

EXPRESSION

LES EFFETS INDÉSIRABLES DES INTERVENTIONS “PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES” EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Christian Mormont

Professeur de psychologie, Directeur du Centre de compétences en violences et traumatismes (VITRA), Université de Liège, Boulevard du Rectorat, B33, Sart-Tilman, B-4000 Liège
c.mormont@ulg.ac.be

“Des psychologues sont sur place”⁽¹⁾. Ainsi, Jacques Gaillard titre-t-il un brillant essai sur ce qui est devenu un fait de société : la présence incontournable des psychologues (et autres professionnels) en cas d'événement potentiellement traumatogène. Les pionniers de la psychotraumatologie peuvent être satisfaits de leur action, car si les catastrophes n'ont jamais épargné l'humanité, il n'y a que peu de temps que nos sociétés cherchent à substituer aux rites traditionnels exsangues des interventions professionnelles destinées à venir en aide aux victimes. Aide intéressée puisque, à ses débuts et aujourd'hui encore dans une large mesure, elle vise à rétablir la productivité : rendre rapidement opérationnels le soldat hors combat, le travailleur en incapacité à la suite d'un choc psychologique. Utile et utilitaire, cette aide a progressivement pris une valeur supplémentaire en termes de qualité de vie. Dès lors, elle ne concerne plus seulement les travailleurs et la productivité, mais toutes les personnes et leur bien-être. Elle accède ainsi à une dimension ontologique qui, transcendant l'utilitarisme et ses risques d'exploitation de l'homme, lui assure une dignité à la hauteur de l'idéal professionnel des intervenants. Pour en arriver là, il aura fallu pendant des années attirer l'attention des décideurs, des médias et de la population sur la psychotraumatologie.

Des événements tragiques et spectaculaires (les attentats de Paris, pour la France, le naufrage du *Herald free enterprise*, pour la Belgique) ont touché l'opinion publique et l'ont convaincue qu'une prise en charge systématique

était nécessaire après tout incident critique. Cette position, sans doute au-delà des revendications des professionnels eux-mêmes, s'est assortie de la nécessité d'organiser des moyens d'intervention mobilisables lors de catastrophes de grande envergure, lors d'événements plus circonscrits et, en dernier ressort, en réponse à des situations individuelles. Ces structures ont permis de mieux faire face aux événements tout en favorisant l'apprentissage et l'application de programmes de prise en charge simples, économiques, rigides et collectifs. L'organe créé, la fonction devait suivre et justifier, fut-ce *a posteriori*, l'utilité de l'organe. Tout événement un tant soit peu exceptionnel, et sans considération pour ses effets réellement traumatisants, est devenu prétexte à solliciter les équipes faites pour ça et ayant, quant à elles, besoin de démontrer leur raison d'être. Les psychologues ont donc été sur place, partout et n'importe où, donnant corps à des préjugés, à des stéréotypes – dont certains se sont révélés pathogènes – relatifs aux psychotraumatismes, aux victimes, aux prises en charge.

QUAND L'ÉVÉNEMENT ET LE TRAUMATISME NE FONT PLUS QU'UN

Une fois avérée l'existence d'une psychopathologie post-traumatique, une certaine confusion s'est installée entre l'événement potentiellement traumatogène et le traumatisme (terme que nous réserverons à des atteintes graves avec séquelles). On en vient à croire que l'événement critique cause fatalement un traumatisme ; la cause (l'événement)

et l'effet (le traumatisme) se télescopent ; l'événement et le traumatisme ne font plus qu'un, si bien que le fait d'être exposé à l'événement signifie automatiquement être traumatisé et que le mot qui désigne l'événement devient signifiant de traumatisme. Corollairement, toute personne exposée à l'événement est traumatisée et requiert des soins. Une autre confusion résulte de la tendance à assimiler expérience et traumatisme, comme si toute expérience violente était un traumatisme quand bien même elle ne susciterait que des réactions “normales”.

Dans ce contexte, s'est développée une espèce de règle normative qui dicte ce que doit éprouver et faire la personne face à une situation qui, par préjugé et au prix d'une dérive évoquée ci-dessus, est baptisée traumatisme : la personne doit être traumatisée et donc doit être prise en charge. Les structures d'intervention, sollicitées, imposent avec plus ou moins de rigidité à chaque “victime” de se soumettre, par exemple, à un débriefing, voire à un programme plus lourd, justifié par le “traumatisme” subi. À partir de là, et en constatant que de nombreuses personnes impliquées ne sont pas traumatisées même si elles sont perturbées, plusieurs problèmes peuvent survenir.

LA QUESTION DÉONTOLOGIQUE DE LA NON-DEMANDE

Un premier problème concerne la demande sans laquelle nous ne pouvons intervenir dans la vie d'autrui. On a constaté qu'au sortir d'une expérience critique, beaucoup de victimes ne formulent pas de demande ou refusent l'aide offerte, quand bien même celle-ci leur serait-elle objectivement indiquée. En réaction à cette non-demande et contrairement à leur réserve habituelle, les psychologues adoptent une attitude proactive qui consiste à aller vers les victimes, à les convaincre du bien-fon-

dé du soutien proposé, à les presser de l'accepter. Il n'est pas rare, aussi, que la prise en charge soit imposée par l'employeur ou l'assureur. Dans ces conditions, la légitimité de l'intervention est discutable et tient à la distinction entre intrusion abusive et bénéfique, encouragement à surmonter une réticence, symptôme de malaise.

DES EFFETS INDÉSIRABLES

Au-delà de la question déontologique soulevée par la non-demande, un effet négatif peut être produit par une intervention "plaquée" de l'extérieur, qui ne respecte ni n'active le système et les défenses propres du sujet. Celui-ci, envahi par une intervention sauvage, peut développer un trouble sinon une pathologie iatrogène. Dans cet ordre d'idées, l'imposition d'un même programme à toutes les "victimes" ne tient pas compte des variations interindividuelles en termes de personnalité, de vulnérabilité, d'antécédents, de ressources... Cette pratique uniforme, héritée des origines militaire et comportementaliste de la psychotraumatologie, néglige aussi les indications spécifiques de certaines méthodes et les particularités des situations critiques. L'adéquation des mesures prises de façon aussi peu différenciée n'est pas garantie.

Il en va de même de la stéréotypie des méthodes et des préceptes : par exemple, la formule ressassée – "mettre des mots sur les choses" – est souvent un slogan vide qui, ignorant qu'il faudrait qu'il y ait des choses sous les mots, aboutit à un verbiage insignifiant, mais pas inoffensif car, sous l'effet de l'injonction de verbaliser, la personne aura été confrontée sans protection et sans raison à des souvenirs et à des émotions perturbants. Des pratiques incertaines, exploitant la crédulité des victimes, leur promettent des bienfaits illusoire, tandis que des procédés utilisés sans rigueur engendrent des dommages. Que l'on songe ici à la création de faux souvenirs – traumatisants – par le mésusage de l'hypnose.

La vulgarisation de la psychopathologie post-traumatique peut induire

des symptômes chez des personnes suggestibles, tandis qu'elle pousse des soignants à administrer des soins qui semblent répondre au tableau socialement construit et dramatisé des psychotraumatismes, soins qui, en réalité, se révèlent inappropriés. Ainsi, la prescription excessive de psychotropes ou d'arrêt de travail par des médecins bien intentionnés est un facteur non négligeable d'induction ou de chronicisation de syndromes post-traumatiques.

La dramatisation de l'expérience est une autre manière de créer, de fixer ou d'aggraver le psychotraumatisme. Non seulement des situations non exceptionnelles deviennent tragiquement des traumatismes, mais encore, l'état de la victime, à court et à long terme, prend une valeur terrible. Et la victime, sous peine d'être suspecte, doit souffrir et être aussi perturbée que le script social le lui impose. La victime qui affirme bien se porter est soit rejetée comme traître à la cause (celle pour laquelle milite l'intervenant ou l'association qui en a fait son objet), soit regardée avec commisération car elle est d'autant plus "malade" qu'elle n'en a même pas conscience. On en entend beaucoup vaticiner, prédisant le destin désespéré qui est inéluctablement celui des victimes, à moins – et encore – qu'elles ne reçoivent l'appui de professionnels de leur trempe. Bien qu'infirmée par l'expérience, cette prophétie pessimiste énoncée avec emphase et compassion a un impact grave sur la victime et sur son entourage, auxquels on impose autoritairement la contrainte mentale de ne pas même pouvoir penser un avenir rasséréné.

À QUI PROFITE LA DRAMATISATION ?

Au sens littéral, la dramatisation crée des drames où il n'y en avait pas, comme, par exemple, lors d'événements exceptionnels vécus par certains avec curiosité, excitation ou peine, mais sans traumatisme. Cette "immunité", en contradiction avec les préjugés, crée une dissonance ou une frustration intolérable que certains doivent réduire

par l'invention d'un scénario plus palpitant. Mais à qui profite une telle dramatisation ? La population s'émeut, exprime des bons sentiments, s'épanche. On vit l'excitation de l'événement par personnes interposées. On satisfait de troubles désirs et on se purge de plaisirs inavoués – probablement inconscients – selon le modèle freudien le plus classique du compromis entre les forces pulsionnelles et interdites. Sans se soucier du prix majoré que paie celui qui, sans cela, n'aurait peut-être été qu'un témoin, pas une victime.

Un autre problème découle de ce que, au-delà de la situation traumatique, la pensée normative fixe les conditions qui doivent être remplies pour qu'une victime se rétablisse. Par exemple, il s'est érigé en vérité intangible que lors d'un décès, l'absence physique de cadavre rend le deuil impossible. La personne qui a perdu un être cher dans une catastrophe, un massacre, une guerre et qui souffre de ne pas pouvoir ensevelir, ne serait-ce que symboliquement, le mort, s'entend dire qu'elle est condamnée à ne jamais pouvoir s'en détacher, qu'elle est pétrifiée dans une souffrance définitivement clichée. Ou encore, une victime d'infraction à caractère sexuel entend qu'elle ne peut espérer retrouver – peut-être – la santé, que si :

- 1 - l'auteur est arrêté ;
- 2 - l'auteur avoue ;
- 3 - l'auteur demande pardon ;
- 4 - l'auteur répare par l'argent le tort qu'il a causé ;
- 5 - l'auteur est condamné ;
- 6 - la peine est suffisante aux yeux de la victime ;
- 7 - la victime peut exercer un droit de contrôle sur la libération et, au-delà, sur la vie de l'auteur.

Dans le traitement psychique de leur douleur, ces conditions ont sans doute été nécessaires à certaines personnes, favorables pour d'autres, et superflues pour d'autres encore. Elles ne peuvent être généralisées et coercitives. En en faisant des conditions *sine qua non*, on interdit à la victime de recourir à ses ressources personnelles, on l'empêche d'évoluer en fonction de son travail

psychique, à son rythme ; on lui impose des manières de penser et, surtout, on reproduit la situation traumatogène à ses dépens. On remet en effet la victime en situation d'impuissance puisque les conditions à remplir pour en sortir ne dépendent pas d'elle, mais de la contrainte sociale pour ce qui est de leur définition, et de la justice d'une part, de l'auteur de l'agression d'autre part, pour ce qui est de leur exécution. Dans le meilleur des cas, ce processus prend du temps pendant lequel le progrès est irrecevable. Il peut être bloqué à chaque étape : non-identification de l'auteur, dénégation de celui-ci, etc.

LA CONFUSION DES MOYENS ET DES FINS

Il semblerait qu'il y ait là confusion des moyens et des fins, des défenses mobilisées et des buts thérapeutiques. Par exemple, la colère est une émotion fréquente dans l'immédiat après coup d'un événement pénible. Elle est souvent déplacée, c'est-à-dire qu'elle s'exprime à propos d'un objet marginal trouvé dans l'environnement (par exemple, l'État rendu responsable des inondations). Cette colère doit être entendue, acceptée et comprise comme une décharge autoplastique à laquelle il serait incongru et dangereux d'attribuer une fonction alloplastique visant le réel. Sa cible désignée et consciente n'est qu'un leurre. La colère, réaction émotionnelle critique, n'est pas bénéfique en soi ; submergente, elle est destructrice ; cultivée, elle ronge ; les attaques qu'elle mène contre le leurre ne peuvent être qu'inefficaces et ressemblent à des comportements à vide ; il n'y a pas d'intérêt à l'entretenir ; centrifuge, elle s'oppose au courant centripète de réparation de soi.

Dans ces conditions, l'écoute de la colère est un moyen, non une fin, et la transformation de la colère en actes concrets est nocive. Cela dit, il ne s'agit pas de dicter autoritairement sa conduite à la victime, de lui imposer des solutions et de la déposséder de son agressivité si elle choisit la voie de la vengeance et de la revendication.

Mais si elle nous demande notre aide, il est nécessaire que nous ayons une représentation de ce qui est favorable dans les termes de notre idéal professionnel.

Et nous touchons ici à un point fondamental. Face à une personne traumatisée, quel est l'objectif final et légitime de l'intervention ? Bien que cela ne soit pas dit positivement, il semble parfois que l'objectif de certains intervenants est de maintenir la personne dans son traumatisme. D'abord, en énonçant que l'on ne se remet jamais d'une telle expérience. Ensuite, en fixant des conditions impossibles de "guérison" et en enkystant ainsi la pathologie qui aurait pu n'être que temporaire ; en affirmant que l'acquisition du statut de victime est un préalable indispensable à la reconnaissance, à l'affiliation à la collectivité des victimes, au dédommagement ; en encourageant l'engagement dans des combats juridiques (l'allongement de la période de prescription pour les infractions à caractère sexuel est une regrettable illustration de cette incitation), politiques ou sociaux sans fin ; en donnant à des variables incontrôlables un rôle déterminant ; en renforçant l'appartenance à des milieux organisés autour du traumatisme.

Encore une fois, il ne s'agit pas de disqualifier les solutions que la personne choisit, mais de réfléchir à ce qui entre dans une perspective thérapeutique et que nous sommes amenés à favoriser lors de nos interventions. L'objectif d'une prise en charge est de libérer la personne de son expérience traumatogène et de ses conséquences, de retrouver son autonomie et, pour cela, d'être aidée à n'être paralysée ni par son traumatisme, ni par la pression sociale, ni par les injonctions des thérapeutes. À cette fin, l'intervention contribue au désinvestissement du traumatisme et au réinvestissement du moi. La narcissisation du traumatisme, qui peut être une première étape nécessaire et transitoire, ne peut devenir un but en soi conforme à la devise : "victime et fière de l'être"... et de le rester. L'intervention qui conduit à faire de l'expérience trau-

matitante le fleuron le plus important que le Moi ait à exhiber, transforme cette expérience en statut et condamne le Moi à se prévaloir de son impuissance, l'événement subi étant sa plus grande gloire, la survie son plus grand mérite.

Le militantisme post-traumatique, sans doute utile à celui qui s'y range et parfois à la société, n'en est pas moins le signe d'une incapacité à dénouer l'attachement aliénant au traumatisme et d'une exploitation de celui-ci en vue d'en retirer des bénéfices narcissiques (sinon plus concrets quelquefois). Ce qui s'oppose au retour vers soi-même, à sa propre reconstruction, au réinvestissement bienveillant de son corps, de son Moi, est pathogène.

PRIMUM NON NOCERE

Beaucoup des mobiles, que les psychologues savent à l'œuvre en eux-mêmes et que leur introspection ou leur psychanalyse tentent de canaliser, sont particulièrement stimulés dans le champ des traumatismes : excitation, angoisse, domination, emprise, séduction, désir de bienfaisance, exhibitionnisme-voyeurisme, identification, projection, formations réactionnelles, passage à l'acte... Et tous ces mouvements internes sont fouettés par l'urgence, encouragés par la nécessité d'agir et par l'absence d'un cadre, ce qui augmente les risques de dérapages. L'inexpérience – bien compréhensible de jeunes intervenants – et l'apparente simplicité de certains programmes de prise en charge sont des facteurs aggravants, auxquels il faut ajouter les pressions médiatiques, sociales et économiques.

Ne faudrait-il pas rappeler au psychologue ubiquitaire le *primum non nocere* hippocratique, précepte humble qui soumet les prétentions et les idéologies de l'intervenant au respect de l'Autre ?

Référence bibliographique

1 - GAILLARD J. Des psychologues sont sur place. Où nous mène la rhétorique des catastrophes ? Paris : Fayard, 2003.