176, 305-309.
9. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
10. Crocq, L. (2011). La culpabilité du soldat occidental. In *Revue des deux mondes*, 129-148.
11. Cyrulnik, B. (2016). Postface. In S. Ionescu (Dir), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (pp.299-305). Paris : Odile Jacob
12. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é éd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
13. Braconnier, A. (2013). Traumatisme psychique. In R. Doron., & F. Parot (Dir.), *Dictionnaire de psychologie* (p.731) (3 é éd). Paris : PUF.
14. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é éd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
15. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é éd) (pp.2-12). Paris : Dunod.

16. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
17. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
18. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
19. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
20. Crocq, L. (2014). *Les blessés psychiques de la grande guerre*. Paris : Odile Jacob.
21. Crocq, L. (2014). *Les blessés psychiques de la grande guerre*. Paris : Odile Jacob.
22. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
23. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
24. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
25. Sebastiao, M-P. (2012). Trauma et vieillissement : destin et enjeux psychiques. In R.Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (147-158). Paris : Dunod
26. Cyrulnik, B. (2016). Postface. In S. Ionescu (Dir), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (pp.299-305). Paris : Odile Jacob
27. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
28. Crocq, L. (2014). *Les blessés psychiques de la grande guerre*. Paris : Odile Jacob.
29. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C., & Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique*. Paris : Dunod.
30. Crocq, L. (2011). La culpabilité du soldat occidental. In *Revue des deux mondes*, 129-148.
31. Kechid, G. (2007). *Le traumatisme psychique de l'enfant*.
32. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C., & Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique*. Paris : Dunod.
33. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. In M. De Clercq., F. Lebigot (Dir.), *Les traumatismes psychiques* (pp.23-64). Paris : Masson.
34. Lebigot, F. (2005). *Le traumatisme psychique* (2 é èd). Paris : Fabert.
35. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.2-12). Paris : Dunod.
36. Lebigot, F. (2005). *Le traumatisme psychique* (2 é èd). Paris : Fabert.
37. Damiani, C. (2011). Syndrome psychotraumatique. In C. Damiani et F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (pp.241). Paris : Philippe Duval.
38. Lempérière, Th. (2011). Préface. In C. Damiani et F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (pp.7-8). Paris : Philippe Duval.
39. Doray, B., & Louzoun, C. (1997). *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Paris : Eres