Prise en charge au long cours des séquelles psychotraumatiques.

B. Lahutte.

Résumé

La rencontre traumatique nous amène à considérer une temporalité particulière dans la conduite des soins. En effet, si la priorité peut sembler être mise sur l'intervention précoce, nous ne devons pas méconnaitre l'importance des soins « au long cours ». Cette remarque nous renvoie à ce qui fait figure de « séquelle » dans la clinique psychotraumatique, à la condition de définir précisément ce terme et d'en saisir la portée sur la conduite des soins. À partir de l'exemple d'un patient, nous illustrons les implications pour la pratique clinique.

Mots-clés : État de stress post-traumatique. Missions opérationnelles. Psychiatrie. Soins au long cours.

Abstract

LONG COURSE TAKING OVER PSYCHOTRAUMATIC SEQUEL.

The traumatic encounter leads us to consider a specific temporality in patients' treatments. While priority may seem to be placed on early intervention, we shall not underrate the importance of care throughout the whole handling course. This remark refers to that what may appear as a sequel in psycho-traumatic clinical pathologies providing we precisely define this term and recognize its thrust regarding the conduct of care. From a case we illustrate implications for clinical practice.

Keywords: Long course care management. Operational missions. Post-traumatic stress disorder. Psychiatry.

DOSSIER

Introduction.

En matière de psychotraumatisme, l'accent est souvent mis sur l'intervention précoce, qu'il s'agisse de l'urgence médico-psychologique ou de prise en charge psychothérapique. Ce fait d'actualité ne doit pas faire méconnaître une réalité de la clinique : nombre de patients ne sont pas reconnus dans leur clinique traumatique ; par ailleurs, les manifestations psychotraumatiques, qu'elles soient de révélation précoce ou plus tardive, confrontent fréquemment les patients à un impossible à dire et à un vécu de honte et de grand désarroi, qui peut retarder leur demande ou leur rencontre avec les soins. Ces considérations nous invitent donc à considérer ce qui peut se présenter comme une clinique déjà constituée, parfois perçue comme « fixée » et nous renvoie à la dimension du « séquellaire ».

B. LAHUTTE, médecin en chef, praticien certifié.
Correspondance : B. LAHUTTE, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74 boulevard de Port-Royal – 75005 Paris.
E-mail : bertrandlahutte@wanadoo.fr

Des séquelles au long cours.

Arrêtons-nous sur le terme « séquelles ». Dans le lexique médical, la séquelle désigne le trouble persistant après guérison. Dans une acception plus vaste, il s'agit des conséquences fâcheuses d'un événement passé. Un usage restreint du terme le connote d'une dimension d'incurabilité, renvoyant au registre du handicap, du déficit. Il s'agit ici d'avantage de considérer ce qui fait la particularité du traumatisme, à savoir qu'à partir d'une rencontre, un sujet a à faire avec ses conséquences. Quelque chose du passé reste inscrit dans le présent. L'idéal ou l'imaginaire du retour à un état antérieur n'est plus accessible. S'il est possible d'en faire quelque chose, l'effraction traumatique ne peut être effacée par les soins. En cela, il s'agit bien d'une séquelle. Une temporalité s'impose donc : il s'agit d'un après, qui s'oppose à l'avant. L'étymologie du terme séquelle nous l'indique également. La séquelle est la suite, suite de personnes attachées à quelqu'un, mais surtout suite au sens de la série. La traduction anglaise du terme, assez homophonique, nous le signale tout particulièrement.

Sequel renvoie à la suite d'une série, de films ou de nouvelles par exemple. Mais ce terme désigne également les conséquences d'un fait ou de circonstances données. Il s'agit d'une référence à la causalité. Elle ne se réduit pas cependant à l'enchaînement logique cause-conséquence et ne doit pas nous laisser nous méprendre sur le registre de la causalité dans le trauma. La séquelle est en lien direct avec l'événement. Les séquelles psychotraumatiques sont en lien avec la rencontre traumatique. Elles la situent dans une actualité qui persiste et qui insiste. Dès lors, la prise en charge des séquelles psychotraumatiques doit tenir compte de ces remarques : une « actualité au long cours » du trauma, mais aussi une clinique toujours en lien avec l'événement dont la rencontre, dans sa dimension de réel, fait trou pour le sujet. Les interventions psychothérapiques au long cours doivent prendre la mesure de cette double actualité, ce qui nous invite à la plus grande rigueur clinique. Il ne s'agit pas de s'arrêter à une perspective qui s'articulerait autour de l'inaccessibilité de faits passés, ne cessant de se répéter dans la fixité et l'immuabilité, mais plutôt de rester attentif à ce qui concerne le sujet d'une manière toujours actuelle, soit ce point d'impossible, qui faute de n'avoir pu être symbolisé, ne cesse pas de ne pas s'écrire. « Comment poursuivre après ce qui m'est arrivé ? » nous disent parfois certains patients. Le clinicien est ici convoqué dans son savoir faire. Il lui incombe de composer avec la part d'irrémédiable de la séquelle, qui renvoie à l'irréparable du trauma. À cet effet, il peut être utile de rappeler l'élégant commentaire de Gaston Bachelard au sujet de Baudelaire, dont il nous dit qu'il prend « avec soin ses adjectifs en évitant de les prendre comme une séquelle du substantif » (1). Nous devons résolument envisager la prise en charge des séquelles psychotraumatiques « avec soin », soit avec l'intérêt du singulier et du particulier de la clinique, et non pas avec résignation comme le serait une approche palliative des conséquences fâcheuses de ce qui n'a pu être évité. Une dernière remarque concernerait le « long cours » de la prise en charge. Il s'agit alors de considérer tant la durée prolongée des soins, parfois nécessaire, que l'organisation évolutive et les aménagements subjectifs déployés dans le cours d'une évolution prolongée d'un tableau psychotraumatique. Si ces deux aspects se superposent fréquemment, ils n'en conditionnent pas moins la conduite de la prise en charge thérapeutique.

L'offre et la demande.

La prise en charge au long cours est à considérer dans un continuum se déployant depuis la rencontre avec les soins – que ce soit dans l'urgence, au cours de l'évolution d'un syndrome de répétition traumatique envahissant, ou lorsque le patient se saisit parfois de l'offre de parole qui lui est faite. Cette démarche ne saurait se réduire à la simple intervention du psychiatre, qui est amené à considérer les actions entreprises par les services sociaux, les experts ou les autorités judiciaires, dans les suites de demandes de réparation. Rappelons que ces rencontres sont parfois l'occasion d'initier la démarche de soins. Intéressons nous cependant plus spécifiquement à ce qui fonde la relation de soins avec le sujet traumatisé psychique.

Une série de paradoxes frappent : comment parler de ce point d'indicible, comment rencontrer ceux qui se trouvent *de facto* exclus de la communauté des vivants, quelle place donner au soin, quand tout avenir semble aboli ? Pour préciser cela plus avant, de quelle demande le patient peut-il se soutenir lorsqu'il se présente porté par un discours normatif ? Face à un savoir préétabli dans le champ du traumatisme psychique, comment le sujet pourrait-il ne pas se trouver confronté à une impasse, si l'offre qui lui est faite confine à la promesse de la résolution de ses troubles par le recours à un savoir constitué, savoir de « spécialistes » du traumatisme, par exemple ? Rappelons que si c'est à partir de l'offre que peut être faite la demande, il s'agit de l'offre de parole, ce qui laisse un espace au sein duquel peut se loger et se déployer une demande propre (2). Il ne s'agit pas de l'offre sous-tendue par un savoir préexistant, donnant la perspective de l'espoir ou de la promesse d'une solution dont le thérapeute n'aurait qu'à être le dispensateur, à la manière d'un savoir-faire particulier et circonscrit au trauma. En somme, venir par la réponse ainsi formulée, occulter la question du sujet. Dans la clinique traumatique, la part d'énigme et de questionnement du sujet pourrait paraître modeste, en regard de la massivité et de la certitude du fait traumatique. La remise en question de toute implication subjective peut sembler délicate et se trouver radicalement rejetée par des patients en proie au sentiment d'incommunicabilité de leur vécu. À cela, il n'est pas rare qu'ils espèrent trouver une issue dans l'adresse à un « autre militaire », comme le psychiatre d'un HIA. Celui-ci se trouverait alors paré dans un registre imaginaire d'une connaissance spécifique des horreurs du traumatisme, dans le mirage de la complétude du savoir et au risque d'exposer le patient au déchaînement d'une telle figure d'autorité.

De la variété des approches au transfert.

Les approches thérapeutiques sont multiples. Il est à noter qu'elles sont toujours orientées par une présupposition psychopathologique. Nous pouvons ainsi observer que les travaux français restent très orientés par la psychanalyse, comme en attestent déjà les remaniements apportés aux enjeux et aux « techniques » de soins immédiats et post-immédiats. Dans une perspective anglo-saxonne, les thérapies cognitives ou cognitivo-comportementales sont très développées. Elles sont basées sur la théorie assimilant l'état de stress post-traumatique (ESPT) à une peur et consistent donc à provoquer une confrontation au stresseur, afin de « reprogrammer » les réseaux cérébraux impliqués et diminuer le niveau de souffrance du sujet par la désensibilisation du conditionnement du vécu de peur. Les techniques de relaxation sont également utilisées, dans une analogie entre ESPT et anxiété. Il s'agit ici de réduire l'activation de la peur, par des techniques corporelles, comme la relaxation, le contrôle de la ventilation, etc. Enfin, les approches de désensibilisation

et reprogrammation de mouvements oculaires (EMDR) semblent marquées d'un élan d'intérêt. Elles sont basées sur la coïncidence d'une identification du traumatisme qui reste à l'esprit pendant que le sujet suit une consigne de mouvement oculaire.

Qu'en est-il des enjeux d'une prise en charge d'orientation psychodynamique ? Face à l'intensité de sa souffrance, au vœu ou à l'exigence de la faire cesser, parfois à l'impératif de parler, le sujet déploie son discours et s'engage dans un processus de parole. De celui-ci procède la mise en place du transfert, dont le thérapeute est l'objet. Rappelons que le transfert, s'il est saisi par Freud dans le registre de l'amour, est cerné par la formule princeps de « l'amour qui s'adresse au savoir ». Il ne réside pas dans l'affect suscité, mais s'origine d'une opération dialectique vis-à-vis de laquelle le thérapeute a la responsabilité de répondre, non pas dans le registre du savoir ou de la signification, mais dans la dimension d'acte. L'enjeu en est de permettre au sujet de déplacer ce qui ancrait sa demande dans l'événement, vers une question qui lui serait propre. Le patient peut ainsi parfois se saisir d'une articulation signifiante prélevée sur le récit de l'événement, pour déployer sa question dans un travail d'élaboration. Ailleurs, il s'agira d'éléments du registre imaginaire, dans des rêves par exemple, qui permettront de reparcourir le défilé des signifiants. Enfin, le cadre thérapeutique peut pour certains patients faire consister un Autre où ils peuvent s'inscrire.

Vignette clinique.

Illustrons ces propos par une courte vignette clinique. Marc, âgé de 25 ans, est engagé, dans une unité opérationnelle de l'armée de Terre. Au cours d'une mission en OPEX, pendant une patrouille survient un événement imprévu. Dans un mouvement de panique, la foule prend violemment à parti son groupe, qui se disloque. Chacun se sent pris pour cible et fuit pour sauver sa vie. Terré dans les décombres, Marc attend pendant des heures avec effroi, de peur d'être découvert et tente vainement d'appeler à l'aide : un appel muet, de crainte d'être repéré.

Cette scène, Marc la revit chaque nuit. Cette répétition signe l'effraction traumatique. Marc redoute plus que tout ces cauchemars, où elle se répète à l'identique, pour tout ou partie. Il est adressé en consultation bien plus tard, sur injonction, sur ordre, au décours d'un geste auto-agressif, lui-même précédé de périodes d'alcoolisations massives. Il lui faudra plusieurs mois pour évoquer le moment traumatique. De cet épisode, Marc n'a pas dit un mot à son encadrement, pas plus qu'à son médecin d'unité. Il en est de même lors des premiers entretiens, jusqu'à ce qu'il puisse être raccroché aux signifiants de sa propre histoire, en se gardant de toute brusquerie ou de toute intrusion. Le recevant « sur ordre », nous devons, en effet, contourner l'impératif persécutant auquel il se confronte d'emblée, et qu'il nous indique dès ses premiers mots, par son acceptation passive d'un traitement, à la condition de « ne pas parler », pour le citer. Il s'agit de toute évidence de l'ordre adressé aux prisonniers de guerre : « parlez ! »

Près de deux ans après sa mission, Marc ne peut sortir de la répétition. Un événement particulier vient cependant donner une inflexion radicale à sa présentation clinique. En effet, les attitudes fuyantes de Marc sont parfois sujettes à de brusques retournements, sous l'appoint de fortes alcoolisations. Dans des états seconds, souvent masqués d'un voile amnésique, il se montre alors ponctuellement vindicatif, déambulant et invectivant son entourage dans des postures menaçantes, brisant des objets dans un déchaînement de violence incoercible. Un jour, il en vient à s'en prendre brutalement à sa compagne, la séquestrant dans une pièce, hurlant des ordres et des consignes opérationnelles à travers tout leur logement. Autrefois menacé, il devient menaçant. Dans l'explosion furieuse, elle devient alors la cible qu'il avait précédemment été dans la foule. Il est enfin le chef, pleinement opérationnel, qui donne des ordres, fait régner l'ordre *ubi et orbi*. Marc n'avait aucune échappatoire ; il contrôle maintenant la situation, rien ne lui échappe, il détruit tout. Il enferme sa compagne, menace et humilie la foule. Ici, ni l'armée, ni ses idéaux ne garantissent son action. Il est le militaire mégalomane qui ne reçoit plus aucun ordre, puisqu'il les donne tous… Marc est très culpabilisé par cette scène, dont il n'a gardé aucun souvenir. Sa compagne, très intimidée, ne lui rapportera les faits que le lendemain. Marc se saisit alors de cet événement, qui constitue un point de bascule dans son parcours et met un terme à la répétition des passages à l'acte. Il interrompt ses consommations d'alcool et se montre beaucoup plus disert en entretien. Marc a entraperçu la figure du monstre en lui, le Tueur. « J'aurais pu la tuer », commente-t-il d'ailleurs. Il allait être tué en mission ; il constate ici être un tueur potentiel. Dès lors, il parle davantage, avec rigueur, dans une tentative éthique de dire quelque chose de ce point d'indicible qui lui fait horreur. Cet aperçu d'un illimité de violence effraie davantage Marc que son OPEX. Il fait l'expérience de l'envers de ce qu'il a rencontré là-bas.

Marc sort peu à peu de son repli pour se confronter aux échéances qui l'attendent : quitter l'institution militaire. Après le dégrisement, les cauchemars s'espacent, ils se reconfigurent et laissent la place à des rêves remaniés et répétitifs, au cours desquels Marc est seul dans le noir, appelant à l'aide. Marc semble avoir côtoyé quelque temps un monde sans limite, un monde qui serait entièrement gouverné par la satisfaction de la pulsion de mort. Après ce cheminement mouvementé, il rêve qu'il est seul dans le noir. Mais il appelle à l'aide. Il s'agit assurément d'un gain pour lui, tout comme d'une manifestation du transfert. Il peut appeler et cet appel est adressé. Il s'agit ici de faire avec cet appel, de s'en faire l'adresse, sur fond d'un rapport ancien à un Autre qui ne répond pas, mais surtout de ne pas négliger la gravité de cette situation. Un certain apaisement est obtenu, mais un avenir radicalement autre reste à construire avec lui. Pour citer Guy Briole : « *Une question se pose autour du devenir du trauma : est-ce que le réel ici apparu peut se résorber dans le symbolique ? Autrement dit, est-ce que le trauma s'efface ? La réponse est non. C'est l'événement qui est susceptible d'un authentique effacement, le trauma présente structurellement une face d'incurable* » (3).

Conclusion.

En conclusion, si la séquelle psychotraumatique nous renvoie à ce qui se répète parfois sans fin chez certains patients, elle se réfère au réel traumatique qui « ne cesse pas de ne pas s'écrire ». La prise en charge au long cours de ces patients nous invite à la plus grande rigueur dans notre positionnement clinique, que ce soit dans l'accueil et l'orientation de la demande, ou dans ce qui peut s'opérer par le maniement du transfert. La marque du trauma révèle la structure. C'est à partir de ce repérage qu'il est possible au clinicien d'accueillir quelque chose du sujet qui lui permettrait de s'extraire de la répétition mortifère.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bachelard G. La Poétique de l'espace. Paris : PUF ; 2009.
2. Lacan J. La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In : Ecrits. Paris : Seuil, 1966: 617.
3. Briole G, Lafont B, Favre JD, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Paris : Masson ; 1994;165.