



Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique : effroi, sidération, élaboration du trauma

Denis Rebière

► To cite this version:

Denis Rebière. Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique : effroi, sidération, élaboration du trauma. Psychologie. Université Rennes 2, 2014. Français. <NNT : 2014REN20009>. <tel-00987026>

HAL Id: tel-00987026

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00987026>

Submitted on 5 May 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Présentée par **Denis REBIERE**
UFR Sciences Humaines
Unité de Recherches Psychopathologie

THESE / UNIVERSITE DE RENNES 2
sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne
pour obtenir le titre de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE RENNES 2
Mention : Psychologie
Ecole doctorale – Sciences Humaines et
Sociales

**APROCHE DU TRAUMA
PSYCHIQUE A L'HOPITAL
PEDIATRIQUE
EFFROI, SIDERATION,
ELABORATION DU TRAUMA**

Thèse soutenue :

Devant le jury composé de :

Pr Didier CREMNITER
Professeur de psychiatrie/ Paris

Pr Claude LORIN
Professeur des universités/Reims

Pr Aimé CHARLES-NICOLAS
Professeur de psychiatrie CHU
Martinique

Pr François SAUVAGNAT
Directeur de thèse, professeur des
universités/ Rennes 2

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITE EUROPEENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITE RENNES 2

Ecole Doctorale – Sciences Humaines et Sociales

Recherches en Psychopathologie

Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique

EFFROI, SIDERATION, ELABORATION DU TRAUMA

Thèse de Doctorat

Discipline : Psychologie

Présentée par Denis REBIERE

Directeur de thèse : Professeur François SAUVAGNAT

Jury : Pr Didier CREMNITER, Pr Pascal LE MALEFAN, Pr Aimé CHARLES-NICOLAS,

Pr Claude LORIN

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur le Professeur François Sauvagnat pour sa constance et sa rigueur tout au long de ces années de recherche. J'en profite pour remercier les professeurs Didier Cremniter, Claude Lorin, Pascal Le Maléfan, Aimé Charles Nicolas pour avoir accepté d'être membres du jury à la soutenance de cette thèse sur le trauma psychique en service de médecine au Centre Hospitalier Régional Universitaire.

Je remercie les Professeurs de médecine Lionel De Lumley Woodyard, Anne Lienhardt Roussie et Dominique Moulies pour m'avoir laissé mener cette recherche dans leur service jusqu'à la fin. Je remercie également les Docteurs Caroline Oudot et Christophe Piguet, hématologues, pour leur bienveillance au quotidien. Je remercie également tous les personnels de l'Hôpital Mère Enfant avec lesquels je travaille tous les jours, pour leur aide précieuse dans l'abord de nos jeunes malades.

Je remercie également les patients et leurs familles pour m'avoir permis le recueil d'un matériel clinique précieux pour la vérification des hypothèses émises.

Je tiens, à remercier Adrien mon fils, Mélanie ma fille et mon épouse Christine pour leur compréhension bienveillante et leurs encouragements.

J'ai proposé à cette thèse le titre suivant « Le trauma psychique à l'hôpital pédiatrique ». C'est un titre qui annonce le thème de cette étude, que j'ai écrite à partir d'une expérience. Dans ma pratique hospitalière j'ai pu observer l'impact psychique que pouvait avoir une annonce diagnostic en oncologie pédiatrique, un accident de la voie publique ou agricole, une intervention chirurgicale urgente. Il existe un réel désarroi humain auquel j'ai été sensible. C'est à partir de ces situations tragiques que la clinique du traumatisme m'a semblé importante à étudier. Je me suis demandé s'il était possible de généraliser la clinique du traumatisme dans les services pédiatriques et si l'annonce d'une maladie grave et les circonstances d'un accident ont les mêmes effets traumatiques ? Si c'est le cas, Il serait possible de généraliser la distinction qui est faite entre un trauma vécu dans l'effroi (événement inattendu) et un trauma vécu dans l'angoisse (événement attendu avec anxiété) dans le domaine de la médecine pédiatrique générale et de la chirurgie pédiatrique. Nous pourrions par notre étude explorer la problématique du trauma chez l'enfant en milieu hospitalier que nous distinguons avec Thierry Bokanowski¹, du traumatique (aspect économique) et du traumatisme (aspects générique)

En commençant à chercher des études sur ce sujet, Je me rappelle la surprise et l'étonnement que j'ai eus de trouver aussi peu d'études spécifiques sur les enfants et adolescents en milieu pédiatrique. Ce manque d'études scientifiques est surprenant d'autant qu'il existe une actualité

¹ Bokanowski T., "Variation sur le concept de traumatisme : traumatisme, traumatique, trauma" in Revue Française de Psychanalyse, 3/2005

Note ajouté après indication des pré rapports de thèse

Pour éclairer cette conception du traumatisme, Thierry Bokanowski, membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, propose dans son rapport au 64^e congrès de psychanalystes de langue française de décliner le concept de traumatisme selon plusieurs acceptions : le traumatisme, le traumatique et le trauma. Le traumatisme est généralement employé de façon générique. Il suggère d'utiliser le terme de traumatisme comme résultat d'un processus aboutissant à un niveau de désorganisation psychique. Le traumatique vient désigner l'aspect plus économique, il concerne spécifiquement la névrose traumatique et son cortège de pathologies liées aux catastrophes sociales ou naturelles. Le "trauma" concerne davantage le fonctionnement psychique en jeu. Dans notre étude nous privilégierons cette dernière dimension.

importante du trauma. Pour reprendre un oxymoron c'est un silence assourdissant. J'ai voulu alors contribuer à modifier cette perception en m'inscrivant dans un travail de recherche à l'université où je mets à l'ordre du jour la problématique du « trauma » en pédiatrie hospitalière et participer ainsi à sensibiliser le monde soignant à la psychopathologie du « trauma » chez l'enfant.

Le début de l'année 2008, avec la sortie de la revue psychologie clinique sous le thème du trauma dirigé par François Sauvagnat m'a donné la possibilité de trouver une source de textes et de références bibliographiques importantes dont je me servirai tout au long de cette thèse. Pour constituer le fondement théorique de cette thèse. Je me suis référé aux auteurs principaux les plus connus en France et dans le monde Sigmund Freud et Jacques Lacan. D'autres auteurs mériteraient également, en matière de trauma psychique, que nous puissions citer davantage leurs travaux. Je pense principalement à Sandor Fénénczi et tous ses continuateurs et parmi eux Michael Balint dont je ferai part brièvement.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
AVANT PROPOS	3
Introduction.....	13
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DU "TRAUMA".....	22
I/ La perception disparate du "trauma"	23
I/1. La mise en scène médiatique.....	23
I/2 Le domaine militaire	26
I.3 Le domaine politique.....	27
I.4 Le domaine juridique	27
I/5 La traumatologie médicale	29
I/6 La psychopathologie	33
I/6/1 Théories instables	33
I/6/2 Le choc émotif.....	34
I/6/3 Le vécu intérieur.....	35
I/6/4 Le traumatisme à la naissance	36
I/6/5 La traumatisation-menace.....	37
I/6/6 Théorie de la prématuration.....	37
I/6/7 Théorie de l'attachement non pulsionnel.....	38
I/4/8 Traumatisation et incompréhension.....	41
I/6/9 Théories intentionalistes-phénoménologiques.....	43
I/6/10 Trauma et identification	43
I/6/11 Traumatisation par le langage.....	44
II/ Point de vue historiques et contemporains du trauma	45
II/1. Les précurseurs	45
II/2. Le "Post Traumatic Stress Disorder" et le "trauma" du langage	48

III/ Le "trauma" chez l'enfant et l'adolescent.....	54
III/1. l'enfant traumatisé : mythe ou realite	55
III/2. hospitalisation chez l'enfant et l'adolescent (La maltraitance, les accidents, les maladies)	58
III/2.1 La maltraitance des enfants et des adolescents	59
III/2.1.1 Un peu d'histoire	59
III/2.1.2 Definition et ampleur de la maltraitance.....	60
III/ 2.1.3 Conséquences de la maltraitance et quelques facteurs de risque	61
III/2.1.4 Psychopathologie de la maltraitance: trois grands syndromes.....	63
III/2.2 Les enfants Accidentés.....	72
III.2.2.1 Définition et classement.....	72
III/2.2.2 Quelques chiffres... ..	73
III/2.1.3 quelle Analyse psychologique peut-on faire?	77
III/2.3 Pathologies pédiatriques.....	80
III/3. Transmission transgénérationnelle des traumatismes.....	82
IV/ Les recherches sur le trauma dans les services de pédiatrie	84
IV/1. Le traumatisme de l'annonce	84
IV/2 traumatismes et liens précoces	92
IV/3 Le trauma en chirurgie pédiatrique	95
IV/3.1 Anxiété et hospitalisations	95
IV/3.2 Interventions chirurgicales et angoisse	96
IV/3.3 L'angoisse chez l'enfant lui même	98
DEUXIEME PARTIE : FONDEMENT THEORIQUE.....	101
V/ Le "trauma" dans l'œuvre freudienne	102
V/1. Le complexe inconscient	102
V/2. Névrose et élément traumatique	104
V/3. Le cas Anna O.	104
V/4. Trauma et temporalité.....	105
V/5. La théorie de la séduction.....	107

V/6. Abandon de la "neurotica" : affirmation de la réalité psychique	109
V/7. Traumatisme et première topique	111
V/8. La théorie du cauchemar.....	114
V/9. Pulsion sexuelle et "Trauma"	115
V/10. L'éducation sexuelle.....	119
V/11. Les fantasmes infantiles face aux mystères de la vie.....	119
V/12. Clinique freudienne	121
V/12.1 Le cas Hans	121
V/12.2. L'Homme aux loups.....	121
V/12.3. Le cas Dora	123
V/13. Un "trauma" originaire	124
V/14. Définition du traumatisme	126
V/15. Vers une conception économique du "trauma" : Le défaut du pare excitatioN...L'humour	128
V/16. Angoisse et trauma	132
V/16.1 L'angoisse en 1916	133
V/16.2. Seconde théorie sur l'angoisse	135
V/16.3. Angoisse et vie pulsionnelle.....	137
V/16.4. Une angoisse particuliere: une inquiétante étrangeté	138
V/17. Trauma et construction psychanalytique	139
V/18. Action conjointe de la pulsion et de l'agent traumatique.....	141
V/19. Trauma et complexe d'Oedipe.....	141
V/20. "L'homme Moïse et la religion monothéisme".....	143
VI/ Le "trauma" dans l'enseignement de Jacques Lacan	145
VI/1. Technique psychanalytique et énoncés traumatiques	145
VI/2. Historicité du "trauma".....	146
VI/3. Le cas "Robert"	147
VI/4. Le cas de "L'Homme aux loups" : la notion de "prägUng".....	148
VI/5. Trauma et principe de Nirvana.....	150

VI/6. Relativité de l'évènement traumatique.....	151
VI/6.1. Un effort de différenciation.....	151
VI/6.2. Le cas de Joseph Hassler.....	153
VI/6.3. Le cas "Hans".....	154
VI/6.4. Trauma et castration de "l'Autre".....	156
VI/7. Le "trauma" dans la clinique des névroses.....	158
VI/8. Le "trauma" réduit à un signifiant.....	159
VI/9. Le traumatisme de la vie.....	159
VI/10. Le graphe du désir.....	160
VI/12. La nuit du traumatisme.....	165
VI/13. Les deux axes du désir dans la névrose.....	166
VI/14. Ethique et trauma.....	169
VI/15. Le problème de la sublimation.....	170
VI/16. Le "trauma" dans le mythe Claudélien.....	171
VI/17. Le "trauma" et l'identification.....	173
VI/17.1. Trauma et conduites répétitives.....	173
VI/17.2. "Trauma" et berger de l'être.....	175
VI/18. Angoisse et "trauma".....	176
VI/18.1.angoisse de castration.....	176
VI/18.2. trauma et castration.....	176
VI/18.3. Un "amour présent dans le réel" : l'objet « a ».....	177
VI/18.4. Symptôme et "trauma".....	179
VI/18.5. Un autre signal pour la névrose traumatique.....	180
VI/19. Concepts fondamentaux et trauma.....	181
VI/19.1. Le réseau des signifiants.....	181
VI/19.2. La fonction répétitive du trauma revisitée par Lacan.....	183
VI/19.3. La fin des conceptions développementales.....	185
VI/19.4. Scène primitive et traumatisme.....	185

VI/19.5. Opacité du traumatisme et résistance.....	186
VI/19.6 Vers une nouvelle interprétation psychanalytique.....	187
VI/20. Trauma et problèmes cruciaux pour la psychanalyse.....	189
VI/20.1. Le trauma sans antériorité.....	189
VII/20.2. Trauma et objet regard.....	191
VI/20.3. Vers une science de la conjecture.....	193
VI/20.4. Fantasme et trauma.....	195
VI/20.5. Le "rapport sexuel" n'existe pas.....	196
VI/20.6. L'erreur d'Otto Rank : le traumatisme à la naissance.....	197
VI/20.7. L'impassibilité du désir et névrose traumatique.....	198
VI/20.8. Le "rapport sexuel" qui n'existe pas relativise l'évènement traumatique.....	199
VI/20.9. "Je sais que je pense" opposé au trauma freudien "je ne sais pas".....	200
VI/20.10. Parole anecdotique et position subjective.....	201
VI/20.11. Psychanalyste traumatique.....	202
VI/20.12. Troumatisme et formules de la sexuation.....	202
VII/20.13. Du "troumatisme" au "sinthome".....	204
VI/20.14. La logique des nœuds et son incompréhension.....	205
VI/20.15. Trauma du malentendu et la question du corps.....	207
TROISIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	210
VII/ Problématique.....	211
VII/1. Hypothèse générale.....	211
VII/2. Hypothèse opérationnelle générale.....	212
VII/2.1. Hypothèse opérationnelle 1.....	212
VII/2.2. Hypothèse opérationnelle 2.....	213
VII/2.3. Hypothèse opérationnelle 3.....	213
QUATRIEME PARTIE : METHODE.....	214
VIII Méthode.....	215
CINQUIEME PARTIE : SECTION CLINIQUE.....	217

IX/ Cas clinique n°1 : Alexandre (greffe cardiaque)	218
IX/1. Résumé	218
IX/2. Récit du cas	218
IX/3. Analyse clinique	226
IX/4. Comment s'articule le trauma psychique chez Alexandre	229
X/ Cas clinique n°2: Armand (troubles alimentaires)	231
X/1. Résumé	231
X/2. Récit du cas	231
X/3. Analyse clinique	237
X/4. Comment s'inscrit le trauma chez Armand ?	239
XI/ Cas clinique n°3: Annabelle (ostéosarcome)	242
XI/1. Résumé	242
XI/2. Récit du cas	242
XI/3. Analyse clinique	247
XI/4. Comment s'articule le trauma chez Annabelle ?	248
XII/ Cas clinique n°4: Coralie (douleurs abdominales et phénomène de corps)	250
XII/1. Résumé	250
XII/2. Récit du cas	250
XII/3. Analyse clinique	257
XII/4. Comment s'articule le trauma chez Coralie ?	258
XIII/ Cas clinique n°5 : Sandra (atteinte par le virus du Sida)	260
XIII/1. Résumé	260
XIII/2. Récit du cas	260
XIII/3. Analyse clinique	265
XIII/4. Comment s'articule le trauma chez Sandra ?	267
XIV/ Cas Clinique n°6 : Francine (ostéosarcome)	268
XIV/1. Résumé	268
XIV/2. Récit du cas	268
XIV/3. Analyse clinique	279

XIV/4. Comment s'inscrit le trauma chez Francine ?.....	281
XV/ Cas clinique n°7 : Mateo (mucoviscidose).....	282
XV/1Résumé	282
XV/2. Récit du cas.....	282
XV/3. Analyse clinique	286
XV/4. Comment s'articule le trauma chez Matéo ?.....	287
XVI/ Cas clinique n°8 : Sébastien (lymphome).....	288
XVI/1. Résumé.....	288
XVI/2. Récit du cas	288
XVI/3. Analyse clinique.....	294
XVI/4. Comment s'articule le trauma chez Sébastien ?	294
XVII/ Cas clinique n°9 : Claire (victime d'un accident de la route).....	296
XVII/1. Résumé.....	296
XVII/2. Récit du cas	296
XVII/3. Analyse clinique.....	299
XVII/4. Comment s'inscrivent les traumas dans cette famille ?	301
XVIII/ Cas clinique n°10 : Marc (victime d'un accident de la route).....	303
XVIII/1. Résumé	303
XVIII/2. Récit du cas.....	303
XVIII/3 Orientation clinique	308
XIX/ Cas n°11 : Alice (victime d'un accident agricole).....	315
XIX/1. Résumé.....	315
XIX/2. Récit du cas	315
XIX/3. Analyse clinique.....	317
XIX/4. Comment s'inscrit le trauma dans cette situation ?	318
SIXIEME PARTIE: DISCUSSION.....	319
XX Discussion des hypothèses	320
CONCLUSION.....	330
XXI Conclusion	331

<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	342
<i>Index des auteurs</i>	364
<i>Résumé</i>	373

La notion de traumatisme est d'un usage banal dans notre société. Elle tend cependant à se diluer dans le discours courant jusqu'à perdre son véritable sens psychopathologique. Nous voulons dans cette thèse lui redonner sa véritable place dans le soin psychique en milieu hospitalier et particulièrement en médecine pédiatrique. En effet, le trauma en milieu hospitalier se constate mais reste une préoccupation soignante marginale. Le psychologue est ainsi convoqué à donner son avis sur les effets à court, moyen et long terme de l'impact psychologique que peut avoir l'annonce d'un diagnostic ou encore le choc d'un accident de la vie courante.

L'annonce d'une maladie grave génératrice d'une attente anxieuse dans un service hospitalier ne doit pas se confondre avec l'accident de la voie publique, agricole, domestique ou encore l'opération chirurgicale urgente. L'annonce d'une maladie est généralement un événement plus anticipé par les patients et leur famille, qu'un accident brutal de la vie courante. Ce dernier est considéré comme un événement inattendu. Il suscite, plutôt, un affect d'effroi et peut induire un arrêt dans la vie psychique encore appelé sidération. François Ansermet² dans son livre "*Clinique de l'origine*" nous oriente sur ce point, il nous indique les coordonnées d'une clinique différentielle du « trauma » psychique. Avec l'apport freudien, il met l'accent sur une différence entre une clinique de l'effroi et une clinique de l'angoisse dans le domaine de la médecine néonatale. Il voit l'intérêt par exemple de définir une psychopathologie du traumatisme chez l'enfant. Dans ces deux versions du traumatisme (annonce diagnostic, accident de la vie) il existe une tension qui ne peut pas toujours être résolue normalement par l'appareil psychique. Ces deux traumatismes ne sont pas très bien repérés dans la clinique hospitalière aujourd'hui et la compréhension des mécanismes psychopathologiques reste encore un problème très complexe et mal élucidée. Le traumatisme psychique ne va pas de soi, tout le monde en parle et personne ne s'en occupe. Il est donc négligé dans les milieux hospitaliers de médecine et de chirurgie pédiatrique parce qu'il ne revêt pas un

²Ansermet F., "Clinique de l'origine" Edition Payot, Lausanne, 1999, p 42

caractère d'organicité. Par notre étude nous visons tout d'abord à le remettre à l'ordre du jour pour créer un objet d'échange entre "somaticiens" et psychologues et ainsi nous inscrire dans une tradition de coopération. En effet, La collaboration médecins psychanalystes ne date pas d'aujourd'hui et a toujours existé. Nous trouvons dans le volume intitulé les premiers psychanalystes³ le compte rendu d'une séance de discussion entre Freud et ses confrères sur la relation entre recherche psychanalytique et pédiatrie. Freud se pose la question suivante : Qu'attend la psychanalyse du pédiatre ? Il y répond de façon générale, en disant qu'il attend du médecin pédiatre la justification et la vérification de la théorie psychanalytique. En effet selon Freud toutes les choses que les psychanalystes affirment ont leur origine dans l'enfance et sont établies et confirmées par les pédiatres. Concernant le traumatisme il le situe chez l'enfant au moment du sevrage.

« La plupart des enfants ont un traumatisme à partir duquel ils se comportent en hystérique ; ce traumatisme est le fait d'être sevré du sein maternel, c'est un traumatisme qui a une signification psychologique pour le plaisir lié à la nutrition. »

Par son observation et son interrogatoire, le pédiatre donne des éclaircissements sur l'origine des affects. La collaboration médecin psychanalyste se fait également quand le médecin inclut dans ses tableaux cliniques certaines circonstances de la vie de l'enfant. Par exemple le médecin doit noter s'il s'agit du premier ou du dernier enfant, s'il y a eu juste avant que l'enfant ne tombe malade un évènement particulier (décès, naissance). C'est ainsi qu'apparaissent des phénomènes psychiques associés à la pathologie organique. Freud précise que la tâche du psychanalyste n'est pas d'usurper la place de la pathologie organique mais de déceler partout la contribution psychique. Dans la coopération entre médecin et psychanalyste, nous pouvons citer une autre rencontre inédite entre médecine pédiatrique et les psychanalystes. En 1966, Jacques Lacan répond à l'invitation de Jenny Aubry⁴ et fait une intervention au Collège de Médecine dans le cadre d'une table ronde.

³ Les premiers psychanalystes, minutes de la société psychanalytique de Vienne, 1908-1910, éditions Gallimard, 1978, p 319

⁴ Aubry J., Etude Clinique 1952-1986, Denoël 2003, p287

Jenny Aubry est psychiatre a beaucoup œuvré a introduire la psychanalyse dans le champ de la médecine pédiatrique.

L'intervention de Lacan n'est pas très bien accueillie par Pierre Royer, Professeur de néphrologie pédiatrique à l'Hôpital Necker. La question de Pierre Royer était la suivante : *comment se construit et se transforme l'image de la maladie dans l'esprit des mères et des pères de famille et dans celui des jeunes malades au cours d'une affection chronique à évolution mortelle ?* Pierre Royer se soucie, alors, du vécu de la maladie chronique mortelle chez l'enfant et ses parents tout au long de sa vie. Danièle Brun⁵ commente l'intervention de Jacques Lacan en disant qu'elle est excessive. Pour elle, Lacan demande aux médecins de se décentrer par rapport à la demande de leur malade, c'est-à-dire de répondre à une place différente de la position médicale stricte. Et ceci, serait pour les médecins une nécessité de survie. Marie José Del Vogo⁶, maître de conférences à l'université d'Aix Marseille II, praticien hospitalier et directrice de recherche au laboratoire de psychopathologie, se montre au contraire plus en accord avec le point de vue de Lacan. Pour elle, reconnaître le mythe individuel du malade dans la médecine moderne lui paraît relever d'une exigence nécessaire pour l'avenir de la médecine.

Fort de ces considérations sur le trauma et cette historique collaboration entre médecins et psychanalystes, nous avons construit notre étude en six parties.

Tout d'abord, il nous est apparu important de faire l'état des lieux du trauma. Un état des lieux où le trauma se perçoit comme ambigü et qu'il faut resituer selon son domaine pratique. En effet, il existe un problème dans l'utilisation généraliste que nous faisons de ce terme. François Sauvagnat⁷ propose de redonner une envergure à ce concept psychopathologique devenu ambigu, en le resituant selon son domaine pratique. Nous pouvons ainsi mettre en relief une perception disparate du trauma dans laquelle peut se distinguer plusieurs champs. Nous avons pu ainsi dégager la psychopathologie du trauma avec ses différentes théories, son soubassement historique et les débats actuels qui la traversent. Nous avons ensuite recentré notre intérêt sur l'enfant et l'adolescent où existe des controverses scientifiques. Le trauma chez l'enfant aurait-il été, pendant

⁵ Brun D., "La place de la psychanalyse dans la médecine selon J. Lacan", Clinique méditerranéenne, 2010

⁶ Del Vogo M.J., "Psychopathologie et médecine: de la séparation à la réconciliation" in Revue psychothérapie psychanalytique de groupe, 2001/1-n°36

⁷ Sauvagnat F., "Présentation: L'ambigüité du trauma" in Revue psychologie clinique, l'Harmattan, 2007, p7

toute une période considéré comme un mythe et délibérément oublié ou a-t-il toujours été une réalité clinique reconnue ? Nous avons opté pour une réalité clinique du trauma chez l'enfant et nous avons fait état des recherches existantes dans le domaine et plus particulièrement dans le champ pédiatrique.

Il existe, à ce sujet, une grande dispersion des études avec une préoccupation marquée pour les enfants vivant une guerre ou un génocide. Les enfants et les adolescents confrontés aux violences humaines, contrairement aux catastrophes naturelles, ne bénéficient pas des ressources humaines et matérielles pour faire face à l'évènement. Ils doivent apprendre à se débrouiller seuls dans une modification de leur statut socio-économique. (Orphelins, réfugiés, déplacés). Une étude francophone (Sezibera⁸, 2005) menée chez l'enfant et l'adolescent nous l'indique très précisément. Cette étude laisse cependant de côté l'aspect métapsychologique de la réalité psychique dans le processus traumatique. Dans un autre domaine, celui de l'anthropologie psychanalytique et à titre d'exemple, Olivier Douville⁹ signe un article sur les enfants soldats ou victimes sous les guerres africaines. L'abri psychique que les enfants ont trouvé pour se défendre contre leur trauma, inscrit dans leur mémoire, est la manie ou la mélancolie, la fuite ou l'attaque. Une mémoire traumatique faite de flashes¹⁰ s'est constituée. Opposé à ce point de vue anthropologique, Richard Rechtman¹¹, psychiatre et directeur de la revue "Evolution Psychiatrique", donne une vision plus sociale du traumatisme. Pour lui le traumatisme n'est pas une conquête scientifique mais la conséquence d'une mutation sociale. Mais, nous laisserons volontairement de côté cet aspect du traumatisme, dont il faut pourtant parler, pour nous recentrer sur la problématique du trauma à l'intérieur de l'institution hospitalière et qu'il est possible d'associer à la maltraitance. En effet, dans la revue internationale

⁸ Vincent Sezibera, Anne-Cécile Dewulf, Pierre Philippot, "Le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent", Université de Louvain, page 19 chapitre 1 in Revue francophone de la Clinique Comportementale et Cognitive, Juin 2005

⁹ Douville O., "Enfances et adolescences dans les guerres contemporaines" in Psychologie Clinique, n°24, 83-102, 2007

¹⁰ Ibid. p.100

¹¹ Fassin D., Rechtman R., "L'empire du traumatisme enquête sur la condition de victime", édition Flammarion

de l'éducation familiale Carl Lacharité et Louise S.Ethier¹², de l'université de Québec, tous les deux spécialisées dans le domaine de la psychopathologie développementale et de l'intervention auprès des enfants et des familles, s'appuyant sur des auteurs allemands (Streeck-Fisher, Van Der Kolk, 2000) et américain (Terr, 1991), affirment que l'enfant maltraité a tendance à être exposé à une « chaîne de traumatismes » au cours de son développement.

Nous sommes, alors, partis du rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé¹³ (OMS) qui établit la maltraitance, avec probable traumatisme, comme étant à l'origine de nombreuses hospitalisations. C'est pour cela que nous avons revisité trois grands syndromes de la maltraitance infantile (syndrome de Münchhausen par procuration, syndrome d'aliénation parentale, syndrome de personnalité multiple). Nous avons également fait état des accidents de la route conséquences de certaines conduites à risques et de certaines pathologies pédiatriques indiqués dans le rapport. Cependant la maltraitance, le processus traumatique et son cortège de conséquences laisseraient à penser que ce fonctionnement pourrait se refermer sur lui-même et s'interrompre. Il n'en est pas ainsi puisque beaucoup d'auteurs s'intéressent au lien entre les générations et pensent que le trauma pourrait se transmettre avec les processus du langage. Toujours dans cet état des lieux du trauma nous avons voulu faire un tour d'horizon des travaux spécifiques en pédiatrie. Nous nous sommes rendu compte qu'il existait peu d'études sur le « trauma » auprès des enfants hospitalisés après l'annonce d'une maladie grave, après un accident (domestique, scolaire, circulation, etc.), après une maltraitance ou encore après une opération chirurgicale urgente. Les recherches, comme nous le verrons, sont plus centrées sur l'annonce diagnostic, les liens précoces et l'angoisse vécue en service de chirurgie pédiatrique.

Ensuite, dans un second temps, nous avons choisi d'approfondir la connaissance de ce concept avec l'œuvre freudienne et l'enseignement de Jacques Lacan. Afin de suivre leur élaboration progressive, nous avons opté pour une lecture chronologique des différents textes et

¹² Lacharité Carl, Ethier Louise S., « traumatisme et maltraitance » stress posttraumatique chez les enfants et fonctionnement mental de leur mère en contexte de maltraitance. La revue internationale de l'éducation familiale, 2007, n°21, p13-28

¹³ Etienne G., Linda L., James A., Mercy, Anthony Zwi, Rafael Lozano-Ascencio, « Rapport mondial sur la violence et la santé », chapitre 3, organisation mondiale de la santé, Genève, 2002, p 77

enseignements avec le trauma comme fil rouge. Freud, malgré sa déception concernant sa théorie de la séduction mettant en cause les proches de ses malades hystériques, n'a pas cessé d'utiliser ce concept de trauma tout au long de son œuvre. Dans sa première topique, Freud crée un système dans lequel le trauma est enregistré inconsciemment et accessible par la voie du rêve. Il conçoit également le caractère humain fondé sur la sexualité. Cependant, la pulsion sexuelle peut être contrariée dans son développement ou dans sa traduction fantasmatique par des événements extérieurs traumatiques. Les cas cliniques de Freud nous illustrent le trauma à caractère sexuel. Concernant Hans, ce sont surtout les menaces proférées par son entourage qui ont été traumatiques. La phobie de l'homme au loup est en relation avec une scène primitive que Freud nomme traumatisme imaginaire. Pour Dora il s'agit d'une scène de séduction qui fait écho à d'autres souvenirs plus anciens qui constitue le trauma et qui apparaissent selon un certain ordre. Le trauma constaté à partir de ses malades le conduit vers la recherche d'un trauma fondamental constitutif des civilisations et des être humains. Fort de ses nouvelles trouvailles et du contexte de la première guerre mondiale, Freud considère le trauma plutôt comme un conflit entre l'événement extérieur traumatique et la force interne du psychisme. Freud reconsidère la névrose traumatique en y associant l'affect d'effroi. C'est une particularité de la névrose traumatique qu'il va distinguer de la névrose infantile. L'effroi est donc distingué de l'angoisse. Freud fait une élaboration de l'angoisse en la rattachant au trauma. L'affect de peur se détache de sa représentation traumatique pour devenir une angoisse flottante sans objet conscient. La représentation est de son côté refoulée. L'angoisse prend alors plusieurs statuts : une angoisse en lien avec un danger extérieur et une angoisse en lien avec des revendications pulsionnelles. Cette théorie sur l'angoisse va occuper Freud de nombreuses années. Cette angoisse flottante, ré activable, permettrait, en quelque sorte de supposer l'existence d'une représentation inconsciente qu'il suffirait de faire advenir. C'est ainsi que toute une psychologie du témoignage a vu le jour, dont la visée était de faire surgir une vérité traumatique. Freud, loin de cautionner cette psychologie, a voulu reconsidérer le travail de la psychanalyse. Pour lui, plutôt que de faire advenir une représentation inconsciente le travail psychanalytique vise à une construction, que ce soit dans la psychose ou dans la névrose. Freud ne va pas pour autant abandonner la réalité événementielle. Dans son élaboration théorique finale sur le trauma, il considère qu'il existe une action conjointe entre les accidents de la vie et la constitution pulsionnelle de l'être humain. Cette action conjointe est précisée par la suite. Freud combine la menace de castration, généralement proférée par les parents, avec un certain vécu de

l'enfant au moment où est prononcée cette parole. A la fin de son œuvre, dans une note optimiste, Freud va différencier trauma négatif et trauma positif. Le phénomène religieux serait plutôt l'émanation d'un trauma positif. Malgré cette note heureuse du trauma laissant place à la capacité humaine à transformer les événements malheureux en quelque chose de socialement élevé, le trauma va être réinterrogé à partir de la lecture de Freud par Lacan, tout au long de son enseignement. Lacan recentre la question du trauma à partir des fondements du langage et relativise l'exactitude des faits le concernant. L'historicité du trauma est à minorer, Lacan y préférera la reconstruction, par le sujet lui-même, de son trauma, qu'il va illustrer avec plusieurs cas cliniques. C'est d'ailleurs à partir de ces cas cliniques que Lacan dégage la notion de *prägung* ou encore appelé noyau traumatique. Cette source du trauma a une action refoulante et attire à elle d'autres représentations, qui en s'associant prendront une valeur de « trauma ». Faute de s'élaborer, cette *prägung* se traduit dans un symptôme qui n'aura de cesse de se répéter. Le déclenchement névrotique à partir du noyau traumatique peut se produire, selon Lacan, quand l'être humain ne peut pas élaborer sa question existentielle. Nous le verrons avec deux exemples cliniques. A cette psychopathologie du trauma il existe un envers, pour Lacan, qui est de considérer le trauma comme un signifiant positif, constitutif du désir humain. Un désir qu'il va tenter de décrire dans un schéma, puis dans un graphe. Lacan y inscrit la détresse fondamentale du sujet, encore appelée expérience traumatique du sujet. Le désir va s'orienter, par la suite selon deux modalités : perverse et névrotique. Le désir a donc un fondement traumatique et c'est précisément ce rapport de la vie humaine au trauma donc à l'inconscient que la psychanalyse tire ses lettres de noblesse et va se constituer comme pratique du désir. Un désir non plus à considérer comme une anomalie monstrueuse (Aristote), mais comme une fonction vivante qu'il faut sublimer. Il existerait un trauma fondamental à l'existence humaine qui attirerait à lui des signifiants traumatiques qui n'ont de cesse de se manifester par des conduites répétitives. Cette économie psychique fondée sur le trauma et dont, selon Lacan, le sujet est en dehors, est dotée d'un système d'alerte conçu avec l'angoisse. L'angoisse est rattachée à la part traumatique du sujet humain, que Lacan nomme encore « un amour présent dans le réel ». Un amour qu'il va réduire à une petite lettre : « a ». Cet objet « a », que Lacan nomme un traumatisme sans antériorité, fonde une conception logique de la psychanalyse et non plus développementale. Une conception où l'homme est perçu avec l'existence d'une composante traumatique causatrice de son désir. Il existe cependant, un autre mode d'existence humaine, où le « trauma » n'est pas la condition du désir.

Nous verrons cela dans l'œuvre de Marguerite Duras avec l'exemple de Lol V. Stein. En dehors de ces considérations ou se conjoignent l'objet « a » et le trauma, Lacan identifie le trauma à un fantasme. Fantasme qui d'un point de vue scientifique prête à caution puisque nous nous situons dans le domaine subjectif, pourtant Lacan y consacre un séminaire dans lequel le traumatisme est associé à un fantasme. Un fantasme qui supplée à un acte impossible, une impossibilité liée à ce que Lacan nomme « Le rapport sexuel n'existe pas ». C'est à partir de cette réalité que Lacan veut corriger l'erreur d'Otto Rank, qui en quelque sorte contredit cette Thèse. Pour Lacan la fusion originelle décrite par Rank est un mythe. L'évènement traumatique à ce stade de l'enseignement de Lacan est relativisé pour laisser place à la réalité fantasmatique. La scène traumatique oubliée et dont parle Freud dans le cas de l'homme au rat devient pour Lacan un « je ne sais pas », qui s'oppose à toute une tradition philosophique et qui dit en substance « je sais que je pense ». C'est parce qu'il existe ce « je ne sais pas » qu'une position désirante chez l'être humain est possible. Toujours à relativiser l'évènement traumatique, plus que Freud ne le fait, Lacan considère que la parole du parent dans l'incident traumatique est anecdotique. En effet, Lacan pense plutôt que la position désirante du parent menaçant, et donc son rapport à sa propre castration est plus importante que l'énoncé d'un dire menaçant. Ce qui fait dire à Lacan qu'un parent est traumatique au même titre qu'un psychanalyste, à la différence qu'il s'agit pour le psychanalyste d'un calcul. Un calcul qui se formalise dans des écritures que Lacan nomme formules de la sexualité. Nous verrons qu'elles répondent au traumatisme du « il n'y a pas de rapport sexuel » que Lacan nomme encore traumatisme. Un « traumatisme » dont le sujet peut s'extraire par une invention que Lacan nomme sinthome. Lacan oriente son travail de plus en plus vers la logique, il devient ainsi, plus difficile de le comprendre. C'est pour cela qu'il dit qu'il a pu traumatiser son auditoire. Lacan va se définir lui-même comme un traumatisé du malentendu en tant que ce traumatisme est fondamentalement quelque chose de structurel à l'homme.

Dans un troisième temps, à partir de la littérature concernant le trauma, il a été possible de dégager une problématique et d'émettre nos hypothèses

Le trauma en pédiatrie est-il en lien avec un énoncé (annonce diagnostic) ou bien est-il en relation avec l'action de produire un énoncé (énonciation) ou seulement avec le retentissement d'un fait particulier inattendu (accident de la vie courante) ?

A partir de ce problème nous avons émis une hypothèse générale et des hypothèses qui en découlent à savoir.

1) Que l'évènement traumatique n'est pas proportionnel au vécu traumatique recueilli dans les services de pédiatrie (médecine et chirurgie).

2) Qu'il existe une mise au travail immédiate de l'appareil psychique pour traiter l'effraction traumatique

3) Que l'évènement se met en relation avec l'histoire du sujet

4) L'élaboration du trauma est d'autant facilitée qu'il existe chez le sujet une capacité imaginative.

5) Il est possible de repérer dans le discours (écrit ou oral) des signifiants traumatiques.

Enfin dans un quatrième temps nous avons utilisé la méthode du cas clinique pour valider nos hypothèses. Nous proposons pour notre étude onze cas d'enfants et adolescents rencontrés en service de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique. Nous ferons une analyse clinique, nous tenterons de dégager pour chaque cas le trauma et nous utiliserons ce matériel pour discuter les hypothèses émises que nous utiliserons pour conclure.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DU "TRAUMA"

I/ LA PERCEPTION DISPARATE DU "TRAUMA"

Les évènements sociaux épouvantables, les catastrophes naturelles inimaginables, déclenchent des réactions humaines qualifiées, à tort ou à raison de traumatiques. Mais, l'intensité évènementielle du trauma relative aux faits sociaux, ou environnementaux susceptibles de susciter l'émoi populaire, ne doit pas faire oublier la signification du trauma dans au minimum six domaines (Sauvagnat¹⁴), Les Médias, L'Armée, le Politique, le Juridique, le Médical et la Psychopathologie. C'est ainsi que le trauma revêt plusieurs traductions et se présente comme ambiguë (Sauvagnat¹⁵, 2008). Nous allons donner un aperçu sommaire du trauma selon son domaine (journalistique, militaire, politique) et ainsi clarifier le sens et l'usage de ce concept. Nous décrirons les différents aspects psychopathologiques du trauma que nous reprendrons dans la deuxième partie de cette thèse ayant trait à l'œuvre de Sigmund Freud et à l'enseignement de Jacques Lacan.

I/1. LA MISE EN SCENE MEDIATIQUE

L'ivresse du trauma, c'est le titre donné aux journées scientifiques des cellules d'urgences médico-psychologiques données en 2008 à Clermont Ferrand. Elles sont organisées par la psychiatrie appliquée à l'urgence. Ce titre nous indique l'actualité excessive qui est faite du traumatisme. Nous le voyons très bien à travers les catastrophes mises en images par les médias. Elles suscitent un affect d'horreur et de compassion chez le téléspectateur et l'auditeur. En effet, le 11 septembre 2001, le monde est à l'arrêt devant le fracas des tours du World Trade Center. Les images diffusées en boucle sur les chaînes de télévision figent les esprits et diffusent un sentiment de peur. Quelques années auparavant, en 1994, le génocide rwandais avec ses 800000 victimes Tutsis, consécutif à l'assassinat du président rwandais Juvenal Habyarimaa, laisse une trace

¹⁴ Sauvagnat *ibid.*, p8.

¹⁵ Sauvagnat F., « Présentation : L'ambiguïté du trauma », in la revue *Psychologie clinique*, l'harmattan, 2008, p7.

traumatique. Le Docteur Naasson Munyadamutsa¹⁶ propose de remettre sur pied un hôpital psychiatrique. Il crée une unité spécialisée pour traiter les souffrances psychiques laissées par le génocide rwandais. Un autre événement est à considérer, il va promouvoir la victimologie française, c'est celui de l'attentat du RER B Saint Michel à Paris (25 juillet 1995). Cet attentat coûte la vie à 8 personnes et fait 117 blessés. Cet événement est décisif dans la prise en charge du trauma. Le chef de l'état français, Jacques Chirac, se rend au chevet des blessés. Il s'étonne de la faiblesse des moyens médico-psychologiques mis en place. Une volonté politique vient de naître, la victimologie française trouve l'appui indispensable à sa pérennité. Ce type de souffrance humaine reconnue chez les militaires depuis plus d'un siècle, entre dans la société civile. L'association S.O.S attentat va faire reconnaître auprès des pouvoirs publics, les victimes psychiques d'un fait social. C'est dans ce contexte politique que les dispositifs de prise en charge psychotraumatique, selon Estelle d'Halluin et ses collaborateurs¹⁷, se déploient sur tout le territoire français. Les cellules de l'urgence médico-psychologique (CUMP) sont la traduction sur le terrain de la prise en charge des effets psychologiques d'une catastrophe humaine (génocide, guerre, attentat...) ou naturelle (tremblement de terre, tsunami...). Cette prise en charge précoce des syndromes traumatiques reste cependant aujourd'hui une question controversée sur le plan de son efficacité thérapeutique entre les tenants d'une approche cognitive (Mitchel J., 1988) et les tenants d'une approche plus thérapeutique et préventive (Crocq L., Lebigot, F., De Clerq, Bailly L.,) Philippe Bessoles¹⁸ propose pour sortir de cette controverse de prolonger les travaux de Pierra Aulagnier (1975) et de René Roussillon sur les processus originaires pour aborder les problèmes liés à la pathologie péri traumatiques immédiates. Il développe quatre arguments en faveur de la prise en charge précoce. La reviviscence traumatique, La naissance de psychoses singulières liées à

¹⁶ Munyadamutsa N., "Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique", Médecine et hygiène, 2001

¹⁷ Estelle d'Halluin, Stéphane Latté, Didier Fassin, Richard Rechtman, "La deuxième vie du traumatisme psychique, cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaire" RFAS n°1, 2004, 57-75, p 64

¹⁸ Bessoles P., « L'intervention psychothérapeutique précoce post traumatique » in Psychologie clinique N°24, L'Harmattan, 237-249, 2008.

Philippe Bessoles est maître de conférences des universités, responsable du Master clinique Victimologie et Criminologie, Université P.Mendès France Grenoble II.

Pierra Aulagnier (1975) a créé la notion de « pictogramme » pour décrire une forme originarie de la représentation. René Roussillon s'est intéressé aux toutes premières formes de symbolisation chez l'enfant.

l'impact traumatique, l'expérience de dépersonnalisation, la rencontre avec le réel de la mort, la désintégration de l'efficiences représentative et symbolique. Philippe Bessoles propose alors, en référence aux conceptions pictogrammiques de Pierra Aulagnier de traiter les troubles invalidants (sidération de la pensée, agglutination aux objets pathogènes sans pouvoir se dégager du trauma, adhésivité à l'évènement traumatique, confusion de l'espace transactionnel) post traumatiques précocement.

Mais, un autre évènement semble avoir été déterminant dans la mise en scène du trauma. Dans les années soixante, aux Etats-Unis, la montée du féminisme voit réapparaître la notion de maltraitance infantile. En effet, d'après Didier Fassin¹⁹ l'expansion économique américaine libère les femmes des tâches domestiques ingrates et les installe dans un rôle d'épouses aimantes et de mères dévouées. C'est justement l'image de cette femme qui est attaquée par le mouvement féministe qui y voit plutôt une aliénation qu'une émancipation. C'est à partir de ce manifeste que s'organise un mouvement progressiste féministe dans lequel la maltraitance infantile et le traumatisme vont progressivement prendre place et conditionner des revendications de réparation. La conférence de Florence Rush²⁰ citée par Fassin²¹, en 1971, à New York, va dans ce sens. Elle lève le voile sur les abus sexuels des femmes. De plus, la médecine, clichés et radios à la main, va apporter des preuves et alerter les autorités judiciaires pour confondre les suspects. La psychiatrie américaine en quête de reconnaissance, de son côté, va apporter son soutien à ce mouvement des femmes. Robert Spitzer (1971) va devenir la figure de proue de la psychiatrie américaine et l'emblème de la cause des femmes. R. Spitzer devient président de la "Task force" du DSM 3. Une nouvelle classification va naître. La névrose traumatique va disparaître pour laisser place au "*Post traumatic stress disorder*" encore appelé PTSD. En 1980 dans la 3^{ème} version de la classification des maladies mentales publiée par l'Association Américaine de Psychiatrie, figure une nouvelle entité clinique le "Post Traumatic Stress Disorder". C'est le deuxième âge du traumatisme. C'est

¹⁹ Fassin D., Rechtman R., "L'empire du traumatisme Enquête sur la condition de victime », édition Flammarion, 2007, p 121

²⁰ Rush Florence « The sexual Abuse of children : a feminist point of view », Paper presented at the New York Radical feminist Rape Conference, New York, avril 1971

²¹ Op. cit., p 124

une nouvelle ère parce qu'elle fait la part belle à l'agent traumatogène externe. Le trauma n'est plus à explorer, les bénéfices secondaires non plus, il n'est plus besoin d'étudier la personnalité sous-jacente.

Les médias, dans leur rôle de diffuseur public, accordent à la thématique du trauma une place importante. Emouvoir l'opinion publique a toujours fait recette. Le fait horrible capte les sentiments d'indignation et permet aux citoyens de se situer par rapport à ses propres sentiments vertueux. D'une façon générale, la presse britannique, à des fins commerciales, se montre particulièrement habile pour maintenir un certain suspense et des intrigues dans les récits d'évènements qualifiés de traumatiques. Cependant, Le trauma médiatique si important soit-il, ne doit pas faire oublier le trauma propre au corps militaire.

I/2 LE DOMAINE MILITAIRE

Dans le domaine militaire, la thématique du trauma peut se décliner selon trois aspects²² : l'aguerrissement des soldats, le traitement des névroses de guerre, la propagande.

La peur du soldat présente un risque dans l'implication militaire et à fortiori dans l'engagement armé. Il faut donc agir sur cette peur, suscitée par des visions d'horreurs. A cette fin, Le trauma est traité par des méthodes d'aguerrissement. Le traitement de la névrose de guerre a été possible dans la mesure où cette névrose a pu être reconnue. La propagande, c'est l'usage que l'armée peut faire pour faire passer son message auprès des hommes enrôlés pour faire la guerre. Ce message met en scène le trauma pour tenter de moduler le fantasme guerrier des militaires. Il donne une raison suffisante à la guerre. L'action militaire, comme nous l'avons vu récemment au Mali, est précédée par la décision politique ; une politique justifiée à partir des drames de la vie. Nous allons voir brièvement que le trauma est pris en compte par la classe politique et considéré sur le plan légal par la justice.

²² Sauvagnat ibid., p16.

I.3 LE DOMAINE POLITIQUE

Il existe un autre domaine, intéressé par le trauma et associé à l'armée, c'est celui du politique. En effet, la force militaire, dans les pays démocratiques, est un outil entre les mains des dirigeants politiques pour atteindre des objectifs. Jean Simon Manoukian²³, avocat au barreau de Marseille, considère le trauma comme un fait politique. Pour lui, il n'y a pas de doute possible. Le trauma psychique est pris en compte par le pouvoir politique. Les cellules d'urgences psychologiques sollicitées lors de catastrophes naturelles ou sociales représentent l'action d'une politique face au désarroi humain constaté. L'attentat du RER Saint Michel en 1995 et la décision du président Chirac de constituer des équipes d'urgence pour répondre à la détresse humaine est l'exemple d'une initiative politique allant dans le sens de s'occuper du "trauma". Le trauma psychique serait dans ce sens le révélateur de l'humanisme d'une société. En effet il existe des états qui utilisent le trauma comme l'instrument d'exercice du pouvoir. Certains systèmes politiques utilisent le trauma, toujours selon Manoukian²⁴, pour mobiliser ses militants, pour forger des combattants. Manoukian²⁵, de la même façon qu'il se pose la question du trauma comme fait politique, se pose aussi la question de savoir si le « trauma » est un fait juridique.

I.4 LE DOMAINE JURIDIQUE

Avec l'exemple du génocide arménien, Manoukian montre qu'il existe une reconnaissance de cet « hypertraumatisme » avec la loi du 29 janvier 2001. Cependant cette loi est pour lui insuffisante parce qu'il n'y a pas de traduction juridique. Rappelons brièvement en quoi consiste ce génocide. Entre 1915 et 1918 a été organisée, lors du passage de l'empire ottoman à la république turque et par le pouvoir en présence, l'extermination de la population arménienne vivant sur le territoire ottoman. Il n'y a pas de reconnaissance actuelle par le régime turque de ce génocide. C'est l'une des principales raisons pour les pays de l'union européenne de s'opposer à

²³ Manoukian *ibid.* p.19

²⁴ *Ibi.*, p. 20.

²⁵ *Ibid.*, p.18.

l'entrée de la Turquie dans l'union européenne. Il y a donc une difficulté à faire reconnaître juridiquement dans certains états le trauma. Les caractéristiques du trauma semblent pourtant bien établies, François Sauvagnat²⁶ nous rappelle les particularités psychiques du trauma et les problèmes posés aux juristes.

Il existe tout d'abord le préjudice qu'il faut évaluer. Les experts sont sollicités à ce niveau pour exclure toute simulation des victimes et ainsi favoriser la réparation du dommage. Dans ce contexte, le droit pose le problème à considérer une invalidité temporaire ou permanente après un évènement traumatique stipulé dans un certificat médical. Mais, comment peut-on apprécier l'impact d'un évènement dans la vie psychique d'un être humain ? Le juriste est confronté à la difficulté d'accorder véracité et crédibilité aux faits traumatiques, alors même que la constitution du "trauma" s'avère être très complexe. Complexité, dans la mesure où il y a la participation active du sujet dans sa construction traumatique.

Ensuite il implique la prise en compte de la réparation du préjudice par les victimes. A ce sujet, Michèle Guillaume-Hofnung²⁷, dans un article intitulé médiation et trauma²⁸, propose de reconsidérer la médiation juridique pour faciliter la résolution de situations traumatiques. Mais, le problème réside aussi dans le fait qu'il existe un débat très important entre le principe du droit des victimes à faire reconnaître juridiquement l'incidence d'un évènement sur la vie psychique et les principes fondateurs de la victimologie. En effet, la victimologie qui s'intéresse à l'étude du comportement des victimes et à leur prise en charge, et qui s'intéresse par excellence au traumatisme, a vu naître deux types de conceptions. Guy Briole²⁹, ancien chef de service de l'hôpital d'instruction des armées du Val de Grace, nous rend compte de cela. Il dit en substance qu'il existe au moins deux conceptions du traumatisme selon que l'accent est mis sur l'évènement traumatique (ses caractéristiques, ses effets indifférenciés sur le « tous » du collectif) ou selon que

²⁶ Ibid., p.14.

²⁷ Michèle Guillaume-Hofnung est professeure des facultés de droits, vice présidente du comité des droits de l'homme et des questions éthiques CNF/UNESCO, membre du conseil national consultatif de la médiation familiale, auteure du Que-sais-je ? sur la médiation.

²⁸ Guillaume-Hofnung M., « Médiation et trauma » in Revue psychologie clinique, l'Harmattan, 2008, 27-35

²⁹ Briole G., "A l'écoute du traumatisme", in « Stress et Trauma », 2004,13-16.

soit privilégiée la dimension de rencontre au « un par un ». Dans le prolongement de cette clinique de la rencontre, Didier Cremniter³⁰ propose des modalités d'intervention au sein des cellules d'urgences médico psychologiques dans lesquels puissent se mettre en place l'établissement d'un transfert dans le contexte d'une névrose traumatique. C'est à partir de la présence et de la reconnaissance d'une souffrance traumatique que peut s'établir un premier lien transférentiel.

Enfin, du fait que la notion de trauma est subjective, elle pose le problème de sa véracité et de sa crédulité et donc de sa validité dans le domaine juridique. C'est sans doute pour cette raison, que Manoukian³¹ pose la question suivante : est-ce que le trauma psychique constitue un fait juridique ? Pour lui, certes le "trauma" est pris en considération par le droit en tant que souffrance illégitime, mais il reste encore diffus. Entre une injure subie et la situation d'un rescapé d'un crime contre l'humanité face à son bourreau niant les faits, le préjudice moral va être indifférencié. Il y a donc une méconnaissance par le droit de la gravité du « trauma » et donc quelque part une injustice.

Nous pouvons maintenant nous intéresser au traumatisme à travers la sphère médicale. Il y occupe une place essentielle sans y être réellement estimée dans la pratique. Nous allons distinguer la traumatologie médicale, du trauma en psychopathologie.

I/5 LA TRAUMATOLOGIE MEDICALE

Le trauma est une entité clinique utilisée en chirurgie et désignée par la philosophe Baldine Saint Girons³², spécialiste de la philosophie du XVIIIe siècle, comme un état dans lequel une

³⁰ Cremniter D., "Au coeur de l'expérience du traumatisme psychique » in psychologie clinique, l'Harmattan, 2008, p121

Didier Cremniter est responsable de la cellule d'urgence médico psychologique de Paris, SAMU, Hôpital Necker.

³¹ Manoukian Jean Simon "aspects juridiques et politiques de la prise en compte du génocide arménien du préjudice moral à l'hypertrauma", in Revue de psychologie clinique, l'Harmattan, 2008, 17-25

³² Saint Girons Baldine., « traumatisme », Encyclopédie Universalis, novembre 2011.

blessure grave jette l'organisme. Si dans un premier temps il désigne un dommage physique provoqué par une blessure, dans un deuxième temps il est considéré comme générateur de stress, notion très utilisée en médecine. François Sauvagnat³³, subdivise le trauma médical en deux domaines : le domaine anatomique et chirurgical et le domaine des systèmes de régulations corporelles (systèmes endocrinien, immunologique, neurologique).

Le premier domaine concerne l'impact que peut avoir sur l'organisme un choc physique. Nous parlons de polytraumatisme, de traumatisme crânien, traumatisme thoracique, abdominal, des extrémités. Cette conception du trauma est très ancienne, elle est connue depuis la fin du XIX^e siècle où elle est liée aux accidents de chemin de fer (railway spine). Les médecins de l'époque, pour décrire les symptômes post traumatiques (railway spine) ont recours à la notion de lésion cérébrale minimale. Ils décrivent des symptômes post traumatiques avec une perte de conscience accompagnée de crises d'épilepsie. Cette description minimaliste des troubles des chemins de fer et son explication lésionnelle neurologique vient s'opposer à la même époque à la théorie de George Miller Beard³⁴ concernant la neurasthénie.

C'est au tournant du XX^e siècle, que nous pouvons situer le deuxième domaine ; l'endocrinologie fait des progrès remarquables et relègue au second plan les théories de la lésion minimale et celle de la neurasthénie. Le physiologiste Britannique Edward Sharpey-Schaffer (1850-1935) montre qu'un extrait de glandes surrénales injecté à un animal produit un effet sur sa pression sanguine et rétrécit les vaisseaux sanguins. En 1901, le japonais Jokichi Takemine³⁵ (1854-1922) isole l'épiphénine, plus communément connu sous le terme d'adrénaline. C'est une hormone sécrétée pendant les périodes de stress et qui a un effet sur le rythme cardiaque. Walter Bradford Cannon³⁶ à Harvard va investir ce nouveau domaine. Il va découvrir la noradrénaline. Il énonce la théorie de l'homéostasie, selon laquelle les mécanismes fonctionnels maintiennent entre

³³ Sauvagnat F., Revue psychologie clinique, l'Harmattan, 2007, p8

³⁴ George Miller Beard est un neurologue américain rendu célèbre avec l'invention du terme de neurasthénie.

³⁵ Jokichi Takemine est rendu célèbre pour avoir découvert l'adrénaline.

³⁶ Walter Bradford Cannon est un physiologiste américain rendu célèbre pour ses travaux sur la régulation endocrinienne. Il considère que le choc traumatique est causé par l'expulsion du sang vers les capillaires (exémie). Il propose de traiter ce phénomène en réinstaurant une circulation normale.

eux un état d'équilibre à l'intérieur du corps (homéostasie). Si un déséquilibre se produit suite à un choc la fonction homéostatique permet le rétablissement à l'équilibre de l'organisme. Il le prouve par une série d'expériences sur l'animal. Lorsque le système nerveux est excité par une émotion violente, la sécrétion d'adrénaline s'élève, un autre système (système sympathique) vient alors rétablir l'équilibre interne de l'organisme par la sécrétion de l'hormone noradrénaline. A partir de ces travaux établissant une continuité entre un vécu traumatique et les réactions organiques se dégage des travaux ayant trait au stress. Le stress a été introduit par l'endocrinologue canadien Hans Selye³⁷, en 1956 dans un ouvrage intitulé *The stress of life (Le Stress de la vie)*. C'est la naissance d'un nouveau paradigme interactif entre médecine et psychopathologie. Pour présenter brièvement la théorie du stress, nous prendrons en référence l'article princeps de Selye traduit en français par François Sauvagnat³⁸ dans la revue psychologie clinique. Hans Selye (1982) rectifie des inexactitudes liées à la popularisation de la notion de stress et il fait une synthèse de son activité scientifique.

Le stress est tout d'abord un mécanisme physiologique très complexe, il n'est pas seulement une tension nerveuse, une décharge hormonale, il n'est pas lié forcément à une activité désagréable, il ne provoque pas de réaction d'alarme (l'agent stresseur qui provoque cette réaction), il est une réaction spécifique dans la mesure où il décrit toujours le même circuit. Par contre, il n'existe pas d'agent spécifique du stress. Ensuite, le stress n'est pas forcément nuisible mais peut être utile et source de bienfaits. Enfin, le stress n'est pas quelque chose d'évitable, il est toujours présent à quelques degrés que ce soit.

Le modèle de Selye appelé la théorie du syndrome général d'adaptation est un ensemble de symptômes non spécifiques qui apparaissent quelle que soit la nature de l'agression. Il y a tout d'abord une réaction d'alarme qui est un temps de préparation et de mobilisation de ressources pour faire face à l'agent stresseur. Ensuite nous trouvons une phase d'adaptation par résistance. Il se caractérise par l'évanouissement des symptômes initiaux (phase d'alarme). Après une exposition

³⁷ Selye H.,(1982) « La nature du stress », in la revue psychologie clinique, L'Harmattan, traduction par François Sauvagnat, 2008, 201-215.

³⁸ Selye H., (1982) « La nature du stress », in la revue psychologie clinique, L'Harmattan, traduction par François Sauvagnat, 2008, 201-215.

encore plus prolongée à l'agent stresser nous arrivons à une troisième phase qui est marquée par l'épuisement de l'organisme. Au fond, nous rappelle Selye³⁹ ce sont les caractéristiques des activités humaines qui passent par trois étapes. Je le cite

« La plupart des activités humaines passent par trois étapes analogues à celle du GAS (syndrome général d'adaptation) : Nous devons d'abord nous mettre dans le coup, puis nous devenons compétents, et finalement nous nous fatiguons et perdons notre efficacité acquise. »

Cette évolution tri phasique correspond aux activités humaines classiques, ou se trouve, généralement, la préparation, l'action et pour finir la diminution de l'action avec la fatigue. La théorie du stress reste cependant très insuffisante pour définir les effets de la rencontre avec l'évènement traumatique dans ce qu'il a d'impensable. C'est ce que nous indique Dominique Vallet⁴⁰. En effet, L'évènement traumatique qui vient frapper un être humain ne se lie avec aucune représentation. Il dévoile au sujet un réel et marque ainsi une transgression subjective. Ce réel, qui correspond, selon Dominique Vallet, à l'originaire freudien (refoulement originaire) est soudain mis à nu sans recours au fantasme provoquant un affect d'effroi. Il y a donc dans cette conception du trauma une part subjective à l'œuvre. Cette version du trauma nous introduit directement au cœur de la psychopathologie.

En effet, tous les domaines précités ne peuvent pas prendre en considération la complexité psychopathologique du trauma (Sauvagnat⁴¹). C'est un vécu subjectif particulier, selon Dominique

³⁹ Ibid., p 211

⁴⁰ Vallet, D. « Logiques subjectives du traumatisme psychique » in psychologie clinique, édition l'Harmattan, 2008, p129

Dominique Vallet est médecin chef de psychiatrie, professeur de l'Hôpital des Instruction des Armées du Val-de-Grace.

⁴¹ op. cit., p16

Vallet⁴² qui se saisit non pas à partir du regard extérieur mais plutôt avec les énoncés particuliers d'un sujet (enfant ou adulte). Dans le domaine psychopathologique nous trouvons une douzaine de conceptions différentes (Sauvagnat⁴³) dont nous pouvons faire état et que nous reprendrons pour la plupart dans la partie fondement théorique.

I/6 LA PSYCHOPATHOLOGIE

I/6/1 THEORIES INSTABLES

Cette théorie considère des troubles neurologiques à minima passés inaperçus. Ces lésions minimales, voire hypothétiques trouvent leur origine au 19^e siècle avec notamment les catastrophes ferroviaires. Les collisions ferroviaires au début du 19^e siècle sont fréquentes, elles sont liées au manque de fiabilité des structures des trains de l'époque. Certains passagers, victimes de ces accidents, décrivent des symptômes dont il est impossible de trouver une cause organique, proche de la neurasthénie ou de l'hystérie. John Eric Erichsen (1863) en Angleterre a étudié les premiers effets des accidents de chemins de fer sur le système nerveux. Il pose les premiers fondements de la névrose traumatique qui seront repris plus tard par Herman Oppenheim (1888) de façon controversée. En effet, selon Louis Crocq⁴⁴, Oppenheim⁴⁵ dans un ouvrage intitulé « *Die Traumatische Neurosen* » a opté définitivement pour la thèse psychogénique dans les troubles du mal de dos rencontrés, consécutifs aux accidents de chemin de fer. Erichsen, était lui plutôt favorable à l'existence de lésion réelle au niveau du cerveau ou de la moelle épinière. Il considère le « rail way spine » comme résultant des désordres neurobiologiques secondaires à l'ébranlement cérébral. C'est une problématique théorique qui fonde les bases de la distinction par l'école de Charcot entre trouble de conversion et troubles neurologiques. Elle établit en quelque sorte

⁴² Op. cit., p 135

⁴³ Sauvagnat, F. «Présentation: L'ambiguïté du trauma" in Revue psychologie clinique, l'Harmattan, 2007, p7

⁴⁴ Crocq L., op cit., p30

⁴⁵ Openheim H., Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1892. Von August Hirschwald ; 2^e ed., 1888

l'existence de troubles fonctionnels sans lésions. Elle fonde également la possibilité de psychothérapies (hypnotiques, psychanalytiques). Par exemple, de nos jours, Nous trouvons les théoriciens de l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR). Le traumatisme est interprété selon une base neurologique. Il existe un processus de stockage de l'information et un processus de traitement de l'information qui ne fonctionne pas dans le cas d'un trauma. Selon Roques⁴⁶ l'élément traumatique se présente constamment à la conscience sans pouvoir être traité. La technique EMDR viendrait faciliter le processus de traitement de l'information traumatique. A l'opposé de cette conception mécanique, nous trouvons l'interprétation du trauma par la psychanalyse, c'est celle-ci que nous développerons à travers l'œuvre de Freud et l'enseignement lacanien dans la deuxième partie de cette thèse. Pour Freud et Lacan, il existe une part de responsabilité dans la constitution des troubles qui surgissent après la survenue d'un évènement traumatogène.

I/6/2 LE CHOC EMOTIF

Une deuxième théorie se rencontre, elle concerne la théorie du choc émotif. Elle est très présente au début du 19^e siècle, chez les aliénistes. Philippe Pinel cité par Louis Crocq⁴⁷, fait le récit de nombreuses observations faites après la révolution de 1789. Il fait état de troubles psychiques déterminés par des chocs émotifs. Ainsi, il diagnostique chez une jeune fille une névrose de la circulation déclenchée par des frayeurs liées à la révolution et réactivée par la nouvelle de l'explosion du château de Nantes où ses parents habitaient. Des syncopes, des convulsions, des céphalées, des gênes respiratoires se reproduisaient lors du réveil en sursaut occasionné par le bruit d'un incendie. C'est un exemple ou est considéré le choc émotif. Ce même choc a connu un important renouveau avec Pierre Janet en France et Sigmund Freud en Autriche. Pierre Janet⁴⁸, dans sa thèse « l'automatisme psychologique », évoque une idée fixe apparaissant

⁴⁶ Roques Jacques, « EMDR-une révolution thérapeutique » la méridienne, Desclée de Brouwer, 2004.

⁴⁷ Crocq Louis, « Perspectives historiques sur le trauma » in Les traumatismes psychiques », Michel De Clercq et François Lebigot, Masson, 2001, p26

⁴⁸ Janet P., « L'automatisme psychologique », OPUS, 1998, p474

comme un corps étranger dans leur pensée et dont ils ne peuvent pas se soustraire. Sigmund Freud, quelques années après, a lui aussi, réactualisé la théorie du choc émotif en faisant une relation entre trauma et séduction précoce. Ce premier état de la théorie freudienne, nous dit François Sauvagnat⁴⁹, suppose un sujet non préparé, envahi par une excitation intrusive venue de l'extérieur. C'est un évènement qui peut-être oublié pendant un certain temps et ressurgir à travers différents symptômes. *Les études sur l'hystérie*⁵⁰ de Freud et Breuer présentent les phénomènes hystériques comme associés à des évènements traumatiques oubliés.

I/6/3 LE VECU INTERIEUR

Le trauma est ici considéré à partir de l'existence d'un vécu intérieur incontrôlable et pulsionnel. Le soubassement d'une clinique différentielle peut alors se dévoiler autour de trois pôles (psychose, névrose obsessionnelle et hystérie). Elle se détermine à partir d'une incroyance. Cette notion d'incroyance⁵¹ (Unglauben) est apparue en 1896 dans une lettre adressée par Freud à Fliess (Manuscrit K⁵²). Elle s'adresse uniquement à la psychose paranoïaque. Freud signale que dans la psychose paranoïaque il est possible de supposer un retrait de la croyance, et à la différence de la névrose « aucune créance n'est accordée à un reproche »⁵³. Le reproche est alors tourné vers l'extérieur par un mécanisme de projection et c'est la méfiance vis-à-vis d'autrui qui prévaut et naît ainsi l'idée délirante ou encore quand les autos reproches sont acceptés par le sujet vers un état mélancolique. Dans la névrose obsessionnelle, les auto-reproches sont pris d'une façon responsable. Le sujet accorde une croyance à ce qu'il se dit et le symptôme de scrupulosité en découle. La cause réside dans un incident primaire comme existant préalablement à tout

⁴⁹ Sauvagnat op cit., p 9.

⁵⁰ Freud S., Breuer J., « Les études sur l'hystérie », PUF, 1992, p8

⁵¹ Incroyance est la traduction allemande d' « Unglauben »

⁵² Freud S., Manuscrit K, lettre à Fliess du 1/1/1896, in Naissance de la psychanalyse, Paris PUF, 1991.

⁵³ Ibid., p. 135.

déclenchement ultérieur des névroses et des psychoses, incident primaire que Freud assimile à un traumatisme, notamment quand il parle de l'hystérie.

« Lorsque l'incident traumatisant a donné libre cours à des réactions motrices, ce sont celle-ci justement qui se muent en représentations-limites et en premiers symboles des matériaux refoulés. »⁵⁴

L'incident traumatique qui s'est réalisé dans un premier temps est teinté de déplaisir dans l'hystérie, il subit alors le refoulement et il devient alors une représentation limite qui va chercher à redevenir consciente. Nous reprendrons cette théorie du vécu intérieur dans l'œuvre de Freud où est mise en avant la question des défenses dans la névrose. Freud dans ce manuscrit qui accompagne une lettre à Wilhelm Fliess cherche à rattacher ses idées à celle contenue dans l'esquisse⁵⁵ dont le projet est d'aboutir à une psychologie scientifique ; de faire entrer la psychologie dans le cadre des sciences naturelles.

I/6/4 LE TRAUMATISME A LA NAISSANCE

L'idée que la naissance est une expérience traumatique nous vient d'Otto Rank, psychologue. Il est un des premiers psychanalystes non médecin à pratiquer la psychanalyse. Le traumatisme de la naissance est une théorie proposée dans les années 1910, elle établit le prototype de l'angoisse chez l'être humain. C'est un point de vue qui considère une fusion originelle entre la mère et l'enfant. Au moment de la naissance de l'enfant il y aurait donc une rupture de cet état qu'Otto Rank qualifie de traumatique. Cette vision a été corrigée par Jacques Lacan qu'il assimile à un mythe.

"Ce mythe en quelque sorte parasite, car il n'est pas freudien, il a été introduit sous un biais énigmatique, celui du traumatisme de la naissance, vous le savez, par Otto Rank; faire entrer la naissance sous le biais du traumatisme, c'est lui donner fonction signifiante."⁵⁶

⁵⁴ Ibid., p 137

⁵⁵ Freud S., "De l'esquisse d'une psychologie scientifique", in La naissance de la psychanalyse, PUF, 1991

⁵⁶ Lacan J., 1967-1968, Le Séminaire inédit XV : "L'acte psychanalytique", Leçon du 13/03/1967, p220

Considérer une fusion entre la mère et son enfant est en soi discutable, puisque rien ne le prouve. C'est un postulat que Lacan interroge. Nous reprendrons cette critique dans la partie consacrée au séminaire de Jacques Lacan concernant l'acte psychanalytique.

I/6/5 LA TRAUMATISATION-MENACE

C'est une théorie du trauma dans laquelle l'évènement traumatique est relégué au second plan. Est pris en compte un extérieur menaçant. C'est une menace dite de castration, ciblée sur l'organe phallique, qui va être déterminante pour Freud dans la structuration psychique et qui sera présente tout au long de son œuvre. A partir de la menace de castration énoncée par les parents. L'angoisse de castration de l'enfant est une forme de réponse à la menace qui amène progressivement l'enfant à se détacher de l'objet qu'il désire. Se constitue ainsi, autour de l'angoisse de castration, le complexe d'Oedipe. C'est au fond un processus qu'il est possible d'appeler traumatisation-menace de castration (Sauvagnat⁵⁷). Cet aspect du trauma nous intéresse tout particulièrement, il met en avant l'énoncé d'une parole structurante pour la vie psychique avec l'édification du complexe d'Oedipe. Nous allons reprendre cette théorie dans l'œuvre de Freud en reprenant l'exemple clinique d'un enfant, appelé le cas Hans.

I/6/6 THEORIE DE LA PREMATURATION

C'est une théorie qui reprend la prématuration de l'homme à sa naissance comme fondamental dans son développement ultérieur. C'est une théorie, très connue dans les années 30 sous la théorie de la foetalisation, dévolue à l'anatomiste hollandais Louis Bolk⁵⁸. Elle a été reprise dans un article récemment publié en 2011 par Marc Levivier⁵⁹. C'est une théorie en contradiction avec les lois biologiques de l'époque, incarnées par Ernst Haeckel héritier du darwinisme. C'est une théorie qui

⁵⁷ Sauvagnat F., op cit., p 10

⁵⁸ Bolk L., Das problem der Menschwerdung, G.Fisher, 1926.

⁵⁹ Levivier Marc « la foetalisation de Louis Bolk », Essaim, 2011, n°26, p153-168.

Marc Levivier est un chercheur spécialisé en science de l'éducation. Il a soutenu une thèse en 2008 sur la conception néoténique de l'homme en science humaine sous le titre : *Manque et puissance Généalogie, concepts et interprétation de l'hypothèse néoténique dans les sciences humaines*.

s'est rattachée à celle du traumatisme pulsionnel, et qui a donc intéressé nombre de psychanalystes et en particulier Jacques Lacan⁶⁰. Elle promeut l'immaturation de l'homme à sa naissance ; un être inachevé à la naissance et qui demande assistance. Ce manque physiologique nécessite l'intervention d'un tiers pour lui fournir un appareillage. Cette « naissance prématurée » de l'homme renvoie à ce que Freud⁶¹ a nommé Hilflosigkeit, cette détresse du nouveau né à sa naissance considérée comme le fondement de l'angoisse. Nous reprendrons, dans cette thèse, ces considérations freudiennes quand nous aborderons avec Freud l'angoisse dans son rapport au trauma.

I/6/7 THEORIE DE L'ATTACHEMENT NON PULSIONNEL

Le concept d'attachement renvoie à la théorie de John Bowlby⁶². C'est une théorie, dite non pulsionnelle, parce qu'elle se veut incompatible avec la théorie des pulsions de Freud même si certains auteurs, essayent malgré tout d'établir un lien. (B.Golse⁶³). Trois grandes polémiques ont marqué l'histoire de la théorie de l'attachement. Le concept d'attachement évacue-t-il la question de la représentation mentale ? Le concept d'attachement est-il compatible avec celui de sexuel ou de sexualité infantile ? Le concept d'attachement est-il lié à la présence de l'objet ? Nous ne développerons pas ces problèmes théoriques entre métapsychologie et théorie de l'attachement, nous nous centrerons sur la théorie de Bowlby en tant qu'elle nous renseigne sur une autre vision du traumatisme.

⁶⁰ Ibid., p. 154, 155

⁶¹ Freud S., (1926), "Inhibition, symptôme et angoisse", Paris, PUF, 1969

⁶² Bowlby J., « Attachement et perte » (3 volumes) PUF, coll « Le fil rouge », 1978.

John Bowlby (1907-1990) est un psychiatre anglais.

⁶³ Golse Bernard « L'être bébé (les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie), P.U.F., coll. «Le fil rouge », Paris 2006.

Bernard Golse est pédopsychiatre et psychanalyste, chef de service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants Malades.

C'est, tout d'abord, en 1958, que la première formulation de cette théorie voit le jour. Elle est contemporaine d'autres théories s'intéressant aux relations précoces des jeunes enfants. Parmi eux, nous trouvons René Spitz (1947) et son concept d'hospitalisme, Konrad Lorenz (1935) et son concept d'empreinte (imprinting), processus d'apprentissage par lequel certains animaux s'attachent de manière irréversible au premier objet en mouvement qu'ils voient. Harry Harlow (1958) dont les études portèrent sur les singes rhésus a étudié les effets de la privation de la présence maternelle. Il compara les deux types de contact entre un bébé et sa mère dit « fil de fer » et un bébé et une « mère de coton ». Ces recherches éthologiques nous semblent intéressantes à citer, elles sont le fondement des travaux de Jonh Bowlby. La théorie de Jonh Bowlby, est une théorie du besoin, où s'attacher est aussi important que de boire ou manger. L'attachement est un processus instinctif, visant à la survie de l'espèce qui débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de vie. C'est à partir du développement de ce comportement inné que s'établit l'attachement de l'enfant à une figure parentale. Bowlby décrit cinq comportements de base : sucer, attraper, suivre, pleurer et sourire et quatre étapes de développement dans la relation d'attachement vers une personne (caregiver) qui va devenir sa base de sécurité. Les qualités des liens d'attachement permettraient de développer sa capacité de mentalisation, notion chère à Peter Fonagy⁶⁴. C'est une capacité dont la fonction est d'organiser la personnalité et la régulation des affects. La perturbation de la relation précoce liée à un type d'attachement, déterminé par Mary Ainsworth⁶⁵ et ses collaborateurs, est considérée comme un indicateur relationnel et comme un facteur de risque pour la survenue d'une pathologie ultérieure. Plusieurs types d'attachement ont

⁶⁴ Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M., « affect regulation, mentalization and the development of the self. Other Press, Neww York. 2002

Peter Fonagy est psychologue, directeur du centre Anna Freud à Londres.

⁶⁵ Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Wall S., "Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation, Erlbaum, Hillsdale, 1978.

Mary Ainsworth (1913-1999) est une psychologue américaine du développement qui a joué un rôle important dans la théorie de l'attachement, grâce à son expérience, la strange situation, elle a mis en évidence différents types d'attachement de type secure ou insecure.

été décrits à partir d'une situation expérimentale proposée par Ainsworth⁶⁶. Il s'agit d'une méthode utilisée avec des enfants qui ont entre 12 et 18 mois. L'enfant se retrouve avec son parent et l'examineur dans une salle de jeux fermée. Au cours de l'examen qui dure environ vingt minutes, il est demandé au parent de sortir à deux reprises pendant trois minutes et de revenir. Les observations portent sur le comportement des enfants avec la présence des parents, pendant la séparation, puis lors de la réunion. Quatre types d'attachement vont être décrits : Attachement sécurisant (type B), attachement insécurisant de type anxieux/évitant (type A), attachement insécurisant de type anxieux/ambivalent (type C), attachement insécurisant désorganisé (type D). Ces types d'attachement facilitent ou non, chez l'enfant, l'exploration du monde et conditionne son développement psychique. Le comportement de type insécurisant désorganisé (D) est un comportement d'évitement et d'ambivalence. Le parent est désorganisé et ne peut répondre aux besoins d'attachement de son enfant. C'est cette situation précise, ou l'attachement semble le plus défaillant, que l'impact d'un évènement de vie, peut avoir une incidence traumatique marquée, avec notamment l'apparition de symptômes dissociatifs (Liotti⁶⁷, 1999) (dépersonnalisation, troubles de la mémoire, pensée désorganisée, impulsivité mal contrôlée). Parmi les prolongements actuels à cette théorie nous retrouvons la théorie dite de la résilience dont Boris Cyrulnik⁶⁸ se fait aujourd'hui largement l'écho. Il existe plusieurs définitions de la résilience nous retiendrons une définition large. « *La capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements destabilisants, de condition de vie difficiles, des traumatismes parfois sévères.* »⁶⁹ La résilience n'est donc pas quelque chose d'innée, mais plutôt une capacité émanant des relations précoces de l'enfant avec son entourage. L'exemple d'enfants vivant des situations les plus désespérée et qui réussisse malgré tout à construire leur vie d'homme

⁶⁶ Ibid.,

⁶⁷ Liotti G., (1999) « trauma, dissociation et désorganisé » in psychothérapie : Théorie, la recherche, la pratique, la formation vol 41, pp472-486, 2004.

Giovanni Liotti est professeur de psychothérapie cognitive à l'école de psychothérapie de Rome.

⁶⁸ Cyrulnik Boris est psychiatre, éthologue. Il a introduit en France le processus de résilience.

⁶⁹ Manciaux, M. (2001). *La résilience : résister et se construire*. Genève : Médecine et Hygiène. P17

ou de femme. Boris Cyrulnik⁷⁰ nous le relate et nous l'explique. C'est peut être cet espoir humain que fonde Cyrulnik de pouvoir s'en sortir et ceux quelque soit ce que nous avons vécu que certaines régions ont pu de nouveau croire à une vie meilleure ; Je pense notamment à des départements outre mer particulièrement marquées par une histoire esclavagiste traumatique. C'est ainsi qu'il a pu se constituer en Martinique en 2012 un groupe de réflexion visant à interroger et à traiter, à partir du concept de résilience les multiples maux dont ont souffert les martiniquais. Parmi les personnalités composant ce groupe (groupe réflexion Résilience-Martinique) nous trouvons l'éminent professeur de psychiatrie Aimé Charles-Nicolas⁷¹ .

Nous ne poursuivrons pas plus loin la référence à la théorie de l'attachement dans son rapport au trauma, et dans ce qu'elle a induit, elle nécessiterait une étude à part entière. Nous allons maintenant nous centrer sur un autre courant psychopathologique ayant trait au trauma, c'est celui qui met l'accent sur l'incompréhension, le rejet de l'entourage en tant qu'il peut-être responsable du trauma.

I/4/8 TRAUMATISATION ET INCOMPREHENSION

Il existe une théorie du traumatisme qui remet à l'ordre du jour, ce que Freud avait abandonné au milieu des années 1890. C'est la théorie dite de la séduction, qui met en cause un séducteur homme ou femme, envers un enfant. Cette séduction traumatique d'un enfant par un adulte serait responsable des troubles hystériques, tout en mettant en cause pénalement un agresseur extérieur à l'enfant. Si cette théorie a été abandonnée par Freud lui-même, parce que trop accusatrice et irréaliste, elle a été reprise par Sandor Férénczi (1873-1933), contre l'avis de Freud, lors du congrès international de psychanalyse à Wiesbaden en 1932. Nous trouvons cette conférence transcrite dans un texte traduit en français par « *Confusion de langue entre les adultes et*

⁷⁰ Cyrulnik Boris « Un merveilleux malheur », Odile Jacob, 2002

⁷¹ Aimé Charles-Nicolas est professeur de psychiatrie et de psychologie médicale à Fort de France en Martinique. Il a consacré sa vie professionnelle aux addictions. Il a été le premier à faire le lien entre toxicomanie et sida.

l'enfant »⁷². Férenczi expose son souci d'approfondir l'origine extérieure de la pathogénèse des névroses. La thèse de Férenczi est de considérer que la tendresse parentale, en particulier la tendresse maternelle exagérément forte, est traumatique. Elle peut conduire aux mêmes conséquences pathogènes qu'une privation d'amour.

Nous pouvons citer Férenczi

« C'est ainsi que les enfants, presque tous sans exception, jouent avec l'idée de prendre la place du parent de même sexe, pour devenir le conjoint du sexe opposé, ceci, notons le bien, en imagination seulement. En réalité, ils ne voudraient, ni ne pourraient, se passer de la tendresse et surtout de la tendresse maternelle. Si au moment de cette phase de tendresse, on impose aux enfants plus d'amour ou un amour différent de ce qu'ils désirent, cela peut entraîner les mêmes conséquences pathogènes que la privation d'amour jusqu'ici invoquée. »

Ferenczi nous explique que le désir de l'enfant se manifeste avec l'idée de remplacer le parent du même sexe. Ce désir ne peut s'élaborer dans un fantasme si pendant l'expression de ce désir, l'enfant se trouve imposer de la part de l'adulte un excès de tendresse. Ce qui se traduit par un double langage de la tendresse et de la passion dans la confusion entre l'enfant et les adultes. Le traumatisme dépend de cette incompréhension entre l'adulte et l'enfant. Ces conditions traumatiques, dues à une confusion des langues, entraîne selon Ronald Fairbairn⁷³ des enclaves schizoïdes⁷⁴.

⁷² Férenczi Sandor (1932) « confusion de langue entre adultes et l'enfant Le langage de la tendresse et de la passion » in confusion de langue entre les adultes et l'enfant, petite bibliothèque Payot, 2004.

Titre original: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft der Erwachsenen und deren Einfluss auf Charakter- und Sexualentwicklung der Kinder (Les passions des adultes et leur influence sur le développement du caractère et de la sexualité de l'enfant)

⁷³ William Ronald Dodds Fairbairn est un psychanalyste écossais né en 1889 et mort en 1964. Philosophe, théologien puis médecin, il s'est tourné vers la psychanalyse. Il a eu Ernest Connel comme psychanalyste.

⁷⁴ Fairbairn W.R.D (1940) « Facteurs schizoïdes de la personnalité » in Etudes psychanalytiques de la personnalité, p3-28, 1998.

I/6/9 THEORIES INTENTIONALISTES-PHENOMENOLOGIQUES

La plus célèbre concernant le trauma est celle de Kurt Golstein⁷⁵. Il a étudié le cas de patients cérébrolésés et va distinguer le comportement ordonné du comportement désordonné. Dans le comportement désordonné Golstein a décrit une réaction dite de catastrophe. C'est une réaction marquée par des manifestations anxieuses associées à une agressivité, un comportement d'opposition, de refus, d'explosion de colère. Cette réaction est associée à des troubles phasiques, de type aphasie de Broca (trouble articuloire du langage). Il n'existe pas de trouble de l'humeur. Pour minimiser cette réaction le malade a recours à des mécanismes de défense dont le plus connu est l'anosognosie des déficits.

I/6/10 TRAUMA ET IDENTIFICATION

Il existe une particularité du trauma dans le domaine de l'anthropologie psychanalytique, dont la référence en la matière est Géza Roheim⁷⁶. Roheim va être missionnée par Freud pour apporter une contradiction aux travaux de Bronislaw Malinowski dont les thèses remettent en question l'universalité du complexe d'Oedipe. Pendant dix mois, il va s'installer à l'est de la Nouvelle guinée pour étudier ses habitants. Il parvient à des conclusions opposées à celle de Malinowski et démontre la force et l'existence du complexe d'Édipe. L'anthropologie psychanalytique est fondée sur l'idée freudienne qu'il existe un acte meurtrier à l'origine des sociétés humaines. Ce fait est inobservable et n'est pas démontré scientifiquement. Il est conçu comme un mythe (le mythe de la horde primitive), mythe dont nous reprendrons l'histoire dans la partie consacrée à l'œuvre de Freud. Nous pouvons indiquer que cet acte mythique, fondateur des civilisations, est organisé

⁷⁵ Golstein K., *Traité de neuropsychologie clinique Neurosciences cognitives et clinique de l'adulte* sous la direction de Bernard Lechevalier, Francis Eustache, Fausto Viader, édition De Boeck, 2008.

Kurt Golstein (1878-1965) est un neurologue et psychiatre allemand, fondateur de la réhabilitation neurologique.

⁷⁶ ROHEIM G., « psychanalyse et anthropologie » Culture-personnalité-inconscient, Paris édition Gallimard, 1969.

Geza Roheim est une ethnologue et psychanalyste hongroise. Elle s'inspire de l'œuvre freudienne et en particulier le texte de Freud « Totem et Tabou ».

autour de l'interdit du meurtre et de l'interdit de l'inceste. Pour commémorer cet acte traumatique un certain nombre de rituels s'observent. C'est ce que Théodore Reik⁷⁷ dans son livre sur le rituel, composé de quatre conférences (la couvade en 1914, les rites de puberté en 1915, le Kol Nidre en 1918, Le schofar en 1919), va tenter de nous démontrer. Il s'opposera notamment aux thèses socio historique de Johann Jakob Bachofen⁷⁸, prétendant que la couvade⁷⁹ est le signe de la soumission de l'homme au pouvoir de la femme régnante, et donc de la protestation masculine contre la domination féminine. Les deux premières conférences sont des textes d'anthropologie générale. Les deux autres conférences se centrent sur les rituels religieux. Reik établit un lien logique entre motivations inconscientes traumatique et les élaborations secondaires humaines ritualisées.

I/6/11 TRAUMATISATION PAR LE LANGAGE

Une autre conception concerne le langage lui-même en tant qu'il est porteur de secrets sexuels incontrôlables qui sont fondamentalement traumatiques. C'est la conception de Lacan qui se situe en continuité et articulée aux études françaises sur la pathologie du langage intérieur. Elle s'élabore à partir du séminaire IV pendant l'année 1956 1957. C'est un séminaire que nous aurons l'occasion d'aborder dans la partie de cette thèse consacrée au trauma dans l'enseignement de Lacan. Nous pouvons cependant y faire allusion car c'est une conception centrale sur le trauma en tant qu'elle se rapporte à la fonction castratrice. La figure maternelle est prise en référence en tant que femme sexuée cherchant dans l'enfant une réponse à son manque phallique. Lacan s'avance dans ce séminaire contre les tenants de la relation de l'objet de l'époque, et particulièrement chez les post

⁷⁷ Reik Th., « Le rituel. Psychanalyse des rites religieux », Paris, Denoël. 1974.

Théodore Reik est un disciple de Freud psychanalyste non médecin. Il s'intéresse aux rituels.

⁷⁸ Bachofen Johann Jakob « Le droit maternel recherche sur la gynécocratie de l'Antiquité dans sa nature religieuse et juridique », trad. Étienne Barilier, éd. L'Age d'Homme, 1996, 1390 p.

Johann Jakob Bachofen(1815,1887) est un juriste, philologue et sociologue suisse.

⁷⁹ La couvade correspond au passage pour l'homme su statut de jeune homme à celui de père.

freudiens anglo saxons de l'époque, considérant que la relation à l'objet est une adaptation du moi à la réalité.

Nous avons essayé dans ce chapitre de montrer l'intérêt actuel porté à certains évènements de la réalité et qualifiés excessivement de traumatique. Cet excès ne doit pas faire oublier les autres domaines d'interprétation du trauma. La psychopathologie du trauma, avec ses différents courants de pensée cités précédemment, apporte une considération plus en phase avec la vie psychique. Mais, détailler les différentes conceptions psychopathologiques ne suffit pas il faut aussi un historique et une contextualisation du concept.

II/ POINT DE VUE HISTORIQUES ET CONTEMPORAINS DU TRAUMA

II/1. LES PRECURSEURS

Un des précurseurs du traumatisme psychique est Herman Oppenheim. Il fait figure de référence pour ses travaux sur la névrose traumatique, notamment avec les observations faites au début du 20^{ème} siècle sur les accidents de chemins de fer, les traumatismes de guerre, les chutes brutales. Oppenheim⁸⁰, dans un article paru en 1884, procède à un inventaire des symptômes de la névrose traumatique. Il invente le terme de sidérophobie pour désigner la phobie élective des chemins de fer. Il opte pour une cause psychique du traumatisme en invoquant l'effroi psychologique ou l'intensité affective susceptible de provoquer une altération psychique durable. Il s'oppose ainsi à ses contemporains qui soutiennent l'aspect exclusif de la commotion mécanique subie par le cerveau lors de l'accident. Pierre Janet⁸¹ va aller plus loin que ses prédécesseurs. L'automatisme mental serait l'expression d'une idée fixe traumatique active dans le subconscient de façon autonome par rapport aux autres pensées. Adam Cygielstrejch (1912), psychiatre Russe cité par Barrois⁸² (1993), donne une importance à l'évènement lui-même. Les états traumatiques sont classés selon l'agent pathogène. Par exemple les tremblements de terre entraînent tel type de

⁸⁰ Oppenheim H., (1892) "Die traumatausen Neurosen", Berlin, 1892. Von August Hirsschwald, 2^{ème} éd., 1888

⁸¹ Janet P., (1889), "L'automatisme psychologique", Odile Jacob, 1998

⁸² Barrois. C., "Troubles psychiques durant la guerre russo japonaise de 1914-1915", in les Annales Médico Psychologiques, vol 151, n°3, p276-280, 1993

traumatisme avec un cortège de symptômes singuliers relatifs à ce traumatisme. Dans cette conception, le travail psychique est minimalisé voir ignoré. Sont pris en considération les émotions plus ou moins intenses en lien avec l'évènement.

Freud définit à cette époque le « trauma » ainsi :

"Nous appelons traumatique les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare excitation"⁸³.

Contrairement à Janet et à Cygielstrejch, Freud⁸⁴, a une vision différente du traumatisme. C'est un point d'aboutissement théorique. Freud considère, à cette époque, un conflit entre l'évènement extérieur traumatique et la force interne du psychisme. Il existe dans le cas normal un rapport de force équilibré qui vise à repousser ou filtrer les stimulations externes qui se produisent au niveau du pare excitation, sorte de couche superficielle qui sert à réduire les stimulations externes. Il permet de lier les stimuli à d'autres associations. A partir de là, il y aurait traumatisme pour Freud quand une grande quantité d'énergie vient faire effraction dans le psychisme en court-circuitant la fonction du pare excitation.

Parmi les exégètes et contemporains de Freud nous trouvons Sandor Férénczi très intéressé lui-même par la problématique du trauma. L'hôpital militaire dans lequel il officie en tant que médecin chef en neurologie, lui offre la possibilité de développer ses conceptions sur les traumatismes de guerre. Rosa Guimaraes⁸⁵, dans une thèse écrite en 2004, pose la question de savoir si la disparition du traumatisme de la scène psychanalytique n'est pas en relation avec la disparition brutale de Férénczi en 1933. La différence essentielle entre Freud et Ferenczi réside dans la cause. Freud considère une cause sexuelle à l'origine des traumatismes; Ferenczi met l'accent plutôt sur une cause originaire créée par l'objet maternel primaire. Cet objet primaire

⁸³ Ibid., p. 71.

⁸⁴ Freud S., (1920) "Au-delà du principe de plaisir", in Essais de psychanalyse, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981, p77

⁸⁵ Guimaraes R., "Playdoyer pour une histoire et une clinique du trauma", Institut de psychologie : mention psychopathologie clinique, 2004, p15

n'incarnerait pas la fonction pare excitante et contenant pour l'enfant. C'est ce défaut originaire qui serait la cause de dépression, de transferts passionnels, des états limites.

A partir de cette théorie, Férénczi promeut la méthode active pour abrégier le traumatisme, une méthode où l'analyste sort de sa neutralité bienveillante pour agir dans la réalité quotidienne du malade. Freud maintient de son côté une position plus neutre centrée sur la relation transférentielle, il n'intervient pas directement dans la réalité des malades. A la même époque, paraît le livre d'Otto Rank⁸⁶, tout autant controversé que la méthode de Férénczi. Rank, collaborateur de Férénczi, prétend qu'il existe un traumatisme à la naissance, marquant l'homme qui chercherait toute sa vie à le surmonter en voulant revenir dans l'utérus maternel. Rank met au centre de la psychanalyse la relation mère enfant si chère à Férénczi. Dans la continuité des thèses Féréncziennes, Michael Balint⁸⁷, définit le traumatisme comme un défaut fondamental. En 1969, dans un article intitulé "Trauma et relation d'objet" Balint⁸⁸ s'intéresse à l'origine et à la structure du traumatisme. Pour lui, les traumas se produisent pour l'essentiel pendant la petite enfance. Ils sont infligés par des proches. Ils ont de plus une structure en lien avec un adulte qui fait quelque chose d'excitant, de douloureux, d'effrayant. Ils arrivent de façon inopinée et répétitive. Dans ce lien traumatique éprouvé, l'enfant va vouloir revivre cette expérience. Dans la même lignée théorique Nicolas Abraham, Maria Torok⁸⁹, vont poursuivre ces recherches en associant les notions d'incorporation et d'introjection. L'incorporation serait la négation de la perte de l'objet, l'introjection serait plutôt le consentement à une perte de l'objet. Léonard Shengold⁹⁰ aux Etats Unis, s'appuyant sur les recherches de Férénczi, pense plutôt qu'il y a dans le traumatisme une interaction entre le fantasme et la réalité. Claude Lorin⁹¹ en France s'est intéressé dans les années

⁸⁶ Rank O, (1923), "Le traumatisme à la naissance", Petite Bibliothèque Payot, 2002

⁸⁷ Balint M., (1968) Le défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression. Paris, Payot, 2004

⁸⁸ Balint M., (1965) in Amour primaire et technique psychanalytique, Payot, Paris, 1972.

⁸⁹ Torok M., "L'écorce et le noyau" 1978

⁹⁰ Shengold L, "Child abuse and déprivation : soul murder", in J.Amer. Psychoanal. Assoc. 27, 1979, p 533-559

⁹¹ Claude Lorin est professeur des universités. Il enseigne à l'université de Reims. Ses thématiques de recherches concernent le soin et la guérison de troubles dans le monde, la sublimation. A participé à faire connaître Ferenczi en France.

1980 aux écrits psychanalytiques de FÉrenczi dans un livre intitulé *Le jeune FÉrenczi, premiers écrits 1899-1906*⁹². Il a contribué ainsi à faire connaître l'œuvre de FÉrenczi à partir des ses tous premiers écrits. Il a également participé à actualiser la notion de trauma chez FÉrenczi dans un article publié en 1993⁹³.

Ce courant psychanalytique, avec comme chef de file FÉrenczi, représente l'école hongroise. Ses idées se sont exportées en Europe principalement en Angleterre (Jonh Bowlby) et en France (Mikaël Balint). En 1954, dans le séminaire "Les Ecrits techniques de Freud", Jacques Lacan⁹⁴ consacre deux chapitres à l'œuvre de Michaël Balint. Il y conteste la notion d'amour primaire (primary love). En effet, pour Lacan le désir émerge pour un sujet, autrement que dans la satisfaction du besoin. Pour Balint l'assomption subjective est conçue sur une relation primaire basée essentiellement sur la satisfaction du besoin. La mère est censée tout donner. Lacan considère au contraire que ces considérations se refusent à reconnaître l'objet halluciné créé à partir du manque dans l'Autre et constitutif du trauma fondamental. Malgré ce point de vue différent, Lacan reste assez nuancé dans la critique qu'il porte à l'école hongroise. Dans la direction de la cure en 1958, par exemple, il approuve FÉrenczi dans l'élasticité de sa technique. Une rencontre est organisée, en 1973, par Catherine Millot et Jean Jacques Gorog à Budapest avec Imre Herman, prestigieux psychanalyste de l'école hongroise. Il a introduit les données éthologiques en psychanalyse, reprises plus tard en Angleterre par Jonh Bowlby. Anny Ardain-Hébert (2006) fait le récit de cette rencontre. Il reconnaît également l'intelligence d'Alice et Michaël Balint avec lesquels il entretient des rapports de courtoisie.

Après cet aperçu historique, voyons maintenant la perception contemporaine du trauma

II/2. LE "POST TRAUMATIC STRESS DISORDER" ET LE "TRAUMA" DU LANGAGE

⁹² Lorin Claude (1983) , *Le jeune FÉrenczi, premiers écrits 1899-1906*, éditions Flammarion 1992.

⁹³ Lorin Claude « Actualité de la notion de trauma chez FÉrenczi », *cliniques méditerranéennes*, n°39-40, p11-115.

⁹⁴ Lacan J., "Les Ecrits techniques", Seuil 1954

La psychiatrie américaine considère, un stress post traumatique, inducteur d'un cortège de symptômes encore appelé "état de stress post traumatique". Dans cette conception est mis en avant le caractère organique du traumatisme. C'est d'ailleurs, dans les années 1980, aux Etats-Unis que les victimes de guerre obtiennent une reconnaissance. Le DSM IV crée une nouvelle entité clinique: *le post traumatic stress disorder (PTSD)*, largement établie, selon Sauvagnat⁹⁵, sur l'endocrinologie et la découverte de l'adrénaline au début du siècle notamment avec les travaux du physiologiste Edward Sharpey-Schafer⁹⁶ (1850-1935). La notion de stress fonde la conception théorique dominante pour expliquer de façon psychique et physiologique toute réaction à une situation de danger (Sauvagnat⁹⁷, 2008). La théorie du stress reste cependant très éloignée de la théorie du sujet perçu comme immature et envahit par les pulsions. Elle nous présente un sujet complet, apparenté à l'animal qui cherche à s'adapter dans son environnement. Le mécanisme du stress, pouvant expliquer les réactions traumatiques, reste une théorie globaliste (psychique et physiologique). Ces recherches ont eu un succès considérable dans le domaine de la médecine psychosomatique. Un chercheur venu des sciences fondamentales venait expliquer comment un phénomène psychique se traduit dans l'organisme. Cet intérêt pour une interaction entre psychisme et somatique est toujours présent dans les recherches actuelles, comme nous l'indique un entretien entre Jean Michel Thurin⁹⁸ et François Sauvagnat⁹⁹. Jean Michel Thurin est interrogé sur les relations entre les problématiques psychanalytiques du trauma et celles du stress. Le trauma est l'effet d'une expérience intense accompagnée d'émotions, dont le processus s'est immobilisé sans être achevé. L'explication de cet échec provient surtout du caractère inopiné, inattendu de cette

⁹⁵ Sauvagnat F., "De la poussée d'adrénaline au syndrome d'adaptation" (stress) : à la recherche d'un corrélat physiologique du trauma. *Revue Psychologie clinique*, 2007, p 189

⁹⁶ Edward Sharpey-Schafer a montré qu'un extrait réalisé à partir de glandes surrénales et injecté à un animal augmente sa pression sanguine et rétrécit les vaisseaux sanguins.

⁹⁷ Sauvagnat op. cit., p 188

⁹⁸ Jean Michel Thurin est un psychiatre, psychanalyste : fait des recherches sur les psychothérapies de troubles sévères et les relations entre stress, traumatismes et pathologies (psychiatriques et somatiques). Il s'inscrit dans le domaine de la psychosomatique avec une orientation psychanalytique.

⁹⁹ Jean Michel Thurin répond aux questions de François Sauvagnat « Trauma stress, psychanalyse et neurosciences » in la revue *psychologie clinique*, l'Harmattan, 2008, 217-233.

expérience, impossible à intégrer psychiquement. A partir de cette impossibilité, de cette situation traumatique, nombreuses recherches neuro-psycho-endocrino-immunologie ont vu le jour. Elles partent de l'idée qu'un évènement psychique peut avoir une action sur le corps. Tout d'abord il existe au niveau du cerveau quatre grands systèmes (central, autonome, neuro-endocrinien, immunitaire). Ensuite il est possible de localiser au niveau de l'organisme, différents petits cerveaux (sans appareil de pensée). Entre ces différents systèmes s'établit un réseau de communication susceptible de se réguler entre eux. C'est ainsi que différents espaces du corps peuvent-être associés. Nous comprenons ainsi pourquoi un évènement traumatique peut se distribuer dans l'ensemble du corps et être mémorisé dans différents organes.

Nous pouvons le citer.

« L'idée d'une mémoire des émotions et des traumatismes distribuées dans différents systèmes et organes est possible »¹⁰⁰

Cet aspect psycho organique du traumatisme s'associe à cinq autres aspects décrits par Erich Richard Kandel¹⁰¹, repris par Thurin. Nous y ferons référence sans pour autant les développer. Chaque aspect pouvant faire l'objet d'une recherche à part entière et nous éloigneraient de la problématique du trauma. Voyons quels sont-ils.

- Dans la mesure où il est possible scientifiquement de suivre la chaîne des réactions qui se déroulent du comportement à la molécule, que la frontière entre phénomènes mentaux et processus biologiques s'estompe.

¹⁰⁰ Ibid., p. 227.

¹⁰¹ Kandel E R., « la biologie et le futur de la psychanalyse des névroses de guerre : un nouveau cadre conceptuel pour une psychiatrie revisitée. » Evol Psychiatrique 2002 ; 67 :40-82.

Kandel Erich Richard est un neuropsychiatre américain qui a obtenu le prix Nobel de médecine en 2000, pour ses recherches sur la mémoire de stockage dans les neurones.

« Il s'agit d'abord de la fin de la séparation des déterminismes génétiques et environnemental »¹⁰²

- La possibilité de suivre avec précision actuellement la chaîne des réactions qui se déroulent du comportement à la molécule.
- Un troisième point est abordé, il concerne celui de l'influence extrême de la période précoce du développement dans la mise en place des relations de base à la réalité, de certains comportements et des capacités d'investissement. C'est un point de rapprochement entre psychanalyse et neuroscience.
- Un quatrième point concerne la plasticité neuronale, en effet et si nous nous référons à l'encyclopédie aux dossiers de la recherche¹⁰³, Le cerveau est constitué de neurones et de cellules gliales étroitement interconnectées. Les cellules gliales entourent les neurones et participent au contrôle de l'environnement chimique et électrique en fournissant des nutriments. De façon générale nous pouvons dire que l'apprentissage modifie la force des connexions entre les neurones et modifie les réseaux neuronaux en favorisant l'apparition, la destruction ou la réorganisation non seulement des synapses mais également des neurones eux-mêmes. C'est l'ensemble de ces phénomènes qui peuvent être regroupés sous le terme de plasticité neuronale. Durant le XX^e siècle, le consensus était que certaines zones du cerveau, comme le néocortex, étaient immuables après l'enfance et plus particulièrement après une période critique de maturation du réseau. Seules certaines zones, comme l'hippocampe, siège de la mémoire, étaient réputées être plastiques. Plus récemment des recherches en neuroscience ont montré que des changements sont susceptibles d'avoir lieu après cette période. Ce phénomène de changement (plasticité neuronale), produit par l'expérience, change à la fois la structure anatomique du cerveau mais aussi son organisation physiologique tout au long de la vie. Cette corrélation entre un événement traumatique et l'organisme peut entraîner des troubles post traumatiques désormais reconnu par la psychiatrie. Il est légitime alors d'indemniser des personnes jugées victimes d'une guerre, d'un désordre social ou

¹⁰² Op cit., p 227.

¹⁰³ Les dossiers de la recherche : Le cerveau : comment il se réorganise sans cesse ?, n°40, Aout 2010.

d'un accident. Mais, c'est une conception qui déconsidère le vécu subjectif du trauma et qui fait dire à Estelle Halluin et al¹⁰⁴ que la névrose sous jacente réveillée par un facteur traumatique n'est plus à l'ordre du jour.

- Un cinquième aspect concerne celui du stress chronique, c'est-à-dire le stress qui s'installe chez un être humain pendant une longue période et qui peut entraîner des dommages sur la santé physique et mentale d'un individu.

Ces lignes de recherche actuelles définissent les travaux actuels de la neuro-psycho-endocrino-immunologie à l'égard du trauma. Il est possible également de se centrer sur la distinction entre deux types de mémoire (mémoire procédurale, mémoire déclarative) pour mieux appréhender ce qui se passe dans le fonctionnement du trauma. En effet, Thurin évoque la distinction entre deux types de mémoire : la mémoire procédurale et la mémoire déclarative. Il n'hésite pas à rattacher ces deux types de mémoire à la distinction freudienne représentations de choses, représentations de mots. Quant à la relation entre trauma et fonction du rêve, il établit qu'elle n'est pas seulement la répétition de l'évènement traumatique. Il y a aussi par le rêve une figuration de la situation traumatique dans différents registres de la vie du rêveur et ainsi une véritable prise de distance affective par rapport à l'évènement traumatique. A l'opposé de cette vision du trauma ou se décrit une liaison entre évènement perçu et l'inconscient, Guy Briole¹⁰⁵, fait valoir une responsabilité du sujet dans le traumatisme. Pour lui le trauma et le traumatisme sont à distinguer. Le trauma est en lien avec une perte originelle, encore appelé objet "a" par Lacan. Cet objet perdu divise le sujet et inaugure son rapport au désir. Il est le résultat d'un effet de la structure du langage. C'est d'ailleurs ce qui fait dire à Jacques Alain Miller¹⁰⁶, avec la lecture qu'il fait de Lacan, que l'origine du traumatisme est en relation avec la langue plutôt qu'avec l'accident (la séduction, les menaces de castration, la perte d'amour, etc.). L'affect semble pourtant rester central dans la problématique du

¹⁰⁴ Halluin E., Latté S., Fassin D., Rechtman R., "La deuxième vie d'un traumatisme", Cellule médico psychologique et intervention psychiatrique humanitaire in RFAS N°1, 2004

¹⁰⁵ Briole G., "L'évènement traumatique" in Mental p 105, 1995

¹⁰⁶ Miller JA., (1999), "Biologie lacanienne et évènement de corps" in la revue de l'école de la cause freudienne, 2000, 44: 7-59

« trauma ». Guy Briole¹⁰⁷, en 1997, ajoute la honte à l'apport freudien du trauma ayant trait à l'effroi et à l'angoisse. La honte à côté de la culpabilité, est un état souvent vécu par les victimes.

De façon plus actuelle encore, dans son intervention le 22 mars 2011 à Brive la gaillarde, Gabriel Chantelauze¹⁰⁸ nous montre à travers le cas clinique d'un enfant du divorce comment un mal entendu peut-être traumatique. Il cite à ce propos Jacques Alain Miller.

"Que le véritable noyau traumatique n'est pas la séduction, la menace de castration, l'observation du coït, ni non plus la transformation du statut de tout cela en fantasme, ce n'est pas Œdipe et castration. Le véritable noyau traumatique est le rapport à la langue."¹⁰⁹

Miller tient ici un propos étonnant problématique. La tendance actuelle est de dire que "parler fait du bien". Miller dit au contraire que la langue est traumatique. Son propos est à considérer à la suite de l'enseignement de Lacan pour indiquer l'effet de la langue sur un être humain. Le "trauma" est perçu comme inévitable comme effet structurant et Miller va même condenser son point de vue en disant "(...) le trauma est celui de l'incidence de la langue sur l'être parlant"¹¹⁰

Le trauma est ici considéré davantage comme un effet de la fonction du langage et plus particulièrement de la langue. Cet impact de la langue sur le corps est la thèse de Jacques Lacan. En effet, plutôt que de considérer le dualisme corps esprit, Lacan¹¹¹ considère le corps dans son rapport au langage. Nous pouvons le citer

"La parole en effet est un don du langage, et le langage n'est pas immatériel. Il est corps subtil, mais il est corps. Les mots sont pris dans toutes les images corporelles qui captivent

¹⁰⁷ Briole G., « Honte et traumatisme », Quarto, n°63, 1997, p20

¹⁰⁸ Chantelauze G., "Un mal entendu, un enfant aux prises avec des signifiants entendus de ses parents en cours de divorce", intervention dans le cadre d'un atelier de lecture organisée à Brive par l'Association cause freudienne Massif central le 22 mars 2011

¹⁰⁹ Miller JA., "Joyce le symptôme" in la Revue de l'école de la cause freudienne n°38, 7-20, 1998

¹¹⁰ Ibid., p.20.

¹¹¹ Lacan J., "Fonction et champ de la parole et du langage", Les Ecrits, Paris Seuil, 1966, p 301.

le sujet ; ils peuvent engrosser l'hystérique, s'identifier à l'objet du pénis-neid, représenter le flot d'urine de l'ambition urétrale, ou l'excrément retenu de la jouissance avaricieuse."

La clinique du traumatisme est donc une clinique où peut s'articuler le langage et le corps. Pour davantage expliciter cette thèse clinique, Caroline Doucet¹¹², dans une conférence prononcée à Limoges tente à travers la clinique du traumatisme d'établir le prototype du rapport entre un évènement et le corps. Elle s'appuie sur le livre d'Arthur Koestler¹¹³ pour illustrer ce qu'il en est de la relation d'un évènement signifiant mortel et l'organisme. En effet, dans ce livre il est question de prisonniers qui au bruit d'une sonnette s'attendent à être choisis pour être exécutés. Ces circonstances extrêmes entraînent chez les détenus des phénomènes de corps dont Koessler témoigne.

Nous avons voulu mettre en évidence dans ce dernier chapitre, concernant les perspectives historiques et actuelles du trauma, l'intérêt de la psychopathologie et de la psychanalyse pour le choc psychique. Ainsi, nous retrouvons une conception clinique du « trauma » psychique favorisant notre orientation de travail auprès des enfants et adolescents. Après avoir tenté de dégager la spécificité du trauma dans le domaine psychopathologique, à distinguer de l'émotion collective, nous allons à présent, pour notre étude, tenter d'aborder la spécificité du trauma psychique chez l'enfant et l'adolescent, sa capacité à se transmettre entre les générations et le situer en milieu hospitalier à partir des motifs d'hospitalisation et de sa réalité clinique dans les services pédiatriques.

III/ LE "TRAUMA" CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

¹¹² Doucet C., "La rencontre des mots avec le corps" conférence prononcée à Limoges le 24 mars 2011 à l'invitation du collège des psychologues.

¹¹³ Koestler A., "Dialogue avec la mort", éd Albin Michel, 1993

Le trauma chez l'enfant est abordé depuis très longtemps notamment à travers la psychanalyse, pourtant certains auteurs s'accordent à dire que cet aspect clinique a été longtemps négligé. Louis Crocq¹¹⁴, psychiatre spécialiste des névroses de guerre et fondateur des cellules d'urgence médico psychologiques en France nous indique qu'il existe une croyance sur l'enfant. Il serait à l'abri du traumatisme psychique. L'enfant aurait, en effet, gardé longtemps l'image d'une invulnérabilité aux traumatismes psychiques. Sa capacité d'oubli et sa plasticité mentale permettent à l'enfant de se réinsérer dans son monde sans aucunes traces dans sa conscience d'éléments traumatiques. C'est ainsi que le "trauma" chez l'enfant pendant toute une partie du 20^{ème} siècle est ignoré. Cette thèse est cependant contredite par les études cliniques de Freud¹¹⁵. Le petit « Hans », « Dora », « l'homme au loup » trois cas de la clinique freudienne montrent l'intérêt au contraire de la psychanalyse pour le « trauma » psychique. Le traumatisme de l'adolescent a été également évoqué par Freud en 1914¹¹⁶ quand il parle de la psychologie du lycéen. Freud se pose la question de savoir si le lycée joue un rôle de substitut aux traumatismes que d'autres adolescents rencontrent dans d'autres conditions de vie. Le lycée, plus qu'un lieu d'enseignement, doit pouvoir donner l'envie de vivre et offrir un point d'appui dans la séparation d'avec leurs parents. Selon Freud le lycée doit permettre aux jeunes de s'extraire de leur vie de famille et de traiter divers traumatismes. La psychanalyse avec les enfants vient contredire la thèse de l'invulnérabilité infantile. Freud ouvre ainsi la voie à la psychanalyse avec les enfants. Hermine Von Hugh-Hellmuth¹¹⁷, première psychanalyste pour enfants va développer une technique thérapeutique moralisatrice et pédagogique. August Aichhorn et Anna Freud poursuivront sur cette voie, alors que Mélanie Klein défendra une vision plus résolument psychanalytique. Anna Freud¹¹⁸ et Dorothy Burlingham, en 1942, vont entreprendre précisément des études sur l'état psychique des enfants

¹¹⁴ Crocq L., in les traumatismes psychiques, Masson, 2001, p 46

¹¹⁵ Freud S.,(1909), "Le petit Hans" "le cas Dora" ""homme aux loups"" in les cinq Psychanalyses, PUF, 1992, p 95

¹¹⁶ Freud S., "Sur la psychologie du lycéen", in Résultats idées problèmes, Tome 1, p227-231, PUF, 1984

¹¹⁷ Von Hugh-Hellmuth H., (1871-1924), Essais psychanalytiques, Destins et Ecrits d'une pionnière de la psychanalyse des enfants, Payot, 1991

¹¹⁸ Freud A., Dann S., 1951, "An experiment in group up bringing." Psychoanal. Study Child.6, 127-141

évacués de Londres pendant la seconde guerre mondiale. Elles mettent l'accent sur l'importance de la réaction parentale face à leur enfant. Cette étude est le fondement clinique d'un intérêt pour les traumatismes infantiles et c'est dans ce contexte de guerre que va se déployer la question du traumatisme chez l'enfant. Pourtant Anna Freud, dans un symposium aux Etats-Unis en 1964, s'interroge sur les troubles de la petite enfance, elle se demande s'il est nécessaire d'élargir ou non le concept de "trauma" au-delà des limites habituelles¹¹⁹. Le traumatisme est pour Anna Freud une notion ambivalente. Elle y préfère les termes de conflit et de mécanismes de défenses¹²⁰. Anna Freud va s'attacher à décrire des situations où les enfants présentent des difficultés à se détacher de leur vêtement. Elle attribue cette situation à la perte d'une relation stable. Pour répondre à ce problème des enfants déstabilisés, elle propose de mettre en place des professionnels de référence, substituts maternels stables. A l'opposé de ces travaux, Léonore Terr¹²¹ met davantage l'accent sur les caractéristiques de l'évènement traumatique. Ses travaux résultent d'un évènement concernant la tragédie de Chowchilla en 1976. Rappelons ce fait d'actualité : trois hommes armés et masqués ont pris en otage des écoliers. Les enfants ont été placés dans un van et tenus sous garde pendant 11 heures dans l'obscurité totale et le silence. Ils ne recevaient pas d'explications. Assis dans leur urine et la sueur, il leur a finalement été ordonné de sortir de l'autobus pour être mis dans un trou pendant 18 heures. Ces travaux décrivent quatre caractéristiques des enfants traumatisés : capacité de revoir l'évènement, comportement répétitif, peurs spécifiques, changement d'attitude face au monde. Hélène Romano¹²², psychologue spécialisée dans le psychotraumatisme, a fait valoir notamment la différence entre jeu traumatique et jeu ordinaire chez les enfants. Elle reprend les travaux de Terr et (re)précise les différentes catégories de traumatismes décrits. Ces traumatismes sont décrits selon un double critère : la fréquence (unique ou multiple) et le niveau de prévisibilité (soudain, prévisible).

¹¹⁹ Freud A., "Le traumatisme psychique" in L'enfant et la psychanalyse, éditions Gallimard, 1976

¹²⁰ Freud A., "Le moi et les mécanismes de défenses", PUF, 2001

¹²¹ Terr L., "Chowchilla revisited : the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping" am J. psychiatry, 140:1543-1550, 2003

Léonore Terr est un psychiatre américain de San Francisco, connue pour ses recherches sur le traumatisme chez l'enfant.

¹²² Romano H., "Le Dessin leurre" in Psychiatrie de l'enfant, LIII, 1, 2010, p71-89

- Le traumatisme de type I est lié à un évènement soudain et unique.
- Le traumatisme de type II est rattaché à un évènement prévisible.

Dans un registre plus centré sur l'enfant lui-même, Françoise Brauner¹²³, pédiatre, et son mari vont décrire chez l'enfant un syndrome traumatique. En secourant de 1936 à 1938 les enfants réfugiés et évacués des zones de combat. Ils vont découvrir les vertus thérapeutiques du dessin d'enfants. Les enfants victimes de la guerre d'Espagne vont devoir représenter la vie avant, pendant et après la guerre. C'est avec eux que naît le dessin de guerre. Les Brauner¹²⁴ vont par la suite travaillé dans un centre d'accueil d'enfants survivants des camps d'Auschwitz et Buchenwald en 1945 et 1946. Cette expérience est relatée dans un ouvrage qui récapitule l'ensemble des observations cliniques d'enfants victimes de guerre. Il ressort de ces travaux que les enfants sous un régime de guerre réagissent par une inhibition silencieuse et par une incapacité à verbaliser l'évènement par la suite. C'est ainsi que peuvent passer inaperçues une grande souffrance psychique et une demande d'aide. Ces travaux fondateurs du traumatisme chez l'enfant vont être confirmés par Anna Freud et Dann en 1951. Ils ont été modérés en 1985 par la suite par Sarah Moscovitz¹²⁵ psychiatre américain, qui a eu l'occasion d'interviewer certains de ces enfants devenus adultes. Elle reconnaît le rôle des compensations affectives et éducatives ménagées après le trauma. Elle identifie chez tous ces survivants un syndrome de Buchenwald. Syndrome dont la particularité est la défiance, une mentalité soupçonneuse et le retrait affectif et social. Moscovitz insiste sur le caractère de l'évènement extérieur plus que sur la façon dont les enfants ont pu vivre l'évènement. Après les années 80 et l'introduction du "PTSD", nombreuses études ont vu le jour pour aboutir à l'idée finalement d'une complexité de la question du "PTSD" chez l'enfant selon Robert S., Pynoos¹²⁶ psychiatre américain, spécialisé dans les traumatismes chez l'enfant. Il est chargé, notamment de développer, à travers les Etats-Unis, le niveau de soins des enfants victimes de traumatismes.

¹²³ Brauner A., Brauner F., « Dessins d'enfants de la guerre d'Espagne » Imprimerie du centre de traitement éducatif, Saint Mandé, 1976.

¹²⁴ Brauner A., Brauner F., "L'accueil des enfants survivants", Cahier du groupement pour l'enfance, Paris, 1994

¹²⁵ Moskowicz S. Longitudinal follow up of survivors of the holocaust. *Jal Am. Acad. Child Psychiatry* 401-407, 1985.

Donc, face au mythe de l'enfant traumatisé invulnérable, nombreuses études mettent au contraire la réalité clinique du trauma en avant, et dont il faut se soucier. La forme clinique du trauma, telle qu'elle a pu être décrite précédemment renvoie souvent au thème de la maltraitance. Une maltraitance qui selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé¹²⁷(OMS) serait à l'origine de nombreuses hospitalisations. Dans le cadre de notre étude s'adressant aux enfants malades et blessés, nous nous sommes intéressés aux motifs d'hospitalisation, pour connaître le facteur de déclenchement du « trauma ». Les accidents, les maladies et les maltraitements sont essentiellement les motifs d'hospitalisation. La maltraitance des enfants nous semble importante à évoquer en premier, elle serait, d'après le rapport mondial sur la violence et la santé¹²⁸ à l'origine de certains comportements à risque, de certains traumatismes physiques, de problèmes sexuels (Problèmes de santé génésique, maladie sexuellement transmissible, dysfonctionnement sexuel), des problèmes psychologiques et comportementaux (déficiences intellectuelles, délinquance, dépression, angoisse, retard de développement, troubles alimentaires, troubles du sommeil, sentiments de honte et de culpabilité, hyperactivité, mauvaises relations, mauvais résultats scolaires, mauvaise estime de soi, troubles stress posttraumatique, troubles psychosomatiques, comportements suicidaires), de maladies (cancer, affections pulmonaires, fibromyalgie, cardiopathie, maladie du foie, syndrome du colon irritable). Tous ces types de problèmes pourraient donc être parfois la conséquence d'une maltraitance. Voyons donc d'un peu plus près ce qu'il en est de la maltraitance et de certaines de ses conséquences.

III/2. HOSPITALISATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT (LA MALTRAITEMENT, LES ACCIDENTS, LES MALADIES)

¹²⁶ Pynoos R.S, 1994, posttraumatic stress disorder: a clinical review. The sidran Press, Lutherville, 1994

¹²⁷ Etienne G., Linda L., James A., Mercy, Anthony Zwi, Rafael Lozano-Ascencio, « Rapport mondial sur la violence et la santé », chapitre 3, organisation mondiale de la santé, Genève, 2002, p 77

¹²⁸ Ibid.,

III/2.1.1 UN PEU D'HISTOIRE

La maltraitance des enfants et des adolescents est une cause d'hospitalisation, susceptible d'entraîner un traumatisme, mais contrairement à ce que nous pourrions penser la maltraitance n'est pas un phénomène nouveau lié à notre société moderne. Toute l'histoire de l'humanité est jalonnée de violences de tous ordres à l'égard des enfants. C'est ce que cherche à nous montrer Jacques Rihoux¹²⁹. Dans son intervention il nous rappelle que les écoles sumériennes, il y a 5000 ans, l'enfant était puni avec le fouet par un homme chargé de cet office.

Par ailleurs et beaucoup plus tard, dans de nombreuses familles chrétiennes les enfants étaient fouettés le jour des innocents afin qu'ils n'oublient pas le calvaire que des milliers d'enfants avaient enduré sous le règne d'Hérode. A l'époque médiévale il n'existait pas de conscience de la particularité infantile non plus. Il n'y avait pas de distinction entre l'enfant et l'adulte.

C'est au XVII^e siècle qu'apparaît le sentiment pour l'enfant selon Philippe Ariès¹³⁰. L'enfant devient alors l'objet d'attentions nouvelles et devient l'objet des adultes encore appelée « mignotage ». Le fait de mignoter désigne un comportement de « cajolement » ou de « dorlotage ». Philippe Ariès¹³¹ appelle cela le sentiment superficiel de l'enfant. Il est superficiel dans la mesure où ce sentiment venait de surcroît dans les familles traditionnelles ou généralement, selon Philippe Ariès, la fonction affective n'existait pas. Ces actes de mignotage consistent à s'amuser avec l'enfant comme on s'amuse avec un animal. Ces comportements seront critiqués par

¹²⁹ Extrait de l'intervention de **Jacques Rihoux** lors de la journée d'étude "Comparaison internationale des systèmes la protection de l'enfance sur les trois versants" du 24 novembre 2009 à Nancy. Jacques Rihoux est sociologue ex directeur de l'Aide à la jeunesse dans l'arrondissement judiciaire de Namur. Avec le psychologue Christophe Jonard, il est le coauteur d'un rapport volumineux (350 pages) intitulé « L'intervention de l'autorité publique au sein des familles : quelle légitimité pour quels résultats ». C'est une étude réalisée en 2006 et mettant en cause les dispositifs d'aide sociale à l'enfance à travers des cas représentatifs.

¹³⁰ Ariès P., (1960) « L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime », Paris Plon, réed, Le point histoire, 1975

¹³¹ Ibid., p 6.

l'Eglise et les moralistes et c'est ainsi qu'apparaîtra le second sentiment pour l'enfance et, où naîtra un intérêt psychologique et moral pour l'enfant. C'est ce deuxième sentiment qui va inspirer toute l'éducation des enfants jusqu'au XX^e siècle en passant par la philosophie éducative de Jean Jacques Rousseau.

A travers cet aperçu historique, il convient de considérer la maltraitance comme un phénomène très ancien et qui n'est pas l'expression de notre société moderne. Le sentiment d'un adulte pour l'enfant est quelque chose de récent. La maltraitance, si elle existe depuis longtemps, est aujourd'hui un peu mieux définie et mesurée, voyons comment.

III/2.1.2 DEFINITION ET AMPLEUR DE LA MALTRAITANCE

Selon l'organisation mondiale de la santé¹³², la maltraitance désigne les violences et les négligences envers toutes personnes de moins de 18 ans. Elle correspond à toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois est considérée comme maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes. Nous trouvons une définition très large, où sont incluses nombreuses situations. Les chiffres qui rendent compte de la maltraitance chez les enfants sont difficiles à trouver pour des raisons diverses. Selon l'organisation mondiale de la santé¹³³ (OMS) ils dépendent :

- Des définitions de la maltraitance retenues
- Du type de maltraitance

¹³² Ibid., p 6.

¹³³ Organisation mondiale de la santé : aide mémoire n°150, Aout 2010.

- De la qualité des statistiques officielles
- De la qualité des études fondées sur des informations fournies par les victimes elle-même ou par les parents ou les personnes qui ont la charge de l'enfant.

En 2002, en France, Selon l'OMS nous trouvons 12600 enfants maltraités contre 12800 en 2003. Pour l'organisation mondiale de la santé¹³⁴ la maltraitance est considérée comme un phénomène complexe difficile à étudier. Les estimations varient avec les pays et la méthode utilisée.

Elle est dépendante de quelques études internationales qui révèlent environ que 20% des femmes et 5 à 10% des hommes disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance et que 25 à 50% des enfants déclarent être physiquement maltraités. Par ailleurs, beaucoup d'enfants sont victimes de violence affective (parfois appelée violence psychologique) et de négligences. Toujours selon l'organisation mondiale de la santé, 31 000 enfants de moins de 15 ans sont victimes chaque année d'homicides. Ce chiffre ne rend pas compte de l'envergure du problème car une proportion importante des décès dus à des mauvais traitements sont attribués à une chute, des brûlures, la noyade ou d'autres causes. Dans les situations de conflits armés et dans les contextes où il y a des réfugiés, les fillettes et les jeunes filles sont particulièrement exposées aux violences sexuelles, à l'exploitation et aux sévices de la part des soldats, des forces de sécurité, des membres de leurs communautés, du personnel humanitaire et d'autres catégories de personnes.

La réalité de cette maltraitance, qu'il est possible aujourd'hui de mesurer, génère des traumatismes ayant des conséquences sur la santé des enfants.

III/ 2.1.3 CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE ET QUELQUES FACTEURS DE RISQUE

La maltraitance est une cause d'hospitalisation, mais au-delà de ce fait, et c'est pour cela que nous l'abordons dans cette thèse, elle est en relation avec les problèmes psychologiques et somatiques rencontrés chez les enfants et les adolescents hospitalisés. En effet selon une étude

¹³⁴ Ibid.,

menée par l'organisation mondiale de la santé¹³⁵ en 2010, la maltraitance dans l'enfance peut entraîner des troubles du comportement du type : dépression, obésité, des comportements à risque dans lesquels les accidents de la vie courante et de la voie publique peuvent arriver. A côté de ces conséquences psychiques, et toujours selon l'organisation mondiale de la santé¹³⁶, la maltraitance peut aussi favoriser les pathologies cardiaques, le cancer, les suicides et les infections sexuellement transmissibles.

Au-delà de ses répercussions sur la santé et la société, la maltraitance des enfants a un coût économique, lié notamment aux hospitalisations, au traitement des troubles psychiques, à la protection de l'enfance et aux dépenses de santé à plus long terme.

Pour plus de précisions et pour mieux comprendre encore le phénomène de la maltraitance, nous allons maintenant déterminer les facteurs de risque. Nous nous appuyerons sur le rapport de l'Organisations Mondiale de la Santé¹³⁷.

Tout d'abord il existe des facteurs de risque liés à l'enfant et qui peuvent prédisposer l'enfant à être maltraité. Il s'agit de l'âge, de la position de l'enfant par rapport au désir des parents (enfants non désirés) ou bien de l'enfant qui pleure ou qui présente une malformation physique.

Ensuite, nous trouvons plusieurs facteurs tenant au parent ou à la personne qui s'occupe de l'enfant et par exemple la difficulté chez un parent à établir un lien avec un nouveau né, le fait d'avoir subi soi-même des maltraitances dans l'enfance, le manque d'attention pour l'enfant, un manque de connaissance sur le développement de l'enfant et avoir des attentes éducatives irréalistes, le fait de connaître des difficultés financière, le fait également de consommer des drogues. Il existe toute une position parentale pouvant induire des mauvais traitements chez les enfants.

¹³⁵ Ibid.,

¹³⁶ Ibid.,

¹³⁷ Ibid.,

Enfin, les facteurs relationnels, type éclatement familial, isolement social, perte de soutien dans la famille élargie peuvent faciliter le terrain maltraitant.

Il existe pour finir, des facteurs communautaires et sociaux qui induisent l'augmentation du risque de la maltraitance. Pour ne citer que deux exemples ; le taux de chômage élevé ou la pauvreté et/ou le manque de logements appropriés.

III/2.1.4 PSYCHOPATHOLOGIE DE LA MALTRAITANCE: TROIS GRANDS SYNDROMES

La maltraitance a trait aux violences physiques, aux négligences lourdes, aux violences psychologiques, aux abus sexuels. Il existe en psychopathologie trois grands syndromes de la maltraitance que François Sauvagnat¹³⁸ situe les uns par rapport aux autres : le syndrome de Münchhausen par procuration, le syndrome d'aliénation parentale, le syndrome nord américain de personnalité multiple. Nous allons reprendre les tenants et les aboutissants de ces entités cliniques ayant trait au trauma.

III/2.1.4.1 DU SYNDROME DE MÜNCHHAUSEN PAR PROCURATION AU SYNDROME D'ALIENATION PARENTALE

Le traumatisme inhérent à la maltraitance a fait l'objet d'une littérature importante, dont le but est de comprendre et de déjouer la part de simulation en jeu. Selon François Sauvagnat¹³⁹ le syndrome de Münchhausen par procuration a été précédé d'une description faisant état du syndrome de Münchhausen. Selon Stéphanie Dauver,¹⁴⁰ Jean Martin Charcot, célèbre neurologue à la Salpêtrière à la fin du XIXe siècle, dans ses leçons sur le « système nerveux » s'est intéressé à ces malades qui trompent les médecins. Ils utilisent les termes « mania operativa passiva » et de « chirurgicomania ». Une façon de distinguer l'hystérie des malades atteints du syndrome de

¹³⁸ Sauvagnat F., « Victimisation et contre-victimisation : le cas du syndrome de Münchhausen par procuration » Revue Psychologie clinique, 2007, numéro spécial : le trauma psychique, sous la direction de F Sauvagnat, p148

¹³⁹ Sauvagnat F., « Victimisation et contre-victimisation : du syndrome de Münchhausen par procuration au syndrome d'aliénation parentale » in Revue Psychologie clinique, n°24, L'Harmattan, 2008, p145-176

¹⁴⁰ Op. cit., p 9.

Münchhausen. Les aliénistes de l'époque voient dans l'hystérie plutôt des manœuvres conscientes. Joseph Babinski¹⁴¹, élève de Charcot, tranchera la question en réduisant l'hystérie au pithiatisme. L'hystérie, pour Babinski, est particulière parce que les symptômes hystériques sont reproductibles par suggestion. Nous pouvons le citer :

« Reconnaître que parmi les troubles que l'on a rattachés à l'hystérie il en est qui peuvent-être reproduits par suggestion et d'autres qui ne le peuvent pas, c'est dire que les troubles qu'on appelle hystériques ne sont pas tous semblable les uns aux autres, quant à leur mécanisme et qu'il faut subdiviser, c'est déjà sortir de la confusion interne »

L'hystérie devient donc une problématique singulière différente du syndrome de Münchhausen. Revenons au syndrome de Münchhausen. C'est au début du XXe siècle que le docteur Dieulafoy décrit un patient simulateur. Ces descriptions vont tomber dans l'oubli selon Stéphanie Dauver et resurgir dans les années cinquante avec Robert Asher(1912-1969), médecin endocrinologue et hématologue anglais dont nous avons parlé précédemment. Pour décrire le syndrome de Münchhausen, il fait une analogie avec les récits du baron de Münchhausen. Le baron de Münchhausen est un personnage réel qui a servi sous l'armée russe. Il avait une réputation selon François Sauvagnat¹⁴² d'aimable mythomane quand il racontait ses exploits militaires. Exploits qui ont été recueillis par l'écrivain allemand Rudolf Erich Raspe¹⁴³. Ces récits seront d'abord traduits en anglais puis en allemand sous le titre « *Les extraordinaires voyages, campagne et aventure du baron de Münchhausen* »

C'est ce personnage truculent qui va illustrer le syndrome de Münchhausen, maladie fictive visant à attirer l'attention du corps médical sur soi. Déjà, au début du XX è siècle existait des études sur cette mystérieuse maladie. En 1908 le professeur Dieulafoy décrit le cas d'un très

¹⁴¹ Babinski J., « démembrement de l'hystérie traditionnelle, pithiatisme » Paris, imprimerie de la semaine médicale, 1909, p 12 (document trouvé sur internet)

¹⁴² Op. cit., p148.

¹⁴³ Rudolf Erich Raspe, *Les Merveilleux Voyages et Aventures du baron de Münchhausen racontés par lui-même*, trad. par Théophile Gautier fils, ill. par Binette Schroeder. Gossau Zurich, éd. Nord-Sud, Saint-Germain-en-Laye, 2000, 52 p. Livres audio

extraordinaire simulateur « désintéressé » allant jusqu'à l'amputation d'un bras. Il s'agit d'un patient qui, en deux ans, a présenté « une centaine d'escarres auto-crées par l'application locale de potasse caustique sur les deux bras et à l'un des pieds, ayant conduit finalement à l'amputation du bras gauche ». Dieulafoy lui extorque des aveux complets à l'Hôtel-Dieu de Paris. Dieulafoy comprend que cette simulation « sans but de profit tangible » se distingue de la simulation habituelle et que l'état mental du patient, différent de l'hystérie touche à la mythomanie. Sur les conseils de son ami Paul Bourget, membre de l'Académie Française, il donne le nom de pathomimie à ce qu'il venait de décrire. A l'époque, ce terme concerne toutes les formes de pathologies auto-provoquées, sans restriction. Dieulafoy sombre dans l'oubli. Ce n'est qu'en 1951 que Richard Asher¹⁴⁴ célèbre médecin britannique va condenser dans un court article trois observations caractéristiques de patients adultes présentant une pathomimie générale. La pathomimie (ou trouble factice) est un trouble mental au cours duquel le sujet éprouve le besoin morbide de simuler une maladie en s'imposant des symptômes, et en pouvant aller pour cela jusqu'à des attaques de son propre corps pour y provoquer délibérément des lésions. Les troubles somatoformes sont caractérisés par de nombreuses plaintes somatiques. Ce sont les caractéristiques du syndrome de Münchhausen. Stéphanie Dauver¹⁴⁵ dans sa thèse de médecine précise que Asher va tenter de classer ces patients en quatre grandes catégories. Catégories dépendant du symptôme falsifié : « laparotomophilia migrans » (aboutissant aux « balafres chirurgicales de l'abdomen »), « haemorrhagica histrionica » (hémorragies théâtrales), « haematemesis mercantis » (littéralement : marchands d'haématémèse !) et « neurologica diabolica » (neuropathies diaboliques). Chapman¹⁴⁶ dans un article complémentaire paru en 1957, y ajoute deux groupes encore différents s'inspirant de la même dénomination « latine » : « dermatitis autogenica » (maladies dermatologiques auto-générées) et « hyperpyrexia figmentatica » (fièvre factice).

¹⁴⁴ Asher R., « Münchhausen syndrome » Lancet, 1,1951, 339-341.

¹⁴⁵ Dauver S., « Actualité du syndrome de Münchhausen par procuration », thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Université de Caen 12 octobre 2001

¹⁴⁶ Chapman Jonh.S., " Périgrinating problem patients : Munchausen syndrome". Journal of the american medical association, Chicago, 1957, 165 : 927-933

Asher met en garde contre ces malades dont il décrit le caractère mythomane, rapportant leurs histoires rocambolesques, leurs symptômes dramatiques, leurs opérations multiples et leur nomadisme hospitalier. Asher évoque avec prudence et circonspection les motivations plus ou moins conscientes de ces patients. Et c'est par analogie avec la mythomanie dominante appuyée sur des pseudo-garanties scientifiques retrouvées dans les récits du baron de Münchhausen, qu'Asher propose le terme de « syndrome de Münchhausen » pour qualifier ces mythomanies médicales « pseudologica fantastica » itinérantes. Cette dénomination connaît d'emblée une bonne fortune comme le montrent les nombreuses parutions dans le Lancet en 1951 de cas similaires, faisant suite à l'appel d'Asher de colliger les cas cliniques pour mieux les étudier. Raccouchot¹⁴⁷ dira en 1962 qu'Asher a fait la même découverte clinique que Dieulafoy quarante trois ans plus tôt. L'œuvre presque oubliée de Dieulafoy permet néanmoins la classification fondamentale des simulateurs en deux groupes: ceux agissant avec des intentions de tromperie et de profit et ceux « désintéressés » pratiquant ou tentant de dissimuler « l'art par l'art même », « on dirait presque pour leur plaisir ». Ainsi Raccouchot préconisa dans un souci d'équité d'appeler cette pathologie : « syndrome de Münchhausen et de Dieulafoy ». Le syndrome de Münchhausen a son rejeton. Roy Meadow¹⁴⁸, pédiatre à l'hôpital Seacroft de Leeds, propose de créer une nouvelle place pour la maltraitance infantile en 1977, il propose d'inventer le syndrome de Münchhausen par procuration. Il désigne une forme de maltraitance infantile. Deux cas cliniques princeps sont décrits par Meadow et repris par François Sauvagnat¹⁴⁹.

C'est une petite fille prénommée Kay amenée à la consultation pédiatrique par sa mère. La mère dit avoir trouvé du pus sur la couche de sa fille de 8 mois. A partir de 3 ans la petite fille se verra prescrire une série d'antibiotiques qui eux mêmes provoquaient des effets secondaires, de la fièvre. La petite fille continuait à présenter des douleurs abdominales, de la fièvre et une odeur désagréable, etc. Au final on a obtenu 8 hospitalisations, 7 radiographies dont urographies, cystographies, lavements barytés, 6 examens sous anesthésie, 5 cystoscopies, des traitements

¹⁴⁷ RACOUCHOT J. "Pathomimia, Dieulafoy, and Munchhausen's syndrome. Render unto Caesar". Presse Med. 1962 May 12; 70:1171-3. French. PubMed PMID: 14489698

¹⁴⁸ MEADOW R., "Münchhausen syndrome by proxy : the hinterland of child abuse" *The Lancet* , 1977, 2, 343-345.

¹⁴⁹ Op. cit., p 149.

urétraux, vaginaux, 150 cultures ; 16 consultants ont été mobilisés. On s'est rendu compte que c'était la mère qui modifiait les spécimens. Elle modifiait la courbe de température en plongeant le thermomètre dans une tasse de thé.

L'autre cas concerne un enfant prénommé Charles et ayant des maladies récurrentes depuis l'âge de 6 semaines associées à une hyperatrémie (déshydratation). Il présente de forte concentration de sodium dans le sang et les urines. Ces attaques se produisaient chaque mois et entre temps l'enfant allait bien. Il apparut au fil des consultations et hospitalisations qu'elle n'avait lieu qu'au domicile. L'investigation prouva que la maladie avait du être provoquée par l'administration de sodium. L'enfant finit par décéder et la mère fut incriminée sans preuve.

Pour connaître l'explication de tel comportement, il nous faut nous tourner vers la psychopathologie. Roy Meadow, au fond, détecte un problème mais reste dans des conceptions médicales. C'est néanmoins une nouvelle élaboration sur les mauvais traitements à enfant qui s'ajoute à d'autres syndromes et comme le fait remarquer François Sauvagnat¹⁵⁰, il s'inscrit dans une époque où il est question de la mort subite du nourrisson, du bébé secoué, du syndrome d'abus fœtal. Si Meadow reste dans son rôle de médecin, Schreier et Libow¹⁵¹ tentent d'apporter une explication psychologique en insistant sur le profil criminologique de la mère de l'enfant supposé maltraiter. Ce profil criminologique tient en trois aspects auxquels François Sauvagnat¹⁵² porte une critique. Voyons ce profil et la critique.

1) Il existe un manque de fiabilité et une mythomanie de la mère

2) Le triangle médecin-patiente-enfant est décrit comme fétichique. L'enfant serait donné au corps médical comme sacrifice. Notons au passage que le terme de fétiche est dévoyé par rapport à l'usage psychanalytique. Le terme de fétiche est généralement utilisé pour désigner l'aspect structural des perversions.

¹⁵⁰ Op. cit., p. 153

¹⁵¹ SCHREIER, H.A, LIBOW, J.H.(1995) The Munchausen syndrome by proxy controversy: Drs Schreier and Libow reply (letter to the editor). *Academy of child and adolescent psychiatry*, 34(3), 261-262

¹⁵² Op. cit., p 154

3) Le passage du syndrome de Münchhausen au syndrome de Münchhausen par procuration est sous estimé. La vie personnelle de la mère ne rentre pas en ligne de compte. Au contraire les auteurs accusent les mères de perversité, c'est « *une perversion de la maternité* ».

C'est ainsi, du fait de donner au syndrome de Münchhausen une lecture criminologique, que nous retrouvons la mise en jeu des institutions judiciaires et policières et la mise en place de stratégies visant à déjouer les crimes en préparation. Il existe toute une littérature sur les stratégies policières utilisées. Nous pouvons évoquer Kathryn Hanon¹⁵³, cité par François, qui promeut une collaboration étroite entre médecine et service de police. En 1995, Kathryn Artingstall¹⁵⁴ met l'accent sur les erreurs possibles liées aux allégations mensongères des parents entre eux, suite à des difficultés conjugales. Apparaît une nouvelle thématique, que Deirdre Conway Rand¹⁵⁵, psychologue américain, a appelé la forme contemporaine du syndrome de Münchhausen par procuration. Rand fait une place particulière au syndrome d'aliénation parentale (SAP) de Richard Gardner¹⁵⁶ pédopsychiatre américain. Le SAP selon Gardner est un désordre psychologique qui vise à travers l'enfant lui-même à détruire l'image de l'autre parent. Quand l'opération réussie l'enfant rejette ou diabolise le parent aliéné pour faire corps avec le parent aliénant. Selon F.Sauvagnat¹⁵⁷ il s'assimile à un syndrome de Médée. En effet rappelons que le mythe de Médée dans la mythologie grecque illustre un type d'aliénation. Médée est une magicienne qui protège Jason et lui facilite tous ses succès dans la quête de la toison d'or. Elle s'enfuit avec lui, mais quand Jason se détourne d'elle en épousant une princesse nommée Glaucé fille du roi Créon, elle se venge. Elle tue la nouvelle femme de Jason et toute sa famille dont Merméros et Phérès (fils de Jason et Médée). Ce mythe métaphorise le lien pathologique d'une mère à son enfant.

¹⁵³ Hanon K.A., (1991), "Child abuse: Munchausen's syndrome by proxy. FBI Law enforcement Bulletin, 60(12), 8-11.

¹⁵⁴ Artingstall K A., "Munchausen syndrome by proxy" FBI Law Enforcement Bulletin, Auguste 1995

¹⁵⁵ Rand D.C., (1990). Munchausen syndrome by proxy: Integration of classic and contemporary types. Issues in Child Abuse Accusations, 2(2), 83-89.

¹⁵⁶ Gardner Richard, A., *the Parental Alienation Syndrom*. Creative therapeutics, Cresskill NJ, 1992

¹⁵⁷ I Sauvagnat F., "Présentation : l'ambiguïté du trauma", in Revue Psychologie Clinique, n°24, L'Harmattan, 2008, p7-16 ; p14

Les cas cliniques de personnalité multiple ont été décrits à la fin du XIXe siècle (Pierre Janet, Charles Piéron, Alfred Binet, Hyppolyte Bernheim, Jean Martin Charcot), il correspondait à des phénomènes de personnalités changeantes. En effet, si nous reprenons un cas de la littérature nous pouvons nous reporter à Mademoiselle Julie décrite par Franklin Rausky¹⁵⁸. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans adoptée en 1814 par un auteur Allemand Charles de Strombeck. Il va publier un ouvrage de 144 pages, intitulés : *Histoire de la guérison d'une jeune personne par le magnétisme animal produit par la nature elle-même*. C'est un ouvrage qui rend compte d'après Rausky, de la guérison par le moyen de seules ressources magnétiques personnelles de la patientes. Cet ouvrage va devenir un document scientifique. Mademoiselle Julie présentait alors quatre personnalités : le sommeil somnambulique, la veille apparente, l'état d'exaltation, l'état habituel.

Le sommeil somnambulique est un état dans lequel la jeune fille a les yeux fermés. A la différence du sommeil ordinaire elle s'exprime dans un double langage : pour les choses sérieuses et tragiques elle parle en vers, alors que pour les événements de la vie quotidienne, elle s'exprime en prose.

La veille apparente ou Julie semble en proie à un délire.

L'état d'exaltation, Julie est éveillée et déclame des scènes entières de tragédie. Elle joue et chante les passages d'une scène.

L'état habituel, dans cet état Julie se souvient de sa vie ordinaire.

Charles de Strombeck décrit les états de cette jeune fille comme étant chacun une vie à part. Nous avons à travers ce cas de la littérature l'exemple d'un cas clinique à personnalité multiple qui a fait l'objet d'un intérêt important, personnalités multiples qui ont progressivement décliné selon,

¹⁵⁸ Rausky F., "Mademoiselle Julie : le premier mythe familial d'une personnalité multiple", in Division subjectives et personnalités multiples, sous la direction de François Sauvagnat, Clinique psychanalytique et psychopathologie, Presses universitaires de Rennes, 2001, 19-27.

François Sauvagnat¹⁵⁹. En effet, l'apport de la psychanalyse et sa considération pour les pensées inconscientes ont certainement minimisé l'intérêt des personnalités multiples comme phénomènes particuliers de conscience ou comme modes particuliers d'identification. Il est plutôt question dans cette configuration de considérer le psychisme dans une division subjective entre le conscient et l'inconscient. Cette question des personnalités multiples est réapparue entre les années 1960 et 1990 principalement aux Etats-Unis et a été l'objet de controverse. En effet, le phénomène des personnalités multiples s'est constitué à partir du mouvement dit « mouvement des souvenirs retrouvés ». Les souvenirs retrouvés d'abus sexuel subit dans l'enfance et conforté par le mouvement féministe ont encouragé nombreux procès. Ce trouble dit des personnalités multiples a cependant été éradiqué dans des décisions judiciaires et par les travaux d'une anthropologue Sherrill Mulhem. Nous pouvons citer à ce sujet son excellent article paru dans le volume « Division subjectives et personnalités multiples »¹⁶⁰. Mulhem reprend cette problématique des troubles personnalités multiple (TPM). Elle précise que ces TPM se sont développés dans le milieu clinique nord-américain dans les années 1970 suite au démantèlement de la névrose hystérique. Ces cliniciens se sont centrés alors sur les souvenirs pathogènes de ces patients révélant alors une histoire traumatique impliquant des agresseurs susceptibles d'être jugés devant une cour martiale. Frédérik Crews¹⁶¹ a accusé la psychanalyse de favoriser de telles incriminations. Le problème est que le mouvement dit des souvenirs retrouvés n'a absolument rien à voir avec les conceptions de la psychanalyse. A ce propos et pour se différencier des conceptions favorisant les techniques de souvenirs retrouvés Sauvagnat¹⁶² dans un volume paru en 2001 fait valoir la notion de division subjective, extrayant ainsi la psychanalyse des pratiques issues du mouvement des souvenirs retrouvés. La division subjective va à l'encontre d'une exigence sociale de l'homme performant,

¹⁵⁹ Sauvagnat F., "Pour introduire à la question des divisions subjectives" in *Divisions subjectives et personnalité multiple*, Presses universitaire de rennes, 2001, 9-16

¹⁶⁰ Mulhem S., « La personnalité alternante : de l'acteur sociale à la personne légale » in *Divisions subjectives et personnalités multiples*, Presses universitaires de Rennes, 2001, p134

¹⁶¹ Frederik Crews est un universitaire américain, très connu pour les critiques adressées à la psychanalyse notamment dans son ouvrage de 1975 « out of my system : psychoanalysis, ideology ».

¹⁶² Sauvagnat F., *Divisions subjectives et personnalités multiples*, Presses universitaires de Rennes, 2001.

intégré et unifié. C'est ce qui fait dire à Sauvagnat¹⁶³ que toute division subjective se présente sous le signe de l'exception monstrueuse, diabolique ou fantasmagorique. L'être humain est divisé dans la mesure où il parle, il fait entendre un autre discours que celui énoncé. Il y a donc derrière cette conception de la division, l'hypothèse de l'inconscient.

Au passage, nous pouvons signaler la difficulté à faire reconnaître pendant très longtemps, la réalité des abus sexuels. La réalité des abus sexuels a été dévoilée dans le passé par Ambroise Tardieu dès 1857, célèbre médecin légiste de l'époque. Il a décrit plus de 500 cas d'enfants maltraités. C'est ce que nous indique Jean Labbé¹⁶⁴ et ses collaborateurs, pédiatre et président du comité de protection de l'enfance au centre hospitalier universitaire de Québec dans un article publié en 2004. Mais ce n'est que depuis 25 ans que la communauté médicale s'est vraiment intéressée à ce phénomène. C'est ce qui explique que l'on commence à peine à disposer aujourd'hui de données scientifiques. Nous pouvons distinguer pour la simplification deux types d'abus : les abus sexuels intrafamiliaux où se retrouvent toutes les relations incestueuses et les abus sexuels extrafamiliaux. Ce sont tous les traumatismes liés au viol¹⁶⁵.

La maltraitance sexuelle ou non sexuelle induit donc selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS)¹⁶⁶ des comportements à risque, qui sont la cause d'accidents. Les enfants accidentés sont hospitalisés et c'est dans le cadre de l'hospitalisation que nous les rencontrons. C'est pourquoi, il nous est apparu important d'évoquer l'accidentologie des enfants et des adolescents. Les études accidentologiques donnent des chiffres globaux qui ne font pas la différence entre conduite à risque ou non.

L'accidentologie des enfants et adolescents va nous donner quelques indications sur l'épidémiologie des accidents chez l'enfant de moins de 18 ans en France. Nous nous sommes

¹⁶³ Ibid., Sauvagnat, dernière de couverture.

¹⁶⁴ Roche Albert Jonh., Fortin Gilles., Labbé Jean, Brown Jocelyn, Chadwick David « The work of ambroise Tardieu : the first définitive descriptions of child abuse », Child Abuse and Neglect 29, 325-334,2005

¹⁶⁵ Ferrari P., "Sérvices à enfant", in Actualité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Médecine sciences, Flammarion, 152-162

¹⁶⁶ Op. cit.,

rendu compte qu'il existait peu d'études statistiques. Ceci est confirmé par l'institut de veille sanitaire¹⁶⁷.

III/2.2 LES ENFANTS ACCIDENTES

III.2.2.1 DEFINITION ET CLASSEMENT

Les accidents de la vie de tous les jours, chez les enfants et les adolescents, ont fait l'objet d'une définition et d'un classement de façon à cibler un peu mieux les quelques études statistiques existantes.

Ils peuvent être définis selon l'organisation mondiale de la santé cités par Julé et Chevalier¹⁶⁸ comme

« Un évènement indépendant de la volonté de l'homme, caractérisé par la libération soudaine d'une force extérieure qui peut ou non atteindre une personne et qui incite celle-ci à solliciter un examen médical, indépendamment de l'atteinte portée au corps ou à l'esprit »

Cette définition met l'accent sur une force extérieure pouvant entraîner l'atteinte physique et psychique d'une personne. L'atteinte peut alors être reconnue médicalement comme un traumatisme physique et/ou psychique. Ces derniers sont généralement de deux ordres : les traumatismes intentionnels (suicides, agressions, violences, faits de guerre) et les traumatismes non intentionnels (Accidents de la vie courante, accidents du travail, accidents de la circulation). Ce sont ces derniers qui nous intéressent particulièrement et que nous illustrerons dans trois exemples dans la partie section clinique (Deux cas d'enfants accidentés de la voie publique et un cas d'enfant accidenté agricole).

¹⁶⁷ Enquêtes santé et protection sociale 2002. Institut de veille sanitaire, août 2005.

¹⁶⁸ Julé L., Chevalier B., Dossier accidentologie de l'enfant in la revue du praticien, vol 59,20 février 2009

Les accidents sont classés généralement selon le ministère des affaires sociales et de la santé selon quatre catégories : accidents de la vie courante (accidents domestiques, accidents scolaires, accidents du sport, accidents survenant à l'extérieur dans un magasin sur un trottoir, à proximité du domicile), accidents de la circulation routière, accidents du travail, accidents lié à des éléments naturels. Nous garderons cette classification pour ce chapitre sans aborder les accidents ayant trait aux phénomènes naturels.

III/2.2.2 QUELQUES CHIFFRES...

III/2.2.2.1 LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Malgré une réelle difficulté du recueil d'éléments épidémiologiques en France, nous pouvons dire que la proportion des enfants accidentés est très importante. En effet, Selon Laure Julé et Bertrand Chevalier¹⁶⁹ praticiens hospitaliers à l'hôpital Ambroise Paré (Paris) les accidents de la vie courante sont en France la première cause de mortalité et d'hospitalisation et de séquelles. Chaque année un enfant sur dix est victime d'un accident de la vie courante. Selon une enquête faite en 2002/2003 et citée par Julé¹⁷⁰, en France 1,7 million d'enfants de moins de 15 ans sont victimes chaque année d'un accident de la vie courante. Une étude comparative réalisée par L'European child safety alliance¹⁷¹ rendue publique en 2007, portant sur les enfants et adolescents de 0 à 19 ans, dans quinze états membres de l'union européenne fait apparaitre que le taux de décès dans les accidents de la vie courante est en France le plus élevé d'Europe. Ces chiffres nous indiquent la particularité française dans la survenue d'accidents chez les enfants. Au regard de ces chiffres, les accidents domestiques constituent donc un véritable problème de santé publique en France. A l'échelon national une étude effectuée dans le cadre de la faculté de médecine de Rouen nous

¹⁶⁹ Ibid Julé, L., Chevalier B.

¹⁷⁰ Ibid Julé, L., et ChevalierB.,

¹⁷¹ Enquête Santé et Protection Sociale 2002 (ESPS), Institut National Veille Santé (L'European child safety alliance est une alliance européenne (30 pays) visant à réduire la cause de décès et d'invalidité des enfants)

précise un peu mieux quels sont les lieux les plus dangereux. Eric Reboli¹⁷² a fait une étude descriptive des accidents de la vie courante dans la zone urbaine de la ville du Havre. Le groupe hospitalier du Havre implanté au cœur d'une zone industrielle et portuaire est un des plus importants centres hospitaliers non universitaires de France. Les accidents de la vie courante, nécessitant un passage aux services des urgences, ont été recensés et répartis sur les mois de l'année. 850 enfants en moyenne sont reçus chaque mois à l'hôpital du Havre pour des accidents de la vie courante. Les garçons, de plus de deux ans, sont plus nombreux à être accidentés que les filles. Ce sont les chutes qui représentent les 2/3 des accidents, viennent ensuite les coups, les collisions et les coupures. Les chutes restent globalement moins importantes à la maison qu'à l'école ou pendant le sport. Le domicile reste cependant le lieu le plus dangereux pour les enfants suivi de l'école et loin devant la voie publique. Les lieux les plus surveillés, sont donc des lieux où les accidents surviennent de façon plus importante.

III/2.2.2.2 LES ACCIDENTS DANS L'AGRICULTURE : UN PROBLEME MECONNU

Les accidents des enfants dans l'agriculture sont également un fait important. Ils ne sont cependant pas classés dans les accidents de la vie courante. Pourtant l'agriculture a ceci de particulier que le lieu de travail peut aussi être le foyer familial. Cela veut dire que les enfants sont menacés par les dangers inhérents aux travaux agricoles. Les personnes en visite à la campagne peuvent aussi amener des enfants avec elles à la ferme, sans se rendre compte parfois qu'elles entrent dans un lieu de travail. Il est cependant très difficile de trouver des statistiques. Nous avons contacté le centre de documentation et d'information agreste du ministère de l'agriculture, aucune donnée statistique concernant l'accidentologie des enfants en milieu agricole existe. Nous avons visité le site de l'institut de veille sanitaire, aucun document statistique n'a été fait sur les accidents agricoles chez les enfants.

III/2.2.2.3 LES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

Les accidents de la voie publique sont un réel problème de santé publique. En Europe il existe trois sources d'informations : les forces de l'ordre, les organismes de santé et les assureurs.

¹⁷² Reboli. E., « Les accidents de la vie courante », thèse de doctorat en médecine présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2006 à Rouen, p 6

Cependant, les sociétés d'assurance ne peuvent recenser que les accidents ayant fait l'objet d'une déclaration. Les données sont, de plus, utilisées en interne. Les organismes de santé, comme l'Organisation Mondiale de la Santé se doit d'établir des bilans comparatifs internationaux pour analyser les causes de décès. Il reste donc que les procès verbaux des forces de l'ordre. Les études pédiatriques concernant les traumatismes des accidents de la route sont essentiellement anglo saxonnes basées sur les adolescents (18/20 ans) hospitalisés. Hormis une étude bordelaise¹⁷³, publiée en 2001, aucune étude épidémiologique française n'a été publiée avant.

Dans une étude menée en 2003 sur les accidents de la circulation chez l'enfant¹⁷⁴ la France se situe au 10^è rang européen. De façon plus récente et selon l'observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)¹⁷⁵, organisme rattaché à la délégation de la sécurité routière, il existe un document qui fait état d'un bilan des accidents de la route en 2009. Nous nous sommes intéressés aux chiffres concernant les enfants et adolescents blessés et hospitalisés en France métropole et en France Outre mer pour la nécessité de notre étude concernant les jeunes patients hospitalisés. En France métropole en 2009, 5028 enfants ont été hospitalisés pour un accident de la route contre 5537 en 2008. Il est possible de faire apparaître une variation selon l'âge. Pour plus de clarté nous la ferons apparaître dans le tableau récapitulatif suivant :

¹⁷³ Masson F, Thicoipe M, Ate P et al. Epidemiology of severe brain injuries; a prospective population-based study. J Trauma 2001; 51 (3): 481-489.

¹⁷⁴ Javouhey E, Chiron M, « Epidemiologie des traumatismes par accidents de la circulation chez l'enfant », conférences médecins, Urgences, 2003. P 3.

¹⁷⁵ Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), document internet, 2009, p99 et 100

Tableau récapitulatif : accidents de la voie publique

		Blessés hospitalisés en France Métropole accidents de la route	
0-14 ans	2009	2389	
	2008	2579	
	différence	-190	
	évolution	-7,4	
15/17 ans	2009	2639	
	2008	2998	
	différence	-359	
	évolution	-12%	
		TOTAL 2009	5028
		TOTAL 2008	5537

		Blessés hospitalisés en outre/mer	
0-14 ans	2009	91	91
15-17ans	2009	84	84

Ces chiffres mettent en avant une diminution des enfants blessés hospitalisés, résultats probables des politiques de sécurité routière mises en place. La recherche des conditions accidentelles y sont beaucoup développées. Les travaux d'études s'y reportant ont été réalisés par les services publics relatifs aux transports (institut national de recherche sur les transports et leur sécurité), relatifs aux routes et leur aménagements (service d'étude et de transports des routes et de leur aménagement), les centres d'étude sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU), le laboratoire central des ponts et chaussées (LCPC), l'institut national de sécurité routière et de recherche (INSERR), la fondation sécurité routière(FSR). L'intérêt pour la personnalité des accidentés est inexistant. Il serait intéressant d'effectuer un travail à ce niveau.

III/2.1.3 QUELLE ANALYSE PSYCHOLOGIQUE PEUT-ON FAIRE?

Au regard de ces chiffres apparaît très nettement une différence entre l'espace privé et l'espace public. Le taux d'accident qui se produit dans la sphère privée est beaucoup plus important que dans la sphère publique, lieu pourtant réputé dangereux. Le domaine privé est donc paradoxalement un lieu à risque. Eric Reboli dans sa thèse de doctorat, citée précédemment, fait référence à Michel Manciaux¹⁷⁶. Médecin pédiatre qui s'est consacré à la pédiatrie sociale et à la santé publique, Il s'intéresse à la résilience et à l'éthique. Michel Manciaux a voulu schématiser dans une pyramide les différents facteurs de risques :

- Environnement humain (l'attitude des parents, des éducateurs, des enseignants face aux risques, l'heure de l'accident, le niveau socio économique, la surveillance, des événements stressants),
- Environnement naturel (certaines pièces de la maison, le lieu de l'habitation, le type de sport, le milieu scolaire),

¹⁷⁶ Manciaux M., « Les accidents de l'enfant et de l'adolescent: la place de la recherche. » Paris documentation française, 1988

- Agent vulnérant(le sol, un objet, un meuble, une autre personne),
- Sujet (l'âge, le sexe, la personnalité, les handicaps).

Ces facteurs sont en interrelations, ils ont été repris dans un livre par François Baudier Anne Marie Pallicot¹⁷⁷. Si nous prenons la part prise par l'environnement humain. La relation parents enfants y prend une grande place. Il y a tout d'abord les parents surprotecteurs. Ils se rencontrent dans les catégories socioprofessionnelles élevées vivant dans les communes rurales ou les petites agglomérations. Il existe une anxiété généralisée qui se traduit par une tentative d'élimination de tous les dangers. Ensuite les parents dits aménageurs, qui ont une attitude ambivalente entre recherche de sécurité et désir d'autonomie pour leur enfant. Après, il existe les parents éducateurs qui privilégient les explications, enfin les parents fatalistes, plus âgés que la moyenne. Ils se retrouvent parmi les agriculteurs, les artisans et les ouvriers. Très occupés par leur activité professionnelle, ils ne conçoivent pas une éducation pour leur enfant. Ils pensent que leur présence suffit.

Ces catégories parentales décrites par Reboli sont arbitraires, elles ne sont pas établies sur des évaluations statistiques et le risque de telles considérations peut entraîner une forme de stigmatisation des familles à risques et donc une surveillance plus accrue. Nous allons voir maintenant comment la dimension du sujet lui-même peut-être un facteur de risque. Nous laisserons de côté les aspects environnement naturel et agent vulnérant qui nous éloigne de la dimension humaine du trauma.

La part prise par le sujet lui-même, et en particulier la personnalité de l'enfant, dans l'évènement accidentel est une composante essentielle. La personnalité de l'enfant est entendue dans cette thèse comme un ensemble composé du niveau intellectuel, des dispositions émotionnelles ou affectives, des aptitudes psychomotrices. D'une part, Il est considéré que les aptitudes intellectuelles facilitent la perception correcte d'une situation donnée, l'intégration d'éléments perçus, le choix d'un

¹⁷⁷ Baudier F., Pallicot Anne Marie "La prévention des accidents domestiques" édité par le comité Français d'éducation pour la santé, 1992.

comportement optimal et la prise de décision face à une situation à risque. D'autre part les enfants ayant des tendances agressives envers leurs camarades seront plus exposés aux accidents de la vie courante. Enfin la psychomotricité est pour lui importante. Un enfant mal coordonné par exemple est plus sujet à un accident. Il existe, cependant dans l'étude de Reboli peu de références aux statistiques concernant la personnalité de l'enfant. Ce descriptif psychologique reste très général il met en cause l'enfant et son environnement sans spécifier la part de responsabilité de l'enfant. La personnalité est abordée d'une façon générale comme si elle allait de soi et ne nécessitait pas de définition précise. La personnalité est au contraire un concept très complexe en psychopathologie. Ce concept a traversé le XXe siècle et a été intégrée par au moins cinq grands courants de pensée (psychanalytique, cognitiviste, behavioriste, humaniste, psychobiologique). Nous ne savons pas comment situer, dans la thèse de Reboli, la conception de la personnalité.

Dans une vision différente et selon un rapport fait en 2008 par l'organisation mondiale de la santé et l'UNICEF¹⁷⁸ il existerait plutôt un contexte bio-socio économique. Nous trouvons notamment des facteurs de vulnérabilité aux traumatismes chez les enfants sur lesquels il est possible d'agir. Ce sont les problèmes liés à l'âge et au développement, le sexe, la pauvreté. En ce qui concerne le développement, les jeunes enfants, de par leur petite taille, sont plus exposés aux risques traumatiques. Par ailleurs les garçons, plus actifs que les filles, tendent à subir plus fréquemment des traumatismes que les filles. Enfin les enfants des pays pauvres ou vivant dans des familles les moins nanties sont exposés à des risques traumatiques accrus.

L'aspect psychologique des accidents de la route nécessiterait une recherche à part entière, nous laisserions de côté le propos de notre étude ayant trait au trauma psychique. Nous ne développerons donc pas cette problématique de l'espace privé pouvant devenir paradoxalement dangereux. Elle pourra faire l'objet d'une autre étude le cas échéant. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une autre conséquence de la maltraitance concerne les pathologies somatiques, autre motifs d'hospitalisation. Mis à part les maladies héréditaires, le trauma

¹⁷⁸ Peden M., Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al, eds. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant, Genève, Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 2008.

psychique généré par la maltraitance aurait sa part dans l'apparition de certaines maladies. Nous aborderons l'exemple d'une maladie héréditaire. Le trauma psychique peut y être présent également. Nous le verrons à travers un cas clinique dans la cinquième partie de cette thèse.

III/2.3 PATHOLOGIES PEDIATRIQUES

Les maladies sont également une raison d'hospitalisation, nous nous sommes centrés sur les maladies se rapportant à nos cas cliniques. Il existe une grande littérature sur la pathologie pédiatrique. La pédiatrie au quotidien¹⁷⁹ telle qu'elle nous est présentée par Eric Lachassinne, praticien hospitalier à l'hôpital Jean Verdier à Bondy (Seine Saint Denis), et son équipe nous le montre. En effet, nous rencontrons plus de dix sept spécialités. Pour notre étude je me centrerai sur les affections somatiques cardiologiques, hépato-gastro-entérologiques, pneumologiques et hématologiques dans cette spécialité nous nous intéresserons plus particulièrement aux maladies cancéreuses de l'enfant et de l'adolescent.

Parmi les spécialités pédiatriques, nous trouvons la cardiologie. Les pathologies se rapportant à cette spécialité sont les cardiopathies congénitales. Ce sont des malformations du cœur survenant au cours de sa formation, pendant la vie intra-utérine.

L'hépatogastro-entérologie, autre spécialité, s'intéresse aux troubles localisés au niveau de la fonction intestinale. Les troubles alimentaires peuvent faire l'objet d'un examen médical de ce type. Ces troubles ont une définition large, ils sont à distinguer des troubles du comportement alimentaire. Il existe une absence de prise de poids depuis un mois. Parmi ces troubles, nous trouvons celui appelé « Petit mangeur ». Ils se caractérisent par une opposition à l'alimentation, les enfants n'acceptent généralement que certains aliments sélectionnés. Selon Marie France Le Heuzey¹⁸⁰, praticien hospitalier à l'hôpital Robert Debré, l'anxiété parentale est variable mais il n'y a pas de trouble grave de l'attachement.

¹⁷⁹ Lachassinne E., « La pédiatrie au quotidien », Maloine, 2^e édition.

¹⁸⁰ Le Heuzey M.F., communication faite aux journées des troubles alimentaires à l'hôpital Robert Debré, janvier 2004.

Dans le domaine de l'hématologie, nous trouvons les troubles cancéreux de l'enfant et l'adolescent. Ils sont décrits sous deux grands registres : les maladies oncologiques (tumeurs solides) comme par exemple l'ostéosarcome, les lymphomes (cancer lymphatique) dans lesquels nous trouvons une prolifération cellulaire malignes dans les organes lymphoïdes secondaires (moelle osseuse, rate, thymus, ganglion, lymphatiques, vaisseaux lymphatiques) et les maladies hématologiques (leucémies). Le service d'Hémato-oncologie est le service médical qui accueille ces types de pathologies. L'Hémato-oncologie pédiatrique est une discipline récente, elle est née dans les années 70 sous l'égide du Docteur Jean Bernard, célèbre hématologue français. Elle s'est développée dans les années 80 dans tous les centres hospitaliers universitaires pour offrir les meilleures conditions de soins aux enfants porteurs de cancer. En 1970, 30 % des enfants seulement guérissaient des leucémies aiguës, aujourd'hui 80 % voire 90 % des enfants guérissent. Cette spécialité fait appel à des connaissances pluridisciplinaires (hématologie, cancérologie, pédiatrie, génétique, immunologie et peut-être aujourd'hui la psychologie).

Dans un autre domaine médical, nous rencontrons les pathologies infectieuses et parmi elles l'infection par le virus du sida. Le « VIH » est un rétro virus infectant l'homme et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise, qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections.

La pneumologie pédiatrique, associée à la gastroentérologie s'intéresse à certaines maladies héréditaires et en particulier la maladie appelée mucoviscidose encore appelée fibrose kystique. La mucoviscidose est une maladie génétique affectant les épithéliums glandulaires de nombreux organes. Elle est liée à la mutation du gène CFTR sur le chromosome 7.

Nous avons mis en évidence dans ce chapitre des circonstances maltraitantes susceptibles de favoriser la mise en jeu d'un processus traumatique que nous devons évaluer au sein de l'hôpital. A défaut d'être un mythe, le trauma chez l'enfant est donc une réalité psychopathologique qui nécessite un soin. A défaut de soins, le trauma peut se transmettre entre les générations. C'est ce que nous invite à penser certaines études centrées sur le lien inter générationnel.

III/3. TRANSMISSION TRANSGENERATIONNELLE DES TRAUMATISMES

Nous nous intéressons au trauma, en tant qu'il peut se transmettre entre les générations par le canal langagier et dont l'enfant peut devenir le réceptacle. Lacan¹⁸¹ nous l'indique déjà quand il évoque qu'il existe des manipulations langagières autres que génétiques qui affectent l'être vivant. Il fait valoir les ressorts propres à la langue dans la transmission des traumatismes ? Nous pouvons le citer à ce propos.

« Les Autres écrits enseignent de la jouissance qu'elle aussi relève du signifiant, mais à son joint avec le vivant ; qu'elle se produit de manipulations non pas génétiques mais langagières, affectant le vivant qui parle, celui que la langue traumatise. »

Nous pouvons concevoir que la langue est en soi traumatique dans la mesure où elle affecte l'être vivant dès sa naissance. Nous pourrions développer cet aspect du traumatisme quand nous aborderons l'enseignement lacanien. Le déplacement du trauma à travers les générations par la se fait selon deux formes : une transmission parlée et une transmission générationnelle (De Becker¹⁸²). La seconde fait transiter les secrets, les non-dits, les mythes familiaux. Cette voie intergénérationnelle transmet les traumatismes en tout genre dont les enfants peuvent être dépositaires¹⁸³. La maltraitance par exemple peut se transmettre entre les générations et générer des traumas. Il est classique d'entendre que celui ou celle qui a été maltraité adoptera plus tard un

¹⁸¹ Lacan J., cette citation se trouve dans *Autres écrits* Paris, sur la page de couverture intitulée « Pas-à-lire », Le Seuil, 1981

¹⁸² De Becker E., "Transmission, loyautés et maltraitance à enfants", in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 51, p43-72, 2008

Emmanuel De Becker est psychiatre et psychothérapeute spécialisé dans la lutte contre la maltraitance en Belgique, orientée par la psychanalyse. Est inspiré par les travaux de Mara Selvini Palazzoli, fondatrice de la thérapie familiale systémique italienne encore appelée « approche de Milan ».

¹⁸³ Tilman-Ostyn E., "Le petit prince a dit... et les anciens l'ont entendu", *Thérapie familiale*, Genève, 25, 2004, p417-432

Edith Timan-Ostyn est thérapeute familiale s'inspire des travaux de Mara Selvini Palazzoli.

comportement maltraitant¹⁸⁴. Cependant il ne semble pas exister de systématisme, ce comportement de maltraitance n'est pas aussi répétitif qu'on le croit (De Becker¹⁸⁵).

"Pourtant beaucoup de cliniciens s'accordent à dire que la reproduction du comportement n'est pas aussi linéaire"

C'est dans le courant des thérapeutes familiaux que nous trouvons nombreuses études sur la transmission. Il est possible de distinguer plusieurs modèles théoriques (Calicis¹⁸⁶). Le modèle de transmission intergénérationnelle des traumatismes d'Edith Tilman-Ostyn (1995) montre comment un enfant devient dépositaire d'une souffrance qui ne lui appartient pas directement. Le comportement incompréhensible d'un parent liée à une situation de vie anxiogène se répercute chez l'enfant, l'insécurise, et peut produire à son tour des réactions anormales chez lui. Ce phénomène peut s'amplifier et se fixer, c'est ce que Guy Ausloos¹⁸⁷, appelle le processus de sélection/amplification, pouvant se transmettre d'une génération à l'autre (Matéo Selvini¹⁸⁸) la minimisation d'une souffrance pour une génération peut être maximisée dans la génération suivante. Nous pouvons également faire mention du syndrome du survivant. Ferenc Eros¹⁸⁹, inscrit dans la lignée de Sandor Férénczi à travers l'œuvre d'Imre Herman, montre à travers les victimes de l'holocauste de la société hongroise les effets traumatiques à long terme. Il constate une

¹⁸⁴ Tisseron S., "Les démons réveillés par les images", in "Procès Dutroux. Penser l'émotion". Temps d'arrêt n°15, édités par la coordination aux victimes de maltraitance, Bruxelles, 2004, p137-144

¹⁸⁵ op cit p43-72

¹⁸⁶ Calicis F., "La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite", Thérapie Familiale, vol 27, 2006, p229-242

Florence Calicis est psychologue, s'inspire des travaux de Mara Selvini Palazzoli.

¹⁸⁷ Ausloos G., "La compétence des familles", Temps chaos processus, Erès Relations, Toulouse

Ausloos est psychiatre s'inspire des travaux de Gregory Bateson, fondateur de la systémique. C'est le fondateur de la revue thérapie familiale.

¹⁸⁸ Selvini M., "Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité", Thérapie Familiale, Genève, 16,2, 1995, p131-144

Matéo Selvini est l'héritier de Mara Selvini Palazzoli pionnière de la thérapie familiale en Italie.

¹⁸⁹ Eros F., "Effets psychologiques à long terme du trauma de l'holocauste", in Revue psychologie clinique, 2008, 65-81

difficulté dans le processus de séparation-individuation et une plus grande vulnérabilité au stress. Cet aspect transgénérationnel du trauma met l'accent sur les processus de transmission langagière distinguables des processus génétiques.

Nous avons mis en évidence dans ce chapitre la transmissibilité du trauma entre les générations. Deux voies de transmissions sont utilisées une voie parlée et une voie générationnelle. La voie transgénérationnelle véhicule les non dits, les traumas de toute sorte. Voyons à présent les études ayant trait au trauma dans le service de pédiatrie.

IV/ LES RECHERCHES SUR LE TRAUMA DANS LES SERVICES DE PEDIATRIE

Nous allons maintenant, plus spécifiquement, nous centrer sur les travaux concernant le trauma dans le domaine pédiatrique. Nous verrons qu'il existe des études sur l'annonce d'une maladie grave. L'annonce d'une maladie grave ou d'un handicap est toujours traumatique selon certains auteurs. Il est classique de repérer des étapes dans le cheminement vers l'acceptation d'une annonce ou bien de considérer un fonctionnement psychique non graduel. D'autres études interrogent l'impact et les conséquences du diagnostic prénatal (parcours en médecine fœtale, la prématurité, le développement des enfants, les interactions parents bébés, la parentalité). Nous verrons enfin qu'ils existent des études en psychopathologie et ayant trait au trauma dans les services de chirurgie pédiatrique. Les travaux en chirurgie pédiatrique se centrent sur les soins et l'hospitalisation en tant qu'ils ont un impact psychologique. L'effroi parental, plus que l'angoisse semble prédominer dans un premier temps. Nous ne trouvons pas d'études spécifiques sur le vécu de l'accident en chirurgie pédiatrique mais plutôt des vécus affectifs en lien au contexte d'hospitalisation ou à l'opération chirurgicale.

IV/1. LE TRAUMATISME DE L'ANNONCE

L'annonce diagnostique d'une maladie grave n'est pas seulement la délivrance d'une information, c'est un moment particulièrement intense généralement traumatique

(Bensoussan¹⁹⁰). Elle crée les conditions nécessaires pour que l'enfant et sa famille acceptent la maladie et les soins lourds qui y sont associés. Cette acceptation n'est cependant, pas immédiate. Elle suppose la mise en jeu d'un fonctionnement psychique. Il est classique de considérer qu'il existe un travail psychique inhérent au traumatisme de l'annonce, assimilable à un travail de deuil et composée de trois périodes : effondrement, installation des mécanismes de défense, acceptation de diagnostic (Lambotte¹⁹¹2008, Bensoussan¹⁹² 1985). Au passage, nous pouvons citer l'existence de nombreuses théories décrivant les réactions de deuil sous forme d'étapes (Bowlby¹⁹³, 1969, Kubler Ross¹⁹⁴, 1975, Saunders et Baines¹⁹⁵, 1986). Les travaux Elizabeth Kubler Ross¹⁹⁶, psychiatre américaine connue pour sa théorisation des différents stades en fin de vie. Elle a construit un modèle de compréhension du processus de deuil qu'elle a substitué à toute forme de perte, notamment les pertes liées à l'annonce d'une maladie grave (Kubler

¹⁹⁰ Bensoussan P. , « L'annonce faite aux parents », *neuropsychiatrie de l'enfance*, 1989, 37, 429-440.

Patrick Bensoussan est psychiatre psychanalyste spécialiste des luttes contre le cancer. Il organise chaque année à Marseille un colloque sur le thème « Culture-corps et société »

¹⁹¹Lambotte Isabelle ., « L'annonce diagnostics grave en pédiatrie » Un processus co-construit par les parents et les soignants, *Le journal des psychologues*, 2008 1 n°254, p.29-32.

Isabelle Lambotte est psychologue à Bruxelles. Elle est spécialisée en psychosomatique. Elle est inscrite dans le courant des thérapies familiales d'orientation psychanalytique,

¹⁹² Bensoussan P. L., *op cit...*

¹⁹³ Bowlby J. (1969): *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, London.

¹⁹⁴ Kubler Ross E., *Accueillir la mort*, Éditeur : Pocket, 2002 Kubler-Ross E. (1969): *On death and dying*. New York: Macmillan. Trad. Fr

Elizabeth kubler Ross (1920-2004) est psychiatre et psychologue américaine. Elle est la pionnière de l'approche des soins palliatifs.

¹⁹⁵ Saunders C. & Baines M. (1986): *Living with Dying. The management of Terminal Disease*. University Press, Oxford. Trad. Fr. : *La vie aidant la mort, Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale*, Medsi, Paris.

¹⁹⁶ Kubler Ross *op. cit.*,

Ross¹⁹⁷, 1976). Elle a établi cinq étapes dans le deuil: le déni, la colère, la négociation, la dépression, l'acceptation.

Ce cheminement psychologique après une annonce traumatique (effondrement, défense, acceptation) a été détaillé et discuté par Lambotte¹⁹⁸. Isabelle Lambotte¹⁹⁹ critique ces théories évolutives du deuil et particulièrement celle de Kübler Ross. Elle considère qu'il existe plutôt une grande variété de réactions émotionnelles associées au deuil et au traumatisme sans nécessairement de phases successives. Elle propose de réfléchir en termes de composantes du traumatisme et du deuil plutôt qu'en termes d'étapes (Lambotte²⁰⁰). A partir de sa pratique de clinicienne elle détermine le processus d'un choc psychique. L'annonce d'une maladie grave provoquerait dans un premier temps un effroi tel que Freud²⁰¹ a pu le définir en 1920 « un état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ». L'idée de la mort qui suit les premiers moments d'une annonce correspond à une tension extrême, avec sidération et perte de contact à la réalité. C'est la phase aigue du deuil qui induit des réactions psychologiques variables. Les parents expriment des sentiments divers : colère, révolte, honte, peur, sentiment d'effondrement et d'abattement extrême, dépression, d'incrédulité, déni, soulagement, isolement. Lambotte²⁰² a étudié à l'hôpital d'Erasmus à Bruxelles le vécu des parents avant, pendant et après le diagnostic chez des enfants atteints d'une affection cérébrale grave (traumatisme crânien, tumeur cérébrale, affection neurologique). Cette étude donne une idée plus précise du vécu parental. Les parents interrogés, dans leur majorité disent avoir vécu une grande souffrance. Ils expriment des sentiments de colère, de révolte, de honte, de peur, un

¹⁹⁷ Kubler Ross E., La mort dernière étape de la croissance Réimpression [1^e édition 1975]. Monaco : Editions du Rocher, 1985, p. 208.

¹⁹⁸ Lambotte I., op cit p. 104.

¹⁹⁹ Lambotte I., de Coster, de Gheest F., « Le traumatisme de la mort annoncée » : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant », in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2007/1, n°38, p 103

²⁰⁰ Lambotte I., Ibid., p. 104

²⁰¹ Freud S., 1920, "Au-delà du principe du plaisir" in Les essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1981, p50

²⁰² Op. cit ., Lambotte I.,p103.

sentiment d'effondrement et d'abattement extrême, de dépression, d'incrédulité, de déni, un soulagement, d'isolement... Les références, sur lesquels se basent leur existence, sont remises en question et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes est profondément altérée. L'annonce d'une mauvaise nouvelle produit donc inévitablement un trauma chez les parents et ce quelque soit son anticipation. Il est à noter que le contenu de l'annonce donne une intensité variable au vécu parental. Il est possible par exemple de différencier des vécus traumatiques selon le type de maladies annoncées. Alain De Broca²⁰³, pédiatre et cofondateur de la revue éthique et santé, souligne que l'annonce d'une maladie neurologique sans aucune guérison possible donne en plus une tonalité tragique à l'annonce où rien ne semble pouvoir empêcher l'évolution gravissime de la maladie vers la mort. En plus de cet aspect traumatique, généralisable à toute annonce de maladie grave, et possiblement mortelle, nous pouvons ajouter une dimension filiale. En effet, les lois de la filiation sont bouleversées. L'enfant peut mourir avant l'adulte et ceci vient à l'encontre de la mort habituelle des choses (les parents meurent avant l'enfant). Les parents éprouvent donc une profonde blessure narcissique doublement traumatique (Lambotte²⁰⁴, 2008). Face à cette onde de choc, les parents ne peuvent répondre par une élaboration psychique, ils vont répéter sous forme d'images et de rêves la situation traumatique afin de la lier aux associations du langage (Bailly²⁰⁵, 1985). Pour Lambotte²⁰⁶ et al l'image traumatique est un évènement non mentalisé et non intégré dans la vie psychique qui installe une menace interne, source d'angoisse. Cette image apparaît comme un évènement en train de se produire.

²⁰³ De Broca A., « Annonce d'une maladie neurologique grave en pédiatrie : questions existentielles et démarches éthiques », in éthique et santé, 2006 ; 3 : 145-150.

²⁰⁴ Lambotte Isabelle., et al « L'annonce de diagnostics graves en pédiatrie un processus coconstruit par les parents et les soignants », le journal des psychologues, 2008, p29-32

²⁰⁵ Bailly L., Golse B. Soule M. Conséquences pour les enfants des crises familiales graves et des évènements traumatiques, in Lebovici S.: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome 4, PUF, Paris, 1985

Lionel Bailly est psychiatre et psychanalyste responsable de l'unité de biopsychopathologie de l'enfant de l'hôpital Saint Anne à Paris. Il s'intéresse à l'étude du stress traumatique et a collaboré à la mise en place des cellules de crises en 1996 en France.

²⁰⁶ Lambotte op. cit., p 105

Face à ces phénomènes de sidération et d'angoisse liés à l'annonce, des réactions dépressives peuvent s'observer. Nous pouvons nous arrêter sur cet affect qui semble être un indicateur déterminant dans l'évolution parentale. En effet, l'affect dépressif est une composante de l'éprouvé parental. Il est qualifié par Lambotte²⁰⁷ de *position d'aménagement*. Il correspond à la mise en place de mécanismes de défense utilisés pour canaliser l'angoisse déclenchée dans l'attente et par l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Parmi les mécanismes les plus fréquemment rencontrés Lambotte cite le déni de la réalité, la dénégation, l'isolation des affects, la révolte contre le corps médical, des mécanismes de contrôle, une surprotection de l'enfant,

Le déni peut s'indiquer quand les parents disent « *Ce n'est pas vrai* ». Ce terme de déni serait cependant à préciser dans le contexte d'une annonce, il est à distinguer de la dénégation.

La dénégation se manifeste par le refus du diagnostic, la quête d'avis contradictoire auprès d'autres spécialistes, l'oubli partiel ou l'incompréhension du diagnostic.

L'isolation des affects met en avant une pauvreté de verbalisation et d'élaboration.

Il existe également des mécanismes de contrôle et des tentatives de rationalisation qui se manifestent par la sur intellectualisation, une quête étiologique effrénée (internet, livres, les forums d'entraide...).

Après ces réactions, dans les cas les plus favorables, il y a l'acceptation du diagnostic. Plusieurs facteurs viennent la moduler (Lambotte²⁰⁸) notamment les capacités de l'enfant à faire face à un tel évènement, la personnalité des parents, le soutien et l'étayage procurés par l'entourage (famille élargie, école, ...)

Cette annonce est aussi le temps d'une rencontre particulière ou commence à se délimiter un espace de soin. Les soignants et les parents nouent une relation sur le savoir de la maladie. C'est un

²⁰⁷ Lambotte op. cit., p. 105

²⁰⁸ Lambotte op cit., p 107

processus co-construit par les parents et les soignants (Lambotte²⁰⁹). C'est donc aussi le moment constitutif d'une relation qui engage le médecin dans un accompagnement avec le patient et sa famille (Zucker²¹⁰).

Mais, ce moment si intense soit-il ne doit pas faire oublier le temps précédent de l'annonce. Le temps préparatoire à une mauvaise nouvelle et où commence à se construire le diagnostic. C'est une situation où une parole est attendue avec anxiété. Cette attente anxieuse met les sujets (enfants, adolescents, "proches") dans une disposition psychique susceptible d'amortir le choc de l'annonce. A ce sujet, Freud²¹¹ fait de l'attente anxieuse un symptôme de la névrose d'angoisse. Névrose d'angoisse qu'il distingue des névroses de défenses (Hystérie et obsessions). Il la distingue de l'accès d'angoisse qu'il assimile à une crise de panique avec une série de troubles somatiques (activité cardiaque, activité respiratoire, sudation fringale...etc.). Freud²¹² va même considérer l'attente anxieuse comme le noyau de la névrose. Je le cite

« L'attente anxieuse est le symptôme nucléaire de la névrose, on y découvre à ciel ouvert une partie de la théorie. On pourrait dire qu'ici est présent un quantum d'angoisse librement flottant. »

Paradoxalement, Morand²¹³, attachée de recherche au laboratoire de psychophysiologie expérimentale de la Sorbonne de l'époque (premier laboratoire Français créé par Henry

²⁰⁹ Lambotte I., « L'annonce diagnostics grave en pédiatrie » Un processus co-construit par les parents et les soignants, Le journal des psychologues, 2008 1 n°254, p.29-32

²¹⁰ Zucker J.M., « L'annonce de la maladie grave chez l'enfant », Laennec, 2007/2 Tome 55, p. 13-20

Jean Michel Zucker oncologue pédiatre à l'institut Curie

²¹¹ Freud S., (1895) « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse », in Névrose psychose et perversion, 1990, 15-38

²¹² Ibid., p 18.

²¹³ Morand « Qu'est-ce que l'attente anxieuse » in l'année psychologique vol 21, 1914, 1-10. Nous n'avons pas trouvé le prénom de l'auteur, seulement son titre de civilité.

Nous avons voulu citer cet auteur, dont nous ignorons le prénom mais dont la recherche sérieuse nous a semblé incontournable.

Beaunis²¹⁴), nous fait part d'une recherche intéressante. Elle part d'une définition de l'attente faite à partir des états simples de la vie (incertitude, désir, crainte). Il existerait deux types d'attente : l'attente crainte et l'attente désir. Morand considère ces états en disant que les sujets éprouvent dans l'attente, un simple intérêt pour un objet. Elle définit l'attente comme ceci.

*« Nous définirons donc comme état d'attente, les états qui s'éveillent chez un sujet dans l'intervalle qui sépare la prévision ou la volition de l'évènement ou de l'action quand ceux-ci sont l'objet d'un intérêt suffisant pour que l'intervalle qui précède dépouillé en tout ou en partie de son intérêt propre qu'il soit considéré comme un vide, un pont, un obstacle »*²¹⁵

Nous voyons à partir de cette définition comment l'attente est un moment particulier qui correspond à une attitude subjective en relation à un évènement. Selon Morand, c'est dans ce vide déterminé par l'ennui ou l'impatience que peut germer toute sorte d'émotions intenses. C'est un champ de développement pour l'incertitude, le désir, la crainte, colère, l'impatience, l'ennui. Les débats scientifiques de l'époque tournent autour de considérer l'attente comme une pure émotion ou bien un intervalle vide, qui peut ne contenir aucune émotions. Ce dernier aspect se rapporte aux travaux de la psychologie expérimentale telle que Jacqueline Carroy et Henning Schmidgen²¹⁶ ont pu l'évoquer dans un article. En effet à suivre ces auteurs, il apparaît nécessaire que l'attente est considérée comme un intervalle vide, un temps de réaction qui peut-être mesuré. L'attente serait une attitude dans laquelle peut germer des émotions. Selon Morand²¹⁷

« Les attentes que nous offrent la vie sont rarement des états simples. Incertitudes, désir crainte, impatience, colère, ennui s'y succèdent et s'y mêlent ».

²¹⁴ Nicolas S. Henry Beaunis (1830-1921) directeur fondateur du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne. In : L'année psychologique, 1995 vol.95, n°2. pp. 267-291

²¹⁵ Ibid., p. 9.

²¹⁶ Carroy J., Schmidgen H., "psychologie expérimentales" Leipzig-Paris-Wurzburg (1890-1910), mil neuf cent, revue d'histoire intellectuelle, 2006/1 n°24, p171_204.

²¹⁷ Ibid., p.1.

Il existerait donc, selon Morand²¹⁸, une attente pure dépourvue d'émotions. Cette conception s'oppose donc aux anciennes théories de l'attente, assimilée davantage comme un moment d'émotion.

Le trauma parental, suite à une annonce décrite dans les études, ne doit pas faire oublier cependant une atteinte plus large vers l'enfant lui même (Seigneur²¹⁹) vers ses proches, vers les soignants (Lambotte²²⁰). Mais, les études mettent surtout l'accent sur les réactions parentales et préconisent l'amélioration du dispositif d'annonce (manière d'annoncer, le contenu de l'annonce, le lieu, le ton, durée de l'entretien, le suivi post annonce). Elle ne différencie pas le trauma chez l'enfant, chez l'adulte, chez les témoins, elles restent globalistes et apportent peu d'éclairage sur le fonctionnement psychique à l'œuvre.

D'autres études vont se centrer davantage sur l'altération des liens précoces par la survenue d'évènements périnataux. Nous pouvons également faire part des conséquences qu'une annonce diagnostique peut impliquer dans la mise en place des liens précoces. Elle peut fragiliser l'organisation psychique de l'enfant et avoir un retentissement des années plus tard au moment des remaniements identitaires de l'adolescent. Selon Jean-Yves Chagnon²²¹, les remaniements identitaires (Marty,Chagnon²²²,2006), très présents chez l'adolescent, mettent à l'épreuve

²¹⁸ Ibid., Morand p5.

²¹⁹ Seigneur Etienne., « L'annonce diagnostic en cancérologie pédiatrique », unité de psycho-oncologie, institut Curie, éditions scientifiques Paris, 2008.

Etienne Seigneur est médecin psychiatre

²²⁰ Lambotte I., Op cit p 107

²²¹ Chagnon J-Y., "Peut-on tuer (violer) par procuration ? Traumatisme et transmission transgénérationnelle", L'Evolution Psychiatrique, 75, 45-49, 2010

Yves Chagnon est professeur de psychologie clinique et pathologique à l'université Paris Descartes,

²²² Marty F., Chagnon J-Y., "Identité et identification à l'adolescence", Encyclopédie médico-chirurgicale, 37-213-A-30, 2006

l'organisation psychique infantile sous-jacente de façon traumatique et entraîne des passages à l'acte (Chagnon²²³, 2006).

IV/2 TRAUMATISMES ET LIENS PRECOCES

Les événements périnataux (période de fin de grossesse et de la naissance) peuvent avoir une incidence traumatique sur l'enfant. Luis Alvarez²²⁴, pédopsychiatre, propose une revue de la littérature. Il effectue un tour d'horizon sur la problématique du trauma affectant les liens précoces de l'enfant avec son entourage. Nous verrons, à travers une étude, que le rôle des soignants, pour agir sur ces situations, est capital.

La dépression parentale, souvent constatée après la naissance (dépression post partum ou dépression plus longue) est une problématique pouvant venir affecter le fœtus ou le nouveau né dans sa maturation. Des études américaines²²⁵ établissent une corrélation entre l'état de dépression anténatal et l'activité fœtale, la croissance intra-utérine, un faible poids à la naissance, une fréquence accrue de la prématurité (Field 2006, Patel²²⁶ 2008, Belik²²⁷ 2008).

En ce qui concerne, plus spécifiquement la naissance prématurée, prise en compte aujourd'hui avec le développement des techniques de réanimation, elle génère une inquiétude parentale et de surcroît un investissement moins important de leur part. A ce sujet nous pouvons citer une étude suisse, Blaise Pierrehumbert²²⁸, psychologue à Lausanne, s'intéresse au concept d'attachement, formalisé par John Bowlby, montre que la survenue d'une naissance prématurée a un effet traumatique sur les parents. Cet effet traumatique induit des comportements où les

²²³ Ib., Marty F., Chagnon J-Y., 2006.

²²⁴ Alvarez L., "L'ombre des traumatismes périnataux sur les premiers liens", La psychiatrie de l'enfant, 2010/2 vol 53, p 609-638, 32, 350-354

²²⁵ Field T., Diego M., Hernandez Reif M., "Prenatal depression effects on the fetus and the newborn", in Infant Behavior and Development, 2006, 29, 3 445-455

²²⁶ Patel V., "Perinatal depression treated by community health workers" in the Lancet, 2008, 372, 13, 868-869

²²⁷ Belik J., "Fetal and neonatal effects of maternal drug treatment for depression" in Semin perinatol, 2008

²²⁸ Pierrehumbert B., Nicole A., Muller-Nix C., et al, "Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant" in Arch Child Fetal Neonatal Ed. 2003, 28, 5, F 400-404

interactions mères bébé sont beaucoup plus pauvres que dans le cas normal (Flacking²²⁹, 2007). Il y a moins de sourires, moins de regards, moins de contact. Toutefois, il est possible de reconnaître et donner du sens à cette histoire traumatique et ainsi compenser le risque sur le développement des enfants prématurés (Muller-Nix²³⁰, 2009). Dans ce contexte, il est possible d'identifier la détresse des adultes susceptible d'empiéter sur leur sensibilité, et de désorganiser les mouvements d'attachement envers un enfant prématuré. L'anxiété parentale semble avoir un impact très important sur le devenir des enfants prématurés. Une autre étude faite à l'Hôpital Général Juif de Montréal nous le confirme. Phylis Zelkowitz²³¹, directeur de recherche psychiatrique, a suivi une cohorte de 56 enfants nés prématurément, indemnes de fœtopathie. L'anxiété parentale mesurée à l'aide d'une échelle spécifique a permis de montrer que plus les parents sont anxieux, moins ils touchent ou ils parlent à leur enfant.

En dehors de l'aspect dépressif et/ou anxieux il existerait un facteur de risque plus important dans le développement des liens parents enfants. Les parents atteints d'un syndrome post traumatique auraient une attitude de contrôle et d'insensibilité à l'égard de leur enfant. Selon Kersting et al²³², contrairement aux états anxieux, le syndrome de stress post traumatique parental serait un facteur de risque plus important dans l'établissement du lien parents/enfant. A l'intérieur de ce lien, les attitudes maternelles sont peu sensibles et hyperprotectrices. Ces attitudes pourraient compromettre le développement de l'enfant²³³. Le stress post traumatique parental viendrait brouiller durablement la rencontre avec l'enfant.

²²⁹ Flacking R., Ewald U., Starrin B., "I wanted to do a good job": experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit, in Soc Sci med, 2007, 64, 12, 2405-2416

²³⁰ Muller-Nix C., Forcada-Guex M., Borghini A., et al., "Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche", in La psychiatrie de l'enfant, 2009, 52, 2, 423-450

²³¹ Zelkowitz P., Bardin C., Papageoriou A., "Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants", in Infant Mental Health Journal, 2007, 28, 296-313

²³² Kersting A., Dorsch M., Wesselmann U. et al., "Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant", in Psychosom Res, 2004, 57, 473-476

²³³ Zelkowitz P., Bardin C., Papageoriou A., et al, "Persistent maternal anxiety affects the interaction between mother and their very low birthweight children at months, in Early Human Development, 85, 51-58, 2009

Dans cette situation à risque, le rôle des soignants, selon Vaivre et al²³⁴, est primordial. Grâce aux échanges qu'ils mettent en place. Ils préservent et restaurent la dynamique développementale de l'enfant prématuré et atténuée, par leur accompagnement, le vécu traumatique des parents avec leur enfant prématuré.

Une étude le démontre.

L'équipe d'Omer Erdêve²³⁵ à l'hôpital d'Ankara, a comparé le taux de ré hospitalisation trois mois après le séjour en unité de réanimation néonatale. Deux cohortes d'enfants nés avant la 34^{ème} semaine de grossesse ont été étudiées. La première cohorte était constituée de 101 dyades mère/bébé ayant bénéficié d'une hospitalisation mère bébé. La deuxième cohorte était constituée de 113 dyades mère/bébé ayant eu une hospitalisation classique les mois après le passage en réanimation néonatale. L'étude montre que la moyenne des consultations d'urgence, d'appels téléphoniques et de ré hospitalisations était significativement supérieure chez les enfants du deuxième groupe (hospitalisation classique). En 2007, une autre perspective nous est proposée. Daniel Milman²³⁶, attaché au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, nous fait part de l'existence d'un vœu de mort inconscient chez les frères et sœurs dirigé contre l'enfant malade.

L'annonce diagnostique en pédiatrie et ses effets traumatiques constatés dans l'immédiat ou dans l'après coup se différencie du trauma en chirurgie où l'angoisse, selon certains auteurs, prédomine. L'impact psychologique est à relier à l'intervention chirurgicale elle-même. Cependant, les études, dans le domaine de la chirurgie pédiatrique restent exceptionnelles et peu nombreuses.

²³⁴ Vaivre-Douret L., "La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale", Odile Jacob, Paris, 2003

²³⁵ Erdeve O., Arsan S., Yigit S. et al., "The impact of individual room on unctioingation and health service utilization in unctioni after discharge", in Acta Pædiatrica, 2008, 97, 1351-1359

²³⁶ Milman D., "Le traumatisme de l'enfant sain, la psychothérapie d'un petit garçon de 6 ans qui a perdu sa sœur jumelle des suites d'un cancer", Clinique Méditerranéenne, 2007/2, n°76, p167-168

IV/3.1 ANXIETE ET HOSPITALISATIONS

Une étude faite à l'Hôpital d'Erasmus à Bruxelles par un groupe de cliniciens²³⁷ tend à montrer l'impact psychologique, lors d'une hospitalisation, pour une intervention chirurgicale lourde chez des enfants en phase de latence. En effet l'anxiété suscitée par l'intervention chirurgicale entrave le processus d'autonomisation en accentuant le degré d'angoisse (angoisse d'abandon, angoisse de castration). L'enfant va surmonter cette difficulté grâce à ses capacités de mentalisation, de symbolisation et son aptitude relationnelle (appui sur le monde soignant) mais également sa capacité à revendiquer. Certains chirurgiens, comme le Professeur Marie-Paule Vasquez²³⁸, directeur du Département d'enseignement de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie au sein de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Université de Paris 6, s'interroge notamment sur les répercussions psychologiques que peuvent avoir certains types de traitement ou de certaines techniques, les conséquences que peuvent avoir les étapes thérapeutiques nécessitant plusieurs hospitalisations, les incidences d'une pathologie aiguë. Par exemple dans les intubations prolongées, pendant lesquelles en dehors du risque trachéal le bébé ne peut ni pleurer, ni crier. Cette situation peut-elle entraîner des problèmes psychologiques? Elle rappelle la nécessité d'un travail multidisciplinaire dans un service de chirurgie. Mais selon Roselyne Carmoy²³⁹, professeur à Paris V René Descartes, l'impact d'une chirurgie mutilante et le poids des handicaps orthopédiques sévères n'entraînent pas forcément une angoisse proportionnelle à l'évènement chirurgical mutilant et handicapant. L'angoisse serait en lien avec l'équilibre psychologique de l'enfant largement tributaire des liens de ce dernier avec ses parents et du sentiment d'estime de soi qu'il peut avoir de lui-même.

²³⁷ De Gheest F. et al., " Le vécu psychologique d'enfants confrontés à une intervention chirurgicale digestive lourde : mise en évidence de leurs ressources internes et relationnelles", *Carnet Psy*, 2, 2006 (n°106) p31-37

²³⁸ Vasquez M-P., "La chirurgie pédiatrique actuelle, point de vue du chirurgien sur le rôle du pédopsychiatre", in *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1986, 11-12

²³⁹ Carmoy R., "Angoisse et chirurgie réparatrice de l'enfant et de l'adolescent", in *La psychiatrie de l'enfant* tome XXXVIII, fascicule 1/1995

Roselyne Carmoy²⁴⁰ cite de nombreuses études anciennes qui nous intéressent pour nos travaux. D'après elle, dès les années 40, les psychanalystes se sont intéressés aux conséquences psychologiques des interventions chirurgicales sur les enfants. Ils ont mis en évidence les perturbations apportées par une opération, même bénigne, sur le développement de l'enfant (Pearson²⁴¹, 1941, Jessner et Blom²⁴², 1949, 1952). Une autre étude, citée par Carmoy, (D. Levy, 1945) montre les répercussions psychologiques d'une intervention chirurgicale mineure. Sur 124 enfants opérés, 25 présentent des séquelles émotionnelles liées à l'intervention. Carmoy (1995) va proposer d'étudier 133 enfants et adolescents hospitalisés en chirurgie pédiatrique pour lesquels il existe des répercussions psychologiques qu'elle classe en quatre catégories (trouble du comportement, dépression, angoisse, pathologies organiques sévères). Face à l'angoisse, nombreuses défenses peuvent se mettre en place, comme la fuite dans les troubles du comportement. Selon Bierman²⁴³ (1979), il existe des "personnalités à accidents". Ce sont des enfants perturbés, victimes d'une compulsion de répétition qui les pousse à prendre des risques inconsidérés et à aller toujours au devant de nouveaux accidents. Ces troubles du comportement repérés sont généralement l'indication la plus importante pour l'intervention psychologique. Roland Lazarovici²⁴⁴, pédopsychiatre à l'Hôpital Trousseau dans les années 80, a participé à la mise en

²⁴⁰ Carmoy R., "Angoisse et chirurgie réparatrice", in La psychiatrie de l'enfant, tome XXXVIII, fascicule 1, 1995

Mme Roselyne De Carmoy est Psychologue, Psychanalyste, Maître de Conférences à l'Université Paris 5 - René Descartes. Exerce à l'hôpital d'Enfants Armand Trousseau, Paris. Elle a effectué nombreux travaux sur l'impact psychologique que peut avoir une maladie ou une chirurgie sur l'enfant.

²⁴¹ Pearson G.H.J., "Effect of operative procedures on the emotional life of the child", Am J Dis Child., 62, p716-729, 1941

²⁴² Jessner L., Blom E., Waldogel, "Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy on children", in Psychoanalytic study of the child, 7, p 126-169, 1952

²⁴³ Bierman G., "L'accident de la circulation dans le vécu de l'enfant", Hexagone "Roche", 7,6, Bâle p18-24, seconde partie, 1979

²⁴⁴ Lazarovici R., "Entre acte et pensée : la consultation psychiatrique en chirurgie infantile", in Neuropsychiatrie de l'enfance, 34 (11-12), 485-493, 1986

place du secteur de pédopsychiatrie dans le sud des Hauts-de-Seine. Il soutient qu'il est important de maintenir une activité de pensée chez les enfants hospitalisés en chirurgie pédiatrique. C'est avec cette indication que s'est développée à l'Hôpital Trousseau dans le service de chirurgie viscérale et néonatale une consultation pédopsychiatrique. Selon Carmoy, il existerait également des troubles associés. Les retards de langage, les difficultés scolaires, sont les troubles les plus souvent rencontrés dans cette population. Parmi les enfants étudiés (133 enfants), persiste un trouble du comportement, 70 % ont un retard de développement intellectuel ou sont en échec scolaire. Ces enfants mettent en jeu des mécanismes de défense contre un conflit psychique irrésolu. Ces mécanismes sont le déni ou la négation dans les actes ou la parole. A ce propos une autre étude citée par Carmoy²⁴⁵, menée par Marshal D. Shechter²⁴⁶ (1961), montre comment le déni sur le fait d'avoir un enfant handicapé est très présent chez les parents. Le vécu très pénible des parents fait qu'ils ne parlent jamais du handicap de leur enfant. Si Shechter conçoit ici le déni parental il considère aussi dans son étude le déni de l'enfant face à l'angoisse des interventions chirurgicales. Un déni, qui s'exprime par le fait que l'enfant peut ignorer pourquoi il est à l'hôpital. Il peut aussi connaître la peur et la souffrance des procédures médicales et chirurgicales ou bien encore il peut minimiser son handicap en se fixant des performances physiques. De plus, Schechter en tant que consultant à l'hôpital de Los Angeles (hôpital Shrinners) et en observant les enfants de la naissance à 15 ans, handicapés congénitaux et acquis avec des degrés divers d'incapacité a pu évaluer les réponses affectives. Les réponses émotionnelles à ces handicaps ont divergé dans chaque individu en fonction de plusieurs variables de sorte que ce n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit d'un commun modèle de la personnalité du groupe. Les variations sont déterminées par la famille, le type et l'étendue de l'invalidité, le sexe de l'enfant, l'âge d'apparition chez l'enfant avec la correspondance de conflit psychique en vigueur au moment où la première invalidité est survenue, l'utilisation de l'incapacité par l'enfant et la famille pour faire advenir d'autres problèmes. Dans le type de réaction émotionnelle nous pouvons trouver des réactions de type dépressif. A ce propos, Roselyne Carmoy²⁴⁷ se pose la question suivante : est-ce le fait de l'hospitalisation en

²⁴⁵ Carmoy R., op cit p 159

²⁴⁶ Shechter M.D., "The orthopedically handicapped child", in Archives of General Psychiatry, 4, p 247-253, 1961

²⁴⁷ Carmoy R., ibid p 165

chirurgie pédiatrique ou est-ce l'expression de la structure psychique de l'enfant se trouvant dans l'impossibilité de faire face. Roselyne Carmoy pense que l'acte chirurgical n'est pas à banaliser. Elle le met en relation avec les fantasmes de mutilation et de persécution de l'enfant. La dépression se manifeste dans la tristesse, les pleurs, le retrait, le refus de contact, l'apathie, passivité, expression du sentiment de solitude...Le point de vue de Roselyne Carmoy s'oppose en partie à celui de Kashani²⁴⁸ qui relativise le rôle des procédures chirurgicales dans la dépression.

IV/3.3 L'ANGOISSE CHEZ L'ENFANT LUI MEME

Sur un autre plan, il existe chez l'enfant hospitalisé un degré d'angoisse important impossible à endiguer selon Carmoy²⁴⁹. Cette angoisse s'exprime dans les conduites ou verbalement. Elle peut certaines fois rester latente et ne pas s'exprimer. Elle se déplace alors sur les actes de soins (piqûres, perfusions, drains, pansements, etc.) et devient une peur ou sur l'intervention chirurgicale elle-même. A ces peurs concernant l'acte chirurgical, selon Roselyne Carmoy, peut s'ajouter la peur du matériel médical et orthopédique. Sont particulièrement redoutés les drains post opératoires, les sondes gastriques ou urinaires. Ce matériel a pour rôle de vider le corps d'un contenu. Nous pouvons comprendre ainsi que le vécu de ce matériel puisse être douloureux. Par ailleurs en plus des comportements perturbés, des réactions dépressives ou d'angoisse, il peut exister des épisodes de désorganisation psychique en relation à la chirurgie réparatrice, avec des déclenchements de crises de panique aiguës. En effet selon Carmoy²⁵⁰ il est possible de rencontrer tout particulièrement chez les adolescents des états d'angoisse intenses et durables, des dépressions profondes, et des crises d'angoisse sur fond dépressif. Une considération particulière est faite aux enfants opérés du cœur. En effet R. Becker²⁵¹, estime que les blessures défigurantes, les

²⁴⁸ Kashani JH., Venzke R. et Millar EA., "Depression in children admitted to hospital for orthopaedic procedures", Brit. J. Psychiatry, 138, p 21-25, 1981

²⁴⁹ Carmoy R., *ibid.* p 170

²⁵⁰ Carmoy R., *ibid.* p 173

²⁵¹ Becker RDC., "L'opération dans le vécu de l'enfant", première partie : "L'enfant et la réalité de l'intervention", Hexagone "Roche", 7, 7, Bâle, supplément, p 2-4, 1979

mutilations, les incapacités fonctionnelles consécutives à une amputation, à une résection articulaire, peuvent provoquer chez l'enfant une distorsion au niveau de l'image de son corps. Cette distorsion entre l'image du corps et le corps réel peut entraîner des perturbations émotionnelles et psychiques graves. Il propose d'utiliser le terme de "psychose post opératoire" dont le risque serait élevé dans le cadre d'une intervention chirurgicale insuffisamment préparée.

L'acte chirurgical n'est donc pas à banaliser, il peut avoir un retentissement psychique important. Carmoy va analyser les facteurs susceptibles de faire de la chirurgie réparatrice un traumatisme psychique. L'évènement chirurgical devient traumatique si le sujet malade ou blessé n'a pas les ressources nécessaires pour le supporter, et c'est en fonction du vécu de chacun que telle situation, à un moment donné, peut devenir traumatique. Pour Carmoy²⁵² il semblerait que la chirurgie orthopédique pourrait être un facteur de désorganisation psychique. Pour elle, et pour atténuer l'impact psychologique de la chirurgie, la relation parents-enfants est déterminante. En effet le vécu parental de l'hospitalisation retentit inévitablement sur le vécu de l'enfant. La blessure narcissique causée à la mère par la maladie ou le handicap de l'enfant déclenche souvent une dépression latente qui ne participe pas à établir un climat positif pendant l'hospitalisation. Les enfants abordent l'intervention chirurgicale dans un climat de méfiance et d'insécurité. Le chirurgien, face à l'angoisse de l'enfant, est une surface de projection. Il est à la fois bourreau et sauveur. Pour contenir l'angoisse familiale il doit se mettre des limites :

- éviter la fuite car elle accroît l'angoisse des malades qui se sentent abandonnés,
- éviter le piège de la séduction car il mène vers un leurre ambigu,
- ne pas céder à la toute puissance, elle alimente les pensées magiques.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier la part psychologique de chaque soignant même si d'après Lambotte²⁵³ le trauma chez les soignants est peu étudié. Pourtant l'implication émotionnelle des intervenants auprès de l'enfant et sa famille est réelle. Elle s'intensifie, selon Francine Gillot De

²⁵² Carmoy R., *ibid.* p 197

²⁵³ Lambotte op. cit. p 107

Vries²⁵⁴ avec la détresse parentale. Francine Gillot De Vries est psychologue dans l'unité de recherche psychologie du développement et de la famille à l'université libre de Bruxelles, elle est intéressée par les problèmes psychologiques liés à la périnatalité.

Dans cette revue de la littérature, nous voyons l'intérêt porté au « trauma » dans le contexte pédiatrique néonatal et chirurgical. Nous trouvons peu de recherches sur le « trauma » dans les autres champs pédiatriques (pédiatrie générale, hémato-oncologie,...) Le vécu traumatique de l'accident chez l'enfant et ses proches en chirurgie infantile n'est pas abordé. Les auteurs font état de l'effroi suite à l'annonce d'une maladie grave et de l'angoisse présente dans les services de chirurgie infantile, ils n'abordent pas la différence qu'il peut y avoir dans le vécu traumatique d'une annonce et le vécu traumatique d'un accident. Nous voulons apporter notre contribution dans ce domaine et élargir ainsi la psychopathologie du « trauma ». Avant d'aborder l'étude clinique proprement dite, concernant le champ pédiatrie générale, hémato-oncologie pédiatrique et chirurgie infantile, nous allons approfondir le concept de trauma à partir de l'œuvre freudienne et de l'enseignement de Jacques Lacan.

²⁵⁴ Gillot de Vries F. et Detraux J.-J « Approche du vécu maternel suite à l'annonce d'une anomalie foetale 1998, in Mazet P., Lebovici S., Parents et bébés : du projet d'enfants aux premiers mois de vie, Paris, PUF, 1998

DEUXIEME PARTIE : FONDEMENT THEORIQUE



Beaucoup d'auteurs considèrent que la théorie du « trauma » correspond aux premières années de la théorie freudienne et qu'il n'en fut plus question par la suite. Selon Zvi Lothane²⁵⁵, le trauma est, au contraire, un concept persistant dans l'élaboration de Freud. Nous allons à partir de cette indication parcourir l'œuvre freudienne et mettre en relief les références au "trauma".

Nous allons Tout d'abord aborder la question du trauma chez Freud à partir de la découverte de l'inconscient. Le trauma est associé à un évènement de la réalité. Ensuite, Freud réactualise le trauma avec la question du fantasme. Fantasme derrière lequel une force s'exprime, celle de la pulsion. Une pulsion que Freud caractérise de sexuelle et qui pourra subir multiple modifications liées à des facteurs externes traumatisants. Freud fait valoir, par la suite, un trauma originaire dans l'édifice des civilisations. La référence au trauma se poursuivra avec l'évènement de la guerre 1914 1918. Il est réinterprété comme une force venant faire effraction dans l'appareil psychique. Freud introduit la pulsion de mort dans sa métapsychologie. Le trauma va également être associé à l'angoisse. Il est refoulé et laisse l'angoisse libre ou l'angoisse fait signal pour éviter le retour du refoulé traumatique. Enfin, Freud, aboutit à une conception structurale du « trauma » et va donner l'exemple de la religion comme l'effet d'un traumatisme positif.

V/1. LE COMPLEXE INCONSCIENT

Dans les considérations théoriques sur l'hystérie, Breuer²⁵⁶ établit, avec l'école de Charcot, le postulat qu'il existe un complexe inconscient et des processus à l'œuvre dans les phénomènes hystériques. Pour la première fois, le mot inconscient est prononcé au sein de la communauté scientifique.

"Dans l'analyse des phénomènes hystériques, ces représentations inconscientes ne nous apparaissent pas isolées. Reconnaissons alors avec des chercheurs français de grand

²⁵⁵ Lothane Z., "La réalité du trauma le trauma de la réalité, considérations cliniques et théoriques" in Revue de psychologie clinique l'Harmattan, n° 24, 2008, p 37-81

²⁵⁶ Breuer J., "Les études sur l'hystérie"

mérite, l'existence de graves complexes de représentations et celle de processus psychiques compliqués et lourds de conséquences. Chez certains malades, ils restent parfaitement inconscients et coexistent avec la vie psychique consciente."²⁵⁷

"Elles sont à tout moment, peu nombreuses et si à côté d'elles, d'autres pensées existent, nous devons les qualifier d'inconscientes."²⁵⁸

"Nous avons appris que les accès résulteraient, tout au moins en partie, d'un complexe inconscient de représentations (Charcot)."²⁵⁹

Le complexe inconscient naît, selon Breuer, de la dissociation du psychisme. Certaines représentations n'arrivent pas jusqu'à la conscience ; elles forment un complexe inconscient et constituent en soi une activité psychique différente de l'activité consciente. Ce ne serait pas une scission du système conscient mais une véritable dissociation du psychisme, produite à partir du système perceptif²⁶⁰.

"Il ne convient donc pas de parler d'une scission dans le conscient mais bien d'une dissociation dans le psychisme."²⁶¹

"Nous ne devons reconnaître qu'un fait : chez les hystériques, une partie de l'activité psychique employée à la perception n'arrive pas à pénétrer dans le champ du conscient des sujets et il y a, de ce fait, morcellement du psychisme."²⁶²

Cette activité subconsciente se manifeste de différentes manières. Pierre Janet²⁶³, dans sa thèse publiée en 1889, parlait de l'intérêt pour les "activités humaines dans les formes les plus simples, les plus rudimentaires". Elle se manifeste dans les activités automatiques, comme celle du tricotage

²⁵⁷ Ibid., p.178.

²⁵⁸ Ibid., p.178.

²⁵⁹ Ibid., p191.

²⁶⁰ Ibid p.184.

²⁶¹ Ibid., p.181.

²⁶² Ibid., p.184.

²⁶³ Janet P., "Automatisme psychologique", (1889), Edition Odile Jacob, 1998, p 33,

mais aussi dans des activités plus pathologiques comme celles des idées obsédantes ou des conversions hystériques.

V/2. NEVROSE ET ELEMENT TRAUMATIQUE

Dans la névrose hystérique, l'élément traumatique inconscient est considéré comme un élément causal qu'il faut rechercher pour traiter l'hystérie. Pour Freud²⁶⁴, il existe une analogie pathogénique entre hystérie banale et hystérie traumatique. Si toutes les deux sont liées à des traumatismes, il existe une différence cependant. Freud le souligne dans la communication préliminaire aux études sur l'hystérie. Il distingue la névrose traumatique de la névrose hystérique à partir du motif de leur éclosion. La névrose hystérique surgit à partir d'une série d'évènements traumatiques alors que la névrose traumatique se produirait à partir d'une forte émotion : la frayeur.

Le cas Bertha Papenheim, plus connu sous le nom d'Anna O, célèbre patiente de Joseph Breuer, est à ce sujet plein d'enseignements. Pour cette raison, nous allons examiner brièvement le cas de cette jeune fille traitée à la fin du dix neuvième siècle et mettre en relief les éléments traumatiques.

V/3. LE CAS ANNA O.

Anna O. est une jeune fille juive âgée de 23 ans. Elle présente un cortège de troubles qui apparaissent au cours de l'agonie de son père malade. Elle est atteinte de paralysies hétéroclites avec contractures, d'inhibitions, de toux spasmodique, de confusions psychiques. Des troubles moteurs (le bras droit se met en extension de façon inopinée), sensoriels (surdité, strabisme, amblyopie centrale...) et des hallucinations s'observent, dont la cause se révèle être un vécu traumatique de l'enfance. Elle est alitée du 11 décembre 1880 au 1er avril 1881. Josef Breuer, éminent médecin et chercheur de l'époque, se rend à son chevet et traite cette jeune fille. Il utilise l'état hypnotique de la malade et lui suggère des mots clés prononcés pendant la journée.

²⁶⁴ Freud S., Communication préliminaire, in Les Etudes sur l'hystérie, 1893, p3

C'est ainsi que s'invente une nouvelle méthode de traitement appelée par Anna O. sa "Talking cure"²⁶⁵, consistant à rechercher l'histoire de chaque symptôme.

Un problème apparaît concernant l'évocation de la période d'incubation. Anna O. ne peut pas évoquer cette période, génératrice de symptômes. Breuer intensifie le traitement et s'adonne alors à deux séances journalières. La malade devient très agitée, son état psychique se dégrade. Cette aggravation se produit avec la remémoration d'une scène traumatique, datée du 17 juillet 1880 : Anna O. est au chevet de son père malade ; alors que sa mère s'est absentée, elle tombe dans un sommeil où des rêveries s'imposent à elle. Elle voit un serpent noir mordre son père. Elle veut le faire fuir et se trouve paralysée. Cette scène est en lien avec des traumatismes infantiles avec lesquels la jeune fille a pu être effrayée par des serpents qui ont existé autour de la maison pendant son enfance.

Après les études sur l'hystérie, faisant l'éloge du trauma psychique dans l'hystérie, Freud poursuit sa conceptualisation et nous indique qu'il existe une temporalité dans le vécu traumatique. Il met en valeur la fonction psychique du trauma qu'il faut considérer avec un effet retard, plutôt que la dimension héréditaire.

V/4. TRAUMA ET TEMPORALITE

Dans son article de 1896²⁶⁶, Freud évoque l'action posthume du trauma. De quoi s'agit-il ? C'est un texte adressé à l'Ecole Française de Neurologie représentée par les élèves de Jean Martin Charcot. Pour cette école, l'hérédité est la cause des névroses. La théorie de l'événement traumatique et plus particulièrement de l'action après coup du trauma, ancrent plutôt la cause psychique dans les phénomènes névrotiques. En effet Freud maintient qu'il s'agit d'un souvenir traumatique dont la nature serait sexuelle. La question est posée par Freud :

²⁶⁵ Ibid., p 21.

²⁶⁶ Freud S., "L'hérédité dans l'étiologie des névroses", in *Névrose psychose et perversion*, 1896, p 57, pp 48-59

"Peut-on comprendre qu'une telle expérience sexuelle précoce, subie par un individu, duquel le sexe est à peine différencié, devienne la source d'une anomalie psychique persistante comme l'hystérie ?"²⁶⁷

L'événement traumatique agirait comme facteur provoquant le trauma infantile. Un trauma précoce qui n'a pu être élucidé mais dont la trace psychique est conservée. Cette trace psychique est réactivée ultérieurement avec un événement second qui devient à son tour inconscient et qui accroît une activité psychique.

"C'est aussi grâce à leur connexion avec l'empreinte pathogène primaire et aspirés par elle, que leurs souvenirs deviendront inconscients à leur tour et pourront aider à l'accroissement d'une activité psychique soustraite au pouvoir des fonctions conscientes."²⁶⁸

Freud établit le fonctionnement d'une économie psychique articulé autour du trauma, qu'il cherche à caractériser comme sexuel. Dans un premier temps l'enfant est immature, passif et non préparé à la scène sexuelle. Dans un deuxième temps, la scène de l'enfance trouve son sens sexuel dans l'après-coup de la puberté avec l'impact d'un deuxième événement qui ravive les traces mnésiques du premier souvenir oublié. Un afflux d'excitations sexuelles vient déborder les défenses conscientes. C'est une conception économique du trauma en tant qu'il existe une forte activité psychique susceptible d'être réactivée lors d'expériences ultérieures. Le débordement pulsionnel n'a pas lieu au moment du premier événement mais lors du second. Cette conception s'oppose à l'étiologie héréditaire des névroses. Ce "trauma" à effet retardé se présente donc comme caractéristique d'être sexuel dans la névrose.

Dans l'hystérie il est retrouvé un événement de la vie sexuelle vécu passivement :

²⁶⁷ Ibid., p.57.

²⁶⁸ Ibid., p.58.

"Nous avons trouvé au fond de l'étiologie hystérique un évènement de passivité sexuelle, une expérience subie avec indifférence ou avec un petit peu de dépit ou d'effroi."²⁶⁹

et activement dans la névrose obsessionnelle :

"Dans la névrose obsessionnelle, il s'agit au contraire d'un évènement qui a fait plaisir, d'une agression sexuelle inspirée par le désir (en cas de garçon) ou d'une participation avec jouissance aux rapports sexuels (en cas de petite fille)."²⁷⁰

Cette dimension temporelle du trauma est très importante, elle fait valoir un fonctionnement psychique à l'œuvre. La causalité hystérique est recherchée par Freud du côté d'un évènement extérieur à caractère sexuel vécu par l'enfant. La séduction d'un enfant par un adulte est privilégiée par Freud dans le déclenchement névrotique.

V/5. LA THEORIE DE LA SEDUCTION

Pour Freud, dans l'histoire du malade s'est produit réellement un accident traumatique à connotation sexuelle. Il constitue autour de ce problème une théorie du traumatisme à partir des événements de la réalité, encore appelée théorie de la séduction. En 1896, Freud²⁷¹ articule sa conception du symptôme comme renvoyant à un événement traumatique de la réalité à connotation sexuelle dans l'hystérie. Cet événement traumatique présente plusieurs caractéristiques.

"Breuer et moi-même, dans les publications antérieures, avons déjà exprimés l'opinion que les symptômes de l'hystérie ne peuvent être compris que s'ils sont ramenés à

²⁶⁹ Ibid., p.58.

²⁷⁰ Ibid., p.58.

²⁷¹ Freud S., "Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défenses" in *Névrose psychose et perversion*, pp 61-81, PUF, 1990 pp 306

l'action traumatique d'expériences vécues et que ces traumatismes sont en rapport avec la vie sexuelle. Ce que je voudrais ajouter aujourd'hui, résultat uniforme des treize cas d'hystérie dont j'ai fait l'analyse, concerne d'une part la nature de ces traumatismes sexuels, et d'autre part la période de la vie dans laquelle ils se produisent. Pour causer une hystérie, il ne suffit pas qu'à n'importe quelle période de la vie survienne un événement qui touche de quelques façons la vie sexuelle et devient pathogène par la libération et la répression d'un affect pénible. Au contraire ces traumatismes sexuels doivent appartenir à la première enfance (à l'époque d'avant la puberté) et leur contenu doit consister en une irritation effective des organes génitaux."²⁷²

Freud caractérise l'élément traumatique à partir de sa nature et de la période de la vie où il se produit. L'accident traumatique à connotation sexuelle est vécu passivement chez la jeune fille et activement chez le garçon. De plus, ce serait au stade des premières années de vie, entre 1 an et demi et 4 ans, que se détermine l'éclosion de la future névrose. Il existe donc un noyau névrotique qui reste actif.

"Dès lors qu'un tel noyau pour un clivage hystérique s'est formé, dans un moment traumatique, il va s'accroître dans d'autres moments que l'on pourrait nommer "traumatisme auxiliaire" : dès qu'une impression nouvelle de même espèce parvient à faire effraction dans la barrière instaurée par la volonté, elle apporte à la représentation affaiblie un nouvel affect, elle établit pour un temps, par la force, la connexion associative entre les deux groupes psychiques, jusqu'à ce qu'une nouvelle conversion établisse une défense."²⁷³

Il y a donc selon Freud deux groupes psychiques, qui peuvent établir des relations et produire du fait de cette connexion une conversion assimilée à une défense, pour éviter la remémoration du "trauma" infantile. A ce sujet, Freud²⁷⁴ s'attache aux expériences du passé inscrites dans la vie

²⁷² Ibid., p62.

²⁷³ Freud S., "Les études sur l'hystérie", p5

²⁷⁴ Freud S., lettre n° 52 du 6 décembre 1896 à Fliess, in Naissance de la psychanalyse, PUF, 1991

psychique. Gilbert Charbonnier²⁷⁵ nous explicite un peu mieux la pensée freudienne de l'époque, concernant la métaphore des "fueros". Freud fait allusion à des privilèges, des lois, accordés lors de la *Reconquista*²⁷⁶ à des familles, des villes, des provinces, qui continuent à être en vigueur jusqu'au XIXe siècle, alors que leur origine ancienne est oubliée. Ces restes sont des *Niederschriften*, des inscriptions, des traces écrites. Freud fait un parallèle avec les processus psychiques, il existerait une mémoire non traduite par la conscience, véritable objet psychique constitué au fil des époques successives de la vie et constitutif du fonctionnement psychique.

Mais, le 21 septembre 1897, dans une lettre à Fliess, Freud²⁷⁷ exprime son grand désarroi. Il ne croit plus à sa « neurotica ». La théorie de la séduction, tenant compte de l'absolue réalité extérieure du trauma mettant en cause d'innombrables personnes susceptibles d'actes de perversion, n'est plus défendable. Il ne peut en être ainsi pour Freud et c'est une vraie remise en question. La question du traumatisme se déplace alors vers le vécu particulier de chaque personne.

V/6. ABANDON DE LA "NEUROTICA" : AFFIRMATION DE LA REALITE PSYCHIQUE

Pour Freud il devient insensé de concevoir tout le temps, dans l'éclosion des névroses, l'agression sexuelle d'un enfant par un adulte. Les actes pervers ainsi dénoncés amèneraient nombreux pères de famille en prison. Cet aspect des choses semble peu crédible. Il réalise en effet que les scènes de séduction sont souvent inventées par les patients. Pourtant la séduction pour

²⁷⁵ Charbonnier G., "Construire autour d'un grain de sable, intervention sur le rapport de Jacques Press" in *Revue française de psychanalyse*, PUF, vol 72, p. 1351-1358, 2008.

Gilbert Charbonnier est psychiatre et psychothérapeute ; consultant dans le département de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève ; membre formateur de la société suisse de psychanalyse.

²⁷⁶ La Reconquista correspond à la reconquête des royaumes musulmans de la péninsule Ibérique par les souverains chrétiens

²⁷⁷ Freud S., lettre à Fliess n°69 du 21/09/1897

Freud garde une importance étiologique. Voici ce qu'il dit dans une note de 1924 et ajoutée à la lettre à Fliess du 21 septembre 1897²⁷⁸ :

"La séduction conserve toujours une certaine importance étiologique et je tiens encore aujourd'hui pour exactes certaines de mes opinions exprimées dans ce chapitre."

Cette séduction, il va la reconnaître sur lui-même, dans une lettre à Fliess datée du 03 octobre 1897 ou il évoque cette scène, qui finalement le met sur la voie de la sexualité infantile. Il considère sa nourrice comme celle qui a éveillé sa libido :

"J'ai découvert que plus tard (entre 2 ans et 2 ans et demi) ma libido s'était éveillée et tournée vers matrem, cela à l'occasion d'un voyage de Leipzig à Vienne que je fis avec elle au cours duquel je pus sans doute la voir toute nue."²⁷⁹

Cette déception intellectuelle va tourner Freud vers lui-même. C'est ainsi qu'il se lance dans « *la plus éclatante prouesse de sa vie* », dira Ernest Jones²⁸⁰ : son auto-analyse. C'est cette expérience, où l'analyse du rêve est privilégiée, qui va amener Freud aux confins de la vie psychique avec la découverte du complexe d'œdipe.

Le 15 octobre 1897 Freud écrit à Wilhem Fliess :

"J'ai trouvé en moi comme partout ailleurs, des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont je pense, communs à tous les jeunes enfants, même quand leur apparition n'est pas aussi précoce que chez les enfants rendus hystériques (d'une façon analogue à celle de la romantisation de l'origine chez les paranoïaques-héros fondateurs de religions. Chaque auditeur fut un jour en germe, en imagination, un Œdipe et s'épouvante devant la réalisation de son rêve transposé

²⁷⁸ Freud S., Lettre à Fliess n°69 du 21/09/1897

²⁷⁹ Freud S., Lettre à Fliess n°70 du 03/10/1897

²⁸⁰ Jones E., 1955, « La vie et l'œuvre de Sigmund Freud 2/Les années de maturité » puf, p3, 1988

dans la réalité, il frémit suivant toute la mesure du refoulement qui sépare son état infantile de son état actuel."²⁸¹

Le complexe d'Œdipe se dévoile à Freud à partir de son auto-analyse. Il se formalise quelques années plus tard, dans son texte intitulé "*Contribution à la psychologie de la vie amoureuse*"²⁸².quelques

Nous avons montré dans ce chapitre l'impasse freudienne de la théorie de la séduction. La reconnaissance réelle de l'agression par un proche semble peu probable. Freud ne peut plus distinguer la vérité de la fiction investie par l'affect. Il se tourne vers lui-même pour retrouver ses excitations d'enfant, ses sentiments d'amour et de haine vers ses parents qu'il va relier à la tragédie grec de Sophocle Œdipe-Roi. Freud va créer sa première topique du fonctionnement psychique. Nous allons montrer à présent quelle place va occuper le trauma dans sa première topique élaborée à partir de l'étude des rêves. Nous verrons que le rêve d'angoisse y prend une place d'exception.

V/7. TRAUMATISME ET PREMIERE TOPIQUE

La première topique est fondée par Freud dès 1896. Dans une lettre à W. Fliess, datée du 6 décembre 1896, Freud échafaude sa théorie. Il la formalise à la fin de l'interprétation des rêves dans le chapitre attribué à la psychologie des processus du rêve²⁸³. Freud élabore un appareil psychique connecté au système perceptif, dérivé de l'arc réflexe.

*"Mais c'est là seulement la réalisation d'une exigence dès longtemps connue, selon laquelle l'appareil psychique serait construit comme l'appareil réflexe"*²⁸⁴

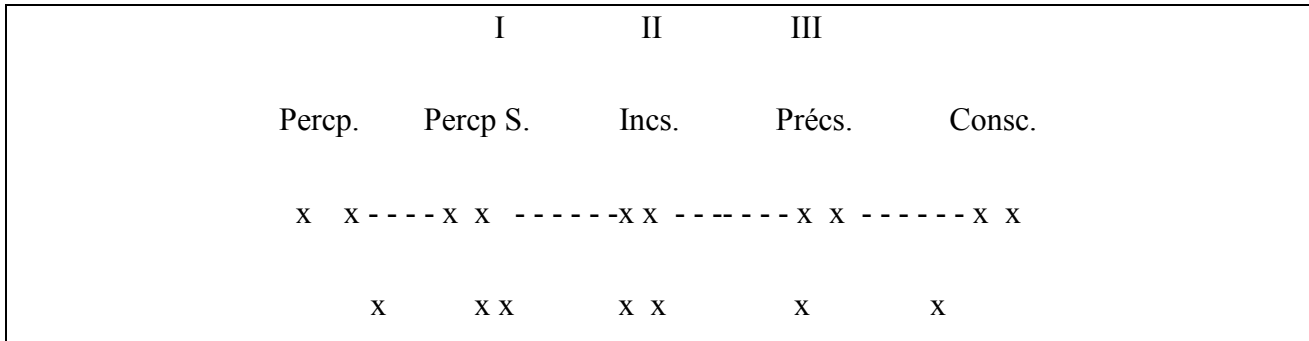
²⁸¹ Op cit., lettre du 15/10/1897

²⁸² Freud S., 1910, "Contribution à la psychologie de la vie amoureuse", in La vie sexuelle, PUF, 1995

²⁸³ Freud S., 1900, L'interprétation des rêves p 433-527

²⁸⁴ Ibid., p.456.

Freud pose un préalable : pour étudier la pensée, il faut étudier les conditions de la perception. Il se pose la question suivante : Comment un élément perceptif peut devenir un élément psychique ? C'est ainsi qu'il construit un système théorique que nous pouvons figurer selon un axe tel que Freud a pu l'écrire à W. Fliess²⁸⁵.



Le système qui va de la perception à la conscience est la surface de l'appareil psychique, il fait la jonction entre le "soma" et la "psyché". Freud le conçoit comme un système d'enregistrements successifs. Le premier système (Percep) est celui des neurones, ils ne conservent en eux-mêmes aucune trace mnésique. Le système suivant (Percep S) constitue le premier enregistrement des perceptions, l'inconscient (Incs) le deuxième. C'est une seconde transcription aménagée suivant les autres associations. Ces traces seraient inaccessibles au conscient. Les traces qui s'inscrivent à ce niveau sont pour Freud des "souvenirs conceptionnels, qu'il assimile à "Los fueros" dont nous avons fait état quelques lignes plus haut et qui serait de nature traumatique. Le système préconscient (Précs) est un système lié aux représentations verbales. Freud, inventeur, cherche à développer une nouvelle psychologie.

"Si je parvenais à donner un exposé complet des caractères psychologiques de la perception et des trois enregistrements, j'aurais formulé une nouvelle psychologie"²⁸⁶.

Ce système "perception conscience" sera repris dans l'esquisse d'une psychologie scientifique sous le terme de système oméga²⁸⁷. L'énoncé traumatique devenu inconscient va trouver une autre

²⁸⁵ Lettre à Fliess n°52, 06/12/1996, in Naissance de la psychanalyse PUF, 1991

²⁸⁶ Freud S., "Esquisse d'une psychologie scientifique" in Naissance de la psychanalyse, p155

²⁸⁷ Ibid., p. 332

place. A la fin du 19^e siècle la vie onirique trouve une explication scientifique : Freud donne aux rêves un statut scientifique ; il devient un objet scientifique interprétable. Rappelons au passage les controverses suscitées par l'interprétation des rêves. Selon Patricia Cotti²⁸⁸, l'accueil de la « *traumdeutung* » encore appelé la science des rêves, fut réservée par la communauté scientifique. Mais, les principaux critiques furent les intellectuels, Jakob Burckardt, éminent directeur du théâtre de Vienne accuse Freud de vouloir « *pathologiser* » tout l'univers.

Dans l'interprétation des rêves, Freud²⁸⁹ nous présente trois schémas :

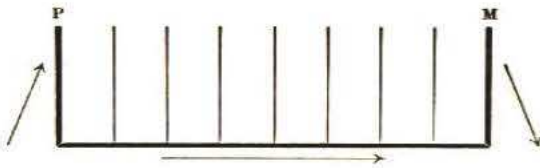


Fig. 1

Le processus psychique va de l'extrémité perceptive (P) à l'extrémité motrice. Le modèle est l'arc réflexe.

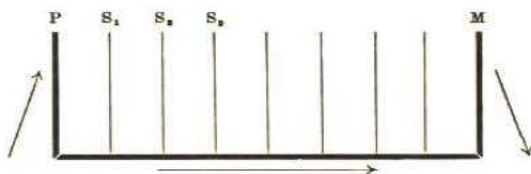


Fig. 2

Entre la perception et la motricité s'inscrivent des traces mnésiques (S1, S2...)

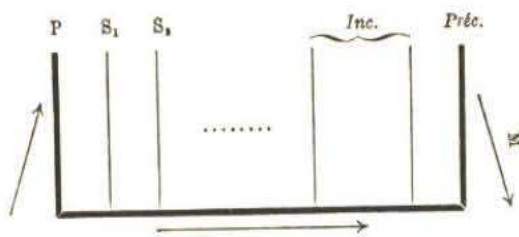


Fig. 3

Freud inscrit 2 systèmes inconscient et préconscient. Le préconscient permet l'accès à la conscience, il permet la motilité volontaire. L'inconscient, lieu de formation des rêves.

²⁸⁸ Cotti P., "Une controverse familial sur l'interprétation du rêve entre Alexander et Sigmund Freud » in Champ psychosomatique, n°31, 2003, p9-16.

²⁸⁹ Freud S., (1900), "Interprétation des rêves", PUF, 1993, p 456, 457, 459

L'inconscient joue le plus grand rôle dans la naissance du rêve.

"Mais nous apprendrons ailleurs, que quand nous traitons du désir du rêve, que la force pulsionnelle du rêve est fournie par l'inconscient, et, à cause de ce dernier élément, nous admettrons que c'est le système inconscient qui est le point de départ de la formation du rêve"²⁹⁰.

Le rêve a donc un déterminant psychique traumatique et n'a pas à être considéré comme un phénomène absurde ou magique. Concernant l'aspect magique du rêve, Freud se pose la question suivante : *"Le rêve peut-il révéler l'avenir ?"* Il répond en disant :

"Il n'en peut être question. Il faudrait dire plutôt : le rêve révèle le passé. Car c'est dans le passé qu'il a toutes ses racines. Certes, l'antique croyance aux rêves prophétiques n'est pas fautive en tous points. Le rêve nous mène dans l'avenir puisqu'il nous montre nos désirs réalisés ; mais cet avenir présent pour le rêveur est modelé par le désir indestructible, à l'image du passé."²⁹¹

Le rêve a donc pour fonction de satisfaire le sujet dans l'accomplissement de son désir. Le rêve présente surtout un moyen clinique pour découvrir la cause des névroses. Mais, il existe une exception, celle des rêves d'angoisse. Voyons comment elle s'impose à Freud.

V/8. LA THEORIE DU CAUCHEMAR

L'entrée de la psychanalyse dans le XX^{ème} siècle se fait par l'œuvre majeure de Freud "L'interprétation des rêves". Cette œuvre restitue les propres rêves de Freud et de ses malades. Freud fait entrer la subjectivité dans le domaine de la science en y reconnaissant dans le rêve une mécanique sous-jacente. C'est une véritable révolution scientifique où Freud essaye de suivre la marche de son temps. Si le rêve est l'accomplissement d'un désir, il est donc régi par le principe de

²⁹⁰ Freud S., 1900, "La psychologie des processus du rêve" in L'interprétation des rêves, PUF, 1993 p460

²⁹¹ Ibid., p.526.

plaisir. Le rêve d'angoisse tel qu'il est abordé par Freud dans l'interprétation des rêves, au contraire, vient contredire cette affirmation. Ce type de rêve est un témoin à charge contre la théorie du désir.

"Je serais bien fâché d'avoir l'air d'éviter systématiquement ce témoin à charge contre la théorie du désir"²⁹²

A partir de ce constat, Freud tente d'esquisser une théorie du cauchemar²⁹³. Il réaffirme que le rêve est une réalisation du désir. A cette théorie du désir, les rêves d'angoisse, en l'occurrence les cauchemars, apportent un démenti. Alors que la principale fonction du rêve c'est de protéger le sommeil, le cauchemar, lui, déclenche le réveil. Ce type de rêve est considéré comme une exception, tout en faisant partie intégrante de ce que Freud appelle la psychologie des névroses. Ils renferment, au même titre que les autres rêves, leur matériel sexuel.

"Cependant puisque j'ai affirmé que l'angoisse névropathique avait une origine sexuelle, je voudrais encore analyser quelques rêves d'angoisse pour montrer le matériel sexuel qu'ils renferment."²⁹⁴

Nous avons montré dans ce chapitre comment le rêve d'angoisse vient contredire la théorie du rêve, conçue comme un accomplissement du désir. Le rêve protège le sommeil alors que le cauchemar produit le réveil sans que s'accomplisse le désir. Freud ne remet pas en question le trauma sexuel dans les deux types de rêves. La sexualité infantile, en tant qu'elle peut être la cause des névroses va être étudiée par Freud. Certains facteurs extérieurs peuvent la contrarier et agir de façon traumatique sur son développement. Le "trauma" est alors considéré plus comme un accident entre réalité extérieure et vie pulsionnelle.

V/9. PULSION SEXUELLE ET "TRAUMA"

²⁹² Ibid., p.493.

²⁹³ Ibid.,p.493.

²⁹⁴ Ibid., p.495.

En 1905, Freud fonde le concept de pulsion comme point de jonction entre la vie psychique et somatique. La pulsion est définie ainsi :

*"Par pulsion nous ne pouvons, de prime abord, rien désigné d'autre que la représentance psychique d'une source endosomatique de stimulations, s'écoulant de façon continue, par opposition à la "stimulation" produite par des excitations sporadiques et externes."*²⁹⁵

Une définition qui restera la même des années après.

*"Une pulsion se distingue donc d'une stimulation en ce qu'elle provient de sources de stimulation à l'intérieur du corps, qu'elle agit comme une force constante et que l'individu ne peut pas se soustraire à elle par la fuite, comme c'est possible pour la stimulation extérieure."*²⁹⁶

La pulsion se différencie de l'excitation externe en tant qu'elle provient d'une source endosomatique. De ce fait la pulsion telle que l'entend Freud doit être maîtrisée. Elle ne peut être évitée par la fuite. Les « trois essais sur la sexualité ²⁹⁷ » est un ouvrage qui a rendu Freud très impopulaire. Selon Ernst Jones ²⁹⁸ le livre est qualifié d'abominablement immoral. Freud est taxé d'être malfaisant et obscène. L'indignation provient surtout de l'affirmation par Freud de l'existence d'une pulsion sexuelle chez l'enfant. Malgré cela, Freud, continue à s'opposer aux conceptions biologiques de son époque, en décrivant l'activité sexuelle humaine dans une temporalité singulière.

"Le fait de l'instauration en deux temps du développement sexuel chez l'homme, autrement dit l'interruption de ce développement par la période de latence, nous parut digne d'une attention particulière. Il semble qu'il renferme une des conditions de

²⁹⁵ Freud S., 1905, Trois essais sur la théorie sexuelle, édition Gallimart 1993, p83

²⁹⁶ Freud S., 1933 "Angoisse et vie pulsionnelle" in Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse éditions Gallimard, 2002, p130

²⁹⁷ Op. Cit.,

²⁹⁸ Jones E., Op. cit., p13.

l'aptitude de l'être humain à développer une culture supérieure, mais aussi de sa tendance à la névrose. A notre connaissance rien d'analogue ne peut être démontré chez les animaux apparentés à l'homme."²⁹⁹

L'homme, tant qu'il possède dans son développement sexuel une latence, indique une différence essentielle entre l'homme et l'animal. Cette temporalité "sexuelle" nous différencie du monde animal et crée les conditions particulières d'une culture supérieure des êtres humains par rapport aux animaux.

De plus pendant l'enfance la vie sexuelle est principalement masturbatoire, elle prépare à la vie sexuelle future. C'est ici que Freud³⁰⁰ considère l'enfant comme pervers polymorphe. Il rompt ainsi avec l'idée populaire que l'enfant est pur.

"Il est instructif de constater que sous l'influence de la séduction, l'enfant peut devenir pervers polymorphe et être entraîné à tous les débordements imaginables."

En effet, pour Freud, l'enfant n'a pas encore élaboré suffisamment ses défenses. La pudeur, le dégoût et la morale, résistances adultes contre les excès sexuels, sont encore immatures chez l'enfant. Malgré ses déboires avec la théorie de la séduction, Freud revient sur l'importance du vécu accidentel dans le développement pulsionnel.

*"Toutefois, aucune personne capable de pénétration ne contestera que, dans un tel concours de facteurs, il reste encore de la place pour les influences modificatrices du vécu accidentel de l'enfance et de la vie ultérieure."*³⁰¹

Au fond, il met l'accent sur un facteur externe à la vie psychique, en tant qu'il peut collaborer, et non pas être la "cause" d'une régression du développement sexuel. Cette collaboration de l'événement extérieur avec ce que Freud appelle la "*diversité innée de la constitution sexuelle*", est tout aussi bien présente dans l'enfance que plus tard au moment de la puberté ou de l'âge adulte. Parmi les facteurs traumatiques externes influençant la vie sexuelle, Freud en décrit quatre : les

²⁹⁹ Freud S., Trois essais sur la théorie sexuelle, p183

³⁰⁰ Freud S., 1905, Trois essais sur la théorie sexuelle, p118

³⁰¹ Ibid., p.191.

facteurs de prématuration, temporels, d'adhérence et de fixation. Voyons plus en détail ces différents facteurs traumatiques pouvant influencer la vie sexuelle.

La prématuration, c'est l'absence ou la diminution de ce que Freud appelle période de latence. Cette période jouerait un rôle important dans le développement sexuel futur. Son opérativité silencieuse participe à la maturation sexuelle. La transgression de ce temps psychique induit selon Freud des perturbations sexuelles.

Les facteurs temporels caractérisent le respect d'une chronologie et d'une durée des différentes phases sexuelles. Les variations dans ce domaine peuvent influencer le développement sexuel.

Les facteurs d'adhérence représentent une forme d'intensité à laquelle la pulsion s'attache à certains objets. C'est une activation fortuite de la vie sexuelle par une influence externe. Cette adhérence peut produire un résultat névrotique.

Les facteurs de fixation, c'est la collaboration entre la *diversité innée de la constitution sexuelle* et la prématuration, la temporalité et l'adhérence produisent des troubles durables aussi bien névrotiques que pervers. Entre les facteurs contingents secondaires et la sexualité "interne" acquise pendant l'enfance, va se produire un choc dont le résultat est la constitution de symptômes. L'impossibilité du retour des éléments refoulés (représentation, souvenirs de scènes vécues, souvenirs écrans, fantasmes) dans la conscience révèle en soi l'existence du mécanisme du refoulement. En effet, le retour du refoulé signe l'existence en amont du refoulement.

Nous avons essayé de montrer comment certains facteurs externes peuvent être traumatiques parce qu'ils peuvent faire dérailler le développement sexuel. Nous allons maintenant montrer comment Freud répond aux éducateurs de son époque interpellés dans leur fonction éducative pour répondre au problème du trauma sexuel. Pour cela, il va rendre compte de son expérience clinique et développer un point de vue plus large sur la naissance des sociétés humaines.

Afin d'atténuer l'impact traumatique et prévenir les névroses, l'éducateur est sollicité. Faut-il qu'il donne des explications sur la sexualité. La réponse de Freud est directement en lien avec "Les trois essais sur la théorie sexuelle"³⁰². Freud³⁰³ écrit une lettre au Docteur Fürst.. Il combat le préjugé social de l'enfant ignorant la sexualité. Pour lui cette ignorance ne fait cependant qu'accentuer la curiosité enfantine, elle ne fait qu'accroître le désir de savoir de l'enfant. C'est d'ailleurs dans cette perspective d'un savoir élaboré à partir des énigmes de la vie que Freud en 1908 s'attache à considérer ce qu'il appelle les théories sexuelles infantiles. Face aux énigmes de la vie et à l'ignorance de l'opinion sociale, les enfants construisent des fictions imaginaires susceptibles de se réactualiser ultérieurement dans la rencontre sexuelle. Ces savoirs élaborés par les enfants intéressent la question du traumatisme, en tant qu'ils sont sollicités inconsciemment dans la rencontre d'éléments sexuels futurs. Freud nous indique ceci :

*"La connaissance des théories sexuelles infantiles, des formes qu'elles prennent dans la pensée des enfants, peut-être intéressante de différents points de vue, et, de façon surprenante, aussi pour la compréhension des mythes et des contes. Mais elle est proprement indispensable pour la conception des névroses elle-même : là les théories infantiles ont encore cours et prennent une part déterminante sur la forme que présenteront les symptômes."*³⁰⁴

Ces élaborations de savoirs fantasmatiques viennent modifier la pensée éducative de l'époque. Il existe une part infantile indépendante de l'éducation parentale qui vient répondre aux énigmes de la vie. Nous pouvons examiner plus en détail ces théories fantasmatiques ayant un rôle et une importance dans la vie psychique dans leur rapport aux accidents de la vie.

³⁰² Freud S., 1905, "Trois essais sur la théorie sexuelle", PUF, p191-196, 1993

³⁰³ Freud S., 1905, "Les explications données aux enfants" in La vie sexuelle, PUF, 1993, p7

³⁰⁴ Freud S., 1908, "Les théories sexuelles infantiles", in La vie sexuelle, PUF, 1995, p16

Tout d'abord, à la question d'où viennent les bébés, les enfants construisent à côté des légendes populaires (la théorie de la cigogne) une idée assez précise de la naissance, notamment à partir de l'observation d'animaux. Mais l'activité de la vérité recherchée s'épuise nous dit Freud ; cette recherche est inhibée du fait d'une ignorance et de l'état de sa propre sexualité. C'est ainsi que vont se construire des fausses théories.

Ensuite face à la différence des sexes, les enfants construisent l'idée que tous les êtres humains ont un pénis. Il lui faudra tout un temps pour renoncer à cette idée de la non différence des sexes. Cette position considérée de façon unilatérale dans un premier temps par Freud, c'est-à-dire côté garçon, va se généraliser côté féminin. Si à ce niveau une fixation se produit, elle peut perturber le développement sexuel. A cette première théorie succède une seconde, celle de savoir comment naissent les enfants. Les enfants y associent des conceptions cloacales. Les bébés naissent par l'anus et sont contenus par les intestins.

Enfin, une autre théorie erronée vient à se faire jour, elle a trait à la relation entre les parents. L'enfant considère un sadisme du père tourné vers sa mère. C'est la théorie sadique du coït. Cette théorie plus ou moins prononcée, confirmée par la tache de sang sur les draps du lit, peut venir expliquer certains phénomènes d'horreur du sang. Selon Jean Claude Razavet³⁰⁵, chacun de ces fantasmes originaires peut être contrarié par un événement de la réalité et produire un trauma. Quand un enfant assiste au "coït" de ses parents par exemple, ceci peut bloquer le développement sexuel de l'enfant. Harold Blum³⁰⁶, directeur des archives Sigmund Freud à Washington, corrobore cette assertion en disant, notamment, que le petit Hans avait probablement été témoin de la scène originaire, puisqu'il avait dormi dans la chambre des ses parents les quatre premières années.

Le savoir élaboré par les enfants eux mêmes est une réponse aux mystères de la vie. La collusion entre l'élaboration de ces fantasmes et la réalité extérieure peut avoir une répercussion traumatique

³⁰⁵ Razavet J.C., (2001), "Du roc de la castration au roc de la structure", Edition De Boeck Université, 2002

³⁰⁶ Blum H., "Le petit Hans : une critique et remise en cause centenaire", in Topique, p 135-148, 2007

sur le développement de l'enfant. Ceci nous amène directement à la clinique freudienne. Nous allons voir à travers l'étude de Hans, Dora et l'homme aux loups comment peut se repérer l'incidence d'un "trauma" à caractère sexuel.

V/12. CLINIQUE FREUDIENNE

V/12.1 LE CAS HANS

Rappelons à ce sujet, et pour rester sur ce cas paradigmatique de la psychanalyse avec les enfants, que Hans dans sa curiosité sexuelle trouve une fin de non recevoir chez ses parents quand à la connaissance de la différence des sexes. Il trouve à la question de savoir si sa mère a un "fait pipi", une réponse insuffisante. De plus et par l'intérêt qu'il porte à son "fait pipi", Hans rencontre la menace parentale *"Si tu fais ça, je ferai venir le docteur A...qui te coupera ton fait pipi"*. Ce sont des propos traumatiques, selon Freud³⁰⁷, qui ont une action sur l'angoisse de l'enfant et qui le prédisposent à sa phobie. Il est d'ailleurs étonnant que Freud n'ait pas ouvert le débat sur le trauma, et de son dépassement chez Hans. C'est une question posée par Harold Blum³⁰⁸. Pour lui, Freud ne peut pas avoir ignoré la question du trauma chez Hans. La séduction traumatique d'un enfant par un adulte est pour Freud toujours d'actualité. Il suffit pour cela de se reporter à "Dora" et à "L'homme aux loups", autres cas psychanalytiques. Ces cas nous intéressent pour notre étude qui s'adresse aux enfants et aux adolescents, car il s'agit d'un jeune homme et d'une jeune fille de 18 ans. Nous entrerons dans l'analyse de ces cas avec la recherche de la question traumatique posée par Freud.

V/12.2. L'HOMME AUX LOUPS

³⁰⁷ Freud S.,(1909), "Le petit Hans" dans les cinq Psychanalyses, PUF, 1992, p 95

³⁰⁸ Op. cit., Blum Harold

"L'homme aux loups" est un analysant de Freud qui manifeste une phobie des loups survenue à la suite d'un rêve d'angoisse dont l'énoncé est le suivant :

*"J'ai rêvé qu'il faisait nuit et que j'étais couché dans mon lit. (Mon lit avait les pieds tournés vers la fenêtre ; devant la fenêtre il y avait une rangée de vieux noyers. Je sais avoir rêvé cela l'hiver et la nuit.) Tout à coup la fenêtre s'ouvre d'elle-même et, à ma grande terreur, je vois que sur le grand noyer en face de la fenêtre, plusieurs loups blancs et ressemblaient plutôt à des renards ou à des chiens de berger, car ils avaient de grandes queues comme les renards et leurs oreilles étaient dressées comme chez les chiens quand ceux-ci sont attentifs à quelque chose. En proie à une grande terreur, celle d'être mangé par les loups"*³⁰⁹

Ce rêve, pièce centrale de la psychopathologie de ce sujet, fait l'objet d'une interprétation très poussée par Freud qui nous révèle une source traumatique.

*"Si jeune qu'il soit, il a tout de même trouvé moyen de remplacer une impression de sa 4^{ème} année par un traumatisme imaginaire à 1 an et demi, mais cette régression-là ne semble ni énigmatique ni tendancieuse."*³¹⁰

Ce contenu manifeste est relié aux impressions d'une scène primitive, que Freud nomme "traumatisme imaginaire". C'est en effet pour faire valoir une réalité psychique sexuelle de l'ordre d'un trauma "hors le temps" pour reprendre une expression freudienne, qu'est mis en avant ce matériel. L'énoncé de ce rêve est la traduction d'une scène primitive mettant en jeu le désir de satisfaction du père de "L'homme aux loups". Cette mise en lumière d'un inconscient sexuel, n'est pas sans nous rappeler d'ailleurs ce que Freud disait à propos de "Los fueros" en 1896. Ce contenu manifeste est relié aux impressions d'une scène primitive. L'énoncé de ce rêve est la traduction d'une scène primitive mettant en jeu le désir de satisfaction du père de "L'homme aux loups".

En effet, le choix libidinal de l'homme aux loups est en relation avec une scène vue à l'âge d'un an et demi, un "coït à tergo" entre ses parents. C'est la première rencontre traumatique de l'homme

³⁰⁹ Freud S., 1909, "L'homme aux loups", in Les Cinq Psychanalyses, p342

³¹⁰ Ibid., p368.

aux loups. Cette rencontre primordiale avec le sexuel est traumatique parce que le sujet ne peut traduire symboliquement ce qu'il voit. Dans sa contribution à la vie amoureuse et plus particulièrement dans l'article de 1910 (un type particulier de choix d'objet chez l'homme), Freud³¹¹ décrit les conditions nécessaires pour la vie amoureuse : la condition du "tiers lésé" ou encore "l'amour de la putain". Pour le cas de l'homme aux loups, la rencontre sexuelle est d'autant plus traumatique qu'il n'accède pas à la symbolisation phallique, la vie amoureuse est pour cet homme extrêmement difficile.

V/12.3. LE CAS DORA³¹²

Mais déjà, avec le cas Dora quelques années auparavant, nous retrouvons le même souci chez Freud : le souci de la vérité. Le cas Dora, publié peu après l'interprétation des rêves, est concomitant des découvertes liées à l'interprétation des rêves. Freud reprend la théorie du traumatisme. Il la considère comme incomplète. Il fait un sort définitif aux états hypnoïdes, pour lui la question de l'inconscient est toujours ouverte. Il existerait des processus psychiques à l'œuvre qu'il est nécessaire de mettre en évidence. Avec le cas Dora, c'est précisément ce que Freud s'évertue à faire. Il veut réactualiser l'abord psychique de l'hystérique depuis Anna O.

Freud déplace le trauma chez Dora, vers le sexuel. Il cite la scène du magasin comme traumatique. Dora est alors âgée de 14 ans, Monsieur K, l'ami de la famille, s'intéresse de près à cette jeune fille. Il finit par l'embrasser. Ce baiser fait éprouver à Dora un profond dégoût. Cet affect produit l'oubli de la scène qui sera remémorée pendant le traitement avec Freud des années plus tard.

"L'incident avec M.K fournissait, à notre malade Dora, le traumatisme psychique que Breuer et moi avons affirmé être la condition préalable indispensable à la formation d'un état hystérique."³¹³

La théorie du trauma est donc pour Freud toujours d'actualité, il y apporte cependant un correctif. Les troubles rencontrés chez Dora n'ont pas un lien direct avec l'oubli, Freud considère qu'il faut

³¹¹ Freud S., (1910), « contribution à la psychologie amoureuse », in la vie sexuelle, PUF, 1995.

³¹² Freud S., 1909, "Le cas Dora" in Les Cinq Psychanalyses", 1992, p17

³¹³ Freud S., 1909, "Le cas Dora" in Les Cinq Psychanalyses", 1992, p17

aller plus loin dans l'histoire du cas pour trouver encore d'autres éléments traumatiques, la scène des 14 ans faisant écho à un vécu plus ancien de l'enfance. Ce n'est plus l'événement en soi, si tant est qu'il soit de l'ordre de la séduction d'un enfant par un adulte, qui est potentiellement traumatique mais plutôt le vécu de cet événement relié aux fantasmes sexuels œdipiens.

La théorie du "trauma" est donc remaniée avec la vie fantasmatique. Les événements extérieurs sont des éléments contingents à un "trauma". Il existerait même un ordonnancement de la vie psychique. En 1909, année de publication des Cinq Psychanalyses, Freud³¹⁴ expose aux Etats Unis sa conception sur la psychanalyse et revient sur la notion de traumatisme. En plus des conceptions anciennes qu'ils ne réprouvent pas, il ajoute une notion d'ordre et de pluralité des souvenirs. Les souvenirs traumatiques apparaissent dans l'ordre inverse où ils se sont constitués en lien avec le symptôme.

La force attractive des scènes qui font événement traumatique pour un être humain, amène Freud à s'orienter vers les origines du monde. Pour Freud il existe un parallèle entre l'ontogénèse et la phylogénèse.

V/13. UN "TRAUMA" ORIGINAIRE

La préoccupation pour les origines tant sur le plan ontogénétique que phylogénétique est pour Freud constante. La cause des phénomènes psychiques doit pouvoir être déterminée et ainsi assurer à la jeune science psychanalytique un avenir. Il n'hésite pas à proposer une contribution pour apporter une explication psychanalytique dans l'évolution phylogénétique à côté de la biologie, de la religion... Le fameux "chainon manquant" du passage entre l'animal et l'homme, serait ni plus ni moins qu'un acte criminel.

³¹⁴ Freud S., 1909, "Cinq leçons sur la psychanalyse", pbb, première leçon, 1987, p13

En effet, Freud³¹⁵ imagine qu'il existe un traumatisme au fondement des civilisations. "Totem et tabou" est un ouvrage écrit en 1912. Beaucoup de psychanalystes pensaient que c'était un moment d'égarement chez Freud, mais qu'allait-il chercher chez ces peuples primitifs? Freud constate tout d'abord, grâce aux travaux de J.G. Frazer "Totemism and exogamy", le respect de l'interdit de l'inceste chez les peuples les plus primitifs et observe qu'il existe un interdit fondamental respecté par les peuples. Cet interdit est à considérer entre tous les membres d'une même famille, voire même entre un gendre et sa belle mère.

Par exemple, chez les zoulous, le gendre doit avoir honte de sa belle-mère. Il n'entre pas dans la cabane lorsqu'elle s'y trouve. Lorsqu'ils se rencontrent l'un et l'autre se cachent derrière un buisson, l'homme met son bouclier devant le visage. Lorsqu'ils ne peuvent s'éviter, la femme noue autour de la tête une touffe d'herbes. Les relations entre eux sont assurées par une tierce personne ou bien ils se parlent à haute voix, séparés qu'ils sont par un obstacle naturel. Aucun d'eux ne doit prononcer le nom de l'autre. Nous voyons à travers cet exemple avec quelle rigueur est respecté l'interdit avec tout le cérémonial un peu comique du gendre et de la belle-mère pour éviter toute rencontre. La relation entre belle-mère et gendre pourrait représenter un danger pour la famille, parce que nous dit Freud la belle-mère, femme plus âgée, pourrait se comporter comme une mère. Le tabou de la mère est donc très respecté, c'est pourquoi Frazer reconnaît dans le tabou de la mère la loi primordiale de l'humanité.

Ce que Freud va imaginer à la suite des travaux de Frazer et après un aveu de celui-ci, sur le fait qu'il ignore l'origine de la peur de l'inceste. Il va proposer une hypothèse à cette énigme de l'origine après avoir pris soin de définir le tabou et le totem. Le tabou est relatif à l'inceste le totem est le nom des clans. C'est à partir de ce repère nominal que va se constituer une société humaine. La question que se pose Freud est la suivante : d'où provient le totem?

Freud va partir de l'hypothèse de Charles Darwin sur l'état social primitif de l'humanité. Il cite Darwin qui avance que l'homme a vécu primitivement en petites hordes, à l'intérieur desquelles la jalousie du mâle le plus âgé et le plus fort empêchait la promiscuité sexuelle. Nous avons d'après Darwin une horde primitive dans laquelle il y aurait un père tout puissant possédant

³¹⁵ Freud S., 1913, "Totem et tabou" Petite bibliothèque Payot, 1986, p13

toutes les femmes, chassant les fils lorsque ceux-ci devenaient trop entreprenants auprès des femelles du clan. Freud, à partir de l'hypothèse Darwinienne et des connaissances que lui a apportées la psychanalyse notamment en ce qui concerne la phobie des animaux chez les enfants, et des travaux de W. Robertson Smith sur la religion, ajoute à l'hypothèse darwinienne une scène originaire. Cette scène aurait pour but de tuer le père objet de toutes les jalousies après que les fils se soient réunis. Les fils auraient dévoré le père et, une fois l'acte commis à partir d'un rituel où les fils sont vêtus et bougent de façon à ressembler au totem, auraient entendu le père. Il s'ensuit une fête des plus bruyantes et des plus joyeuses. Une fois le festin consommé, et le père incorporé, le remords se seraient emparés des fils rebelles, une forme de culpabilité. Ils érigèrent alors un totem à l'effigie du père mort, de la horde primitive. C'est ainsi qu'est mis fin à la horde primitive par le meurtre du père et son incorporation. La dévoration cannibalique permet l'identification au père. Le sentiment de culpabilité généré par cet acte engendre les bases d'une civilisation fondée autour du Totem.

Deux tabous principaux doivent être respectés : la proscription des femmes appartenant au même totem (inceste) et l'interdiction de tuer le totem (meurtre et parricide). Ce serait cet acte meurtrier, traumatique, qui serait le point de départ des organisations sociales, des restrictions morales, des religions... Nous sommes ici en pleines spéculations, que Freud nomme dans sa correspondance à Fénénczi des fantaisies. En effet, les connaissances sur les anthropoïdes ne peuvent objectiver le passage d'une société animale à une société humaine. Ce qu'avance Freud n'a donc aucune valeur scientifique, pourtant pour Freud il existerait un trauma originaire au fondement des civilisations, qui procède d'un refoulement et participe à la constitution sociale avec le tabou de l'inceste et l'interdit du meurtre du père. Freud cherche à définir le plus rigoureusement possible ce qu'est un "trauma".

V/14. DEFINITION DU TRAUMATISME

En 1916, Freud entreprend une synthèse des idées de la psychanalyse. Le traumatisme trouve une nouvelle définition. Il donne au traumatisme un sens économique.

"Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous

appelons ainsi un évènement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie."³¹⁶

Le "trauma" est associé à un évènement extérieur (de la réalité), qui impacte la vie psychique d'une façon telle, qu'il lui est impossible de le traiter par les voies normales. Freud accorde toute son importance à la vie extérieure, mais il la délimite. D'une part, il n'est pas concevable de considérer toutes les situations troublantes de la vie comme traumatiques. En effet, dit-il, l'amour d'une petite fille pour son père est un sentiment si facile à vaincre qu'il est erroné d'y associer le terme de traumatisme. D'autre part l'état morbide ne peut être rattaché à un seul évènement ; les conditions du trouble exprimé sont souvent plurielles. Freud insiste pour dire qu'il ne faut pas abandonner le "point de vue du trauma" pour autant, mais qu'il occupera une autre place, il s'avance vers une conception économique du trauma.

*"Mais nous avons aussi la conviction que le point de vue traumatique ne doit pas être abandonné comme étant erroné : il occupera seulement une autre place et sera soumis à d'autres conditions."*³¹⁷

C'est donc à considérer le trauma dans un fonctionnement économique, c'est-à-dire selon Laplanche et Pontalis³¹⁸ c'est l'hypothèse freudienne selon laquelle les processus psychiques consistent en la circulation, répartition d'une énergie quantifiable et susceptible d'augmentation et de diminution. Le trauma, joue un rôle dans le dysfonctionnement économique des processus psychiques. Mais ces travaux vont amener un certain nombre de critiques. Kroeber³¹⁹, une des personnalités les plus influentes de l'anthropologie du début du vingtième siècle va amener la contradiction à Freud. D'une part, les allégations de Darwin-Atkinson sont hypothétiques. Il n'est

³¹⁶ Freud S., 1916, Introduction à la psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1984, p256

³¹⁷ Ibid., p257.

³¹⁸ Laplanche J., Pontalis JB., (1967) Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF, 2004

³¹⁹ Kroeber AL., « Totem and taboo, an ethnologic psychanalysis » in the nature of culture university of Chicago Press, 1952, p 301-309.

pas démontré que nos ancêtres vivaient en horde avec un mâle dominant. D'autre part, l'affirmation de Robertson Smith sur le sacrifice de l'animal totem et de son incorporation comme rituel religieux ancien pourrait éventuellement concerner les cultures méditerranéennes mais ne serait pas universel. Enfin, le sacrifice animal ne serait pas nécessairement lié au totémisme. L'idée freudienne que les fils tuèrent et mangèrent le père n'est qu'une hypothèse.

Nous avons donc, essayé de cerner la position freudienne face aux problèmes du trauma. Nous allons voir maintenant comment Freud s'oriente vers une conception économique du trauma en l'intégrant dans sa seconde théorie, plus complexifiée, de l'appareil psychique (seconde topique).

V/15. VERS UNE CONCEPTION ECONOMIQUE DU "TRAUMA" : LE DEFAUT DU PARE EXCITATION...L'HUMOUR

En 1919 dans la correspondance avec Jones, Freud esquisse sa conception économique du traumatisme :

"Considérez d'abord la névrose traumatique en temps de paix. C'est une affection narcissique comme la démence précoce, etc. On peut saisir le mécanisme. L'angoisse constitue une protection contre le choc. Dans la névrose traumatique, il semble que l'esprit n'ait pas eu le temps de recourir à cette protection et qu'il ait subi, sans y être préparé, le traumatisme. Sa Reizschutz (défense contre les stimuli) est débordée et il se voit frustré de la fonction principale et primaire, celle d'éloigner les excitations excessives. La libido narcissique se manifeste alors sous la forme de l'angoisse avec tous ses signes. Tel est le mécanisme de tous les cas de refoulement primaire ; à la base de chaque cas de névrose de transfert se découvre une névrose traumatique."³²⁰

C'est un tournant théorique : même si Freud reconnaît très tôt la dimension économique du "trauma", il fait de la névrose traumatique la base de la névrose de transfert. La conception du "trauma" en termes d'après-coup et de fantasmes cède le pas à une conception purement

³²⁰ Freud S., 1919, Correspondance avec Jones

économique du trauma. Il existerait une force traumatique qui viendrait modifier l'économie psychique. Elle ferait dysfonctionner les mécanismes psychiques d'atténuation des stimulations externes.

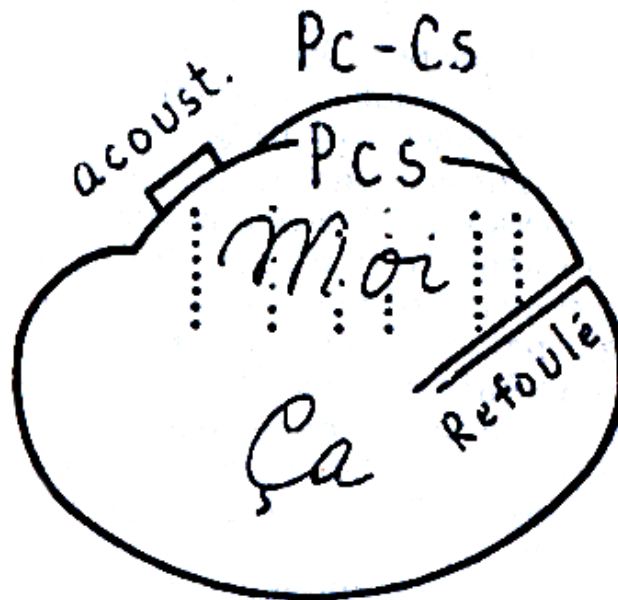
Le trauma à partir de 1920, plutôt qu'un excès d'excitation, est à comprendre comme un défaut du pare excitation. Freud a une vision du traumatisme différente. Il considère un conflit entre l'événement extérieur traumatique et la force interne du psychisme. Il existe dans le cas normal un rapport de force équilibré qui vise à repousser ou filtrer les stimulations externes, qui se produisent au niveau du pare excitation (*Reizschutz*), sorte de couche superficielle qui sert à réduire les stimulations externes. Il permet de lier les stimuli à d'autres associations. A partir de là, il y aurait traumatisme pour Freud quand une grande quantité d'énergie vient faire effraction dans le psychisme en court-circuitant, en quelque sorte, la fonction du pare excitation. Le "trauma" est ainsi lié aux apories économiques de l'appareil psychique. L'exemple souvent utilisé est la situation de détresse du nourrisson à la naissance. La mère ou celui qui donne les soins à l'enfant sert de pare excitation aux stimuli internes et externes, qui viennent faire effraction dans la psyché.

L'exemple clinique du *Fort Da* encore appelé jeu de la bobine proposé en 1920 par Freud³²¹ dans son texte "Au-delà du principe de plaisir", met l'accent sur la dimension de l'absence parentale, en tant qu'elle peut être à l'origine d'un trauma. Rappelons que ce jeu décrit l'observation du petit fils de Freud. L'enfant alors âgé de un an et demi se livre à un jeu répétitif consistant à jeter une bobine en bois attachée à un fil, il y associe les sons "o-o-o-o" (*fort*) ; une bobine qu'il fait disparaître et qu'il retrouve en tirant la ficelle et en prononçant un joyeux "voilà" (*da*). L'enfant, pour Freud, substitue à la disparition de ses parents le jeu de la bobine. La pulsion de mort, considérée ici plus comme un processus psychique de substitutions symboliques aux images parentales. Autrement dit, l'enfant par son jeu de la bobine va supporter l'absence de ses parents. C'est le passage de la réalité au symbolique. Le symbole venant prendre la place, psychiquement et momentanément, des parents. C'est ici que Freud met l'accent sur la question de l'objet ; fondement de la vie psychique. L'objet est en quelque sorte produit par la réalité

³²¹ Freud S., 1920, "Au-delà du principe du plaisir", in Les Essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1981, p52

psychique pour venir supporter le vide laissé par l'absence parentale, situé au-delà du principe de plaisir.

Dans le prolongement d'une conception économique du "trauma", Freud introduit le concept de répétition. Cette répétition met en échec toute tentative thérapeutique pour remettre en jeu le principe de plaisir. Freud réélabore sa théorie et construit sa seconde topique, dans laquelle il élabore la fonction du sur-moi. La seconde topique est l'un des éléments fondamentaux de la théorie psychanalytique élaborée par Freud. Elle représente une cartographie de l'appareil psychique. Elle comporte trois instances : le ça, le moi et le sur-moi. Cette seconde topique ne vient pas contredire la première topique, elle propose une diversification de l'explication, elle est superposable à la précédente³²².



Le traumatisme est plutôt considéré dans la seconde topique comme une effraction du pare excitation. Selon le lexique de psychologie³²³ le pare excitation est une fonction consistant à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur. Cette fonction est

³²² Ibid., p.236.

³²³ Lexique de psychologie réalisé courant 1985 par l'ensemble de la promotion 1984/87 du Centre de formation pour infirmières, du secteur psychiatrique du CHS de saint Jean de Dieu à Lyon 8

essentiellement assurée par la mère et par le psychisme du nouveau né qui est protégé par un seuil élevé aux stimuli extérieurs. Le traumatisme peut alors être défini comme une effraction du pare excitation. Cette effraction quantitative, d'origine interne ou externe court-circuite le "pare excitation". Le point de vue économique du "trauma" est ainsi privilégié.

Il est possible pour Freud d'y rattacher la pulsion de mort. En effet le traumatisme est une effraction du pare excitation, l'appareil psychique n'arrive pas à liquider cette surcharge pulsionnelle. Le principe de plaisir inhérent à la vie psychique est dérégulé, mis hors jeu. La soudaineté de l'évènement a causé un effroi, distinguable de l'angoisse. L'affect d'angoisse, contrairement à la névrose classique, ne serait pas sollicité dans la névrose traumatique. C'est ainsi que la surexcitation pulsionnelle est déchargée dans un agir répétitif. Freud montre comment le rêve traumatique n'est pas un accomplissement de désir, il est interrompu, et réapparaît alors l'angoisse qui a fait défaut au moment du trauma. Les névroses de guerre où apparaît un syndrome de répétition permettent à Freud de donner un exemple d'évènement extérieur représentant la pulsion de mort. Lacan³²⁴, à ce sujet, situe la pulsion de mort dans le domaine historique, lui-même rattaché au système signifiant. La guerre, évènement historique, est prise comme un évènement extérieur venant faire effraction dans la vie de certains soldats et les amène à répéter inlassablement les mêmes comportements. Cette répétition mortifère est le résultat d'un défaut du pare excitation n'ayant pu traiter l'évènement extérieur. Dans ce contexte l'affect d'angoisse n'est pas ressenti. Le contexte "traumatique" amène à parler du facteur surprise de l'effroi. Freud³²⁵ fait allusion à l'effroi qu'il distingue très nettement de l'angoisse et de la peur, qu'il définit comme "*un état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé*"³²⁶.

Guillaume Vaiva³²⁷, dans un article paru en 2005, précise que cet état est généralement bref, privé d'affects et de pensées. C'est un état où le sujet est déserté par le langage. Il vit une expérience de

³²⁴ Lacan J., séminaire Livre VII, l'éthique de la psychanalyse, Seuil, 1986, p 250

³²⁵ Freud S., 1920, "Au-delà du principe du plaisir" in Les essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1981, p50

³²⁶ Ibid., p.50.

³²⁷ Vaiva G., "Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ?" in Revue de psychanalyse Savoir et clinique, p229-233 édition Erès, N°6/ oct.2005

déshumanisation. C'est le temps de l'effraction, c'est le temps où se dépose à l'intérieur du sujet cette image de mort, qui ressurgit intacte au moment du syndrome de répétition. Ces manifestations sont éphémères. Elles sont soit liées à une angoisse, soit le processus de clivage parvient à isoler l'évènement traumatique dans l'appareil psychique, soit l'élaboration de cet évènement se fait rapidement. A coté de cette considération sur l'effroi,

Nous rattachons à la seconde topique la question de l'humour dont Freud avait déjà parlé en 1905. L'humour serait paradoxalement intégré au sur-moi.

Le Moi, nous dit Freud³²⁸, refuse d'admettre que les traumatismes du monde extérieur puissent le toucher ; bien plus, il fait voir qu'ils peuvent même lui devenir occasions de plaisir.

L'humour a quelque chose de sublime qui cherche à épargner des affects pénibles. Le sur-moi, paradoxalement, serait l'instance de l'intention humoristique. L'humour semble dire "Regarde ! Voilà le monde qui te semble si dangereux ! Un jeu d'enfant ! Le mieux est donc de plaisanter."³²⁹

Nous avons essayé de montrer dans ce chapitre l'importance que revêt le trauma chez Freud dans sa seconde topique. Nous allons voir maintenant l'intérêt qu'il porte à l'angoisse, qu'il va définir comme un signal en relation au « trauma » après toute une élaboration. Nous ferons allusion également à un certain type d'angoisse révélée à partir d'une différence entre la confrontation du vécu intérieur d'une chose et la confrontation à la réalité extérieure de cette même chose. Il existe une différence qui peut susciter un affect d'angoisse. Ce dernier aspect montre comment l'angoisse, à partir d'une expérience personnelle, peut se générer.

V/16. ANGOISSE ET TRAUMA

³²⁸ Freud S., 1905, "L'humour" in Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient, Gallimart, 1971, p378

³²⁹ Ibid., p.212.

C'est à partir de la notion d'angoisse et de son élaboration successive en 1916 dans l'introduction à la psychanalyse³³⁰, en 1926 dans le texte inhibition symptôme et angoisse³³¹ et en 1933 dans les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse³³², que la question du trauma continue à se développer. Deux grandes propositions sur l'angoisse sont formulées par Freud. Dans un premier temps le refoulement produit l'angoisse alors que dans une deuxième étape il conçoit plutôt l'angoisse comme activatrice du refoulement.

V/16.1 L'ANGOISSE EN 1916

Il est classique de dire que la première théorie sur l'angoisse a été écrite en 1916. Dans le recueil Introduction à la psychanalyse, conférence 25, Freud détermine trois grands types d'angoisses fondées sur une angoisse prototypique.³³³

"Vous serez peut-être curieux d'apprendre comment on a pu arriver à l'idée que c'est l'acte de naissance qui constitue la source et le prototype de l'état affectif caractérisé par l'angoisse"³³⁴

Freud nous indique qu'il existe le prototype de l'angoisse dans l'acte de naissance. Il est arrivé à cette idée en puisant dit-il dans la pensée naïve du peuple. Il rappelle à ce sujet une anecdote riche d'enseignements.

"Un jour, il y a longtemps de cela, que nous étions réunis plusieurs jeunes médecins des hôpitaux au restaurant autour d'une table, l'assistant de la clinique obstétricale nous raconte un fait amusant qui s'était produit au cours du premier examen de sages femmes. Une candidate à laquelle on avait demandé ce que signifie la présence du

³³⁰ Freud S., (1916), "introduction à la psychanalyse", chapitre 18, 255-267, Paris, petite bibliothèque Payot, 1984

³³¹ Freud S., (1926), « Inhibition symptôme et angoisse » Paris PUF, 1969

³³² Freud S., (1933), « Angoisse et vie pulsionnelle » in les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, XXII è conférence, ed Gallimard, 2002, p 111-150

³³³ Freud S., 1916, "L'angoisse" in Introduction à la psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1984, p255-267

³³⁴ Ibid.,p.374.

méconium dans les eaux pendant le travail d'accouchement répond sans hésiter que l'enfant éprouve de l'angoisse."³³⁵

L'intuition de cette candidate a trouvé les faveurs de Freud et les sarcasmes des autres médecins, qui s'indignent à pouvoir accorder autant d'importance à l'enfant prénatal. Freud, en dehors de l'angoisse "prototypique", décrit plusieurs types d'angoisse :

- l'angoisse d'attente
- l'angoisse phobique
- l'angoisse névrotique

L'angoisse d'attente correspond plutôt à la névrose d'angoisse. La névrose d'angoisse est une névrose où les personnes sont dans des dispositions particulières, d'attente anxieuse.

*"Nous appelons cet état "angoisse d'attente" ou "attente anxieuse". Freud conçoit un type de névrose où l'angoisse prédomine dans la vie des personnes. Elle crée chez le malade une sorte d'humeur sombre, du pessimisme..."*³³⁶

Cette angoisse est en lien avec l'attente d'une mauvaise nouvelle. Freud montre qu'il est possible de voir apparaître de l'angoisse lors des restrictions sexuelles ou lors de l'interruption de l'acte sexuel.

Freud distingue un autre type d'angoisse, plutôt psychique dit-il. C'est une angoisse qui caractérise les phobies.

*"Une autre forme d'angoisse présente, au contraire de celle que je viens de décrire, des attaches plutôt psychiques et est associée à certains objets en situation."*³³⁷

Cette forme d'angoisse, Freud la range du côté de l'hystérie d'angoisse.

³³⁵ Ibid., p.374.

³³⁶ Ibid.,p.375.

³³⁷ Ibid.,p.375.

Un troisième type d'angoisse est mise en valeur par Freud. Elle correspond à une angoisse foncièrement névrotique.

*"La troisième forme d'angoisse névrotique nous met en présence d'une énigme qui consiste en ce que nous perdons entièrement de vue les rapports existant entre l'angoisse et le danger menaçant."*³³⁸

Ce type d'angoisse peut surgir n'importe quand, il n'est pas lié à une situation précise. Cet accès d'angoisse peut se transformer en symptôme.

*"L'ensemble de l'accès peut-être remplacé par un symptôme unique d'une grande intensité, tel que tremblements, vertiges, palpitations, oppressions..."*³³⁹

Cette angoisse, de par sa nature, ne peut être résolue par la fuite, elle se résout dans un symptôme. Elle serait une angoisse spécifiquement névrotique qui présente la caractéristique de pouvoir se déclencher à tout moment.

V/16.2. SECONDE THEORIE SUR L'ANGOISSE

Freud va réactualiser sa première théorie avec la seconde topique "moi-ça-sur-moi".³⁴⁰ C'est très sensible dans le texte de 1926 "Inhibition symptôme et angoisse"³⁴¹. Freud reprend le thème de l'angoisse à partir de la seconde topique, il distingue l'inhibition du symptôme.

L'inhibition est un processus du Moi. C'est une restriction des fonctions du "moi" due à l'affect d'angoisse. Autour du "moi" existent plusieurs fonctions (professionnelle, alimentation, sexuelle, locomotion). Freud met l'abaissement des fonctions en relation avec l'angoisse et il définit ainsi toute une psychopathologie.

³³⁸ Ibid., p.377.

³³⁹ Ibid., p.377.

³⁴⁰ Freud S., 1920, "Le moi et le ça", in Les Essais de psychanalyse, 1981, p20

³⁴¹ Freud S., 1926, "Inhibition, symptôme et angoisse", PUF, 1969

- Abaissement de la fonction sexuelle : impuissance psychique
- Diminution de la fonction alimentaire : inappétence alimentaire
- Altération de la fonction locomotrice : abasie (suppression de la locomotion)

Un autre mécanisme peut se trouver, il s'agirait d'un accaparement de l'énergie psychique, diminuant ainsi les fonctions générales du Moi pour se consacrer à la résolution d'une tâche difficile, comme par exemple un deuil douloureux.

L'inhibition est en relation avec l'énergie psychique, soit selon Freud, par restriction, par précaution ou par appauvrissement de la fonction du "moi".

"En conclusion on peut donc dire des inhibitions qu'elles sont des restrictions des fonctions du Moi soit par précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie. Il est maintenant facile de savoir en quoi l'inhibition du ça"³⁴²

Le symptôme, lui, est autre chose :

"Le symptôme serait indice et substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas eu lieu, un succès du processus de refoulement"³⁴³

Freud entre ici dans d'autres considérations. Il réintroduit la question du symptôme avec sa nouvelle topique, il fait état du refoulement mis en cause dans la formation de symptôme et la production d'angoisse. Voici ce que dit Freud³⁴⁴ :

"Car le processus, qui par le refoulement est devenu un symptôme, affirme maintenant son existence en dehors de l'organisation du Moi et indépendamment d'elle".

Il y a donc un mécanisme substitutif qui transforme les motions pulsionnelles du ça en symptôme. Notons, à ce niveau, que Freud va caractériser deux types d'angoisse : une angoisse en lien avec une situation de danger réelle, une autre angoisse en lien avec des revendications pulsionnelles.

³⁴² Ibid., p.7.

³⁴³ Ibid., p.7.

³⁴⁴ Ibid., p.13.

Ces deux situations, en lien avec un trauma à venir, ou un trauma déjà vécu, sont nommées par Freud situations de "désaide".

*"Appelons traumatique une telle situation vécue de désaide; nous sommes alors bien fondés à séparer la situation traumatique de la situation de danger"*³⁴⁵

V/16.3. ANGOISSE ET VIE PULSIONNELLE

En 1933, Freud³⁴⁶ résume son point de vue sur l'angoisse dans une nouvelle contribution. Si l'angoisse était auparavant conçue comme un produit du refoulement, elle est maintenant considérée comme produisant le refoulement.

*"Nous avons se faisant appris deux choses nouvelles : premièrement que c'est l'angoisse qui produit le refoulement et non comme nous le pensions, l'inverse, et qu'une situation pulsionnelle redoutée remonte, au fond, à une situation de danger extérieur."*³⁴⁷

Freud modifie son point de vue sur l'angoisse. Pour lui l'angoisse est générée par un danger extérieur. En effet, selon Freud, le petit garçon ayant un sentiment amoureux envers sa mère, va éprouver de l'angoisse par rapport à des conditions extérieures liées à un danger. Ce danger extérieur renvoie à un vécu de castration. Le petit garçon éprouve l'angoisse d'être castré dans le lien amoureux à sa mère. Le danger est une menace extérieure incarnée généralement par le père. Mais au final et au fil de cette élaboration, Freud³⁴⁸ conçoit qu'il puisse exister une double origine de l'Angoisse. Je le cite :

³⁴⁵ Ibid., p.78.

³⁴⁶ Freud S., 1933, "Angoisse et vie pulsionnelle", in Les Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, éditions Gallimart, 2002

³⁴⁷ Ibid., p.122.

³⁴⁸ Ibid.,p. 128.

« Mais, je ne vois pas d'objection à une double origine de l'angoisse, tantôt comme conséquence directe du facteur traumatique, tantôt comme signal indiquant qu'il y a menace de réapparition d'un tel facteur. »

L'angoisse dans ce double registre permet à la fois d'indiquer la part prise par la réalité extérieure mais également la fonction de signal du moi indiquant la possibilité du retour d'éléments traumatiques refoulés.

V/16.4. UNE ANGOISSE PARTICULIERE: UNE INQUIETANTE ETRANGETE

Freud³⁴⁹, dans sa correspondance à Romain Rolland, décrit le sentiment d'étrangeté qu'il éprouve quand il se retrouve sur l'Acropole à Athènes.

"L'après-midi de notre arrivée, quand je me trouvai sur l'Acropole et que j'embrassai le paysage du regard, il me vint subitement cette étrange idée : ainsi tout cela existe réellement comme nous l'avons appris à l'école."

Freud éprouve un sentiment d'étrangeté à confronter la réalité de ce qu'il voit à ce qu'il a pu imaginer. Ces sentiments sont des phénomènes bizarres que nous observons sous deux formes:

- soit une partie de la réalité nous apparaît comme étrangère, comme la découverte dans la réalité de l'Acropole par Freud,

- soit c'est une partie de notre propre Moi qui nous apparaît comme étrange.

Dans ce sentiment d'étrangeté nous excluons une partie de nous même. Le but de ces sentiments est un moyen de défense contre les choses étrangères au Moi.

Parmi les moyens de défense le refoulement et le jugement en font partie. La source de l'étrangeté peut être de deux ordres, soit à l'intérieur même de la vie psychique, soit à l'extérieur. Ainsi nous pouvons tout à fait penser que certains événements de la vie peuvent susciter un sentiment d'étrangeté. Freud, pour nous faire mieux comprendre le rapport de l'évènement et de la

³⁴⁹ Freud S., 1936, Un trouble de mémoire sur l'Acropole, lettre à Romain Rolland", in Sigmund Freud et Romain Rolland Correspondance, 1923-1936, PUF, Paris 1993

défense, cite l'exemple du roi Boadbil, célèbre Maure et dernier souverain de Grenade. Quand il lui est annoncé la chute de sa ville (Alhama), il décide de traiter la nouvelle comme non arrivée. Il brûle les lettres et fait tuer le messenger. Il ne veut pas savoir la réalité des faits. Cet exemple nous montre comment il est possible de s'opposer défensivement à une réalité.

Nous avons pu observer l'importance de l'anxiété dans sa relation avec le trauma. A présent nous allons voir comment Freud propose de concevoir le travail de l'analyste comme une construction plutôt qu'une interprétation par le sens. Il ne suffit plus d'expliquer un symptôme en l'interprétant par son sens traumatique, l'analyste est amené plutôt à construire en mot et en pensée une sorte de mythe individuel du névrosé.

V/17. TRAUMA ET CONSTRUCTION PSYCHANALYTIQUE

La valeur inconsciente du trauma est l'hypothèse de la psychanalyse. Il existe des éléments inconscients susceptibles de devenir conscients, le travail psychanalytique vise à cela. Freud dans son article de 1937, "Construction en analyse"³⁵⁰ précise cet objectif psychothérapeutique aussi bien dans la névrose que dans la psychose. Il propose de concevoir le travail de l'analysant comme une construction. Cette construction répond à la recherche d'une vérité effrayante qui échoue à devenir consciente. C'est aussi la question de l'interprétation qui est ramenée dans un débat faisant rage aux Etats-Unis sur la question des faux souvenirs. En effet, Il existe une recherche sur la psychologie des témoignages qui est née à la fin du XIX è siècle et qui est partie d'un doute portant sur l'exactitude et la fiabilité des récits. James Mc Keen Cattell a mis au point notamment une expérience qui visait à mesurer l'exactitude des faits racontés. Il pensait ainsi pouvoir rendre service à la justice. C'est ainsi probablement que Freud rectifie une position du psychanalyste ou le travail vise à favoriser une construction plutôt que de faire advenir une incertaine représentation chez le patient. Nous pouvons citer Freud

³⁵⁰ Freud S., 1937, "Construction en analyse", in Résultats, idées, problèmes : 1921-1938 Paris, PUF, 2005, p280

"Assez souvent lorsque un état d'angoisse lui fait pressentir quelque chose de terrible. Il est simplement sous l'influence d'un souvenir refoulé qui voudrait s'imposer à la conscience mais n'arrive pas à devenir conscient, le souvenir qu'une chose alors effrayante, s'est effectivement produite"

Freud fait allusion ici à un évènement traumatique survenu dans la réalité et qui est maintenu hors de la conscience. Cet évènement produit les phénomènes hallucinatoires et délirants à considérer plutôt comme une construction du sujet.

"Ainsi continuait mon raisonnement : on n'a pas encore assez apprécié ce caractère peut-être général de l'hallucination d'être le retour d'un évènement oublié des toutes premières années, de quelque chose que l'enfant a vu ou entendu à une époque où il savait à peine parler"³⁵¹

Freud généralise le "trauma" à la psychose, il conçoit l'existence d'une source infantile traumatique dans le fonctionnement psychotique.

"Ce qui importe, c'est l'affirmation que la folie non seulement procède avec méthode, comme le poète l'a déjà reconnu, mais qu'elle contient aussi un morceau de vérité historique, ainsi, on est amené à admettre que la croyance compulsive que rencontre le délire tire sa force justement de cette source infantile."³⁵²

Il existerait, dans la folie selon Freud, un évènement infantile, responsable du déclenchement des délires.

Freud nous amène donc à considérer une différence dans ce chapitre entre le souvenir vrai qu'il faudrait faire advenir et la construction qu'un patient est amené à faire pour répondre à un évènement traumatique. Nous allons voir maintenant comment Freud conçoit une interactivité entre vie pulsionnelle et agent traumatique.

³⁵¹ Ibid., p.279

³⁵² Ibid., p.279

V/18. ACTION CONJOINTE DE LA PULSION ET DE L'AGENT TRAUMATIQUE

Freud³⁵³ dans son article "*Analyse avec fin et fin d'une analyse*" considère qu'il existe une mixité dans les troubles névrotiques. En règle générale, dit-il, il s'agit d'une action conjointe de deux facteurs : le facteur constitutionnel et le facteur accidentel.

"L'étiologie de tous les troubles névrotiques est bien sûr mixte ; il s'agit soit de pulsions excessivement fortes, donc réfractaires aux domptages par le Moi, soit de l'action de traumatismes précoces, c'est-à-dire prématurés, dont un moi immature n'a pu se rendre maître. En règle générale il s'agit d'une action conjointe de deux facteurs, le constitutionnel et l'accidentel. Plus le premier est fort, plus un traumatisme conduira à une fixation et laissera derrière lui un trouble du développement ; plus fort est le traumatisme, plus sûrement il manifesterà son action nocive, même dans des conditions pulsionnelles normales."

Freud aboutit à l'idée d'une interactivité entre vie pulsionnelle et agent traumatique. Il y ajoute le facteur quantitatif ; facteur essentiel dans la constitution des symptômes névrotiques. Freud insiste pour mettre en relation le sujet avec le monde extérieur.

V/19. TRAUMA ET COMPLEXE D'OEDIPE

En 1938, dans son abrégé de psychanalyse inachevé, Freud rédige une synthèse de la doctrine psychanalytique où il inclut le trauma dans la crise œdipienne. L'aspect combiné du psychisme et de l'agent traumatique est un peu mieux précisé.

"Le petit garçon entre dans la phase œdipienne et se met à manipuler son pénis tout en se livrant à des fantasmes sexuels relatifs à une quelconque activité de son pénis à l'égard de sa mère, puis sous l'effet combiné de la menace de castration et de la constatation du manque de pénis chez la femme, le petit garçon subit le plus grand

³⁵³ Freud S.,(1937) "L'analyse avec fin et l'analyse sans fin" in Résultats idées problèmes, 1921-1938, Paris, Puf, 2005, p235

*traumatisme de sa vie qui inaugure la période de latence avec toutes ses conséquences.*³⁵⁴

La menace parentale, et ceci n'est pas sans nous rappeler le cas du "petit Hans", est en soi traumatique. Cette menace va se combiner simultanément avec un certain vécu psychique que Freud appelle quelques pages plus loin "complexe de castration". Il est à noter que Freud porte l'accent du traumatisme côté garçon.

*"En effet, l'enfant ne croit pas la possibilité d'une pulsion semblable, mais si, au moment de la menace, il se souvient d'avoir déjà vu des organes génitaux féminins, ou encore si, un peu plus tard, il lui arrive d'apercevoir ce sexe auquel manque l'objet apprécié entre tous, il prend alors au sérieux la menace, et, sous l'effet du complexe de castration, subit le plus fort traumatisme de sa jeune existence."*³⁵⁵

Cette conception "structurale" du trauma en lien au complexe d'Oedipe, n'exclut pas pour autant la réalité de la névrose traumatique. En effet Freud nous indique que la névrose traumatique déclenchée par une frayeur ou par un choc somatique consécutif à une collision de train, d'explosions, serait à considérer en dehors de la névrose infantile.

*"Il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques (déclenchées par une frayeur trop intense ou des chocs somatiques graves tels que collision de train, explosions, etc.) constituent une exception, toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations. Nous comprenons facilement pourquoi les névroses naissent de préférence durant la première enfance. Elles sont, nous le savons, des affections du moi, il n'est donc pas surprenant que le moi, tant qu'il demeure faible, inachevé incapable de résistance, n'arrive à surmonter des tâches dont il pourrait plus tard s'acquitter en se jouant. Les exigences pulsionnelles du dedans comme les excitations du dehors agissent alors à la façon de traumatismes, surtout si elles rencontrent certaines prédispositions."*³⁵⁶

³⁵⁴ Freud S., 1938, Abrégé de psychanalyse, Paris, PUF, 1985, p 15

³⁵⁵ Ibid., p.61.

³⁵⁶ Ibid., p.54.

Freud nous indique ici un axe de recherche. Aucune investigation, nous dit-il, n'a été faite dans le sens de rattacher la névrose traumatique à la névrose infantile. Freud ne renonce pas à vouloir articuler la névrose traumatique à la névrose infantile.

Nous venons de souligner avec Freud l'interaction entre la pulsion et la vie du sujet. Nous allons voir maintenant comment à la fin de son œuvre Freud considère le trauma. Il le considère comme un élément de la vie normale.

V/20. "L'HOMME MOÏSE ET LA RELIGION MONOTHEISME"

Dans son dernier ouvrage "L'homme Moïse et la religion monothéiste", Freud fait une analogie entre l'histoire religieuse juive et l'histoire individuelle ; entre la psychologie des masses et la psychologie individuelle.

"Mais le fossé qui sépare les deux groupes ne semble pas infranchissable."³⁵⁷

Pour Freud dans la vie de l'humanité se produisent des processus analogues à ceux de la vie des individus. Il considère, à partir de ce postulat, que le phénomène religieux est un symptôme constitué par un traumatisme positif. En effet, il existe pour Freud des effets traumatiques négatifs et positifs.

"Les effets du traumatisme sont de deux ordres, positifs et négatifs."³⁵⁸

Le traumatisme positif, c'est celui qui est traité par le système psychique pour se normaliser dans la vie. Freud prend l'exemple d'un homme qui a passé son enfance dans un attachement excessif à sa mère, aujourd'hui oublié, il peut chercher toute sa vie une femme dont il peut se rendre dépendant, avec laquelle il se laisse nourrir et entretenir.

Le traumatisme négatif met en jeu des réactions de défense. Leurs expressions, nous dit Freud, sont ce qu'on nomme les évitements et peuvent devenir des inhibitions ou des phobies. Bref, il existe

³⁵⁷ Ibid., p.256.

³⁵⁸ Ibid., p.163.

une psychopathologie attenante aux traumatismes négatifs. Ces traumatismes ont pour particularité d'être précoces, oubliés et de nature sexuelle et agressive.

"Tous ces traumatismes appartiennent à la première enfance jusqu'à 5 ans à peu près."³⁵⁹

"Les expériences en question sont en règle générale complètement oubliées, elles ne sont pas accessibles au souvenir..."³⁶⁰

"Elles se rattachent à des impressions de nature sexuelle et agressive..."³⁶¹

Ces traumatismes sont d'après Freud des expériences liées au corps, soit des perceptions sensorielles autour de la vue et de l'ouïe ou d'impressions de nature sexuelle ou agressive.

Pour revenir à Moïse et la religion monothéisme : selon un certain Sellin, nommé par Freud, Moïse était un tyran assassiné par son peuple. Ce meurtre, à l'instar du meurtre de la horde primitive décrit précédemment, produit un effet traumatique positif constitutif de la religion monothéiste. Freud propose au final une définition du traumatisme³⁶².

"Nous appelons traumatisme les impressions dans la petite enfance, puis oubliées, ces impressions auxquelles nous attribuons une grande importance dans l'étiologie des névroses. Laissons de côté la question de savoir si l'étiologie des névroses peut-être considérée de manière générale comme traumatique. (...) il est ressorti de notre recherche que ce que nous nommons les phénomènes (les symptômes) d'une névrose sont les conséquences de certaines expériences ou impressions dans lesquelles nous reconnaissons pour cette raison des traumatismes étiologiques."

Cette définition réinstalle le traumatisme au cœur même de la psychanalyse. Cependant Freud évite de généraliser le traumatisme comme cause de toutes les névroses.

³⁵⁹ Ibid., p.161.

³⁶⁰ Ibid., p.161.

³⁶¹ Ibid., p.161.

³⁶² Ibid., p.159.

Avec l'élaboration freudienne nous voyons comment le trauma est un structurant de la vie psychique et un constituant des sociétés humaines. Nous allons maintenant nous intéresser à l'enseignement de Jacques Lacan et ainsi tenter de suivre la relecture qu'il fait du trauma à partir de Freud, et les prolongements qu'il y apporte. Selon François Sauvagnat³⁶³, pour Lacan il y aurait au moins quatre versions du traumatisme : la prématuration, le sexuel, l'inexistence du rapport sexuel comme horreur fondamentale, le langage comme "cancer" originel. Nous allons à partir de ces indications développer ces différentes thématiques du « trauma »

VI/ LE "TRAUMA" DANS L'ENSEIGNEMENT DE JACQUES LACAN

VI/1. TECHNIQUE PSYCHANALYTIQUE ET ENONCES TRAUMATIQUES

Nous allons montrer dans ce chapitre comment Lacan pointe la difficulté de la psychanalyse devenue inefficace à révéler les énoncés traumatiques. Lacan cerne le noyau traumatique dans le cas clinique de l'Homme aux loups, comme le résultat d'une action refoulante. Il inaugure son enseignement dans un contexte de crise, en effet pour Lacan³⁶⁴ la tentation du psychanalyste est d'abandonner les fondements du langage.

« C'est la tentation qui se présente à l'analyste d'abandonner le fondement de la parole, et ceci justement en des domaines où son usage, pour confiner à l'ineffable requerrait plus que jamais son examen : à savoir la pédagogie maternelle, l'aide samaritaine et la maîtrise dialectique. Le danger devient grand, s'il y abandonne en outre son langage au bénéfice de langages déjà institués et dont il connaît mal les compensations qu'ils offrent à l'ignorance. »

³⁶³ Sauvagnat F., "Trauma stress, psychanalyse et neuroscience", "Jean Michel Thurin répond aux questions de François Sauvagnat" in Psychologie clinique, l'Harmattan, 2008

³⁶⁴ Lacan J., (1966) « Fonction et champ de la parole et du langage » in les Ecrits, Seuil, 237-322, p243

C'est à partir de cette considération critique que Lacan veut rectifier la trajectoire de la psychanalyse à partir de ses fondements langagiers. Dans son "Introduction aux commentaires sur les écrits techniques de Freud"³⁶⁵, Lacan cite les études sur l'hystérie. Elles mettent en avant une méthode intermédiaire entre le dialogue et l'hypnose. Freud, avec cette méthode, a recours à la pression des mains sur le front du malade et il invite le patient à se concentrer sur la cause de ses symptômes. C'est ainsi que les souvenirs en lien aux symptômes peuvent revenir.

"C'était là un stade intermédiaire entre le dialogue et l'hypnose"³⁶⁶

Cette méthode s'est révélée parfaitement efficace. Mais, à cette période glorieuse de la psychanalyse où la révélation des énoncés traumatiques produit des effets thérapeutiques, se substitue une période d'échec. Une résistance se constitue chez les malades. Cette opposition inconsciente des malades oblige Freud à modifier sa méthode semi-hypnotique. L'orientation de la psychanalyse se fait alors vers la vie fantasmatique, plutôt que vers la vie réelle des malades. La psychanalyse se recentre sur un objectif plus en rapport avec la vie psychique et particulièrement la cause sexuelle. Ce changement technique et idéologique n'élimine pas la question du trauma. Lacan nous rappelle que "L'Homme aux loups" est le cas par excellence où Freud se pose la question du trauma.

"Cette période est la période même de L'Homme aux loups où Freud pose la question de ce que c'est que le trauma."³⁶⁷

Selon Lacan, Freud met l'accent sur l'aspect fantasmatique. Dans ce contexte subjectif, et pour des nécessités objectives, le "trauma" doit garder une exactitude ; il doit avoir une date précise dans le passé. Lacan va reconsidérer ce point de vue en insistant sur la reconnaissance par le sujet lui-même de l'évènement qui le trouble.

VI/2. HISTORICITE DU "TRAUMA"

³⁶⁵ Lacan J., 1953-1954, Séminaire I "Les Ecrits techniques de Freud", Paris, Le Seuil, 1975, p13

³⁶⁶ Ibid., p.28.

³⁶⁷ Ibid., p.45.

Lacan revient donc sur la position Freudienne de conserver *mordicus* la perspective de l'histoire.

*"Je ne crois pas trahir la pensée de Freud il suffit de savoir le lire, c'est écrit noir sur blanc, en disant que seule la perspective de l'histoire et de la reconnaissance permet de définir ce qui compte pour le sujet."*³⁶⁸

Pour Freud, l'aspect historique est très important, il va à l'encontre d'une conception anhistorique de la psychanalyse. Lacan, dans son retour à Freud, précise qu'il ne suffit pas d'« historiser » un évènement, il faut aussi qu'il soit reconnu par le sujet lui-même. C'est ainsi que la reviviscence d'un *trauma* et de son lien avec l'histoire c'est ce qui compte et c'est précisément cela que la psychanalyse a apporté de nouveau. Pourtant, Lacan souligne à ce niveau que la reviviscence, au sens de l'affect, est à minorer. En effet, pour lui le "*revécu*" exact de la scène n'est pas en soi essentiel.

*"Le fait que le sujet revive, se remémore, au sens intuitif du mot, les évènements formateurs de son existence, n'est pas en soi tellement important. Ce qui compte, c'est ce qu'il en reconstruit."*³⁶⁹

Le souvenir de la scène du "trauma" si importante aux premiers abords pour la thérapeutique, semble insuffisant. Il faut considérer une construction. En effet, cette élaboration par le sujet lui-même de l'expérience passée traumatique est une précision faite par Lacan dans son retour à Freud. En effet, si Freud peut laisser entendre que la datation de l'évènement traumatique est importante, il convient aussi de considérer la construction signifiante de l'évènement passé par le sujet. Pourtant, selon Lacan, Freud n'a jamais abandonné l'idée qu'il s'agit surtout d'aller dans le sens de "*réécrire l'histoire*" et peu importe le degré d'exactitude des faits.³⁷⁰

VI/3. LE CAS "ROBERT"

³⁶⁸ Ibid., p.45.

³⁶⁹ Ibid., p.20.

³⁷⁰ Ibid., p.20.

Le cas "Robert" présenté par Rosine Lefort³⁷¹ illustre le caractère historique et de reconnaissance du "trauma". Rappelons que Robert est un enfant âgé de 3 ans et 9 mois quand il est reçu par Rosine Lefort. Robert prononce de façon itérative deux mots : *"Le loup* ». Selon Madame Lefort "le loup" provient des menaces proférées par le personnel des institutions. En effet pour faire peur aux enfants qui n'étaient pas sages, une infirmière se cachait et faisait le cri du loup et tout le monde criait au loup. Nous voyons dans ce cas précis la valeur d'un signifiant particulier traumatique, reconnu par l'Autre et repéré dans l'histoire du sujet. Jacques Lacan va plus loin : pour lui, *"le loup"* représente la figure féroce du sur-moi. Il associe cette figure féroce du sur-moi aux traumatismes infantiles.

*"Il finit par s'identifier à ce que j'appelle la figure féroce, aux figures que nous pouvons lier aux traumatismes primitifs, quels qu'ils soient, que l'enfant a subis."*³⁷²

L'identification dont il est question, met Robert en situation de rejouer certains traumatismes en lien à sa mère affamant. En effet Madame Lefort, dans une séance avec Robert, devient "le loup", la mauvaise mère. En somme, le retour de ce signifiant "le loup" relie Robert à la communauté humaine. Cette position subjective reconnue par Rosine Lefort, lui permet d'instituer un dialogue avec Robert. C'est ainsi que Robert peut passer à une seconde phase en lien avec son prénom.

Un autre cas de la littérature psychanalytique nous apparait important également à faire état en lien à notre propos sur le "trauma" : le cas "L'Homme aux loups". Lacan s'oriente vers la cause traumatique plutôt que vers l'évènement.

VI/4. LE CAS DE "L'HOMME AUX LOUPS" : LA NOTION DE "PRÄGUNG"

Un autre exemple de la clinique freudienne permet d'illustrer ce qu'il en est de la datation du trauma et de sa reconnaissance, c'est celui de L'Homme aux loups. Cas clinique, déjà présenté

³⁷¹ Ibid., p.103.

³⁷² Ibid., p.119.

dans la partie précédente de cette thèse ayant trait à l'œuvre de Freud. Jacques Lacan considère que l'observation de L'Homme aux loups est indispensable à la compréhension du traumatisme. La scène traumatique de L'Homme aux loups, reconstruite par Freud et qui n'a jamais fait l'objet d'une remémoration par le sujet lui-même, renvoie à une scène primitive parentale vécue par le sujet vers l'âge de un an et demie. Rappelons que L'Homme aux loups révèle en rêve une scène où se retrouvent des loups.

"J'ai rêvé qu'il faisait nuit et que j'étais couché dans mon lit. (Mon lit avait les pieds tournés vers la fenêtre ; devant la fenêtre il y avait une rangée de vieux noyers. Je sais avoir rêvé cela l'hiver et la nuit.) Tout à coup la fenêtre s'ouvre d'elle-même et, à ma grande terreur, je vois que sur le grand noyer en face de la fenêtre, plusieurs loups blancs et ressemblaient plutôt à des renards ou à des chiens de berger, car ils avaient de grandes queues comme les renards et leurs oreilles étaient dressées comme chez les chiens quand ceux-ci sont attentifs à quelque chose. En proie à une grande terreur celle d'être mangé par les loups."³⁷³

Jacques Lacan, à propos du trauma inconscient sous-jacent à ce rêve, utilise le terme de "Prägung". "Prägung" est un terme allemand, de l'ordre de l'empreinte, de la frappe. Chez l'homme aux loups, il existe des éléments traumatiques de l'ordre de la "Prägung", qui n'ont pas été intégrés dans le système verbalisé (la vie associative). Cette "Prägung", que Freud appelle le noyau traumatique, appartient dans un premier temps à un inconscient non refoulé.

"Cette prägung - Freud nous l'explique de la façon la plus claire - se situe d'abord dans un inconscient non-refoulé."³⁷⁴

Lacan indique que cette "prägung" va subir un premier refoulement et ainsi constituer un premier noyau traumatique source des formations inconscientes à venir, comme le rêve de l'homme au loup. Ces formations surgissent dans l'univers symbolique du sujet dans l'après coup (*nachtraglich*), soit plusieurs années après.

³⁷³ Freud S., 1909, "L'Homme aux loups", in Les cinq psychanalyses, PUF, 1992, p342

³⁷⁴ Ibid.,p.214.

*"Le trauma, en tant qu'il a une action refoulante, intervient après-coup, nachtraglich. A ce moment là, quelque chose se détache du sujet dans le monde symbolique même qu'il est en train d'intégrer. Désormais, cela ne sera plus quelque chose du sujet. Le sujet ne le parlera plus, ne l'intégrera plus. Néanmoins, ça restera là, quelque part, parlé, si l'on peut dire, par quelque chose dont le sujet n'a pas la maîtrise. Ce sera le premier noyau de ce qu'on appellera par la suite ses symptômes."*³⁷⁵

Jacques Lacan considère le "trauma" comme action refoulante de cette "prägung". La frappe de l'impact traumatique subit le refoulement et resurgit chez le sujet quand les conditions psychiques sont réunies. C'est-à-dire quand il est possible d'intégrer cet événement dans la vie symbolique d'un sujet. Quant les symptômes apparaissent, ils viennent secouer le sujet et c'est ainsi que la "prägung" prend une valeur traumatique.

VI/5. TRAUMA ET PRINCIPE DE NIRVANA

Lacan, dans son séminaire Livre II "Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse"³⁷⁶, revisite le texte de Freud "Au-delà du principe de plaisir". Dans ce texte, Lacan présente le paradoxe auquel Freud est confronté. Dans les névroses traumatiques se produit la répétition, sous forme de rêve, de l'évènement du trauma. Elle contredit la notion du principe de plaisir. Dans la théorie freudienne le principe de plaisir énonce que le fonctionnement mental a pour but la recherche du plaisir et l'évitement du déplaisir. Toute tension qui rompt l'équilibre de l'organisme est ressentie comme douloureuse. Les pulsions cherchent alors leur satisfaction par les voies les plus courtes, mais, quand elles rencontrent un obstacle, elles empruntent des chemins détournés qui les conduisent à la satisfaction recherchée (la rêverie, par exemple). Dans le cas des rêves traumatiques il existe une insistance du déplaisir par la répétition, expression de la pulsion de mort.

³⁷⁵ Ibid.,p.217.

³⁷⁶ Lacan J., 1954-1955, Le séminaire livre II "Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse", Le Seuil, 1978

"Pourquoi diable, y-a-t-il une exception dans ce cas ?" Nous dit Freud. Il existerait donc un autre principe que le principe de plaisir et le principe de constance, il y aurait le principe de Nirvana. C'est l'au-delà du principe de plaisir. La répétition inhérente à ce principe renvoie selon Lacan, à l'intrusion du passé dans le présent³⁷⁷.

"Et bien c'est cela, l'apprentissage tel que le démontre l'analyse, et c'est à quoi nous avons affaire avec les premières découvertes analytiques - le trauma, la fixation, la reproduction, le transfert. Ce qu'on appelle dans l'expérience analytique l'intrusion du passé dans le présent est de cet ordre-là."

Lacan inscrit ce "besoin de répétition" dans le registre du langage humain. En effet, nous dit Lacan, *"C'est le discours de mon père par exemple, en tant que mon père a fait des fautes que je suis absolument condamné à reproduire."*³⁷⁸. L'homme, où qu'il soit dans le monde, est le chaînon d'un discours. Ce discours, qu'il soit aberrant ou non, est transmis de génération en génération. C'est ce que Lacan appelle le besoin de répétition véhiculé dans le langage de l'être humain.

Nous avons montré comment, à partir de Freud, la notion d'empreinte traumatique s'est imposée à Lacan. Cette "prägung" produit chez l'homme une répétition que Lacan inscrit dans le langage humain. Nous allons montrer maintenant dans un souci clinique comment l'évènement extérieur à la vie psychique est à relativiser dans le déclenchement névrotique ou phobique ou encore à travers l'exemple d'André Gides. En effet Lacan souligne davantage la mise en jeu d'un évènement banal (cas de Joseph Hassler) ou encore le désir de l'Autre.

VI/6. RELATIVITE DE L'EVENEMENT TRAUMATIQUE

VI/6.1. UN EFFORT DE DIFFERENCIATION

³⁷⁷ Ibid., p.108.

³⁷⁸ Ibid., p.112.

Jacques Lacan dans son séminaire de l'année suivante³⁷⁹ rappelle à partir des articles de Freud, "La perte de la réalité dans les névroses et les psychoses"³⁸⁰ et "Névroses et psychoses"³⁸¹, les distinctions entre névrose et psychose. Le déclenchement névrotique est lié à un évènement de la réalité où peut se dissocier deux temps :

- Un temps où se noue un élément extérieur avec la réalité psychique ; c'est pour Lacan la tension initiale de la névrose.

"On essaie de désigner par la notion de traumatisme, qui est une notion étiologique, la fonction de la réalité dans le déclenchement de la névrose."³⁸²

- Le temps du déclenchement proprement dit.

La névrose se déclenche secondairement à partir d'un élément de la réalité que le sujet cherche à éliminer un moment pour le faire réapparaître en lui prêtant une signification symbolique. Il y a dans la névrose un processus interne à l'œuvre dans lequel l'élément traumatique fonde la névrose.

Dans la psychose, il en est autrement.

"Dans la psychose au contraire c'est bel et bien la réalité elle-même qui est d'abord pourvue d'un trou, que viendra ensuite combler le monde fantastique."³⁸³

Un peu plus loin, dans la leçon du 25 janvier, Lacan³⁸⁴ reprend le terme "*Abwehrhysterie*" pour indiquer l'effort de différenciation nosologique que fait Freud entre hystérie hypnoïde, hystérie de rétention et hystérie de défense. Le souvenir du "trauma" est alors pour Freud d'une importance capitale. Freud cherche à établir une nosographie proprement psychanalytique. La défense est utilisée contre la remémoration. Lacan souligne ce point de vue de la clinique freudienne ; cette

³⁷⁹ Lacan J., 1955-1956, Le séminaire livre III : "Les psychoses", Seuil, 1984, p55

³⁸⁰ Op cit., Freud

³⁸¹ Op cit., Freud

³⁸² Ibid., p.55.

³⁸³ Ibid., p.56.

³⁸⁴ Ibid., p.118.

clinique freudienne qui se veut différente par rapport à la psychologie (hystérie hypnoïde), et la neurologie (hystérie de rétention) avec l'utilisation de cette notion de défense, jamais utilisée auparavant.

VI/6.2. LE CAS DE JOSEPH HASSLER

Lacan³⁸⁵ reprend l'observation de Joseph Hassler, psychologue hongrois, recueillie après la seconde guerre mondiale. Pour les besoins de notre étude, nous allons reprendre la lecture de ce cas. Il s'agit d'une hystérie traumatique, déclenchée chez un homme de 33 ans. C'est un homme robuste de tradition paysanne, conducteur de tramway. Il subit un accident qui n'a aucune conséquence psychique immédiate. Plus tard il va devenir sujet à des crises qui se caractérisent par la diffusion d'une douleur croissante, amenant ce sujet vers un état de malaise important. Les crises durent plusieurs jours et reviennent à périodes régulières, entraînant des pertes de connaissance. Les médecins sont amenés à l'examiner et ne trouvent rien sur le plan organique, ils l'adressent alors à Joseph Hassler, qui fait une description méticuleuse du cas. Lors de la première séance il décrit un homme avec les yeux en boule de loto, la bouche béante, ou encore un homme qui se redresse d'un seul coup pour retomber dans l'autre sens sur le nez contre le divan. Cet état comportemental étrange chez cet homme, pourrait être le résultat d'un trauma infantile réveillé par l'accident. Il n'en est pas ainsi d'après Lacan. Le facteur de déclenchement de la névrose, ce sont les examens radiographiques. En effet, nous dit Lacan, *"C'est lors des examens qui le mettent sous le feu d'instruments mystérieux, que le sujet déclenche ses crises."*³⁸⁶

Cette considération relègue la valeur traumatique d'un évènement extérieur au second plan. Joseph Attie³⁸⁷ nous rappelle que Lacan rattache ce déclenchement névrotique à un évènement passé. En

³⁸⁵ Ibid., p.189.

³⁸⁶ Ibid.,p.191.

³⁸⁷ Attie J., "Traumatisme et savoir", sur le traumatisme, publié sur le site de l'école de la cause freudienne, 18/12/2010.

Joseph Attié est psychanalyste membre de l'école de la cause freudienne. Il s'oriente à partir de l'enseignement de Jacques Lacan.

effet, il est arrivé à cet homme d'observer, caché, une femme qui poussait des gémissements à l'occasion de son accouchement. Lacan, selon Joseph Attié, rapporte le propos du médecin qui a examiné cet homme.

"Je n'arrive pas à me rendre compte de ce qu'il a. Il semble que s'il était une femme, je comprendrais bien mieux."

Cet homme, à sa question existentielle, "que suis-je" "où suis-je", se retrouve devant un appareil mystérieux ; l'appareil radiographique. Cette question n'est pas accueillie par un système symbolique mais par un système physique, mettant le cas d'Hassler dans l'impossibilité d'élaborer sa question qui peut se formuler ainsi selon Lacan :

"Qui suis-je ? Un homme ou une femme ? Suis-je capable d'engendrer?"³⁸⁸

A ce sujet, je reprendrais les propos recueillis dans une conférence, sous le titre *"La pulsion et ses avatars"*³⁸⁹. Philippe De Georges nous indique, à partir du séminaire de Jacques Lacan, l'envers de la psychanalyse³⁹⁰, que ce qui humanise le dire ne peut pas être anonyme. C'est nécessairement incarné et il y a quelqu'un qui le supporte de son nom. C'est ainsi que la personne concernée dit non à la jouissance et oui au désir. Ce propos explicite de mon point de vue ce que dit Lacan quand il parle du cas de Joseph Hassler concerné par sa question existentielle devant l'appareil radiographique. Le cas de Joseph Hassler nous révèle ce qu'il en est du trauma dans le déclenchement névrotique. Lacan veut également rectifier une position freudienne en reprenant le cas clinique de Hans. Il désacralise, d'une certaine façon les propos supposé traumatique tenus par la mère de Hans.

VI/6.3. LE CAS "HANS"

³⁸⁸ Ibid., p.192.

³⁸⁹ De Georges P., "La pulsion et ses avatars", conférence prononcée à Clermont Ferrand le, 23/10/2010

Philippe De Georges est psychiatre psychanalyste membre de l'école de la cause freudienne.

³⁹⁰ Lacan J., Le Séminaire XVIII : "L'Envers de la psychanalyse, Le Seuil, 1991

Toujours, pour relativiser l'impact du "trauma" chez l'enfant, Lacan dans le séminaire sur la relation d'objet³⁹¹, considère l'importance des propos maternels comme relatifs. Ce n'est pas là l'incidence traumatisante du surgissement de la phobie chez Hans. Lacan³⁹² rappelle les propos de la mère qui aurait causé le déclenchement de la phobie.

*"Si tu te masturbes, on fera venir le Docteur A. qui te la coupera"*³⁹³

Pour Lacan ce sont des propos qui ne sont pas décisifs dans le déclenchement de l'angoisse. Il n'apparaît pas que ce soit une incidence traumatisante qui permette d'en comprendre le surgissement dit-il. Pour Lacan, le surgissement phobique est en relation avec l'émergence pulsionnelle de l'enfant, à savoir l'irruption de jouissance qui s'inscrit sur le corps de l'enfant sous forme d'érection. Cette jouissance oriente le désir de l'enfant vers la mère, qui du fait de sa position subjective particulière pourra favoriser ou non l'éclosion phobique. Lacan ajoute que la phobie émerge toujours sous fond de dévoration.

*"Le thème de la dévoration est toujours trouvable, par quelque côté, dans la structure de la phobie."*³⁹⁴

Nous voyons avec Lacan une radicalisation de la réalité psychique, par rapport à la réalité externe. Les propos tenus par la mère ne seraient pas en cause dans l'apparition de l'angoisse, mais plutôt la position plus ou moins manquante qu'occupe la mère auprès de son enfant. C'est d'ailleurs, selon François Sauvagnat³⁹⁵, la naissance de la petite sœur qui va être un événement important dans la guérison de Hans. L'objet phobique, qui ressemble souvent à un animal, serait plus un moyen de défense contre la peur d'être dévoré, à la manière de "Saturne dévorant son fils"³⁹⁶. François

³⁹¹ Lacan J., 1956-1957, Séminaire IV "La relation d'objet"

³⁹² Lacan J., Séminaire III : "Les psychoses", Paris, Le Seuil, 1981, p222

³⁹³ Ibid., p.228.

³⁹⁴ Ibid., p.228.

³⁹⁵ Sauvagnat F., " L'in-famille : quelques tentatives de caractérisations psychanalytiques de la confusion des langues entre l'adulte et l'enfant" in "Troubles dans la parentalité, enfants énigmatiques", Colloque international Université de Rennes II, 18 et 19/11/2010

³⁹⁶ Goya F., Saturne dévorant son fils, peinture murale "La maison du sourd", 1819, 1823

Sauvagnat ³⁹⁷, dans sa présentation de la thématique du trauma, articule à partir des travaux de Jacques Lacan et notamment l'étude du petit Hans³⁹⁸, la pathologie du langage intérieur à une "traumatisation par le langage". Je le cite :

"On doit à Jacques Lacan une conception radicale, articulée en continuité avec les études françaises sur la pathologie du langage intérieur, qu'on peut caractériser comme traumatisation par le langage, développé la première fois à propos du petit Hans. Selon cette conception, c'est le langage lui-même, en tant que porteur de secrets sexuels incontrôlables, qui serait fondamentalement traumatique, notion que Jacques Lacan a maintenue tout au long de son œuvre et qui la conduit à favoriser une forte théâtralisation de la cure analytique visant à mettre en évidence cet aspect exorbitant du réel langagier."

Cette notion de langage intérieur, souvent traité dans le cadre du séminaire de recherche par François Sauvagnat, apparaît comme un point de jonction entre psychanalyse et linguistique. Nous ne développerons pas ici cet aspect du langage rejoignant la notion d'énonciation de Lacan selon F. Sauvagnat. *"L'énonciation a à voir avec le discours intérieur"*³⁹⁹. Nous allons voir à présent le rapport qu'il existe entre un trauma et castration à travers l'exemple biographique d'André Gide.

VI/6.4. TRAUMA ET CASTRATION DE "L'AUTRE"

Lacan⁴⁰⁰ fait référence au livre de Jean Delay intitulé "Jeunesse d'André Gide", pour nous indiquer le fondement traumatique de la vie d'André Gide à articuler avec la position d'une femme. L'enfance d'André Gide est marquée par l'horreur d'une femme séductrice. Cette femme est la mère de sa cousine Madeleine, elle aurait plusieurs fois tenté de le séduire. Le jeune Gide s'est trouvé face à l'horreur de l'Autre séducteur et dans l'impossibilité de médiatiser le désir de cette femme pour lui. Il y a répondu de façon traumatique et il n'aura de cesse, toute sa vie durant,

³⁹⁷ Sauvagnat F., "Présentation : l'ambiguïté du trauma" in Revue Psychologie clinique, N°24, 7-16, 2007, p12

³⁹⁸ Lacan J., 1956-1957, Séminaire IV "La relation d'objet" Seuil, 198-435

³⁹⁹ Sauvagnat F., Séminaire de recherche à l'école normale supérieure rue d'ULM, 17 février 2009.

⁴⁰⁰ Lacan J., 1958, Séminaire V "Les formations de l'inconscient", Paris, Le Seuil, 1998, p259

de vouloir protéger sa cousine Madeleine, qu'il va épouser. Il existe une scène de déclenchement où on voit André Gide attiré par les pleurs de sa cousine dans la maison de famille. Il aperçoit sa tante dans les bras de son amant et trouve Madeleine en pleurs un étage plus haut. A partir de ce jour, André Gide n'aura de cesse toute sa vie durant de vouloir protéger sa cousine. Le trauma de l'enfant Gide se situe donc en deux temps, d'abord la séduction et ensuite la scène amoureuse avec Madeleine en pleurs. Pour Lacan, la castration féminine, marquée par un désir particulier chez la tante, constitue le "trauma" de Gide et contribue à le fixer dans une position perverse. C'est, en d'autres termes, la mise en jeu du complexe de castration dans l'Autre qui est déterminant dans l'avènement du désir, plutôt que les menaces verbales prononcées, comme dans le cas du petit Hans, ou les menaces du Professeur Brouhardel à l'encontre de son élève André Gide. A ce sujet Lacan précise que la mère est la première personne à être châtrée et c'est par la voie de cet Autre où se manifeste la castration que pour un homme ou une femme peut fonctionner le complexe de castration.

"C'est à la place où se manifeste la castration dans l'Autre, où c'est le désir de l'Autre qui est marqué de la barre signifiante, ici, c'est par cette voie essentiellement que, pour l'homme comme pour la femme, s'introduit ce quelque chose de spécifique qui fonctionne comme complexe de castration."⁴⁰¹

A insister sur la castration de l'Autre, Lacan indique ainsi que la position du désir de l'Autre est importante pour mettre en jeu le complexe de castration. Selon Dominique Holvoet⁴⁰², les conditions du traumatisme dépendent des conditions de l'Autre en tant qu'il est appelé à en répondre. En effet, la position féminine de l'Autre incarnée par la tante d'André Gide est problématique et c'est cette position qui va faire trauma chez Gide. Lacan, après, cette rectification va se centrer sur la clinique différentielle entre névrose hystérique et obsessionnelle à partir du trauma

⁴⁰¹ Ibid., p.350.

⁴⁰² Holvoet D., "Conditions actuelles du traumatisme", conférence prononcée à Reims le 27/02/2010

Dominique Holvoet est psychanalyste membre de l'école de la cause freudienne

La question du trauma est encore d'actualité pour Lacan dans la clinique différentielle des névroses. Elle est, pour lui, insuffisamment élaborée. Lacan égratigne Pierre Janet et à travers lui la psychologie française. En effet, pour Pierre Janet il existe une homogénéité dans le fonctionnement des névroses. Lacan avec Freud s'opposent à cette théorie. Il distingue le trauma primitif de l'hystérique à celui de l'obsessionnel. Le "trauma" vécu chez l'hystérique se fait sur un mode passif, le trauma chez l'obsessionnel se fabrique sur un mode actif.

"Freud a dit bien des choses au cours de sa carrière. Il a d'abord repéré que ce que l'ont peut appeler le traumatisme primitif de l'obsessionnel s'oppose au traumatisme primitif de l'hystérique. Chez l'hystérique, c'est une séduction subite, une intrusion, une irruption du sexuel dans la vie du sujet. Chez l'obsessionnel, pour autant que le traumatisme psychique supporte la critique de la reconstruction, le sujet a eu au contraire un rôle actif, où il a pris du plaisir."⁴⁰³

La théorie du désir, telle que Lacan la formalise, met l'accent sur le désir de l'Autre. Pour l'hystérique l'Autre en tant qu'il désire est nécessaire au maintien de son désir. Elle maintiendra son désir insatisfait parce que maintenir chez elle une position manquante. Nous étudierons un peu plus loin cette caractéristique hystérique. L'obsessionnel a plus un rapport agressif à l'Autre. Il veut détruire l'objet qui occupe son Autre tout en mettant à distance son désir avec son Autre, en tant qu'il le considère comme impossible. Il ne veut pas combler cet Autre, pour ne pas mettre en péril son désir. Avec Lacan nous avons pu voir comment il est possible de donner à l'évènement de la réalité une valeur secondaire par rapport à la position du désir de l'Autre.

Nous présentons maintenant la réduction que fait Lacan du trauma. Il le réduit à un signifiant. Il assimile à partir de la théorie du désir la détresse du sujet à une expérience traumatique.

⁴⁰³ Op. cit., p.399.

VI/8. LE "TRAUMA" REDUIT A UN SIGNIFIANT

Le trauma dans la "Leçon du 18 juin 1958" est réduit à un signifiant. Lacan fait du trauma un événement signifiant faisant fonctionner l'économie psychique pour produire le symptôme. Lacan fait du signifiant l'élément moteur des conséquences psychopathologiques.

"Le fameux traumatisme dont on est parti, la fameuse scène primitive qui entre dans l'économie du sujet, et qui joue au cœur et à l'horizon de la découverte de l'inconscient, qu'est-ce que c'est ?-sinon un signifiant tel que j'ai commencé tout à l'heure d'en articuler l'incidence sur la vie."⁴⁰⁴

Le "trauma" est considéré par Lacan comme un élément signifiant, il est ainsi intégré dans la sphère langagière. Plus que cela l'élément traumatique est pour Lacan un élément essentiel dans la vie d'un être humain. C'est ce qu'il nous indique en considérant que la rencontre de l'être vivant avec la vie extérieure est traumatique.

VI/9. LE TRAUMATISME DE LA VIE

Pour Lacan le trauma, loin d'être un élément négatif, est plutôt un élément de la vie elle-même. La vie est en quelque sorte traumatique pour un sujet.

"L'être vivant est saisi comme vivant, en tant que vivant, mais avec cet écart, cette distance, qui est justement celle qui constitue aussi bien l'autonomie de la dimension signifiante que le traumatisme ou la scène primitive. Qu'est-ce donc ?- Si ce n'est cette vie qui se saisit dans une horrible aperception d'elle-même, dans son étrangeté totale, dans sa brutalité opaque, comme pur signifiant d'une existence intolérable pour la vie elle-même, dès qu'elle s'en écarte pour voir le traumatisme et la scène primitive."⁴⁰⁵

Lacan exprime le caractère dysharmonique de l'être vivant saisi dans le langage. En effet dans cette rencontre entre l'être vivant et la dimension du langage, se produit un véritable traumatisme

⁴⁰⁴ Op. cit.,p.466.

⁴⁰⁵ Op. cit.,p.466.

où la vie se perçoit dans une forme d'étrangeté radicale. C'est en intégrant ce traumatisme que l'être humain structure son désir. Lacan, à partir de cette base traumatique constitutive du désir, construit un schéma explicatif.

VI/10. LE GRAPHE DU DESIR

Après avoir établi, dans la première partie de son enseignement, l'inconscient structuré comme un langage, Lacan⁴⁰⁶ introduit le désir dans le discours psychanalytique. Le désir en tant qu'il s'accomplit dans un rêve est interprétable, c'est-à-dire qu'il est sensible au contenu d'un autre désir. Lacan nous rappelle à ce sujet que la psychanalyse repose toute entière sur l'énergie du désir.

"Pour conclure cette introduction, il nous suffira d'indiquer que la libido dont nous trouvons la notion au centre de la théorie analytique, n'est point autre chose que l'énergie psychique du désir.

J'ai déjà indiqué autrefois en passant-rappelez-vous la métaphore de l'usine-que la notion d'énergie, pour que même elle subsiste, certaines conjonctions du symbolique et du réel sont nécessaires."⁴⁰⁷

Effectivement, quelques années auparavant, dans le séminaire Livre IV⁴⁰⁸, la métaphore de l'usine hydroélectrique est utilisée par Lacan pour schématiser le fonctionnement psychique. A cette description rudimentaire du désir et de son fonctionnement va succéder des schémas dans lesquels se décrit le fonctionnement du langage, à savoir le rapport du signifiant au signifié. Plus tard ces schémas vont s'élaborer et se formaliser dans ce que Lacan appelle graphe. Graphe dans lequel Lacan inscrit *"l'expérience traumatique du sujet"*.

⁴⁰⁶ Lacan J., (1958-1959), Séminaire VI "Le désir et son interprétation", Editions la Martinière, 2013.

⁴⁰⁷ Ibid., p.12

⁴⁰⁸ Lacan J., Le séminaire livre IV : "La relation d'objet", Paris, Le Seuil, 1994, p43

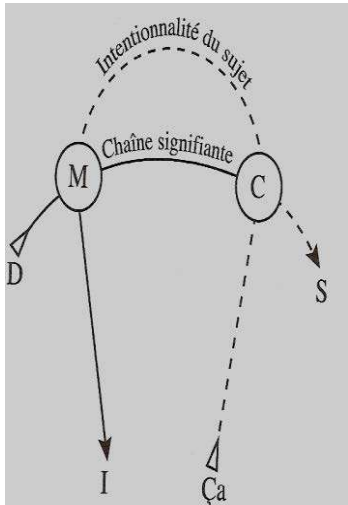
Pour plus de compréhension, nous allons reprendre la constitution du graphe, telle que Lacan a pu l'ébaucher à partir de son séminaire sur le désir et son interprétation⁴⁰⁹ en l'associant à sa communication prononcée en 1960 à l'université d'Amsterdam⁴¹⁰ quelques années après où se trouve un schéma du désir plus abouti (graphe du désir). Nous allons très succinctement reprendre cette construction du désir à travers schéma et graphe pour saisir ce que Lacan nomme expérience traumatique fondamentale.

Le premier étage du graphe représente le niveau infant du discours, littéralement celui qui ne parle pas. Le deuxième étage du graphe implique que l'enfant sache parler. A ce niveau, nous avons la constitution de l'Autre qui peut donner une réponse à l'appel du sujet (Che Vuoi). C'est la position désirante de l'Autre. La troisième étape correspond au processus visant à l'issue du désir par le fantasme.

⁴⁰⁹ Lacan J.,(1958-1959)Le séminaire VI : "Le désir et son interprétation", Editions la Martinière, 2013.

⁴¹⁰ Lacan J., "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien" in les Ecrits, 1954, p793-827

Schéma 1⁴¹¹

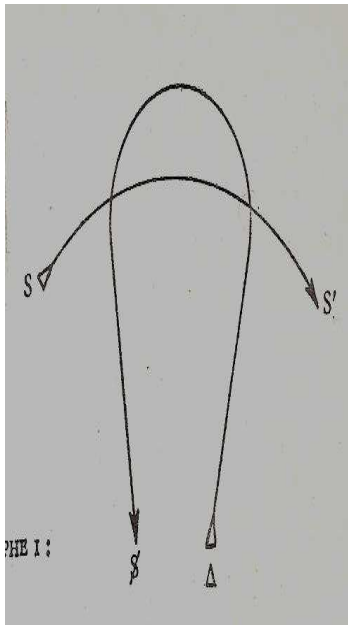


Ce premier schéma fait référence à la communication, nous pouvons citer J.Lacan (p22).

« L'enfant s'adresse à un sujet qu'il sait parlant, qu'il a vu parlant, qui l'a pénétré de rapports depuis le début de son éveil à la lumière du jour. C'est très tôt que le sujet a à apprendre que c'est là une voie, que c'est là le défilé par où les manifestations de ses besoins doivent s'abaisser à passer pour être satisfaits. »

M : Message ; C : code ; D : Demande ; S : signifiant ; I : identification.

Graphe 1⁴¹²

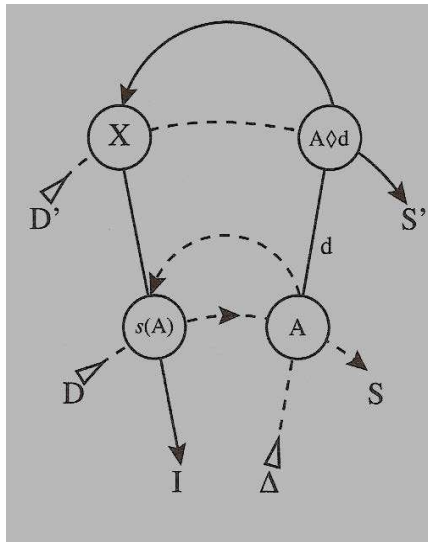


Ce schéma représente la cellule élémentaire du graphe. Lacan ne fait que reprendre le schéma 1. Deux vecteurs SS' et ΔS sont mis en relation. SS' représente la chaîne signifiante. $\nabla S'$ représente le passage de l'être humain d'une position d'"assujet", "hilflosigkeit" (position Δ), à une position de sujet divisé $\$$.

411 Lacan J., (1958-1959) "Le désir et son interprétation", séminaire , Leçon du 12 novembre 1958, Editions de la Martinière, 2013, p21

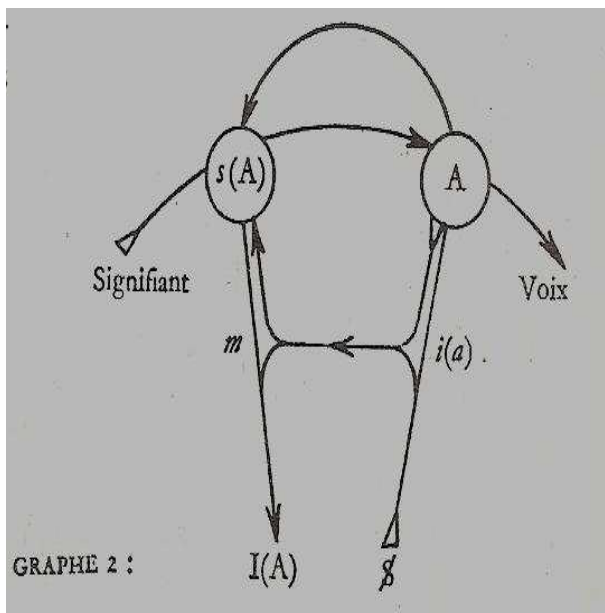
412 Lacan J., 1953, "Les Ecrits", Paris Le Seuil, 1964, p 805

Schéma 2⁴¹³



Cette deuxième étape marque un progrès dans le procès de subjectivation. C'est une étape qui va au-delà de la prise dans le langage. Lacan reprend l'exemple du jeu du "For Da" pour illustrer son schéma. Je cite Lacan « *La deuxième partie du schéma implique que l'enfant, même si il ne sait pas encore tenir un discours, tout de même déjà il sait parler, ce qui vient très tôt* »

Graphe 2⁴¹⁴



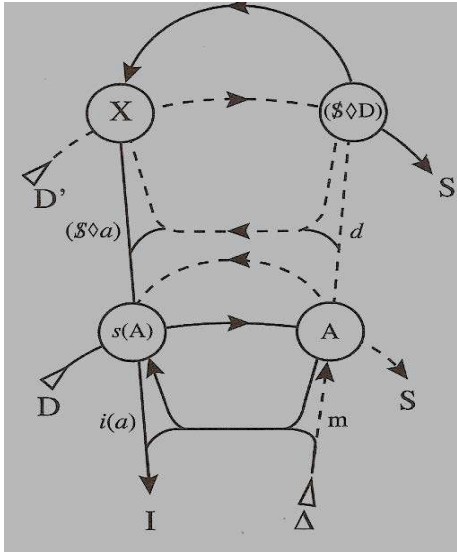
Le schéma élaboré auparavant dans le schéma 2 se formalise dans un graphe ou apparaît tout le processus imaginaire.

413 Op cit p24

414 Op cit p808

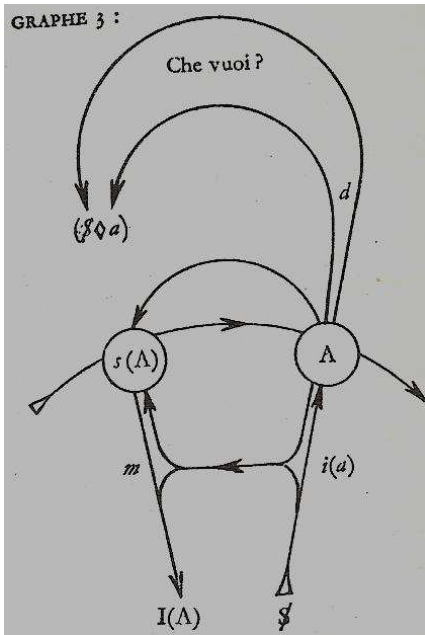
Schéma 3⁴¹⁵

"Ceci représente la troisième étape, forme, la troisième phase, du schéma. Voici ce qui la constitue. Dans la présence primitive du désir de l'Autre comme obscur et opaque, le sujet est sans recours, hiflos. L "hilflosigkeit"-j'emploie le terme de Freud- cela s'appelle en français la détresse du sujet."



Ce schéma superpose plusieurs étapes, où peut se situer "Hilflosigkeit" (détresse, « d »), l'expérience traumatique fondamentale de la vie humaine. Lacan inscrit la détresse du sujet dans son graphe qu'il assimile à une expérience traumatique. Le fait traumatique est un fait humain par excellence qui précède la constitution du désir.

Graphe 3⁴¹⁶



C'est la forme définitive du graphe. La construction du fantasme se superpose aux étapes précédentes à partir d'une demande qui ne pourra jamais être satisfaite grâce à l'opération de la castration.

415 Op cit., p28

416 Op cit., p817

A partir de ces considérations où Lacan assimile la détresse du nouveau-né à une expérience traumatique, il fait du "trauma" le fondement de l'être humain. Pour reprendre une expression de François Sauvagnat, le trauma n'est pas seulement une victimisation, c'est aussi une initiation.⁴¹⁷

"C'est la le fondement de ce qui, dans l'analyse, a été explorée, expérimentée, située comme expérience traumatique"⁴¹⁸

La psychanalyse a exploré cette détresse humaine à travers notamment le cas Robert cité plus haut, étudié dans le séminaire I. La détresse fondamentale, c'est la position à un moment donné de l'être arrivant dans le monde. Cet être a besoin d'un autre être humain pour constituer son désir, qui va alors se construire à partir d'un trauma que Lacan réduit à un signifiant.

Mais, au-delà de cette détresse fondamentale base constitutive de l'être humain, Jacques Lacan fait état du trauma dans son expression perverse.

VI/12. LA NUIT DU TRAUMATISME

Dans sa leçon du 7 janvier 1959 du séminaire "Le désir et son interprétation", il fait allusion à la nuit du traumatisme située au-delà de l'angoisse⁴¹⁹.

"Pour autant que, comme désir, c'est-à-dire dans la plénitude d'un destin humain qui est celui d'un sujet parlant, il approche cet objet, le sujet se trouve pris dans une sorte d'impasse. Cet objet le sujet se trouve pris dans une sorte d'impasse. Cet objet, comme objet, il ne saurait l'atteindre qu'à se trouver lui-même, comme sujet de la parole,

⁴¹⁷ Sauvagnat F., Séminaire de recherche, 10/07/2009

⁴¹⁸ Lacan J., (1958-1959), Le séminaire livre VI, "Le désir et son interprétation", leçon du 7 janvier 1959, édition de la Martinière, 2013, p 27

⁴¹⁹ Ibid p146

effacé dans cette élision qui le laisse dans la nuit du traumatisme, dans ce qui est à proprement parler, au-delà de l'angoisse même. Ou alors, il se trouve devoir prendre la place de l'objet, se substituer à lui, se subsumer sous un certain signifiant. Lequel ? Pour l'instant, je l'articule purement et simplement, je ne le justifie pas, tout notre développement le justifiera-c'est le phallus. Toute l'expérience analytique est là pour en témoigner. »

Lacan va un peu plus loin. Si précédemment nous avons la détresse du sujet, ici nous avons la nuit du sujet. Cela signifie que le désir dans son rapport à l'objet peut se retrouver dans une impasse devant laquelle l'atteinte de l'objet s'entrevoit. Une expression cachée du désir pouvant se retrouver la nuit dans toute sorte d'expériences. Lacan n'hésite pas à nommer la nuit du traumatisme comme pour indiquer une certaine immaturité d'une position subjective. Cette nuit du traumatisme est la scène où se met en jeu l'objet du désir. Lacan fait un clin d'œil au désir qui s'exprime la nuit et qui dévoile l'objet pervers (fétichiste, exhibitionniste). Ce sont là, nous dit Lacan, deux positions parallèles, construites dans un rapport au désir similaire. Le sujet pervers se trouve confronté à une béance chez l'Autre du désir. L'horreur qui s'entrevoit, face à cette rencontre, se referme dans une solution exhibitionniste ou voyeuriste ou encore phobique ; des solutions défensives contre le désir aspirant, dévorant de l'Autre.

A cette position perverse, que Lacan qualifie de lésion au dessus de l'angoisse, succède une position névrotique.

VI/13. LES DEUX AXES DU DESIR DANS LA NEVROSE

Au-delà de la perversion assimilée à la nuit du traumatisme, la névrose se révèle autour de deux axes du désir. Le désir se caractérise dans l'obsession comme impossible et insatisfait dans l'hystérie.

"Dans la névrose, l'objet se charge de cette signification qui est à chercher dans ce que j'appelle l'heure de vérité. L'objet y est toujours à l'heure d'avant, ou à l'heure d'après. Si l'hystérie se caractérise par la fondation d'un désir en tant qu'insatisfait, l'obsession se caractérise par la fonction d'un désir impossible. Mais ce qu'il y a au-delà de ces deux termes est quelque chose qui a un rapport double et inverse dans un

cas et dans l'autre. Ce phénomène affleure, pointe, se manifeste de façon permanente dans la procrastination de l'obsessionnel qui est d'ailleurs fondée sur le fait qu'il anticipe toujours trop tard".⁴²⁰

Le désir comme impossible s'illustre dans la tragédie d'Hamlet et plus exactement dans sa procrastination. Rappelons qu'Hamlet, prince du Danemark, veut venger la mort de son père en tuant Claudius l'actuel roi du Danemark et supposé assassin de son père. Hamlet diffère son acte meurtrier, il procrastine.

Pourquoi cette position subjective ?

Hamlet ne peut pas tuer Claudius, son beau père, au risque de devenir le phallus de sa mère et anéantir son désir. C'est pour cela que Lacan dit que l'obsessionnel anticipe toujours trop tard. Hamlet, nous dit Lacan, est toujours suspendu à l'heure de l'autre. Hamlet dans la première scène est prêt à tuer Claudius son beau père. Mais face à la poussée du désir il s'incline, pour ne pas mettre en danger son propre désir.

Dans la névrose hystérique, il y a plutôt la révélation, à la différence de l'obsessionnel, d'un "certain trop tôt" où s'intercale un désir insatisfait.

"...De même, l'hystérique, répète toujours ce qu'il y a d'initial dans son trauma à savoir un certain trop tôt, une immaturation fondamentale."⁴²¹

L'explication de cette assertion lacanienne se trouve dans le rêve de la belle bouchère, rebaptisé ainsi et repris dans le séminaire "Le désir et son interprétation». Rappelons que la "belle bouchère", est un rêve analysé par Freud.⁴²²

Ce rêve de la belle bouchère tient en quelques lignes :

"Je veux donner un dîner, mais je n'ai pour toutes provisions qu'un peu de saumon fumé (C'est très "poisson" ce soir. Il y avait les anchois en apéritif tout à l'heure,

⁴²⁰ Ibid., p.373

⁴²¹ Ibid., p.374

⁴²² Freud S., 1900, "Le rêve de la belle bouchère", in L'Interprétation des rêves, PUF 1967, p133

maintenant c'est le saumon fumé et ça va continuer tout à l'heure avec le caviar). Je pense aller faire des achats, mais je me souviens que c'est dimanche après-midi, moment où tous les magasins sont fermés. Je veux alors téléphoner à quelques fournisseurs, mais le téléphone est en dérangement. Il me faut donc renoncer au souhait de donner un souper".

La femme d'un boucher désire manger du caviar, mais elle ne veut pas que son mari lui achète, parce qu'il faut que son désir reste insatisfait. Ce désir qui doit être maintenu insatisfait répond au fantasme fondamental que Lacan épingle sous la formule $\$ \Delta a$. Le fantasme œdipien, côté fille, met en jeu la castration en première intention. La jeune fille déçue par sa mère dans un premier temps, se tourne vers son père dans un second temps. Elle y suppose l'objet de son désir (complexe d'Oedipe). C'est dans cette rencontre précoce, que Lacan nomme comme un certain "trop tôt" qu'il existe une immaturation fondamentale. Lacan renvoie l'insatisfaction hystérique à cette expérience du désir chez l'enfant dans sa rencontre avec le désir du père. Et c'est la position désirante du père qui permet au sujet d'y confronter son propre désir. Cette rencontre a une valeur traumatique pour le sujet.

"Si la scène primitive participe de cette structure, c'est sans doute en tant qu'elle la renverse. Ce renversement fait que le sujet voit quelque chose s'ouvrir, aperçoit soudain une béance dont la valeur traumatique a rapport au désir-entrevu perçu comme tel- de l'Autre. Le désir de l'Autre reste là comme un noyau énigmatique, jusqu'à ce que, ultérieurement, après coup, le sujet puisse en réintégrer le moment vécu dans une chaîne, qui ne sera pas forcément la chaîne correcte, mais qui sera en tous les cas la chaîne génératrice de toute une modulation inconsciente- chaîne génératrice dès lors noyau de la névrose"⁴²³

Le désir d'insatisfaction de l'hystérique et la procrastination chez l'obsessionnel sont interprétés par Lacan comme un trauma fondamental nécessaire à la bonne marche du désir. Ce "trauma" est donc structurel dans la névrose plutôt qu'événementiel.

⁴²³ Lacan J., 1958-1959, Le Séminaire VI : "Le désir et son interprétation", Edition de la Martinière, 2013, p500

Nous avons voulu montrer, dans ce chapitre, que le trauma est inhérent à la vie elle-même. En effet l'enfant qui arrive au monde fait une expérience traumatique. Son entourage parle de lui avant même qu'il ne sait parler et c'est cette immersion dans le langage qui est traumatique. Le trauma va se déployer, par la suite, dans la vie du sujet sous un mode pervers et névrotique.

Nous allons voir maintenant comment éthique et désir, perçus dans la philosophie aristotélicienne comme incompatible, peuvent avec la psychanalyse s'accommoder l'un à l'autre. Le trauma, en tant qu'il intéresse une vérité hors conscience et qu'il peut porter atteinte au bonheur de l'être humain.

VI/14. ETHIQUE ET TRAUMA

L'éthique en psychanalyse vient dans le droit fil du séminaire précédent « Le désir et son interprétation ». En effet le désir tel que l'entend la philosophie aristotélicienne va à l'encontre des bonnes mœurs. Aristote, cité par Lacan⁴²⁴, parle "d'anomalies monstrueuses". La psychanalyse avec Lacan relève le gant, et s'efforce de parler d'éthique en psychanalyse ; une pratique qui se soutient du désir. Le "trauma" tel qu'il a été découvert par Freud répond cliniquement à cette assertion aristotélicienne.

"...c'est là quelque chose à quoi nous nous référons d'autant moins que l'articulation de l'analyse s'inscrit dans des termes tous différents, les traumas et leur persistance. Sans doute avons-nous appris à atomiser ce trauma, cette impression, cette marque, mais l'essence même de l'inconscient s'inscrit dans un autre registre que celui sur quoi, dans l'éthique, Aristote lui-même met l'accent d'un jeu de mots,..."⁴²⁵

Lacan précise que le "trauma" a été pulvérisé, notamment par l'abandon par Freud de sa neurotica (cité dans le précédent chapitre) mais qu'il garde au fond tout son intérêt quand à situer l'inconscient en tant qu'il insiste dans la vie humaine. La persistance traumatique prend ici toute sa fonction en mettant à mal le principe de plaisir. En effet la valeur traumatique, d'un événement pour un sujet dans sa vie, se situe dans son corps, dans ses conduites ou dans ses idées. Ces

⁴²⁴ Lacan J, 1961-1962, Le Séminaire VII : "L'éthique de la psychanalyse", Paris, Le Seuil, 1986, p15

⁴²⁵ Ibid., p.19

éléments comportent ou s'associent à un affect de déplaisir. Ce déplaisir de l'être humain est un obstacle au bonheur. Cette dimension pose déjà un problème éthique, dans la mesure où elle entrave la liberté des hommes. C'est en cela que l'œuvre freudienne est éminemment éthique, parce qu'elle apporte une solution au malheur humain. Le trauma est pris ici dans ses origines en tant qu'il révèle une vérité hors conscience, à Lacan de préciser que l'éthique psychanalytique émerge avec l'effacement des traditions.

"Mais il est tout de même frappant qu'aussi bien par les moyens que nous employons que par les ressorts théoriques que nous mettons au premier plan, l'éthique de l'analyse - car il y en a une - comporte l'effacement, la mise à l'ombre, le recul, voire l'absence d'une dimension dont il suffit de dire le terme pour apercevoir ce qui nous sépare de toute l'articulation éthique avant nous - c'est l'habitude ou la mauvaise habitude..."⁴²⁶

La notion d'habitude est chère à Aristote, parce qu'elle fonde la vertu. En effet, à partir d'expériences humaines répétées comme par exemple la pratique du sport, s'acquièrent des habitudes, à partir desquelles la vertu ou le vice se développe. C'est donc avec l'effacement de ces habitudes et la reconnaissance psychique de la valeur du trauma que s'est édifiée l'éthique de la psychanalyse. Rendre plus acceptable socialement, plus vertueux les mauvaises habitudes humaines a été possible par une capacité humaine de sublimation. Ce processus a cependant posé problème. Est-t-il ou non un processus psychique ?

VI/15. LE PROBLEME DE LA SUBLIMATION

Cet aspect de rendre vertueux une activité rejoint le processus de sublimation. La sublimation est mise en jeu. Pourtant cette dimension de la sublimation pose un problème à la psychanalyse, parce qu'elle est un critère externe au psychisme.

"Il se trouve d'abord fort gêné par la référence que Freud donne aux opérations de la sublimation, d'être toujours éthiquement, culturellement, socialement valorisées. Ce

⁴²⁶ Ibid., p.19

critère externe au psychisme laisse assurément dans l'embarras, et mérite certainement, par son caractère extra-psychologique, d'être mis en valeur et critiqué."⁴²⁷

Lacan rappelle que Freud, dans *"Moïse et monothéisme"*, a voulu situer la sublimation plutôt au cœur même de la fonction paternelle⁴²⁸.

"Formellement, il fait intervenir le recours structurant à la puissance paternelle comme une sublimation. Il souligne, dans le même texte où il laisse à l'horizon le trauma primordial du meurtre du père, et sans se soucier de la contradiction, que cette sublimation surgit à une date historique, sur le fond de l'appréhension visible, sensible, que celle qui engendre, c'est la mère. Il y a un véritable progrès dans la spiritualité à affirmer la fonction du père, à savoir celui dont on n'est jamais sûr."

Le trauma fondamental nous ramène finalement au meurtre primordial du père, vu dans le mythe de la horde primitive, mythe que nous avons cité précédemment dans l'approche freudienne. La sublimation serait la conséquence sociale heureuse d'un acte meurtrier. Voyons comment le théâtre de Claudel s'inscrit dans cette perspective.

VI/16. LE "TRAUMA" DANS LE MYTHE CLAUDELIEN

Lacan, l'année suivante, si l'on peut dire célèbre le trauma à travers le concept de transfert. Il lui donne une fonction vivante. Il le rattache au mythe et plus particulièrement à la mythologie Claudélienne⁴²⁹.

"Cette figure, ce graphe, ces points repérés, et aussi l'attention aux faits, nous permettent de réconcilier avec notre expérience du développement la fonction véritable de ce qui est trauma. N'est pas trauma simplement ce qui fait irruption à un moment, et a fêlé quelque part une structure que l'on imagine totale, puisque c'est à cela qu'a servi à certains la notion de narcissisme. Le trauma, c'est que certains événements viennent

⁴²⁷ Ibid., p.172

⁴²⁸ Ibid., p.171

⁴²⁹ Lacan J., 1960-1961, Le Séminaire VIII : "Le transfert", Le Seuil, 1991, p396

*se situer à une certaine place dans cette structure. Et l'occupant, ils y prennent la valeur signifiante qui y est attachée chez un sujet déterminé. Voilà ce qui fait la valeur traumatique d'un évènement. D'où l'intérêt de faire un retour sur l'expérience du mythe.*⁴³⁰

La valeur du trauma, c'est la place occupée de certains évènements dans la structure signifiante du sujet. Autrement dit, il y a trauma parce qu'il y a une structure sous-jacente qui inclut l'évènement insensé. Les mythes en tant qu'ils reflètent la réalité psychique sont inobservables mais gardent un caractère communicables et généralisables à tout être humain. Ils sont partie intégrante du langage. Alors si l'inconscient est structuré comme un langage, il est donc concevable de rapporter les mythes à la structure même de l'inconscient.

Cette structure est expliquée à travers les mythes. Ils illustrent la tragédie du désir, (mythe d'Oedipe, mythe de Narcisse, mythe de la horde primitive) autrement inaccessibles.

Les différents mythes grecs sont, cependant, pour la plupart très éloignés de notre époque contemporaine. Ils sont aussi, selon Lacan, des réaménagements plus ou moins allégoriques et romancés. Le théâtre de Claudel, au même titre que le théâtre de Shakespeare, illustre quelque chose de la structure psychique plus actuelle. Le théâtre de Claudel met en scène la tragédie du désir telle qu'elle s'inscrit dans les destinées d'une famille au cours du 19^{ème} siècle. "L'otage", "Le pain dur", "Le père humilié" sont les trois pièces écrites par Paul Claudel pour donner un aperçu dramatique de la vie humaine.

Dans "Le Pain dur", le petit Louis de Coûfontaine, fils du roturier Turelure et de Sygne de Coûfontaine, a grandi. Il est parti conquérir les terres de la Mitidja aux portes d'Alger. Son père l'a dépouillé de l'héritage de sa mère.

Lacan s'arrête un instant sur Lumir, fiancée du père. C'est un personnage héroïque, attachée aux causes perdues, elle va pousser le fils à tuer le père et partira seule, vers la Pologne où elle cherchera une mort digne d'elle.

⁴³⁰ Ibid., p.376

Lumir s'en va vers son désir, nous dit Lacan. Son désir qui est un désir de mort. Nous avons dans cette saga familiale une variante du mythe ou apparaît la mère, que Lacan identifie à un centre d'aspiration⁴³¹. Lacan nous décrit ici le mouvement du désir en tant qu'il peut aller vers ce qui l'aspire, il formalise une variante du mythe, une autre version signifiante de la structure du trauma, version mélancolique. Le transfert met donc en scène un jeu répétitif d'un traumatisme ancien épinglé dans le récit mythique.

Le mythe, ce récit non consigné par les historiens et transmis par la tradition, a donc une valeur pour l'existence humaine. Il influence nos pensées et nos comportements que nous répétons dans la vie. Lacan y voit tout le système du trauma.

Nous avons essayé de montrer l'intérêt de considérer la valeur éthique de la pratique psychanalytique en tant qu'elle soutient le désir de l'être humain amené à s'élever socialement ou à être entravé par des traumas. Nous allons maintenant voir comment s'observe l'expression traumatique de l'être humain.

VI/17. LE "TRAUMA" ET L'IDENTIFICATION

VI/17.1. TRAUMA ET CONDUITES REPETITIVES

Lacan conçoit le trauma comme un système à répétition. C'est parce qu'il s'est produit un événement particulier dans la vie d'un être humain, qu'il n'aura de cesse de le répéter de façon masquée (symptôme, conduites...) et sans forcément le savoir.

"La dernière fois que je vous ai laissés sur cette remarque faite pour vous donner le sentiment que mon discours ne perd pas ses amarres, à savoir que l'importance, pour nous, de cette recherche cette année tient en ceci que le paradoxe de l'automatisme de

⁴³¹ Ibid., p.380

répétition c'est que vous voyez surgir un cycle de comportement inscriptible comme tel dans les termes d'une résolution de tension (du couple donc besoin-satisfaction) et que néanmoins quelle que soit la fonction intéressée dans ce cycle, si charnelle que vous la supposiez, il n'en reste pas moins que ce qu'elle veut dire en tant qu'automatisme de répétition c'est qu'elle est là pour faire surgir, pour rappeler, pour faire insister quelque chose qui n'est rien d'autre en son essence désignable par sa fonction, et spécialement sous cette face qu'elle introduit dans le cycle de ses répétitions - toujours les mêmes en leur essence et donc concernant quelque chose qui est toujours la même chose - la différence, la distinction, l'unicité, que c'est parce que quelque chose à l'origine s'est passé qui est tout le système du trauma, à savoir qu'une fois qu'il s'est produit quelque chose qui a pris dès lors la forme A, que dans la répétition le comportement si complexe, engagé que vous le supposiez dans l'individualité animale, n'est là que pour faire ressurgir ce signe A. Disons que le comportement dès lors est exprimable comme le comportement ; c'est ce comportement disons le : accès hystérique par exemple - une des formes chez un sujet déterminé, ce sont ses accès hystériques - c'est cela qui sort comme comportement. Seul le numéro est perdu pour le sujet. C'est justement en tant que le numéro est perdu qu'il sort ce comportement masqué dans cette fonction de faire ressurgir le numéro derrière ce qu'on appellera la psychologie de son accès, derrière les motivations apparentes ; et vous savez que sur ce point personne ne sera difficile pour lui trouver l'air d'une raison : c'est le propre de la psychologie de faire toujours apparaître une ombre de motivation. "⁴³²

Le trauma est intrinsèque aux êtres humains ; Lacan fait du système traumatique l'appareil psychique de la psychanalyse. A la différence de Freud il identifie le trauma comme cause signifiante. L'accès hystérique est le résultat, la résolution d'une tension entre un trauma mythique puisqu'il est oublié dans l'histoire du sujet et la conscience même de ce sujet. Cet accès a pour particularité de se répéter et c'est justement cette fonction de la répétition qui est particulière à l'être humain et dont la psychologie, nous dit Lacan, fait apparaître une ombre de motivation. Cette répétition rejoint d'ailleurs la notion d'habitude dont nous avons parlé précédemment à propos de l'éthique. Nous rappelons que le "trauma" réactualise, remet sur scène autre chose que ce que nous retrouvons dans les formes humaines, voire animales, habituelles. C'est d'ailleurs pour cela qu'il a

⁴³² Lacan J., 1962-1963, Le Séminaire inédit livre IX : "L'Identification", p67, Leçon du mercredi 20/12/1961

une valeur éthique. Karl Lorenz⁴³³, à ce propos, a montré comment l'habitude, par sa fonction de sauvegarde de l'acquis, joue chez l'être humain un rôle analogue à l'instinct chez les animaux dans la formation des rites. Bref, Lacan fait allusion à l'individualité animale, en tant que certains comportements peuvent supposer également l'existence d'une répétition.

VI/17.2. "TRAUMA" ET BERGER DE L'ÊTRE

A cette économie du trauma, Lacan y associe le sujet. C'est ce qu'il appelle avec Martin Heidegger, "le berger de l'être"⁴³⁴.

"Où est le sujet là-dedans ? Il est dans l'individualité radicale, réelle, dans le patient pur, dans cette capture de l'organisme, dès lors inspiré par les effets du hasard, par le fait qu'un vivant entre les autres a été appelé à devenir ce que M. Heidegger appelle le berger de l'être, ayant été pris dans les mécanismes signifiants."

Cette nomination du sujet qualifié de berger, nous fait nous interroger sur l'articulation entre deux pôles. Celui du sujet et celui du système traumatique. C'est l'effort que va produire Lacan dans son séminaire sur l'identification pour trouver une articulation.

"Notre effort cette année, s'il a un sens, justement c'est de montrer comment s'articule la fonction du sujet ailleurs que dans l'un ou dans l'autre de ces pôles jouant entre les deux."⁴³⁵

Nous avons tenté de montrer comment il est possible de repérer le trauma à l'œuvre chez l'être humain. Nous allons maintenant voir comment l'angoisse y joue son rôle dans son lien à l'objet pulsionnel.

⁴³³ Lorenz K., "L'Agression. Une histoire naturelle du mal" (trad. franç. 1969)

⁴³⁴ Lacan J., 1962-1963, Le Séminaire inédit livre IX : "L'Identification", p68, Leçon du mercredi 20/12/1961

⁴³⁵ Ibid., p.68, "Leçon du 20/12/1960"

VI/18.1. ANGOISSE DE CASTRATION

A ce système traumatique articulé au sujet, Lacan avec Freud y associe un système d'alerte. L'angoisse est prise dans sa fonction de signal, elle signale au sujet l'approche d'un danger. Contrairement à Freud, Lacan ne voit pas dans l'angoisse de castration l'impasse dernière du sujet. Il y voit plutôt la trace d'une castration qui s'est constituée en amont en lien avec d'autres castrations, synonyme de "trauma". Le dramatisme imaginaire, tel le mythe de Narcisse, nous en illustre la forme. C'est sans doute ce à quoi Lacan fait référence dans sa leçon du 15 décembre 1962⁴³⁶

"Ce n'est point l'angoisse de castration en elle-même qui constitue l'impasse dernière du névrosé. En effet, la forme de la castration, c'est-à-dire la castration dans la structure imaginaire, est déjà faite ici, en (-phi), au niveau de la cassure qui se produit dans l'approche de l'image libidinale du semblable, à quelque temps d'un certain dramatisme imaginaire. D'où l'importance des accidents de la scène que pour cette raison on appelle traumatique."⁴³⁷

Même si Lacan nous indique que le trauma est un accident de la scène, c'est-à-dire un événement particulier qui viendrait faire une cassure dans la vie psychique, le trauma est aussi un moment propulsif qui va faire jaillir d'autres événements traumatisants antérieurs au choc de la scène. C'est ici que le trauma prend sa valeur traumatique en tant qu'un élément de la réalité peut se relier à un événement antérieur en attente de réponse. En somme, le trauma devient actif, parce qu'il solidarise, si on peut dire, d'autres événements.

VI/18.2. TRAUMA ET CASTRATION

⁴³⁶ Lacan J., 1961-1962, Le Séminaire Livre X : "L'Angoisse", Le Seuil, 2004

⁴³⁷ Ibid., p.58

Le matériel du trauma est dans un avant-coup traité psychiquement. Il n'est plus conscient mais reste actif. Dans un après-coup avec un second matériel de la réalité qu'il peut y avoir trauma. Lacan dit, à ce sujet, que c'est parce que le "matériel" peut être utilisé par une fonction (la fonction du trauma) et produire les effets pathologiques que nous pouvons donner tout son sens au terme de castration.

"La cassure imaginaire présente toutes sortes de variations et d'anomalies possibles, ce qui déjà indique à soi tout seul que quelque chose dans le matériel est utilisable pour une autre fonction qui, elle, donne son plein sens au terme de castration."⁴³⁸

C'est-à-dire que, dans la mesure où le matériel de la réalité vient s'associer à des éléments psychiques anciens intégrés à l'inconscient, la castration en tant que processus psychique peut-être déduite. Le trauma, dans ce sens, fait valoir finalement l'indice d'une castration vécue par le sujet lui-même et souvent passée inaperçue. Si nous considérons cet avant coup du traumatisme, constitué d'un matériel signifiant, nous nous orientons vers ce que Lacan nomme un amour présent dans le réel.

VI/18.3. UN "AMOUR PRESENT DANS LE REEL" : L'OBJET « A »

Le sujet recule à partir non pas de son angoisse, mais plutôt à partir de ce qui lui manque, sa part traumatique. La part traumatique, inscrite dans la vie du sujet, en attente d'élaboration ultérieure, Lacan la nomme d'une autre façon. Il appelle cela un "amour présent dans le réel".

"A ceux qui ont entendu mon discours sur le banquet, le texte de Dora - bien sûr, il convient que vous soyez d'abord familiers avec lui - peut rappeler la dimension toujours éludée quand il s'agit du transfert, à savoir que le transfert n'est pas simplement ce qui reproduit et ce qui répète une situation, une action, une attitude, un traumatisme ancien. Il y a toujours une autre coordonnée, sur laquelle j'ai mis l'accent à propos de l'intervention analytique de Socrate, à savoir nommément dans le cas que j'évoque, un amour présent dans le réel. Nous ne pouvons rien comprendre au transfert si nous ne

⁴³⁸ Ibid., p.58

savons pas qu'il est aussi la conséquence de cet amour là, de cet amour présent, et les analystes doivent s'en souvenir en cours d'analyse. Cet amour est présent de diverses façons, mais au moins qu'ils s'en souviennent quand il est là visible. C'est en fonction de cet amour, disons réel, que s'institue ce qui est la question centrale du transfert, celle que se pose le sujet concernant l'agalma, à savoir ce qui lui manque, car c'est avec ce manque qu'il aime."⁴³⁹

L'amour dans le réel dont nous parle Lacan représente le produit d'un travail psychique, dans lequel peut s'extraire un certain manque. C'est ce manque qui fait désirer le sujet, qui se manifeste dans son désir de recherche. Le transfert, nous dit Lacan, doit être compris avec cette dimension de l'amour. La part traumatique perdue correspondrait à cet amour dans le réel. Le névrosé reculerait davantage devant son manque, que devant son angoisse. La question du manque est pour Lacan cruciale, il le nomme un amour présent dans le réel dans un premier temps. Il va, dans un second temps, serrer au plus près cette dimension de l'amour en l'instituant comme objet du désir et en lui attribuant une petite lettre. Lacan va plus loin dans sa construction. Il opère une réduction scientifique, en créant l'objet "a". Manque fondamental du sujet qui est, tout au long de ce séminaire, élaboré. Ce manque appréhendé par une petite lettre : "a", instaure la cause même du désir. Ce petit "a" est l'objet recherché du désir. Il reste actif pour attirer vers lui d'autres signifiants. La scène primitive, vécue ou imaginée, inscrit une marque traumatique qui peut se corréler à l'objet "a".

Lacan y fait allusion dans sa leçon du 29 mai 1963 :

"Pour vous rendre sensible la vérité de cette formule, (il s'agit de la formule phi) je prendrai diverses voies selon le mode du tourner-autour. Et puisque je vous ai rappelé la dernière fois la structure propre du champ visuel, la sustentation et l'occultation à la fois de l'objet "a" dans ce champ, je ne peux faire moins que d'y revenir, quand c'est dans ce champ que se fait le premier abord de la présence phallique, et d'une façon que nous savons être traumatique. C'est ce qu'on appelle la scène primitive."⁴⁴⁰

⁴³⁹ Ibid p128, Leçon du 16/01/1963

⁴⁴⁰ Ibid p301, Leçon du 29/05/1963

La scène primitive connotée sexuellement, à laquelle peut assister l'enfant et qu'il voit, comme Freud a pu le supposer dans le cas de l'homme aux loups (cité dans le précédent chapitre) marque chez le sujet la rencontre avec le mystère de la différence sexuelle : une rencontre traumatique dans laquelle un matériel insensé se dépose dans la vie psychique et qui restera en attente d'être compris ultérieurement. C'est à travers l'actualisation des formations de l'inconscient que peut se dénouer la problématique du trauma. C'est ce que nous indique Lacan par la suite.

VI/18.4. SYMPTÔME ET "TRAUMA"

Lacan évoque la question du symptôme à partir du trauma sexuel et la difficulté d'élaborer une réponse en dehors d'un symptôme.

"Entre le signifiant énigmatique du trauma sexuel et le terme à quoi il vient se substituer dans une chaîne signifiante actuelle, passe l'étincelle qui fixe dans un symptôme, -métaphore ou la chair ou bien la fonction sont prises comme élément signifiant, -la signification inaccessible au sujet conscient ou il peut se résoudre."⁴⁴¹

Le trauma est ici assimilé au sexuel et le symptôme psychanalytique en est le substitut. Entre le signifiant énigmatique, c'est-à-dire sans signification, et le symptôme, il y a la mise en jeu de la fonction métaphorique. Lacan va revenir, quelques années plus tard sur cette question du sexuel et plus particulièrement sur la scène traumatique. Pour lui, certaines réponses à la scène traumatique ne peuvent-être élaborées autrement que par un symptôme.

Je cite Lacan dans sa leçon du 29 mai 1963⁴⁴² :

"Quelque chose se passe alors au niveau du développement symptomatique des effets de cette scène. Freud nous témoigne que cet élément n'a été que reconstruit, mais il est si essentiel que l'analyse que fait Freud ne tiendrait pas si nous ne l'admettions pas. Cet élément reste le seul jusqu'au bout à ne pas être intégré par le sujet, et nous présentifie

⁴⁴¹ Lacan J.,(1957) "L'instance de la lettre" in les Ecrits , Seuil, 1966, p518

⁴⁴² Op cit., p302, Leçon du 29/05/1963

en cette occasion ce que Freud articulera plus tard concernant la reconstruction comme telle. Cet élément, c'est la réponse du sujet à la scène traumatique par une défécation"

Lacan fait référence à l'Homme aux loups, dont nous avons déjà parlé. Il évoque comment pour l'homme au loup face à la sexualité il ne peut y répondre autrement que par un symptôme. Il faudra l'interprétation freudienne, à partir des rêves produits par l'homme aux loups, pour considérer qu'il existe une scène traumatique vécue pendant l'enfance. Cette scène traumatique a un lien avec l'angoisse

VI/18.5. UN AUTRE SIGNAL POUR LA NEVROSE TRAUMATIQUE

Lacan revient sur la question de l'angoisse pour nous rappeler que justement, à la différence des névroses de défense, la névrose traumatique se distingue avec un signal différent de celui de l'angoisse.

"L'angoisse, Freud, au terme de son œuvre, l'a désignée comme signal. Il l'a désignée comme un signal distinct de l'effet de la situation traumatique, et articulé à ce qu'il appelle danger, terme qui renvoie pour lui à la notion, il faut bien le dire non élucidée, de danger vital."⁴⁴³

La névrose traumatique tend à se différencier de la névrose ordinaire parce qu'elle met en jeu un autre signal que celui de l'angoisse. Nous avons donc un destin différent pour le trauma en tant qu'il passe à côté du signal de l'angoisse et qu'il pourrait produire une névrose traumatique. C'est ce que Lacan nous indique à la fin de son séminaire. Il existerait donc un autre signal, pour la névrose traumatique.

Nous avons argumenté la relation entre l'angoisse perçue comme un signal et l'objet traumatique encore appelé "amour présent dans le réel". Nous allons voir maintenant comment Lacan revisite le concept de répétition en tant qu'il vient indiquer au sujet une vérité traumatique. Il

⁴⁴³ Ibid., p.375, Leçon du 03/07/1963

prend à revers les conceptions développementales pour proposer une conception logique de l'appareil psychique et une nouvelle interprétation du trauma se fait jour.

VI/19. CONCEPTS FONDAMENTAUX ET TRAUMA

VI/19.1. LE RESEAU DES SIGNIFIANTS

L'objet "a" élaboré dans le précédent séminaire scelle définitivement le sort de Jacques Lacan au sein de la communauté analytique, il sera "excommunié" et doit dispenser son enseignement en dehors de l'Hôpital Sainte Anne. C'est l'école normale supérieure, par l'intermédiaire de Louis Althusser, qui va accueillir le séminaire nommé "Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse". Lacan poursuit son effort d'élaboration en refondant la psychanalyse⁴⁴⁴. La névrose traumatique est revisitée en référence à l'expérience freudienne. Lacan, dans le chapitre du "réseau des signifiants" revient sur la conception freudienne de la constitution de l'inconscient. Avec Freud, nous avons fait état d'une constitution de l'inconscient à partir du système perceptif. Lacan cite la lettre à Fliess n°52⁴⁴⁵, il rappelle que la perception est séparée de la conscience et il précise que les traces de la perception (*Wahrnehmungszeichen*), avant d'être mises en mémoire, doivent être effacées, et réciproquement.

Ce "et réciproquement" est important à signaler, il donne la dimension synchronique des signifiants où se constitue un système simultané. Nous n'avons pas la primauté du système perceptif par rapport au système inconscient mais plutôt une mise en réseau des signifiants entre le système perceptif et le système langagier. Le trauma illustre tout à fait cela. Lacan dans sa leçon du 5 février 1964 nous l'indique très clairement⁴⁴⁶ :

⁴⁴⁴ Lacan J., 1963-1964, Le séminaire Livre XI "Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse", Le Seuil, 1973

⁴⁴⁵ Freud S., 1896, Lettre à Fliess n°52, in La naissance de la psychanalyse

⁴⁴⁶ L Lacan J., 1963-1964, "Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse", Le Seuil, 1973 leçon du 05/02/1964

"Et pourquoi, d'abord, la répétition est-elle apparue au niveau de ce qu'on appelle névrose traumatique ?

Freud, contrairement à tous les neurophysiologistes, "pathologues" et autres, a bien marqué que, si cela fait problème au sujet de reproduire en rêve le souvenir du bombardement intensif, par exemple, d'où part sa névrose - ça ne semble, à l'état de veille, lui faire ni chaud ni froid. Quelle est donc cette fonction de la répétition traumatique si rien, bien loin de là, ne peut sembler la justifier du point de vue du principe de plaisir ? Maîtriser l'évènement douloureux, vous dira-t-on, mais qui maîtrise, où est ici le maître, à maîtriser ? Pourquoi parler si vite, quand précisément nous ne savons où situer l'instance qui se livrerait à cette opération de maîtrise ? Freud, au terme de la série d'écrits dont je vous ai donné les deux essentiels, indique que nous ne pouvons ici concevoir ce qui se passe dans les rêves de la névrose traumatique qu'au niveau du fonctionnement le plus primitif - celui où il s'agit d'obtenir la liaison de l'énergie."⁴⁴⁷

Le bombardement intensif, vécu dans la réalité, s'exprime à travers les cauchemars de façon répétitive. Alors qu'à l'état de veille, le sujet n'exprime aucune gêne. Pendant l'état de vigilance, c'est-à-dire pendant l'activation effective du système perceptif, le sujet ne souffre pas. Le "trauma" s'exprime sournoisement en dehors de toute maîtrise consciente. La manifestation traumatique à travers les cauchemars, indique pour Lacan qu'il y a une mise en tension d'un fonctionnement primitif, cherchant à établir une liaison avec le système langagier articulé par le processus répétitif.

"Toute l'histoire de la découverte par Freud de la répétition comme fonction ne se définit qu'à pointer ainsi le rapport de la pensée et du réel."⁴⁴⁸

Le fonctionnement répétitif, qui représente le rapport du réel à la pensée, fait problème parce qu'il procure un déplaisir. Il y a donc lieu de considérer autrement le rapport principe de plaisir et principe de réalité. Contrairement à l'idée que le fonctionnement mental a pour but la recherche du plaisir et l'évitement du déplaisir, il existerait un fonctionnement différent qui produirait du déplaisir, dans la répétition d'un "trauma" à travers des cauchemars répétitifs.

⁴⁴⁷ Ibid., p.50, Leçon du 05/02/1964

⁴⁴⁸ Ibid., p.49

La répétition est un concept majeur de la psychanalyse, c'est un « topos de la doctrine », nous dit Serge Cottet⁴⁴⁹. C'est un des quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse que va revisiter Lacan. Avec Freud nous avons une répétition qui symbolise l'absence, comme dans l'exemple précité du jeu de la bobine décrit par Freud. Nous avons avec Lacan une répétition plus en lien avec le réel traumatique. Lacan, en référence à Aristote, reprend la notion d'automaton, qu'il rapporte à la nature et la notion de tuché qu'il rattache au hasard. L'automaton se rattache plus à la nécessité alors que la tuché se rattache à la contingence, c'est-à-dire au hasard de la rencontre. Le trauma a un rôle spécifique dans la compulsion de répétition puisque c'est en référence au trauma que la répétition se manifeste. Lacan dans son séminaire nous en rend compte :

"De cette fonction de la tuché, du réel comme rencontre-la rencontre en tant qu'elle peut être manquée, qu'essentiellement elle est la rencontre manquée-s'est d'abord présentée dans l'histoire de la psychanalyse sous une forme qui, à elle seule, suffit déjà à éveiller notre attention - celle du traumatisme. N'est-t-il pas remarquable que, à l'origine de l'expérience analytique, le réel se soit présenté sous la forme de ce qu'il y a en lui d'inassimilable sous la forme du trauma, déterminant toute sa suite, et lui imposant une origine en apparence accidentelle? Nous nous trouvons là au cœur de ce qui peut nous permettre de comprendre le caractère radical de la notion conflictuelle introduite par l'opposition du principe de plaisir et de réalité - ce pourquoi on ne saurait concevoir le principe de réalité comme ayant, par son ascendant, le dernier mot.

⁴⁴⁹ Cottet S., intervention de Serge Cottet dans une soirée préparatoire au congrès de l'association mondiale de psychanalyse, sous le titre « Répétition », Soirée organisée le 12 avril 2012.

Serge Cottet est psychanalyste membre de l'Ecole de la Cause freudienne et de l'association mondiale de psychanalyse. Professeur titulaire au Département de psychanalyse. Il s'oriente de l'enseignement de Jacques Lacan.

En effet, le trauma est conçu comme devant être tamponné par l'homéostasie subjectivante qui oriente tout le fonctionnement défini par le principe du plaisir. Notre expérience nous pose alors un problème, qui tient à ce que, au sein même des processus primaires, nous voyons conservée l'insistance du trauma à se rappeler à nous. Le trauma y reparait en effet, et très souvent à figure dévoilée. Comment le rêve porteur du désir du sujet, peut-il produire ce qui fait resurgir la répétition le trauma - sinon sa figure même, du moins l'écran qui nous l'indique encore derrière ?"⁴⁵⁰

La répétition (*Wiederholungszwang*) se met en jeu dans la rencontre avec l'évènement (Tuché), encore appelé accident. Tous les évènements de la vie, heureux ou malheureux, impliquent le hasard de l'existence et participent à notre destin. La "tuché" se rapproche donc à l'inquiétante étrangeté, elle introduit la dimension de l'aléatoire dans la causalité subjective. La "tuché" est le hasard pur, c'est ce qui ne peut-être devinée à l'avance et donc qui ne peut pas être anticipée. Guy Briole ⁴⁵¹ parle d'un évènement imprédictible situé en dehors de la trajectoire historique d'un sujet. Cette rencontre imprévisible produit chez un sujet, selon Briole, un syndrome de répétition traumatique dans lequel le cauchemar y est pathognomonique. A la différence du syndrome de répétition rencontré peu après l'accident traumatique. L'« automaton » est le résultat d'une résistance du sujet à la résurgence du vécu traumatique. C'est ainsi que le trauma insiste à reparaitre. C'est donc à partir du trauma que Lacan reformule la notion de "Tuché" et d'"automaton". Lacan décrit le mécanisme traumatique selon une double action. L'effet immédiat de la "tuché", c'est le plus souvent celui d'un évanouissement subjectif. La clinique du traumatisme de ce point de vue nous est précieuse. C'est d'abord une mauvaise rencontre, un instant de pur non-sens. C'est ensuite dans un deuxième temps, dans un après coup, qu'il devient possible d'en saisir quelque chose, quelque chose qui fait signe au sujet en insistant à vouloir devenir conscient. Ce fonctionnement psychique à double mécanisme promeut une pratique fondée sur la logique plutôt qu'une pratique bâtie sur le développement. Nous assistons ainsi avec Lacan à un renouveau de la clinique psychanalytique.

⁴⁵⁰ Ibid., leçon du 12 février 1964, p54

⁴⁵¹ Briole G., « Un regard-en acte- sur le traumatisme » intervention à la section clinique de Lyon et Grenoble, 27 février 2009.

VI/19.3. LA FIN DES CONCEPTIONS DEVELOPPEMENTALES

C'est ainsi que nous sortons avec Lacan de l'idée d'un fonctionnement psychique développemental, ce que ne manque pas de lui poser comme question Françoise Dolto⁴⁵² :

"Je ne vois pas comment, pour décrire la formation de l'intelligence avant trois ou quatre ans, on se passerait des stades. Je pense que pour les fantasmes de défense et de voile de castration, de pair avec les menaces de mutilation, on a besoin de se référer aux stades."

Lacan souligne au contraire l'ahistoricité de la psychanalyse à travers l'affect de l'angoisse. Angoisse qui est centrale dans tout le développement. De plus il existe un "trauma", sous forme par exemple de scène copulatoire.

"Le fait copulatoire de l'introduction de la sexualité est traumatisant"⁴⁵³

Et c'est justement cet accident qui a une fonction organisatrice pour le développement. Alors que le développement se conçoit plutôt en rapport avec la mauvaise rencontre, la mauvaise éducation. La mauvaise rencontre est au contraire pour Lacan inévitable, voire même constitutive de la vie psychique, alors que le développement serait en lien avec une maturation naturelle. C'est ainsi que Lacan à partir de l'expérience traumatique, renouvelle la théorie du fonctionnement psychique, qu'il considère plus logique (Tuché et automaton) que chronologique. Un fonctionnement psychique logique qui se met au travail avec une scène traumatique, dont on peut reconnaître son pouvoir structurant pour l'être humain. C'est, en tout cas, une question que pose Lacan.

VI/19.4. SCENE PRIMITIVE ET TRAUMATISME

La scène primitive aurait donc en soi un pouvoir structurant et Lacan se pose la question de savoir pourquoi :

"Car après tout pourquoi la scène primitive est-elle si traumatique ?"⁴⁵⁴

⁴⁵² Op. cit., p62

⁴⁵³ Op. cit., p62

C'est une question importante pour la psychanalyse, elle introduit la notion de rencontre avec la sexualité, dans une facticité.

"Pour l'instant, notre horizon, c'est ce qui apparaît de factice dans le rapport fondamental à la sexualité. Il s'agit dans l'expérience analytique de partir de ceci que si la scène primitive est traumatique, ce n'est pas l'empathie sexuelle qui soutient les modulations de l'analysable, mais un fait factice. Un fait factice, comme celui qui apparaît dans la scène si farouchement traquée dans l'expérience de l'Homme aux loups"⁴⁵⁵

Il y aurait un élément factice, celui par exemple qui est imaginé par Freud dans le rêve de l'homme aux loups, cité précédemment, à l'origine du rêve. Cette facticité ne fait aucun doute pour Freud, il représente un schizme entre l'œil (dimension perceptive) et le regard (dimension psychique ou "tychique"). Lacan s'efforce encore une fois de détacher le visible de l'invisible. Il s'associe à Maurice Merleau Ponty pour en trouver la raison philosophique. "Le visible et l'invisible", livre posthume de Merleau Ponty⁴⁵⁶ où il est indiqué la préexistence du regard par rapport à l'œil. Entre la facticité d'une scène perdue en lien à la sexualité et la scène perçue, il y aurait la mise en jeu de la "tuché".

VI/19.5. OPACITE DU TRAUMATISME ET RESISTANCE

La nouvelle interprétation du "trauma" par Lacan, notamment par la combinaison "automaton" "tuché", permet de maintenir vivante la psychanalyse et de trouver une autre issue à la résistance subjective de la remémoration, telle que Freud a pu la rencontrer. Cependant, selon Lacan, cette interprétation de la résistance côté patient ne doit pas faire oublier la position du "grand Autre", lieu de la parole.

⁴⁵⁴ Op. cit.,, leçon du 12 février 1964, p67

⁴⁵⁵ Op. cit.,, p67

⁴⁵⁶ Merleau Ponty M., "Le visible et l'invisible" ed Gallimart, 1979

"On peut aller à croire que l'opacité du traumatisme - telle qu'elle est alors maintenue dans sa fonction inaugurale par la pensée de Freud, c'est-à-dire pour nous, la résistance de la signification - est alors nommément tenue pour responsable de la limite de la remémoration. Et après tout, nous pourrions nous y trouver à l'aise, dans notre propre théorisation, de reconnaître qu'il y a là un moment fort significatif de la passation de pouvoir du sujet à l'Autre, celui que nous appelons le grand Autre, le lieu de la parole, virtuellement le lieu de la vérité."⁴⁵⁷

La relation au grand Autre, si tenté qu'elle est occupée par l'analyste, peut avoir un effet de fermeture. Le transfert peut se refermer en quelque sorte sur lui-même. La consistance de l'Autre dans le dispositif de la psychanalyse est donc à interroger également. L'interprétation analytique est interrogée par Lacan en tant qu'elle peut favoriser l'ouverture ou la fermeture de l'inconscient. Il nous indique au passage, qu'avant même la rencontre avec l'analyste, le patient a déjà fait un certain travail d'interprétation voire d'élaboration de son "trauma". Freud, nous dit Lacan, a déjà fait allusion au fait que ce qui ne peut être remémoré se répète dans les conduites⁴⁵⁸. Ceci nous amène tout naturellement, avec Lacan, vers une nouvelle pratique, plus tournée vers la technique de l'interprétation.

VI/19.6 VERS UNE NOUVELLE INTERPRETATION PSYCHANALYTIQUE

Pour éviter la résistance du malade, il y a donc lieu de relativiser, voire de désacraliser l'interprétation toute puissante du psychanalyste. Un peu plus loin dans la leçon du 17 juin 1964, chapitre intitulé de "De l'interprétation au transfert", Lacan épingle "le trauma" comme signifiant irréductible. L'interprétation a pour effet de faire surgir ces signifiants faits de *non sens*.

"L'interprétation n'est pas ouverte à tous les sens. Elle n'est point n'importe laquelle. Elle est une interprétation significative, et qui ne doit pas être manquée. Cela n'empêche pas que ce n'est pas cette signification qui est, pour l'avènement du sujet

⁴⁵⁷ Lacan J., Op Cit., leçon du 15 avril 1964, p118

⁴⁵⁸ Ibid., p.118

essentiel. Ce qui est essentiel, c'est qu'il voit, au-delà de cette signification, à quel signifiant - non sens, irréductible, traumatique - il est comme sujet assujetti."⁴⁵⁹

Les éléments de non sens doivent pouvoir être atteints par l'interprétation d'une façon indirecte. Il s'agit plutôt, selon Lacan, de permettre au sujet de voir à quel signifiant traumatique il est assujetti. Il s'agit dans l'interprétation lacanienne, non pas de produire un sens au trauma mais plutôt d'ouvrir le sujet sur ce qui l'entrave, sur ce qui l'assujetti, le fait souffrir. Pour un souci de compréhension, nous pouvons citer l'exemple de la création poétique. Lacan dans ce séminaire cite le poème de Victor Hugo « Booz endormi »⁴⁶⁰. Lacan nous énonce le signifiant traumatique du vieil homme dont il est question dans le poème.

"Comment surgira-t-il de moi vieil homme une descendance". Cette problématique subjective, vérité traumatique de "Booz", se transforme par la voie métaphorique, par l'étincelle poétique nous dit Lacan⁴⁶¹, dans une création poétique. Nous pouvons à partir de là saisir la formule de Lacan concernant la fonction métaphorique énoncé dans un texte⁴⁶² en 1957. Un texte inséré dans un volume dont le titre était "Psychanalyse et sciences de l'homme".

$$F(S'/s) S = S(+s) \text{ }^{463}$$

s/s' représente les signifiants inconscients productifs d'un signifiant traumatique S, dans le cas de Booz c'est « *Comment surgira-t-il de moi vieil homme une descendance?* » C'est le signifiant irréductible, traumatique, propre au sujet. C'est ce qui fonde la liberté du sujet à l'égard de tous les sens. La fonction métaphorique va opérer via l'étincelle poétique et produire le poème de Booz endormi ; c'est l'effet de signification. s(+s) dont parle Lacan dans son article de 1957.

⁴⁵⁹ Ibid., p.226, Leçon du 17/06/1967

⁴⁶⁰ Ibid., p.224

⁴⁶¹ Ibid., p.224

⁴⁶² Lacan J., (1957) « l'instance de la lettre dans l'inconscient » in les Ecrits, Seuil, 1966, p 515

⁴⁶³ Lacan J., (1957) « l'instance de la lettre dans l'inconscient » in les Ecrits, Seuil, 1966, p 515

"La structure métaphorique, indiquant que c'est dans la substitution du signifiant au signifiant que se produit un effet de signification qui est de poésie ou de création, autrement dit d'avènement de la signification du sujet"⁴⁶⁴

Cette formule va être revue et corrigée par Lacan qui la trouve insatisfaisante. En effet, si nous considérons l'interprétation par le sens, nous aboutissons à l'incohérence suivante. Un signifiant ne peut pas se rapporter à lui même. Dans le cas de Booz son signifiant personnel ne peut être saisi par une signification interprétative, puisqu'elle constitue le sujet dans sa liberté à l'égard de tous les sens. *"Un signifiant qui tue tous les sens"*⁴⁶⁵ nous dit Lacan. Pour opérer, par l'interprétation sur ce signifiant, Lacan propose d'ouvrir le sujet sur sa problématique, plutôt que d'y adjoindre un sens par l'interprétation.

Nous avons pu voir comment le trauma, illustré par la scène copulatoire, tend à se répéter dans la vie du sujet. Nous tenterons maintenant de dégager les problèmes cruciaux que pose la psychanalyse avec la référence au trauma. L'objet "a" assimilé au "traumatisme sans antériorité" vient définir la cause sexuelle. Il existe ce réel qui ne peut se dire mais que Lacan tente de serrer avec l'écriture mathématique. De plus, le trauma est considéré comme le résultat d'un malentendu, comme le désignera Jacques Lacan.

VI/20. TRAUMA ET PROBLEMES CRUCIAUX POUR LA PSYCHANALYSE

VI/20.1. LE TRAUMA SANS ANTERIORITE

Lacan, le 10 juin 1965, revient sur sa trouvaille de l'objet "a", élaborée surtout dans son séminaire sur l'angoisse cité précédemment. Cet objet est celui de la psychanalyse qu'il met en relation avec le traumatisme. Il nous indique paradoxalement que le trauma est sans antériorité. Qu'est-ce que cela peut indiquer ? Nous pouvons le citer.

⁴⁶⁴ Lacan Ibid., p.515

⁴⁶⁵ Lacan Ibid., p 227

"C'est là qu'en est venue notre expérience, ce qu'il trouve, il le change en objet "a" comme le roi Midas de tout ce qu'il touchait devenait or. Ce que nous rencontrons à la place, de par cet incidence de l'être sexué, refusé en savoir et par rapport à quoi le sujet, à ce singulier, qui seulement signale cette dissymétrie de la différence, chaque fois que le sujet trouve sa vérité là, ce qu'il trouve, il le change en objet "a" ; c'est bien le traumatisme sans antériorité à quoi nous pousse l'expérience analytique, car nous nous apercevons que ce n'était pas question mince, ni accessoire quand Platon s'interrogeait, s'il y avait aussi une idée de la boue ou de la crasse"⁴⁶⁶

Nous allons tenter de déchiffrer ce que dit Lacan dans ce séminaire inédit, à propos du traumatisme qu'il relie à l'objet « a ». Avec la notion d'objet "a", Lacan nous amène aux confins de la vie psychique et plus précisément à son édification originare. L'édification de la vie psychique se fait avec l'objet du désir. Reprenons, pour plus de compréhension, ce qu'il en est chez le nourrisson dans son rapport au langage, pour illustrer la question de l'origine, où peut se saisir l'assertion de Lacan « traumatisme sans antériorité ». Le cri du nourrisson, considéré comme l'expression du vivant; trouve une réponse apaisante dans l'entourage. Cette expérience essentielle de satisfaction va s'intégrer psychiquement sous forme de traces ou encore appelée par Lacan signifiant unaire. Ce signifiant, associé à d'autres signifiants, d'autres satisfactions, seront réinvestis dans les moments d'insatisfaction, de manque. Nous voyons déjà, dans cette relation fondamentale, apparaître un système psychique composé d'une somme de traces. Cette construction psychique précède la conscience du corps en tant que totalité. En d'autres termes, l'ensemble des satisfactions inscrites psychiquement et issues des relations précoces vont constituer un objet psychique. Cet objet pourra subir le refoulement, c'est là que s'inscrit un trauma inaugural qui a une fonction pour la vie psychique. Il met en tension le désir du sujet avec un objet perdu. C'est lors de cette perte primordiale que la perception du corps s'appréhende comme une totalité. Nous retrouvons ici toutes les expériences psychologiques s'intéressant au phénomène du bébé devant le miroir, ce que reprend Lacan dans sa communication sur le stade du miroir⁴⁶⁷. Lacan fait de la perte de l'objet "a" un trauma inaugural sans antériorité. En somme, cette perte traumatique, fait naître le désir en

⁴⁶⁶ Lacan J., 1964-1965, Le Séminaire inédit XII : "Problèmes cruciaux pour la psychanalyse", p222

⁴⁶⁷ Lacan J., Op cit Les Ecrits, p 93

quête de l'objet perdu. Les objets recherchés par le désir, sont représentés dans la vie culturelle. C'est ici que nous pouvons comprendre la référence au roi Midas, en tant qu'il transforme ce qu'il touche en or. Nous pouvons nous intéresser aux objets du désir tel que Lacan a pu les articuler, en particulier l'objet regard.

VII/20.2. TRAUMA ET OBJET REGARD

L'objet "regard" nous est présentifié dans l'œuvre de Marguerite Duras, précisément dans son roman publié en 1964⁴⁶⁸. Dans la leçon du 23 juin 1965, Lacan⁴⁶⁹ reprend la lecture de ce roman avec Madame Montrelay, spécialiste de l'œuvre de Marguerite Duras. Au détour de cette lecture Lacan situe une scène traumatique, et contrairement au fait que le trauma inaugural peut être la condition du désir, il peut aussi exister le fait clinique qu'il n'y a pas la mise en jeu du trauma inaugural et que le désir tombe en désuétude. La féminité est ainsi ravagée parce qu'elle ne peut se soutenir d'un désir relié à l'objet perdu.

L'exemple de Lol V. Stein est de ce point de vue saisissant.

"Elle [Lol V Stein] reste accrochée au fait que, un beau soir, avec son fiancé d'alors, il se produit qu'une tierce personne, une femme charmante entre, le fiancé la regarde, et l'affaire est faite, ils partiront ensemble à la fin de la soirée, et tout se passe vraiment à la vue, non seulement de Lol, mais de tous. Tout ce qui va se passer avec ce personnage [Jacques Hold], comment ce personnage est rencontré, est quelque chose qui manifeste l'état où est restée Lol V Stein, à propos de cette scène traumatique."⁴⁷⁰

Nous pouvons commenter ce passage, de façon à expliciter encore mieux le processus traumatique, particulièrement dans l'expression de la féminité. Le ravissement de Lol V. Stein, est à entendre ici selon deux grandes acceptions. Le dictionnaire historique de la langue française nous précise en effet que "ravisement" est issu du latin populaire "rapire", altération du latin classique "rapere" qui

⁴⁶⁸ Duras M., 1964, "Le Ravissement de Lol V. Stein"

⁴⁶⁹ Lacan J., 1964-1965, Le Séminaire inédit XII : "Problèmes cruciaux pour la psychanalyse"

⁴⁷⁰ Ibid., Lacan J.,

signifie "entraîner avec soi, emporter violemment, enlever de force ou par surprise, prendre rapidement" d'où "piller, voler". En fait jusqu'à l'époque classique c'est le fait d'enlever quelqu'un de force, aujourd'hui réalisé par rapt et, couramment, par enlèvement. Le mot est passé en français en gardant le sens latin puis a signifié "enlever quelqu'un à l'affection des siens". Depuis le XIIe siècle, l'accent se déplace sur la notion psychologique de "transport", ravir correspondant alors à "faire éprouver un mouvement d'exaltation, un vif sentiment d'admiration". Dans la mystique chrétienne le mot désigne une forme d'extase dans laquelle l'âme se sent saisie par Dieu comme par une force supérieure à laquelle elle ne peut résister. Il s'est répandu dans l'usage commun avec le sens affaibli d'état d'une personne transportée d'admiration, de joie (attesté vers 1553). Ce ravissement se produit au moment où une femme surgit, une certaine Anne-Marie Stretter. Elle représente tout ce qui a de plus féminin, elle attire vers elle le regard du fiancé (Michael Richardson) et dépouille en même temps l'image féminine de Lola Valérie Stein. Lacan parle du ravage occasionné par une telle scène et qui révèle par la même ce qu'il en est de la féminité en tant qu'elle se soutient du regard de l'autre. C'est ce regard de l'homme conduit par le désir, qui lui donnerait ce supplément d'être et ainsi pourrait donner consistance à son image. Ce plus d'être, la femme l'attend aussi de sa mère. La mère transmet quelque chose à sa fille du point de vue de la féminité. Quand "ce plus" vient à manquer il peut se produire le ravage. Lol V. Stein âgée de 19 ans, jeune femme inexpérimentée, subit l'effroi de perdre à la fois son image et le regard de son fiancé. Ce ravissement s'opère à l'instant même où Lol subit le rapt de son fiancé, ou se produit le coup de foudre entre Anne-Marie Stretter et Michael Richardson. C'est la scène traumatique ; elle reste présente tout au long du roman, qui n'est que sa remémoration. Lola reste "frappée d'immobilité" devant l'avancée majestueuse, érotique, de cette femme suprêmement désirable, "saturée des signes de la féminité". Dans la scène du bal, il y a immédiateté de la capture par l'image avec un désert d'affect, une absence d'émotion, une "abolition du sentiment" - Lol, comme le dit Marguerite Duras, "oublie" de souffrir. Les sentiments amoureux, haineux, douloureux sont inexistants :

"Elle n'a pas souffert d'amour du tout" dira Marguerite Duras⁴⁷¹.

⁴⁷¹ Site internet : Interview de Marguerite Duras par Pierre Dumayet, 15 avril 1964, "à propos du ravissement de Lol.V.Stein",

Tout se réduit à une affaire d'image, de corps, un jeu de regards. Le ravage semble ici se situer au-delà de la jalousie, c'est-à-dire au-delà d'une simple rivalité imaginaire. La scène du bal, où Lol se fait rapter son fiancé par cette mère ravissante, n'est pas vécue dans le drame de la jalousie. Lol n'est absolument pas jalouse, ce qui en soi la situe en marge de la féminité dans la mesure où la jalousie, qui selon Freud dérive du *Penisneid*, est, nous dit-il, une des marques spécifiques de la sexualité féminine. Dans la scène du bal, il n'y a donc pas de face à face, de confrontation entre deux femmes qui compareraient leur image dans un contexte de rivalité narcissique. Il n'y a pas de relation duelle en miroir, pas de réciprocité possible. Il n'y a pas deux images, mais une seule, éblouissante, fascinante, celle mythique de la Femme, non spécularisable, qui vient s'interposer entre une mère et une fille. L'"opération" de la beauté, le ravissement, exclut la conflictualité. Il désigne plutôt un arrachement de l'image et la suppression des affects qui logiquement en découleraient. C'est en somme un événement traumatique qui vient faire effraction chez Lol et qui la laisse dans un désarroi radical. Le temps s'est arrêté pour Lol, elle reste fixée à cet instant traumatique. Lol va demeurer alors tout au long du roman cette éternelle jeune fille, figée dans une "enfance interminable. Elle reste prisonnière d'un corps anachronique, le corps asexué de son enfance, déserté par la féminité. La période qui succède au trauma est une période d'isolement et de prostration. Elle vit dans une sorte d'indifférence et de perpétuel effacement. Après la mort de sa mère, vécue dans une certaine indifférence, elle va s'attacher à espionner des amants, ne faisant que la rattacher à cette scène traumatique ou elle perd l'amour de cet homme qui la soutenait.

VI/20.3. VERS UNE SCIENCE DE LA CONJECTURE

La même année dans un séminaire consacré à "L'objet de la psychanalyse"⁴⁷², dans sa leçon du 8 décembre 1965⁴⁷³, Lacan revient sur la notion d'histoire en psychanalyse. Rappelons que Lacan insiste pour que le "trauma" soit reconnu par le sujet lui-même et qu'il accorde peu d'importance à l'exactitude des faits. Dans l'histoire subjective, il existe des signifiants traumatiques fondateurs et révélateurs d'une vie psychique inconsciente qui se manifestent dans

⁴⁷² Lacan J., 1965-1966, Le Séminaire inédit XIII : "L'objet de la psychanalyse"

⁴⁷³ Ibid., Lacan J.

une répétition au présent. Rappelons que Lacan, dans "Le Séminaire livre II"⁴⁷⁴, définit la répétition comme une intrusion du passé dans le présent. Ce besoin de répétition que nous retrouvons chez l'être humain est autre chose qu'une habitude, Lacan l'inscrit dans le registre du langage. C'est dans ce contexte qu'il nous faut saisir cette occurrence du traumatisme dans le séminaire XIII. Nous pouvons la citer.

"Il ne s'agit pas là de ce que j'ai pu entendre qualifier de vains rappels d'un passé, ce qui est bien curieux pour des analystes puisqu'aussi bien, ce passé fait à proprement parler partie d'une histoire au titre de ce que j'ai essayé la dernière fois de préciser de ce qu'il en est pour nous de l'histoire, de ce que nous y apportons de contribution essentielle en montrant ce qu'il en est de la fracture, du traumatisme, de quelque chose qui se spécifie dans les temps du signifiant, et quand ce serait vraiment tout à fait méconnaître la fonction que je donne à la parole et telle que je l'ai, la dernière fois, tout spécialement affirmée, si je ne tenais pas, de quelques façons, d'inclure, dans ce que j'en enseigne, ce que j'enregistre et constate des effets de la mienne et tout spécialement concernant ce qu'il en advient de ceux à qui elle s'adresse."⁴⁷⁵

Lacan affirme qu'il existe une contribution essentielle de la psychanalyse dans le champ de la vérité subjective. En effet dans la leçon précédente, celle du 1er décembre 1965, Lacan rappelle que la psychanalyse, après Descartes et son cogito, Freud et les sciences naturelles, s'inscrit du côté de la vérité. Lacan⁴⁷⁶ parle plutôt d'une science conjecturale plutôt que d'une science humaine pour exprimer le côté paradoxal de la psychanalyse, à répondre à la possibilité de trouver la vérité d'un sujet distinct du savoir. Dans la leçon d'ouverture, Lacan fait référence aux sciences conjecturales qu'il oppose toujours aux sciences humaines. Cette science conjecturale dans laquelle Lacan fait entrer "l'objet a", ne peut se soutenir que si elle ne devient pas une science de l'exactitude. Je cite Lacan :

"Est-ce donc à dire qu'un sujet non saturé, mais calculable, ferait l'objet subsumant, selon les formes de l'épistémologie classique, le corps des sciences qu'on appellerait

⁴⁷⁴ Op cit., p108

⁴⁷⁵ Ibid Lacan J., Leçon du 8/12/1965

⁴⁷⁶ Ibid Lacan J., Leçon du 01/12/1965

conjecturales, ce que moi-même j'ai opposé au terme de sciences humaines ? Je le crois d'autant moins indiqué que ce sujet fait partie de la conjoncture qui fait la science en son ensemble. L'opposition des sciences exactes aux sciences conjecturales ne peut plus se soutenir à partir du moment où la conjecture est susceptible d'un calcul exact (probabilité) et où l'exactitude ne se fonde que dans un formalisme séparant axiomes et lois de groupement des symboles."⁴⁷⁷

L'objet de la psychanalyse se centre sur cette notion d'objet "a" corrélé à la question du trauma, en tant qu'il structure la vie psychique. Il existe chez Lacan une évolution sur les considérations de la psychanalyse dans son rapport à la science. En effet si dans un premier temps Lacan fait entrer la psychanalyse du côté de la linguistique, il va dans un second temps considérer la psychanalyse comme science de la conjecture avec l'apport de l'objet "a" qu'il a élaboré dans le séminaire sur l'angoisse.

VI/20.4. FANTASME ET TRAUMA

Lacan, au début du séminaire "La logique du fantasme"⁴⁷⁸ revient sur la notion de traumatisme, il l'associe à un fantasme :

"On sait assez, par toute la suite de son œuvre, l'inquiétude, dirons-nous, le véritable souci pour être plus précis, qu'il avait de cette dimension qui est bien à proprement parler celle de la vérité. Car du point de vue réalité, on est à l'aise ! Même à savoir que peut-être le traumatisme n'est que fantasme. D'une certaine façon, c'est même plus sûr, un fantasme, comme je suis en train de vous le montrer, c'est structural, mais ça ne laisse pas Freud - qui était fort capable d'inventer ça aussi bien que moi, - ça ne le laisse pas plus tranquille. Où est le critère de vérité ? Et il n'aurait pas écrit "L'homme

⁴⁷⁷ Lacan J., 1964, "La science et la vérité", in Les Ecrits, p863

⁴⁷⁸ Lacan J., 1966-1967, Le Séminaire inédit XIV : "La logique du fantasme"

aux loups", si ce n'était pas sur cette piste, sur cette exigence propre est-ce que c'est vrai, ou pas ?"⁴⁷⁹

Dire que le trauma est un fantasme, qu'est-ce que cela signifie ? Le "trauma" a un caractère irréel mais possède en soi une force structurante. Ce caractère de vrai ou de faux est un critère d'objectivité scientifique. La psychanalyse dans son exigence de scientificité se doit d'élucider cette question du fantasme, plutôt à situer du côté de la subjectivité et donc à priori du côté du faux. Freud avait déjà perçu cette difficulté comme le dit Lacan dans cette référence. Freud s'est référé aux travaux de Brentano concernant l'intentionnalité. Lacan va lui de son côté se référer à la logique d'Aristote en tant qu'il la considère comme le sous-bassement de la science moderne. Lacan nous rappelle que Freud n'aurait pas écrit "L'homme aux loups" s'il n'avait pas été dans ce souci de se rapporter à l'expérience clinique. Réduire le "trauma" à un fantasme n'exclut pas la psychanalyse de la science, c'est pour cela que Lacan a fait son séminaire sur la logique du fantasme. Suivons Lacan encore plus loin dans ce séminaire.

VI/20.5. LE "RAPPORT SEXUEL" N'EXISTE PAS

Le fantasme, en tant qu'il a une consistance imaginaire, est un élément important pour l'édifice théorique de la psychanalyse. Le fantasme vient suppléer un défaut de réalité qui est la découverte fondamentale de la psychanalyse. Le manque fondamental de l'être humain c'est qu'il n'existe pas d'"acte sexuel". Dans sa leçon du 12 avril, Lacan explicite cette affirmation de la psychanalyse :

"Partons de ceci - où nous avons dès longtemps, pris appui - qu'il y a un rapport entre ce qu'énonce la psychanalyse sur le sujet de la loi fondamentale du sexe, interdiction de l'inceste pour autant que pour nous, elle est un autre reflet déjà suffisant de la présence de l'élément tiers dans tout acte sexuel, en tant qu'il exige présence et fondation du sujet. Aucun acte sexuel, c'est là l'entrée dans le monde de la psychanalyse qui ne porte

⁴⁷⁹ Ibid., p. 34, Leçon du 07/12/1966

la trace de ce qu'on appelle la scène traumatique; autrement dit d'un rapport référentiel fondamental au couple des parents."⁴⁸⁰

Lacan évoque les scènes traumatiques comme référencées au couple des parents. Ces scènes révélées au sujet ont une relation avec la vie sexuelle. C'est ici que nous retrouvons la question de l'acte sexuel à différencier de la relation sexuelle. Dire que l'acte sexuel n'existe pas signifie que l'acte sexuel pose problème dans le principe de la constitution du lien social. C'est parce qu'il n'y a pas d'acte sexuel que nous pouvons établir des liens sociaux. Cet acte sexuel qui n'existe pas a donc une valeur d'échange.

VI/20.6. L'ERREUR D'OTTO RANK : LE TRAUMATISME A LA NAISSANCE

La question de l'acte sexuel qui n'existe pas est le fondement même de la psychanalyse, mais il existe une vision au sein même de la psychanalyse à corriger : le point de vue qui considère une fusion originelle entre la mère et l'enfant.

"Ce mythe en quelque sorte parasite, car il n'est pas freudien, il a été introduit sous un biais énigmatique, celui du traumatisme de la naissance, vous le savez, par Otto Rank; faire entrer la naissance sous le biais du traumatisme, c'est lui donner fonction signifiante."⁴⁸¹

Lacan veut corriger une erreur ; celle de considérer une fusion originelle. Cette erreur, dit-il, n'est pas freudienne, elle a été introduite par Otto Rank. Selon Otto Rank l'enfant subirait un traumatisme à la naissance en se détachant de sa mère avec laquelle il ne forme qu'un. Cette conception qui a alimenté d'autres conceptions fait dévier la trajectoire de la psychanalyse en la fondant sur un mythe. Dire que l'homme a vécu dans son origine une fusion unifiante et qu'il aspire dans sa vie à retrouver cette fusion est une erreur d'appréciation. Pour Lacan c'est déjà une construction signifiante. Lacan argumente sa critique, il part du développement de l'enfant et de la demande qui émerge chez lui, la demande qui s'articule à partir de ce que l'objet vient à manquer,

⁴⁸⁰ Ibid., p.211, Leçon du 12/04/1967

⁴⁸¹ Lacan J., 1967-1968, Le Séminaire inédit XV : "L'acte psychanalytique", Leçon du 13/03/1967, p220

le sein en l'occurrence. Le sein, nous dit Lacan, est une fonction constante, c'est-à-dire qu'il assure à l'enfant sa survie biologique. Le sein est une nécessité organique qui répond au besoin de l'enfant. Le désir qui s'actualise dans la demande se satisfait dans un mirage que Lacan appelle objet petit « a ». Cet objet petit "a" se substitue au manque de l'objet sein pour rendre la réalité supportable. Cet objet "a", substitut de l'objet partiel, vient contredire l'idée qu'il existerait une fusion originelle, il participe plutôt à séparer le sujet humain du "tout". L'expérience humaine viendrait se construire à partir d'un manque dans la réalité d'un objet qui va s'inscrire dans la vie psychique sous forme d'objet "a".

VI/20.7. L'IMPASSIBILITE DU DESIR ET NEVROSE TRAUMATIQUE

Lacan oppose l'impassibilité du désir à la névrose traumatique. Impassible signifie qui n'est pas susceptible de souffrance. Il signifie par extension qui est assez maître de lui pour ne pas laisser apparaître ses souffrances. Cette constance du désir permet une formalisation.

"C'est ce que Freud exprime, c'est la dernière phrase de la Traumdeutung, le désir dont il s'agit, le désir inconscient, c'est d'une façon impassible qu'il se maintient dans sa stabilité, transmettant les exigences de ce que Freud appelle, à tort ou à raison, le passé. Ce n'est pas parce qu'il y a Vergänglichkeit que cela doit tout de suite nous faire verser dans des pensées de bonnes ou mauvaises impressions, de névrose traumatique du petit enfant qui dure toujours en chacun de nous, et autres lieux communs, certes non inutilisables. Mais ce qui est essentiel, c'est cette permanence, cette constance, et du fait même, qu'est-ce que ça veut dire, cette impassibilité du désir, complètement donc réductible au formel. Alors à quel niveau ça se situe, le rapport sexuel, pour ce que nous pourrions en formuler ? C'est le sens de la question telle qu'elle est écrite aux premières lignes sur ce tableau : la Femme, l'Autre, lieu du désir qui glisse sous toute parole, intact, impassible, ou bien la Chose ; le lieu de la jouissance ?"⁴⁸²

Dans cette référence Lacan revient sur le texte de Freud "Vergänglichkeit"⁴⁸³. C'est un texte qui fait état de l'éphémérité du beau. Pour Freud le côté éphémère de la vie ne doit pas être dévalorisé

⁴⁸² Lacan J., 1968-1969, Le Séminaire XVI : "D'un autre à l'autre", Paris, Le Seuil, 2006, p226

⁴⁸³ Freud S., 1941, "Ephémère destine", in Résultats idées problèmes, tome 1, PUF, 1984

mais au contraire renforcé. La position du poète dans ce texte est plus pessimiste, mais selon Lacan ce n'est pas l'éphémérité des choses qui est importante mais plutôt l'impassibilité du désir.

VI/20.8. LE "RAPPORT SEXUEL" QUI N'EXISTE PAS RELATIVISE L'ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE.

Le problème pour Lacan c'est de savoir où se situe cette question du désir. Il opère un glissement sémantique, il appelle cela "le rapport sexuel". C'est une notion déjà rencontrée dans le séminaire sur l'acte psychanalytique (1967-1968) en tant que l'acte analytique est fondé sur une certitude, celle du rapport sexuel qui n'existe pas. Pour Lacan la considération de cette fonction du rapport sexuel est essentielle. C'est une constante psychanalytique retrouvée chez l'être humain, qui relègue au second plan la question du trauma événementiel. La question que se pose Lacan, c'est de savoir où se situe "le rapport sexuel" en tant qu'il n'existe pas et qu'il met en œuvre un processus civilisateur ouvrant l'homme dans un processus d'échange voire de sublimation ou encore vers une voie symptomatique⁴⁸⁴. La femme, ou plutôt la femme qui n'existe pas, vient en droite ligne avec cette assertion de Lacan, du rapport sexuel qui n'existe pas. C'est parce que le rapport sexuel n'existe pas que s'activent les processus de la sublimation, dont l'amour courtois est un exemple. La femme, c'est en tant qu'elle n'existe pas que se met en jeu l'amour courtois. Lacan dit ceci à propos de l'amour courtois :

"L'idée, par exemple, que la sublimation est cet effort pour permettre que l'amour se réalise avec la femme."⁴⁸⁵

"Freud s'introduisait dans ce champ [celui de la névrose et de la perversion au regard de l'objet à capteur de jouissance] au niveau de patients névrotiques, sujets à toutes sortes de troubles et dont les récits tendaient plutôt à l'amener sur le champ d'une expérience traumatique comme il lui apparut tout d'abord. Néanmoins, ce qui accueillait en quelque sorte cette expérience chez le sujet apparemment traumatisé fit problème, et la question s'introduisit du fantasme qui est bien en effet ce qui est le nœud

⁴⁸⁴ Lacan J., 1968-1969, Le Séminaire XVI : "D'un autre à l'autre", Paris, Le Seuil, 2006, p226

⁴⁸⁵ Ibid., p.243

de tout ce dont il s'agit concernant une économie pour laquelle Freud a produit le mot de libido.⁴⁸⁶

VI/20.9. "JE SAIS QUE JE PENSE" OPPOSE AU TRAUMA FREUDIEN "JE NE SAIS PAS"

La question du trauma, à ce stade dans l'enseignement de Lacan, se traduit en termes de savoir. Il distingue la position de savoir de la philosophie hégélienne de la position de non savoir dans la psychanalyse.

"Le Selbstbewusstsein de Hegel, c'est le "je sais que je pense" ; tandis que le trauma freudien, c'est un "je ne sais pas" lui-même impensable puisqu'il suppose un "je pense" démantelé de toute pensée. Le point origine, non pas à entendre génétiquement mais structurellement quand il s'agit de comprendre l'inconscient, est le point nodal d'un savoir défaillant. C'est là où le désir naît, et sous la forme de ce qui peut donc s'appeler le désir de savoir, à condition d'en mettre les deux derniers mots dans une sorte de parenthèse, car il s'agit du désir inconscient tout court, dans sa structure. Aussi bien à propos du rêve célèbre du "il ne savait pas qu'il était mort", ai-je dès longtemps marqué à la ligne supérieure dans mon graphe "il ne savait pas" comme la mise en question de l'énonciation comme telle du sujet divisé à l'origine. C'est cela qui fait la dimension du désir être celle du désir de l'Autre ; c'est pour autant que le désir de l'Autre est informulable dans le fantasme que le désir prend germe dans ce qui peut s'appeler le désir de savoir, avec de savoir entre parenthèse, à condition de mettre les derniers mots entre parenthèse, le désir (de savoir). Et nous retrouvons tout de suite là les thèmes fondamentaux sur lesquels j'ai insisté. Si le désir de l'Autre est tel qu'il soit fermé, c'est qu'il s'exprime en ceci, caractéristique de la scène traumatique, que le corps y est aperçu comme séparé de la jouissance."⁴⁸⁷

Le trauma, tel que Freud l'a institué dans sa doctrine, s'assimile à un je ne sais pas différent du "je sais que je pense". Le "je ne sais pas", c'est l'énonciation même du sujet qui introduit à la

⁴⁸⁶ Ibid., p.250, Leçon du 26/03

⁴⁸⁷ Lacan J., 1973, Le Séminaire XVI : "D'un autre à l'autre", Paris, Le Seuil, 2006, p273

dimension désirante, c'est parce qu'il ne sait pas, que le sujet désire. Le "je ne sais pas" est tout aussi bien le trauma fondamental, caractéristique d'une scène traumatique. C'est avec cette jouissance perdue que le corps apparaît au sujet comme séparé, et qui fait accéder le sujet à la dimension du désir.

VI/20.10. PAROLE ANECDOTIQUE ET POSITION SUBJECTIVE

Dans le séminaire "Ou pire"⁴⁸⁸, Lacan revient sur la question du trauma dans son rapport à la castration. A l'époque de Freud, la parole traumatique d'une mère, comme la mère du petit Hans, avait une valeur de castration. Lacan la relativise, sans la considérer comme anecdotique, il la rattache à la castration de l'Autre. Lacan corrige la portée "toute puissante de la parole". Il accorde plus d'importance à la castration inscrite dans le désir de l'Autre.

"[...] loin d'être, comme a pensé pouvoir le reprendre un Jung à revenir à la plus vieille ornière, loin d'être un symbolisme sexuel universel, est très précisément ce que j'ai tout à l'heure rappelé de la castration, à souligner seulement qu'il est exigible qu'elle ne se réduise pas à l'anecdote d'une parole entendue. Sans quoi pourquoi l'isoler, lui donner ce privilège de je ne sais quel traumatisme, voire efficace de béance?"⁴⁸⁹

La parole traumatique en tant qu'elle peut avoir un effet castrateur ne représente pas le tout de l'affaire. En effet la parole castratrice induisant un traumatisme chez l'enfant, est à articuler avec une position subjective et non plus à isoler comme une simple parole, que Lacan nomme anecdotique. Lacan opère une révision du concept de castration à partir de la logique, il donne à la castration une valeur plus scientifique qu'anecdotique.

"C'est en quoi je vais aujourd'hui commencer de vous montrer comment à user de fonction logique, il est possible de donner, de ce qu'il en est de la castration, une autre articulation qu'anecdotique."⁴⁹⁰

⁴⁸⁸ Lacan J., 1971-1972, Séminaire inédit XIX : "Ou pire"

⁴⁸⁹ Ibid., p31, Leçon du 12/01/1972

⁴⁹⁰ Ibid., p32

Au cours de l'année 1971-1972, Lacan⁴⁹¹ revient sur la position parentale. Il dit que le parent est traumatique au même titre que le psychanalyste. Qu'est-ce que cela signifie ?

"Tout parent traumatique est en somme dans la même position que le psychanalyste. La différence, c'est que le psychanalyste, de sa position, reproduit la névrose et que le parent traumatique, lui, la produit innocemment."⁴⁹²

La position des parents induit le trauma chez l'enfant. C'est-à-dire que nous avons une position parentale castratrice ayant un effet traumatique nécessaire à créer la névrose. Le psychanalyste est dans une position similaire. Cette position est cependant un calcul à la différence de celle des parents. En effet, le savoir du psychanalyste autour de l'opération de la castration c'est le discours de la psychanalyse dans lequel, nous dit Lacan, il y a une opération sur la jouissance. Dans le discours parental la jouissance est incluse.

Lacan publie à l'Hôpital Henri-Rousselle et dans *Scilicet* un texte intitulé "L'Étourdit"⁴⁹³. C'est le texte fondateur du réel inventé par Lacan "le rapport sexuel n'existe pas". C'est une invention caractéristique d'un impossible qui va orienter Lacan vers la logique kantienne et énoncer les formules de la sexualité dans le séminaire "Encore"⁴⁹⁴. Nous allons les reproduire et les expliciter un peu.

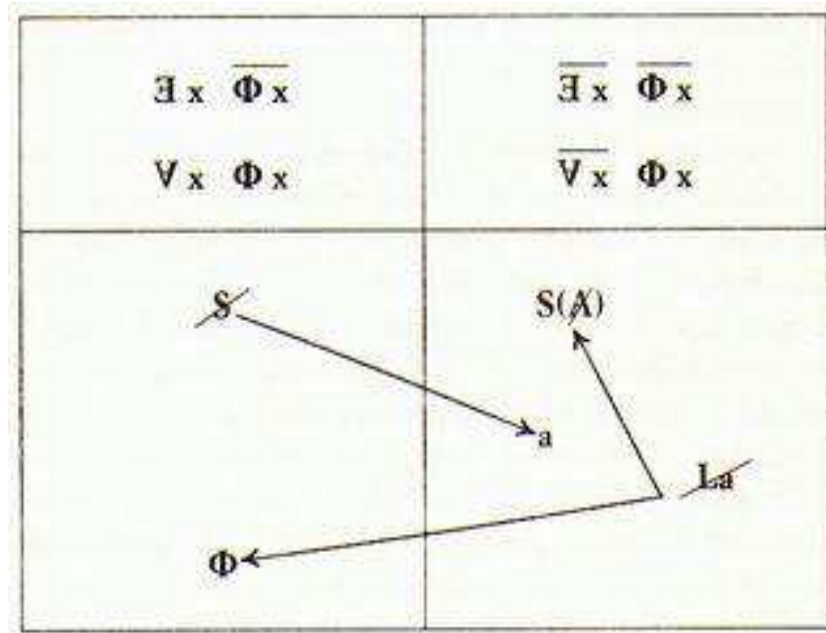
⁴⁹¹ Lacan J., 1971-1972, Le Séminaire inédit XIX bis : "Le savoir du psychanalyste"

⁴⁹² Ibid., p91

⁴⁹³ Lacan J., 1972, "L'Étourdit", in *Scilicet* n°4, pp5-52

⁴⁹⁴ Lacan J., 1972-1973, Le Séminaire XX : "Encore", Paris, Le Seuil, 1975, p 73

Formules de la sexuation



Lacan, par l'intermédiaire de ces formules cherche à formaliser l'impossible, qu'il énonce ainsi *"Le rapport sexuel n'existe pas"*. Nous ne ferons pas une étude approfondie de ces écritures complexes nous indiquerons seulement que face à l'impossibilité, le recours à l'écriture logique est nécessaire. Les formules de la sexuation, à distinguer de la sexualité montre comment l'être parlant (homme ou femme) s'inscrit dans l'existence dans son rapport à la castration.

Côté gauche se situe la "part homme" ou "l'homme comme tout", ou L'Un.

Côté droit, la "part femme", ou la femme comme " pas-tout" ou L'Autre.

Homme et femme se positionnent non plus par rapport à leur part active ou passive mais plutôt dans leur rapport à une fonction logique. C'est le tour que veut faire prendre Lacan pour penser la différence des sexes d'une nouvelle façon.

En haut à gauche signifie *"Il existe au moins un x qui dit non à la fonction phallique"*, c'est à dire au moins un x qui dit non à la castration. C'est l'exception. Il faut un point extérieur pour que se constituer une limite, un ensemble dans lequel s'inscrivent les signifiants de la jouissance de l'homme. Ce qui permet d'écrire en bas à gauche *"Tout x dépend de la fonction phallique"*, ou en d'autres termes, que tout homme doit répondre de sa jouissance au titre du signifiant de la fonction phallique. Il s'agit de dire oui à la castration.

En haut à droite, côté femme, Lacan écrit la négation des formules de gauche. Les formules se traduisent en *"Il n'existe pas de x qui ne puisse pas satisfaire la fonction phallique"*.

Et en bas à droite signifie *"Pas tout de la femme n'est soumise à la castration"*.

Au dessous de ces fonctions séparées nous trouvons d'autres écritures. Côté homme le \$ a un rapport au phallus et à l'objet cause du désir "a". Côté femme le rapport au phallus est aussi présent c'est ce qui fait qu'elle désire et aussi ce qui la rend désirable (elle se féminise). Il y a une jouissance supplémentaire, c'est le lien situé côté femme, c'est la jouissance féminine spécifique et dont il est difficile de parler, si ce n'est avec l'expérience des femmes mystiques.

Ce réel qui n'existe pas va produire une forme de traumatisme pour le sujet que Lacan nomme par un néologisme : "troumatisme".

"La où il n'y a pas de rapport sexuel, ça fait troumatisme"⁴⁹⁵

Cette invention désigne ce qui fait trauma dans la névrose, c'est à dire la rencontre d'un trou de savoir dans l'Autre.

VII/20.13. DU "TROUMATISME" AU "SINTHOME"

⁴⁹⁵ Lacan J., 1973-1974, Le Séminaire XXI : "Les non dupent errent", Leçon du 19/02/1974, p97

Dans sa leçon du 13 Avril 1976, du séminaire intitulé "Le sinthome"⁴⁹⁶, Lacan reprend à son compte l'invention du réel qu'il a tenté de serrer au plus près avec l'écriture logique.

"J'ai inventé ce qui s'écrit comme le réel."⁴⁹⁷

En effet dans les leçons précédentes et en rapport à l'écriture joycienne, Lacan essaye de vérifier l'application de son invention du réel structuré dans une forme de nœud borroméen. Un impossible à atteindre que Lacan essaye de cerner dans une formule signifiante *"le rapport sexuel n'existe pas"*.

VI/20.14. LA LOGIQUE DES NŒUDS ET SON INCOMPREHENSION

Par la suite, à travers les séminaires des années suivantes "Les non dupes errent"⁴⁹⁸, "Réel symbolique, imaginaire"⁴⁹⁹, Lacan va élaborer un nouveau mode d'approche de la psychanalyse avec sa théorie des nœuds. Les trois nœuds borroméens représentant les registres de l'expérience analytique, réel, symbolique et imaginaire succèdent aux formules de la sexualité. C'est d'être entré dans l'écriture logique qu'il fait référence quand il dit qu'il a pu causer un traumatisme parmi ses auditeurs. Ce travail orienté par la logique a pu mettre les auditeurs de Lacan dans l'incompréhension. Il fait référence au traumatisme à ce sujet.

"Je considère que d'avoir énoncé, sous la forme d'une écriture le Réel en question, a la valeur de ce qu'on appelle généralement un traumatisme. Non pas que c'ait été ma visée de traumatiser quiconque, surtout, de mes auditeurs auxquels je n'ai aucune raison, enfin, d'en vouloir ; d'en vouloir au point de leur causer ce qu'on appelle généralement un traumatisme. Disons que c'est un forçage. Un forçage, forçage d'une nouvelle écriture. Une écriture qui, par métaphore, a une portée. Une portée qu'il faut bien appelé symbolique. C'est un forçage d'un nouveau type, si je puis dire, d'idée qui n'est

⁴⁹⁶ Lacan J., 1975-1976, Le Séminaire XXIII : "Le Sinthome", Le Seuil, 2005

⁴⁹⁷ Ibid., p.128

⁴⁹⁸ Lacan J., 1973-1974, Le Séminaire XXI : "Les non dupent errent"

⁴⁹⁹ Lacan J., 1974-1975, Le Séminaire inédit : "Réel, symbolique imaginaire"

pas une idée qui fleurit, en quelque sorte, spontanément du seul fait, du seul fait de ce qui fait sens, en somme ; c'est-à-dire de l'Imaginaire."⁵⁰⁰

Cette nouvelle élaboration de la psychanalyse fait état d'une nouvelle écriture correspondant à un réel qui ne peut plus se dire mais qui s'écrit dans des formules mathématiques. L'œuvre de James Joyce, célèbre écrivain irlandais, sert d'exemple pour vérifier ses nouvelles élaborations théoriques avec le nœud borroméen. Dans une conférence prononcée le 16 juin 1975 à l'ouverture du 5^{ème} Symposium International, Jacques Lacan utilise le néologisme "symptraumatise".

*"Joyce le sinthome fait homophonie avec la sainteté, dont quelques personnes ici peut-être se souviennent que je l'ai télévisonnée. Si on poursuit un peu la lecture de cette référence [celle du symptôme] dans le Blochet von Wartburg en question, on s'aperçoit que c'est Rabelais qui fait du sinthome le symptomate. Ce n'est pas étonnant, c'est un médecin, et symptôme devait avoir déjà sa place dans le langage médical, mais ce n'est pas sûr. Si je continue dans la même veine, je dirai qu'il symptraumatise quelque chose"*⁵⁰¹

L'œuvre joycienne met en exergue la solution par l'écriture d'un sujet schizophrène. Lacan précise que Joyce est désabonné à l'inconscient, c'est-à-dire qu'il est dans une position subjective le mettant face à un réel psychotique. Joyce par l'intermédiaire de son écriture peut faire tenir les trois registres réel, symbolique et imaginaire. Le sinthome représente le quatrième registre et montre ainsi l'espoir possible d'une construction psychique dans la psychose schizophrénique. C'est ainsi qu'il est possible de comprendre le néologisme "symptraumatise", en ce sens que l'écriture joycienne vient s'inscrire dans une forme qui est le paradigme, selon Marie Hélène Roch⁵⁰² "de ce qu'une analyse poussée à sa fin isole : le sinthome, une qualité du parlêtre". Michèle Astier⁵⁰³, dans un article paru le 11 juillet 2009, reprend la question du traumatisme chez

⁵⁰⁰ Ibid., p.130

⁵⁰¹ Op cit., p162

⁵⁰² Roch M.H., *LOM du XXI siècle*, in Revue de la cause freudienne n°50, 2002, p 86

⁵⁰³ Astier M., "Deux notes sur le traumatisme", sur le site internet de l'Ecole de la cause freudienne, 1-2, 2009

Lacan. Elle souligne "la part irréductible de l'être humain face à laquelle chacun se doit d'inventer quelque chose..." à l'instar de James Joyce avec son œuvre.

VI/20.15. TRAUMA DU MALENTENDU ET LA QUESTION DU CORPS

Jacques Lacan, dans son dernier séminaire intitulé "Dissolution", se désigne comme un traumatisé du malentendu⁵⁰⁴.

"Ce séminaire, je le tiens moins qu'il me tient. Est-ce par l'habitude qu'il me tient ? Sûrement pas, puisque c'est par le malentendu. Et il n'est pas prêt de finir, précisément parce que je ne m'y habitue pas, à ce malentendu. Je suis un traumatisé du malentendu. Comme je ne m'y fais pas, je me fatigue à le dissoudre. Et du coup, je le nourris. C'est ce qui s'appelle le séminaire perpétuel."

Cette désignation que Lacan se donne a été prononcée quelques temps avant sa mort. Lacan résume le parcours de sa vie en disant qu'il est un "traumatisé du malentendu". Lacan se dit "traumatisé" parce qu'il se sent incompris et qu'il ne s'y habitue pas. Bruno Dal Palu⁵⁰⁵, dans un livre intitulé "L'Enigme testamentaire de Lacan", nous montre que l'énigme de cette parole lui confère une valeur considérable, en introduisant une nouvelle rupture épistémologique dans la psychanalyse. Pourtant, cette position du mal entendu ne satisfait pas Lacan et l'amène à produire toujours plus, c'est ce qu'il appelle son séminaire perpétuel. Cette insatisfaction impossible à réduire amène Lacan à s'expliquer.

"Je ne dis pas que le verbe soit créateur. Je dis tout autre chose parce que ma pratique le comporte : je dis que le verbe est inconscient - soit malentendu. Si vous croyez que tout puisse s'en révéler, eh bien, vous vous mettez dedans tout ne peut pas. Cela veut dire qu'une part ne s'en révélera jamais. C'est précisément ce dont la religion se targue. Et c'est ce qui donne son rempart à la Révélation dont elle se prévaut pour l'exploiter. Quant à la psychanalyse, son exploit, c'est d'exploiter le malentendu. Avec, au terme,

⁵⁰⁴ Lacan J., 1980-1981, Le Séminaire inédit : "Dissolution", Le malentendu, 10 juin 1980

⁵⁰⁵ Dal Palu B., "L'Enigme testamentaire de Lacan", L'Harmattan, 2004

une révélation qui est de fantasme. C'est ce que vous a refilé Freud. Quel filon, il faut le dire."

Lacan s'adresse à son auditoire pour dire que tous les psychanalystes sont concernés par le malentendu et c'est ce qui le différencie du religieux. En effet, si dans un premier temps les symptômes inconscients n'ont pu être accueillis dignement, ils l'ont été avec la découverte freudienne. Le malentendu dont parle Lacan a fait le grain de la psychanalyse, notamment avec la référence au traumatisme qui n'est ni plus ni moins qu'un malentendu. Ce malentendu a produit le lot de ses effets à travers les phénomènes hystériques. Si le phénomène hystérique a pu être associé au trauma dans un premier temps, il a fallu procéder à une rectification. Le fantasme est apparu pour Freud le filon à suivre. Lacan résume ainsi l'apport de la psychanalyse fondée au départ sur la question du "trauma". Ce malentendu est tout autant le fait de l'être humain. Lacan nous l'indique.

"Tous autant que vous êtes, qu'êtes-vous d'autre que des malentendus ?"⁵⁰⁶

La référence à Otto Rank est utilisée pour saisir au plus près l'intérêt du malentendu de la psychanalyse. Lacan y revient après avoir corrigé l'erreur du "traumatisme à la naissance", il met le malentendu en rapport avec le corps.

"Le nommé Otto Rank en a approché en parlant du traumatisme de la naissance. De traumatisme, il n'y en a pas d'autre : l'homme naît malentendu. Puisqu'on m'interroge sur ce qu'on appelle le statut du corps, j'y viens, pour souligner qu'il ne s'attrape que de là. Le corps ne fait apparition dans le réel que comme malentendu. Soyons ici radicaux : votre corps est le fruit d'une lignée dont une bonne part de vos malheurs tient à ce que déjà elle nageait dans le malentendu tant qu'elle pouvait. Elle nageait pour la simple raison qu'elle parlait à qui mieux-mieux. C'est ce qu'elle vous a transmis en vous "donnant la vie", comme on dit. C'est de ça que vous héritez. Et c'est ce qui explique votre malaise dans votre peau, quand c'est le cas. Le malentendu est déjà d'avant. Pour autant que dès avant ce beau legs, vous faites partie, ou plutôt vous faites part du bafouillage de vos ascendants. Pas besoin que vous bafouilliez vous-même. Dès avant, ce qui vous soutient au titre de l'inconscient, soit du malentendu, s'enracine là. Il n'y a

⁵⁰⁶ Ibid., Séminaire "Dissolution, Le malentendu". Ce séminaire est un séminaire de Lacan inédit.

pas d'autre traumatisme de la naissance que de naître comme désiré. Désiré, ou pas, c'est du pareil au même, puisque c'est par le parlêtre."⁵⁰⁷

Dès la naissance, il existe une sorte de malentendu. En effet la présence humaine autour du nouveau-né se manifeste par le langage. Cette langue maternelle s'inscrit comme du malentendu et cette inscription signifiante décernera au sujet un corps. C'est donc comme malentendu que l'être humain advient au monde en se constituant un corps. Il existe dans ce contexte un traumatisme de la langue : le sujet peut avoir été heurté, dès les premiers mots, dès les premières phrases, par l'apprentissage de la langue, mais peut aussi être resté fixé à des phrases correspondant à des choses qui ont été dites malencontreusement et à des mots qui ont pu le blesser. La question qui se pose, en fin de compte, dit Lacan, est de savoir dans quel bain de malentendu l'on aura baigné. Il fait remarquer qu'il n'y a pas d'autre traumatisme que le traumatisme du malentendu. Le corps lui-même, qui est donné au sujet à la naissance et qui lui est "décerné" par le langage, précise-t-il, est un malentendu. Le "parlêtre" naît donc en tant que malentendu. Aussi Lacan finit-il par affirmer que nous sommes tous des "traumatisés du malentendu".

Nous avons montré comment pour Lacan il est crucial que la psychanalyse se redéfinisse autour de l'objet "a" cause du désir, c'est ce que le sujet cherche à obtenir par le détour de la demande sans jamais y parvenir. Dans ces fondements théoriques sur le trauma se dégage un problème, c'est sur ce problème que nous allons maintenant construire nos hypothèses.

⁵⁰⁷ Ibid., "Dissolution , le malentendu"

TROISIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE
ET HYPOTHESES



Deux grandes théories psychanalytiques semblent se dégager aujourd'hui dans l'interprétation du "trauma":

Une mettant en avant les énoncés, donc l'usage de la langue. Freud accorde beaucoup d'importance à l'énoncé susceptible de produire le "trauma", notamment dans son cas clinique "Le petit Hans". Au fond il existerait une traumatisation-menace, si nous pouvons dire.

Une autre, mettant en avant l'énonciation (le processus). Lacan par exemple accorde une importance particulière à la structure du langage plus qu'aux énoncés langagiers. Il considère par exemple que c'est plus la mère du petit Hans dans son rapport à sa propre castration qui va induire le trauma. Ce serait donc le langage lui-même qui serait traumatique en tant qu'il serait porteur de secrets sexuels incontrôlables.

VII/1. HYPOTHESE GENERALE

Nous faisons l'hypothèse que l'évènement traumatique entendu ou vu, quelque soit sa fulgurance, sa valeur affective intense, n'est que le facteur déclencheur d'un état psychique en souffrance.

Nous pouvons dire que le vécu traumatique n'est pas proportionnel aux échelles des évènements traumataugènes (accidents de la vie, annonce de maladies graves) dans les services de médecine et de chirurgie pédiatrique.

La potentialisation traumatique d'un évènement se fait avec la combinaison d'un élément intrapsychique. Nous confirmerons ainsi l'apport de la psychanalyse dans le domaine du "trauma" et plus particulièrement l'incidence du langage dans le "choc psychique". Il peut cependant exister des chocs avec effroi qui laissent transitoirement en suspens la structure de langage (sidération). C'est une forme exceptionnelle du "trauma" qui confirme en quelque sorte la particularité du "trauma" associé à l'angoisse. L'évolution de ce type de "trauma" se faisant généralement vers le

passage à l'angoisse selon François Lebigot⁵⁰⁸.

VII/2. HYPOTHESE OPERATIONNELLE GENERALE

Nous supposons qu'il existe une mise au travail de l'appareil psychique dès l'impact traumatique. Les réactions catastrophiques générées après un accident, encore appelées détresses "péri traumatiques"⁵⁰⁹ ou après l'annonce d'une mauvaise nouvelle (insomnie, cauchemars répétitifs, réaction affective disproportionnée, etc..) ne sont que l'expression psychique d'un désordre. Ces manifestations comportementales ou verbales peuvent s'aggraver dans les mois qui suivent l'incident. Nous trouvons ici une psychopathologie discrète relative au traumatisme, indicatrice d'un réel traumatique.

VII/2.1. HYPOTHESE OPERATIONNELLE 1

L'évènement traumatique se mettrait directement en relation avec le trauma fondamental ou avec un réel. Il subirait en partie ou en totalité le refoulement, le rejet ou le déni. Ces éléments continueraient à rester actifs et à s'opposer aux forces du Sur-Moi. Leur retour se ferait dans les cauchemars, les conduites répétitives dans des formations inconscientes (lapses, actes manqués, symptômes...), dans les dires ou les écrits (dessin par exemple) des enfants ou des adolescents.

Hélène Romano⁵¹⁰ parle à ce sujet d'une difficulté pour les enfants traumatisés à exprimer par le dessin l'évènement traumatique. Elle parle de dessin leurre ; des dessins n'ayant aucun rapport avec la réalité traumatique vécue. Nous pourrions discuter cette thèse.

⁵⁰⁸ Lebigot F., "Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques", Nervure, 1999

⁵⁰⁹ Brunet A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers C., Fagan, J. et Marmar, C.R. "The Peritraumatic Distress Inventory : A Proposed measure of PTSD Criterion A2", in Am J Psychiatry, 2001 et al, 2001

⁵¹⁰ Romano H., "Les dessins leurres traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des évènements traumatiques", in Psychiatrie de l'enfant, LIII, 1, 2010, p71-89

Hélène Romano est psychologue à l'hôpital Henri Mondor spécialisée dans la psychotraumatologie.

VII/2.2. HYPOTHESE OPERATIONNELLE 2

La mise au travail est en lien avec le degré d'élaboration du fantasme œdipien chez l'enfant ou l'adolescent malade ou blessé. Plus la structure œdipienne est achevée, plus l'impact traumatique trouvera une solution rapide à ce bouleversement, à condition que le sujet trouve un partenaire averti.

VII/2.3. HYPOTHESE OPERATIONNELLE 3

La pratique clinique vise à faire advenir le signifié supposé derrière ces manifestations cliniques (le signifiant) recueillies. La conception de l'appareil psychique peut être ainsi validée si nous mettons en exergue la remémoration d'un signifié (souvenir, scène, etc.) effroyable ou angoissant, et parallèlement si nous obtenons le soulagement d'un sujet troublé voir confus. C'est ainsi que dans le discours même du sujet (oral, écrit) ou dans ses conduites, s'expriment des bizarreries ou des "ratages", expressions d'une psychopathologie discrète. Ils sont à prendre en considération par un professionnel averti. Ils sont les indicateurs probables d'un réel traumatique sous-jacent. L'exemple d'un dessin d'enfant où se trouvent des bizarreries (absence de bras, oubli de la porte d'une maison, etc.) peut nous faire signe et nous orienter dans la thérapie.

QUATRIEME PARTIE : METHODE

Nous proposons pour notre étude le récit de huit jeunes patients atteints de maladies graves et trois blessés accidentés de la voie publique et dans le milieu agricole. Nous avons rencontré ces patients dans les services de médecine pédiatrique et en particulier dans le service de cancérologie et dans le service de chirurgie pédiatrique. Ces lieux de soins composent en partie ce que nous appelons l'Hôpital Mère Enfant. L'autre partie de l'hôpital traite les problèmes de gynéco-obstétrique.

Dans le cadre pédiatrique, il a été possible de nouer une relation sur un long terme, ce qui a permis à chaque patient d'élaborer leur trauma. Dans le service de chirurgie le transfert a opéré sur le vif de la douleur en rapport à l'évènement dramatique. Ce sont des rencontres marquées par une série d'entretiens brefs. Nous tenons à signaler que ce travail ne s'assimile pas à un débriefing. Le débriefing se définit comme une technique de reconstruction cognitive et émotionnelle. Notre intervention post évènement met en jeu la rencontre, telle que peut la concevoir Guy Briole⁵¹¹, à savoir que le traumatisme ne se réduit pas à l'évènement traumatique. L'horreur de l'évènement ne se confond pas avec le trauma. Le trauma est un processus à la base de la constitution subjective, à partir de l'impossibilité à en dire quelque chose. Dans cette configuration nous envisagerons notre intervention comme la possibilité d'une rencontre susceptible d'aider le sujet dans son élaboration traumatique que ce soit peu après l'évènement ou des mois plus tard.

L'étude du cas clinique nous permet d'apprécier ce type d'intervention. Dans l'analyse des cas cliniques nous essaierons de dégager, quand cela est possible, l'objet (oral, anal, phallique), le type d'angoisse (castration, abandon, phallique, angoisse de mort), les mécanismes de défense (sidération, forclusion, refoulement, déni). Nous essaierons pour chaque cas de resserrer la problématique traumatique en jeu. L'étude de cas, produit de la rencontre entre un sujet et un psychologue, se trouve au point nodal de la méthode clinique. Pour Fernandez⁵¹², c'est une stratégie qui correspond à un traitement des données qualitatives par des analyses qualitatives. Elle n'existe qu'à partir du moment où un patient vient nous parler de "ses affaires", que sa parole, écho

⁵¹¹ Briole G., "Après l'horreur le traumatisme" in Quarto n°84 ; Clinique de l'urgence, juin 2005

⁵¹² Fernandez L. et Cattew M., "La recherche en psychologie clinique", Armand Colin, Paris, 2005

de sa subjectivité et de sa manière d'être, soit spontanée ou qu'elle soit sollicitée. Elle est, en psychologie clinique, la forme utilisée pour tenter de penser le sujet, d'identifier la dynamique de ses représentations et de ses processus psychiques.

Dans le domaine de la recherche, l'étude de cas "est un des moyens de constitution et de validation ou de réfutation des hypothèses de travail"⁵¹³. C'est en ce sens que nous l'utiliserons dans nos investigations concernant le "trauma" psychique.

Jean Louis Pédinielli⁵¹⁴ souligne que sous le terme "étude de cas" se cachent deux activités bien distinctes :

"Un mode de travail clinique permettant le recueil (voire l'accueil) de données concernant le sujet ; la production par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative [...] de la subjectivité de la personne concernée".

Nous utiliserons des entretiens cliniques au chevet du lit des enfants et adolescents hospitalisés en Chirurgie Pédiatrique ou en Pédiatrie, ou dans un bureau de consultation hospitalière. Nous nous orientons à partir de cette citation.

"L'entretien désigne une pratique qui est liée à la parole [...] en face à face (mais il peut y avoir entretien au lit d'un patient ou bien en se promenant)"⁵¹⁵.

⁵¹³ Pédinielli, J.L. "L'observation clinique et l'étude de cas", Armand Colin, coll 128, 2005, p64

⁵¹⁴ Ibid p50

Jean Louis Pédinielli est psychologue. Ses recherches portent sur les addictions, la psychosomatique et sur les émotions.

⁵¹⁵ Cyssau C., "L'entretien clinique", collection Psycho-Polis, 2003, p13-14

Catherine Cyssau est psychologue. Elle oriente ses recherches à l'interface entre psychopathologie et psychanalyse, aux frontières du corps et du psychique, et des liens psycho-sociaux. Ces recherches ont pour objet psychopathologique : la dépression et les phénomènes dépressifs contemporains, la problématique du sensible et son versant persécutif, le somatique et le traumatique.

CINQUIEME PARTIE : SECTION CLINIQUE

IX/1. RESUME

Alexandre est un enfant de 11 ans ayant subi une greffe cardiaque dans l'urgence. L'évènement médico-chirurgical va réactiver un autre évènement à situer autour de la mort de son père. Sa présentation d'enfant effrayé en dehors de la présence de sa mère et l'état de sidération de ses représentations, illustrent le cas d'un trauma psychique sans véritable manifestation d'angoisse. La mère, protectrice de son enfant, n'a de cesse d'interroger l'institution scolaire pour qu'Alexandre y trouve une place.

IX/2. RECIT DU CAS

Je reçois dans le cadre de la consultation externe de pédiatrie (en dehors de l'hospitalisation) un enfant de 11 ans que j'ai nommé Alexandre (A) pour les multiples batailles qu'il a du mener.

Quelques éléments de l'histoire clinique d'Alexandre permettent d'avoir un aperçu général de la situation de soin. Ce sont des éléments que j'ai trouvés dans le dossier médical. Alexandre a été vu la première fois dans le service de pédiatrie en avril 2005 pour un asthme d'effort et une allergie aux protéines. Il est hospitalisé un an plus tard pour une pneumopathie. Un mois plus tard, en juin 2006, une consultation avec le cardiologue est programmée. L'échographie cardiaque révèle une cardiopathie sévère. Cette annonce d'une pathologie grave, chez Alexandre, va retourner la mère d'Alexandre. Elle ne s'attendait pas à une telle chose. Alors qu'elle sortait à peine d'un divorce difficile, c'est le redémarrage d'une vie agitée, d'autant que 6 mois plus tard elle doit faire face à une nouvelle épreuve, son fils doit subir en urgence une greffe cardiaque.

Je vais recevoir Alexandre quelques mois après l'intervention, et pendant 18 mois de façon assez régulière une fois par semaine. Il est venu me rencontrer, accompagné de sa mère, sur la demande insistante du cardiologue. Le médecin me précise qu'il a déjà été vu par un pédopsychiatre qui a jugé bon d'interrompre les séances parce qu'Alexandre n'a aucune demande. Devant l'insistance du médecin, je reçois cet enfant pour me faire une idée. Je n'ai aucun élément

de son histoire clinique, je sais seulement qu'il a été traité dans un hôpital parisien pour une myocardiopathie et qu'il a subi une greffe cardiaque dans l'urgence.

Je reçois Madame X avec son fils en mai 2007.

Elle me présente Alexandre en me disant qu'il ne parle pas beaucoup, qu'il est peu expressif. Alexandre, malgré ses problèmes de santé, a repris le chemin de l'école mais du fait de ses absences répétées, il décroche. Il a beaucoup de lacunes. Le service d'accompagnement scolaire (SAPAD) s'est mis en place pour l'aider à rattraper le retard.

A. reste en effet en retrait avec un regard interrogatif, la tête sur ses mains posées sur la table.

"En décembre 2006, dit-elle, Alexandre a fait une pneumonie. Il a été hospitalisé dans un hôpital parisien. Mais devant la gravité clinique, il ne s'agit plus de le traiter seulement pour une infection à pneumocoque, il faut opérer dans l'urgence. A. a décompensé sa cardiopathie; l'intervention chirurgicale est réalisée, une greffe du cœur est faite sur le champ. La mère me dira que l'intervention a duré 7 heures. Après cette transplantation effectuée sans préparation, Alexandre fait un accident vasculaire cérébral lié à un thrombus intracardiaque (caillot de sang). Il s'ensuit un état de mal convulsif que les médecins finissent par stabiliser. L'hospitalisation va durer un mois."

Dans cette première séance Madame X me dit également qu'Alexandre a une petite sœur avec laquelle il s'entend bien, même si, dit-elle, il est avec elle un peu agressif.

La séance suivante est située 15 jours plus tard, A. vient seul, sa mère l'attend dans la salle d'attente. Il dessine une fleur, qu'il nomme "une fleur" ; il me dit "Il n'y a rien autour".

Alexandre ne fait pas d'autre commentaire, il attend ma demande.

Cette séance est plutôt marquée par le vide, la mère d'A s'invite dans mon bureau pour me parler du père d'Alexandre.

"Il avait une entreprise. Il s'est mis à boire avec l'arrivée d'Alexandre. Notre séparation n'a pas arrangé les choses, il s'est mis à boire encore plus. Il est tombé dans l'escalier. Il n'a pas eu le temps d'appeler les secours. Il a fait une crise cardiaque. Ma

copine S. l'a trouvé avec le téléphone portable à la main."

Madame X évoque le drame de son ex-mari avec précipitation et de façon décousue. Elle me dit en suivant : *"Quand je suis arrivée dans la maison ça sentait la mort... A la morgue, il ne voulait pas le nettoyer et je n'avais rien à dire"*.

J'interromps la séance, je garde en mémoire une histoire dont j'ai du mal à saisir le déroulement et qui ressemble à une tragédie. A. a dans la main un petit tissu qu'il nomme "YAYA". Pendant qu'il me regarde, il suce son pouce et manipule son "YAYA".

Une semaine plus tard, je reçois une nouvelle fois A. Il est seul, il me regarde de façon interrogative sans dire un mot. Je me rappelle alors, ce que dit Lacan dans sa conférence sur le symptôme⁵¹⁶. Il différencie le verbe de l'écriture. Je lui propose alors, d'avoir un échange par l'écrit. Je lui pose des questions et il me répond. Je lui propose un mode d'échange différent : j'écris sur une feuille et il me répond par l'écrit, une façon de respecter son silence, et de le solliciter autrement que par la parole. La parole est pour lui, un moyen de communication qu'il utilise peu.

Comment vas-tu aujourd'hui ? *"Bien"*

Aimes-tu jouer ? *"Oui"*

A quoi ? *"Au foot"*

A quelle place ? *"Défenseur"*

Je voulais parler avec ta maman l'autre jour et tu ne voulais pas, pourquoi ? *"Parce que je ne voulais pas"*

Serais-tu d'accord pour faire un dessin... sans que tu me dises ce que tu as voulu dessiner ?
"Je ne sais pas quoi dessiner"

⁵¹⁶ Lacan J., "Conférence sur le symptôme" à Genève, 04/10/1975, éditée par l'Ecole lacanienne de psychanalyse

La conférence annoncée sous le titre "Le symptôme" fut prononcée au Centre R. de Saussure à Genève, le 4 Octobre 75, dans le cadre d'un week-end de travail organisé par la Société suisse de psychanalyse. Elle fut introduite par M. Olivier Flournoy. Elle parut dans Le Bloc-notes de la psychanalyse, 1985, n° 5, pp. 5-23.

As-tu une idée ? *"Non"*

A quoi tu penses souvent ? *"Rien et plein de choses"*

Es-tu d'accord pour qu'on trouve ensemble ce que tu n'arrives pas à dire ? *"Non"*

As-tu un jeu que nous pourrions faire ensemble ? *"Non, mais j'ai une blague"*

Laquelle ? *"Un bossu sans manche c'est quoi ?"*

Je réponds, un manchot ! *"Non, une madeleine"*

Veux-tu, la prochaine fois que tu viendras me voir, écrire une autre blague ? *"Oui, j'en ai d'autres"*

Tu me l'écriras la semaine prochaine *"D'accord"*

La semaine suivante, nous poursuivons sur le même rythme :

Veux-tu m'écrire une blague ? *"J'en connais pas !"*

Qui t'a appris la blague du bossu ? *"Personne je l'ai (il écrit "est") vu dans un film"*

Lequel ? *"Camping"*

Avec Franck Dubosc ? *"Oui"*

Tu aimes bien rire ? *"Oui"*

Avec les blagues ? *"Je sais pas"*

Je voudrais que tu fasses un dessin sans rien dire ? *"D'accord"*

Il dessine des étoiles, un arbre et il décide de dessiner un gros visage velu avec des lunettes... J'ai l'impression qu'il me dessine. Il ne fait aucun commentaire ! Il me formule une demande par écrit :

"On fait un pendu"

Je suis surpris, et nous faisons tous les deux le jeu du pendu où il s'agit de trouver les

lettres qui composent un mot que le partenaire a en tête. A chaque erreur de lettre une potence se construit jusqu'au dessin du pendu. Cette potence avec le pendu se construit élément par élément. Chaque joueur doit, soit deviner le mot de l'autre soit, construire la potence. Le joueur qui cherche le mot connaît seulement le nombre de lettre du mot.

Les mots à chercher que me propose A. nomment l'univers hospitalier ("hôpital" ; "nom de l'hôpital" ; "téléphone", "prise", ...).

Je le revois quelques temps après une période de vacances, entre temps un autre évènement médical se produit. En juillet 2007, il est diagnostiqué une lympho-prolifération (lymphome) qui est une complication post greffe. Le médecin hématologue est associé pour donner son avis et appliquer un traitement.

Malgré cet épisode A. continue à venir à ses séances, imperturbable, il continue à répondre aux questions écrites.

Bonjour, comment vas-tu ? *"Ça va bien"*

Les vacances ? *"Oui"*

Aujourd'hui, au programme, l'histoire d'un petit garçon à l'hôpital ! *"Je n'ai pas envie de raconter une histoire"*

Pourquoi pas l'écrire ! *"D'accord"*

"Il était une fois un monde fantastique...", il poursuit : *"imaginaire"*

Nous pourrions ensemble inventer des personnages *"Oui"*

Des animaux, des êtres humains, il rajoute *"insectes"*

Il m'écrit : *"Je n'ai plus envie de faire ça"*

J'insiste, nous allons commencer l'histoire aujourd'hui ! *"Quoi"*

Il était une fois un homme et une femme qui avaient beaucoup d'animaux et d'insectes...
"Je n'ai plus envie de faire ça"

Avant de partir peux-tu faire un dessin où on ne dit rien ? *"Aujourd'hui je n'ai pas envie"*

La séance suivante, Alexandre a dessiné sur une feuille quadrillée deux personnages géométriques et symétriques qui se regardent. Je n'obtiens aucune précision. Il les a confectionnés chez lui et a voulu me les emmener. Par ailleurs j'apprends qu'il joue beaucoup à la console de jeu à *San Andréas*. C'est un jeu vidéo où se combattent les forces de police et les terroristes. C'est un jeu avec lequel il occupe ses journées en dehors de l'école.

Je n'obtiens rien de plus, la séance se termine, sans que je puisse comprendre ce qui se joue entre lui et moi. Je sais seulement qu'il est enthousiaste, selon sa mère, à venir me voir. En effet il vient à sa séance à l'heure, sans s'opposer, avec hâte...

La séance suivante, A. produit un dessin dans lequel nous retrouvons une fleur, une fleur qui ressemble à celle dessinée lors de la première séance. Cette fois-ci la fleur n'est pas seule, elle est sur un terrain proche d'un arbre. Sur une autre partie de la feuille A. dessine un nuage qui cache le soleil ; il fait parler le nuage, il écrit dans une bulle *"Je pleure, je pleure dit le nuage"*.

Entre le nuage, la fleur et l'arbre, il écrit son prénom deux fois. Je vais me rendre compte de l'importance de ce dessin plus tard.

Les séances vont se poursuivre de façon assez irrégulière pendant une courte période. Le jeu du pendu revient régulièrement, jeu pour lequel A. exprime un réel intérêt, un désir qui tranche par rapport à son attitude silencieuse, et d'attente, le regard face au mien. Ce moment silencieux face à moi, contraste avec son envie de venir aux séances. Il y vient en courant, quand il est en retard, il frappe à la porte du bureau pour m'indiquer qu'il est là, laissant sa mère dans la salle d'attente discuter avec les hôtessees d'accueil ou les infirmières.

Je lui propose alors d'écrire une histoire sans parole.

Il me répond en écrivant : *"D'accord"*

Je commence l'histoire, c'est moi qui écris, j'essaie de l'interpeller :

Il était une fois un petit garçon qui a beaucoup souffert dans son corps.

Je n'obtiens aucune suite à l'histoire... Il finit par me demander, toujours à l'écrit, quelque

chose qui est aussi une histoire sans parole : *"Est-ce qu'on peut faire un pendu ?"*

La semaine suivante, il me propose de m'écrire une blague que je nomme raciste. Dans la mesure où je suis sûr qu'elle n'a pas pour cet enfant un statut de blague raciste, je vous l'énonce. Elle est plutôt une marque du comique trouvé chez cet enfant plutôt malmené par la vie.

"Qu'est-ce que trois noirs avec une cerise dans les fesses ?"

Je ne sais pas...

Il me dit : *"Un Monchéri"*

Laissant de côté les blagues et le jeu du pendu, il me parle de son "YAYA" qu'il a perdu, il me dit qu'*"il s'est fait dévorer par le chien quant il était petit et qu'il lui en restait un petit bout"*. Ce petit bout il le garde toujours sur lui, il l'emmène partout. Malheureusement il vient de le perdre aussi. Il est tombé de sa poche.

Je lui demande ce que cela lui a fait de perdre ce petit bout de yaya? *"J'ai un peu pleuré et après j'ai dormi"*.

Cette perte du reste de "YAYA", est assez bien vécue par A. qui pourtant manifestait un attachement très fort à ce tissu.

Depuis la perte de ce "YAYA", A. fait de la trottinette électrique en dehors de sa maison. A., à l'intérieur de la maison regarde la télévision, fait de la PS (console de jeu), il joue au piano. Sa mère l'a inscrit au cours de musique, elle dit qu'il s'intéresse à la musique et qu'il aurait l'oreille musicale. Entre temps une consultation à l'hôpital parisien a eu lieu. Le professeur a dit à la mère que son fils était "en survie". Mais après l'épopée médicale d'Alexandre, un conflit majeur se révèle à l'école. L'école est devenue un lieu d'affrontement important entre Madame X et l'équipe pédagogique.

Madame X devient de plus en plus furieuse, l'école ne reconnaît pas les problèmes de santé de son fils (80 % d'invalidité). A. ne peut plus suivre une scolarité normale. Madame X se heurte à un système "complètement inhumain" dit-elle. Un bras de force s'est engagé entre la mère, les personnels de direction et les enseignants du collège. Personne ne capitule, la mère d'A. estime que son fils est maltraité et qu'elle est incomprise... Une plainte a été déposée auprès du rectorat pour

qu'A. soit mieux traité. Une lettre est écrite à l'inspecteur et au recteur de l'académie, où il est fait mention des violences verbales dont A. est victime.

Un enseignant, exaspéré par le comportement instable d'A., lui envoie à la figure une phrase qui marque beaucoup la maman : *"Si tu n'entends pas la sonnerie tu n'as qu'à te faire greffer des oreilles"*.

ou encore : *"Ton père devrait davantage te tirer les oreilles"*.

Je vais accompagner Alexandre pendant toute cette période de conflit majeur. C'est aussi un conflit qui apporte un appui à la mère. Sa plainte se répand dans tout le service hospitalier. Le décès de son ex-mari et les problèmes de santé de son fils sont des événements qui passent au second plan.

Le temps passe, les séances avec A. sont longues, je me fatigue à maintenir un lien avec cet enfant qui semble par moment ailleurs, plutôt désintéressé. Je m'aperçois toujours qu'A. est assidu à ses séances, qu'il vient me voir sans aucun problème. C'est un comportement qui contraste avec le contenu des séances. Je demande à la mère de me (re)parler seule, sans la présence d'A., de son ex-mari.

Elle me parle d'un mensonge qu'elle a dit à son fils. Le père d'A. n'est pas mort d'une crise cardiaque, comme elle me l'avait dit au début, mais d'un suicide. Il a prit des médicaments, il est mort étouffé dans son vomi dans sa maison. A. ne le sait pas. C'était un papa alcoolique, suivi par un psychiatre. C'était quelqu'un de très calculateur, qui n'est parti de rien, il a monté sa propre entreprise dans le "bio". Il a commencé à boire beaucoup depuis le divorce, il buvait comme les riches. C'était un homme mélancolique, il était solitaire.

La séance qui suit A. produit un dessin qui tranche avec ce qu'il faisait auparavant.

Il dessine un immeuble avec des arbres autour et une tornade. Je n'ai aucun commentaire, si ce n'est pour me dire que "la tornade est puissante". Je vais obtenir à la fin de nos rencontres un dessin en forme d'épopée triomphale. Il ne fera aucun commentaire, si ce n'est pour dire c'est "l'Amérique qui gagne". Nous voyons un personnage, en forme humaine, gravir une montagne avec le drapeau anglais.

Je ne verrai plus Alexandre qui a changé de collègue, il est entré en classe de 4^{ème} et tout se passe assez bien. La mère que j'ai croisée à l'hôpital me dit que son fils est avec une équipe de professeurs "super".

IX/3. ANALYSE CLINIQUE

Apparition d'une demande et élaboration du trauma

Le symptôme de cet enfant est en lien au trauma. Il est à situer dans le mode de présentation d'Alexandre. A. se présente dans un retrait subjectif, il parle peu, exprime peu d'affect.

Devant la manifestation défensive de cet enfant, où on voit la difficulté à faire émerger une parole, j'ai proposé le registre de l'écrit.

On voit apparaître une première demande, celle de *jouer au pendu*. Ceci se répète longtemps et souvent. Cette initiative resserre un réel traumatique en jeu. En effet, nous pouvons penser qu'elle met en jeu la scène traumatique de l'hôpital parisien et la mort du père. En effet, nous pouvons penser que le trauma chez Alexandre s'inscrit dans la répétition du très astucieux "jeu du pendu". C'est une répétition métaphorique qui condense à la fois les signifiants de l'hôpital dans lequel A. a été admis pour être greffé du cœur et la mort du père.

Les mots qui doivent être devinés et qui apparaissent dans l'écrit, se rapportent souvent à l'univers hospitalier. L'indicible s'écrit. Pour cet enfant, la réalité de la greffe du cœur est quelque chose de non subjectivable. A. manifeste une forme de démenti à l'égard de cet événement chirurgical qu'il a isolé. Il dit seulement qu'il n'aime pas parler de ça. Il existe probablement à ce niveau un conflit psychique entre la réalité déplaisante de l'évènement qu'il cherche à oublier, donc à refouler et le principe de plaisir ; le surgissement et la répétition du "jeu du pendu" et surtout les signifiants qu'il me fait deviner correspondent au retour du refoulé et à l'élaboration traumatique. Par ailleurs il va à la visite médicale sans renâcler. Il écoute sa mère angoissée avec laquelle il entretient une étroite relation. Il se présente en séance dans un retrait subjectif important ; il attend que je lui demande quelque chose. Son regard est très présent, il suce son pouce avec son bout de "yaya" à la main. Cette passivité a d'ailleurs fait reculer le pédopsychiatre qui a considéré qu'il fallait le laisser tranquille. J'ai considéré les choses autrement, à partir du

moment où je voyais se nouer une relation très particulière avec moi.

Nous pouvons penser également que la potence et le pendu viennent représenter le père mort par suicide. Le "non-dit" maternel a pu mettre Alexandre dans une situation paradoxale. Entre cette vérité inavouée de la mort du père et la parole de la mère se produit le conflit. On peut penser que la mort du père se réactualise pour lui sur la scène du transfert avec le jeu du pendu, renvoyant au suicide du père, mort par étouffement. Mais il ne m'a rien dit de tout cela, nous restons dans le domaine de l'hypothèse.

Quelles démarches...

Deux démarches ont permis d'opérer un changement dans la vie d'Alexandre, assez vite finalement, à l'image de la fleur qu'il dessine à la deuxième séance. La fleur est la première expression singulière que j'obtiens d'A. Elle vient probablement le représenter dans une solitude mortifère, qu'il nous indique en disant qu'il n'y a rien autour. C'est ce premier signifiant tout seul en attente d'articulation signifiante qui me semble important à accueillir.

* **La première**, c'est lorsque je le reçois, en retrait derrière sa mère, disant "**je sais pas**". Connaissant le parcours médical de cet enfant j'ai fait dé-consister le personnage sérieux du "docteur" en faisant "le clown", et cette position bizarre a fait naître chez A. une autre demande que celle de m'écrire une blague ; "faire le clown", met en jeu la fonction du Comique, ce qui introduit A. à écrire une série de "blagues".

S. Freud, dans son Appendice sur "L'humour"⁵¹⁷ dans "Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient", note "*l'humour serait la contribution apportée au comique par l'intermédiaire du surmoi*" ; ainsi Freud corrèle l'humour, le comique au Surmoi et en fait ainsi un mécanisme de défense.

L'humour semble dire : "*Regarde ! Voilà le monde qui te semble si dangereux ! Un jeu d'enfant ! Le mieux est donc de plaisanter !*"⁵¹⁸

⁵¹⁷ Freud S., 1905, "Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient", version électronique, coll Les classiques de sciences sociales, Paris : collection idées, nrf, n°198, éditions Gallimart, 1971

⁵¹⁸ Ibid p409

Que le monde soit dangereux pour Alexandre ! C'est sûr : une "greffe" cardiaque décidée en urgence. Fort de cette référence, je me suis mis à faire des grimaces, des gestes, des gros yeux, des choses absurdes... à faire le clown, cette position bizarre de ma part a fait naître chez A. une autre demande, celle de m'écrire une blague.

* **La deuxième**, c'est l'introduction de la fonction de l'écrit. Pour ce sujet la fonction de la parole se présente d'emblée sur le registre du Surmoi. Avec les effets, patents comme quoi il reste en retrait, *"son menton sur ses mains posées sur la table"*.

Une deuxième demande émerge

Je me suis rendu compte qu'il ne fallait pas faire consister le personnage du docteur ou du "psy", personnages sérieux dont il faut se protéger. En effet dans toutes les consultations, A. se met en retrait derrière sa mère. Il dit souvent "je sais pas" en levant les épaules, et en mettant son menton sur ses mains posées sur la table.

Le dessin de son histoire où se retrouve la fleur s'enrichit, s'étoffe. A. articule d'autres signifiants autour de cette fleur qui le représente. Il effectue un capitonnage, qui l'extrait d'une jouissance mortifère autour de la mort de son père et de son opération subie.

La perte du bout du "yaya" et la révélation d'une vérité inavouable

La perte du "yaya" me semble un moment clé. Après une légère dépression, A. exprime un désir de sortir de sa maison, pour faire de la trottinette électrique. Le "non-dit" sur la mort du père se révèle et produit un changement chez A. Il métaphorise le sentiment intime de sa vie par une tornade très puissante qui s'attaque à un immeuble solide. Ce qui peut indiquer la mise en jeu de la fonction phallique parasitée par le "vécu traumatique" légèrement élaboré.

Le trajet parcouru par Alexandre lui permet d'assumer une perte, soit celle de "son yaya", soit "ce petit bout de tissu". L'on ne peut pas ici ne pas faire référence à l'objet mis en valeur par Winnicott sous le nom "d'objet transitionnel", trouvaille à laquelle J. Lacan rend hommage⁵¹⁹:

"Nous fûmes les premiers à situer exactement l'importance théorique de l'objet dit transitionnel, isolé comme trait clinique par Winnicott".

Ce qu'apporte Winnicott et que reprend J. Lacan, c'est de savoir où passe le plan de séparation ? Non pas entre l'enfant et la mère mais entre l'enfant + l'objet et la mère. Ainsi à propos du sein, J. Lacan note *"c'est entre le sein et la mère que passe le plan de séparation qui fait du sein l'objet perdu en cause dans le désir."*⁵²⁰ Mais alors que Winnicott situe cet objet selon un registre du développement, J. Lacan le situe lui en lien avec la castration, soit en lien avec une perte de jouissance.

Cette castration est du registre du symbolique. En effet, notons que la métaphore : "une tornade très puissante qui s'attaque à un immeuble solide" indique-la "mise en jeu de la fonction phallique chez ce sujet. Nous avons là un procès de "signifiantisation".

C'est dire que la métaphore paternelle fonctionne pour ce sujet. Est-ce dire qu'une dimension mortifère, une jouissance mortifère "autour de la mort de son père" et "de son opération subie" est venue, peut-on dire, "se greffer" sur l'effet de signification de cette métaphore : d'où la présentation d'Alexandre ? En effet, nous pouvons considérer "cette tornade très puissante qui s'attaque à un immeuble solide" comme une métaphore "du sentiment intime de sa vie".

Après cela en effet, il s'autorise à sortir de chez lui, à faire de la trottinette électrique.

IX/4. COMMENT S'ARTICULE LE TRAUMA PSYCHIQUE CHEZ ALEXANDRE

Le trauma psychique chez Alexandre est à associer dans un premier temps avec un affect d'effroi, au sens où l'entend Freud en tant qu'il se produit dans un contexte inattendu et où le

⁵¹⁹ Lacan J., 1960, "Allocution sur les psychoses de l'enfant" dans les Autres Ecrits, 2001, p368

⁵²⁰ Lacan J.,(1964) "Position de l'inconscient" dans Les Ecrits, Seuil, 1966, p848

registre de l'angoisse et de la pensée sont absents. En effet, pour Alexandre, nous trouvons un enfant ayant peu d'affect avec une difficulté importante à prendre la parole ou à s'exprimer par le dessin. La seule expression que j'obtiens c'est une fleur. Il ne peut rien faire d'autre. Progressivement avec l'usage de son appareil du pendu, il peut nommer le réel traumatique auquel il a eu à faire.

Nous trouvons l'association de deux éléments : l'histoire du père, incarnée par l'image de la potence du jeu du pendu et les mots produits dans ce jeu allusifs à l'hôpital où A. a été opéré d'urgence. Nous avons la combinaison de deux événements qui se sont rencontrés. Nous pouvons ici relier cet aspect clinique à ce que dit Lacan. Il considère qu'au-delà de la cassure du trauma, le "trauma" est aussi un moment propulsif qui fait jaillir d'autres événements traumatisants, en l'occurrence pour A. la mort de son père. Les deux événements associés se potentialisent et ne prennent une valeur traumatique que l'un par rapport à l'autre. De plus, nous pouvons repérer à partir de l'élaboration d'Alexandre, et toujours en conformité avec ce que dit Lacan, l'indice d'un processus de castration à l'œuvre. L'angoisse pour ce sujet est peu palpable, elle est très présente chez la mère, qui exprime un conflit ouvert avec l'institution scolaire.

X/1. RESUME

Cas d'un enfant de deux ans et demi examiné dans un service de pédiatrie et pour lequel le psychologue clinicien a pu lui être d'un certain secours. Le trauma est le résultat d'une peur de perdre son enfant, transformée en effroi par un élément de la réalité vue.

L'angoisse maternelle a succédé à l'effroi, et a pu contrarier le développement langagier et le comportement alimentaire de cet enfant. Armand, face au désarroi parental, va manifester des difficultés en lien à l'état affectif de ses parents et devant son insistance à vouloir s'exprimer par la parole. Le psychologue propose un dispositif où celle-ci peut s'exprimer. Armand se saisit de cette offre pour modifier sa position subjective, il passe d'un statut d'objet de soins à un statut de "sujet parlant". Les premières séances permettent de repérer l'angoisse chez la mère, qu'elle va alléger en l'associant à un souvenir que je nomme traumatique. C'est ainsi qu'elle autorisera son fils, désireux de parler, à venir me rencontrer.

X/2. RECIT DU CAS

Armand est un enfant de 2 ans et demi ; il consulte dans le service de pédiatrie où il est diagnostiqué un trouble alimentaire caractérisé par une difficulté à mastiquer des aliments solides. Le médecin trouve également un retard dans le développement langagier. Pour compléter ce bilan, il est demandé une évaluation neurologique, oto-rhino-laryngologique, l'évaluation du transit gastroduodéal et une évaluation psychologique.

Je m'inscris dans cette commande médicale et j'y répons en proposant un entretien clinique, un cadre où est prise en compte la parole des consultants.

Je reçois Armand en novembre 2005, en compagnie de sa maman, aux consultations externes pédiatriques de l'hôpital. Le père ne peut pas venir pour des raisons professionnelles. Il viendra me voir quelques semaines après cette première rencontre, pour se présenter et pour me parler de son fils.

Première rencontre

Je mets en évidence cette première rencontre parce qu'elle va être déterminante pour la suite.

Madame C., me présente son fils Armand avec ses ennuis de santé : "*Depuis la naissance Armand a toujours eu des problèmes*" me dit-elle.

En effet quinze jours après la naissance, Armand a eu une petite grosseur au niveau de l'aîne, une malformation congénitale selon les médecins. C'est une hernie "inguinale", maladie malformative qui est le déplacement d'un organe hors de sa cavité. Il a été préconisé alors de la kinésithérapie de façon assez intense. A la même époque, un souffle au cœur a été également découvert, nécessitant un suivi cardiologique.

Madame C. se rappelle très bien que le soir même, après l'annonce, Armand s'est mis à régurgiter, "*il vomissait du sang*" me dit-elle ! Ceci va d'ailleurs nécessiter des examens complémentaires et un autre diagnostic se rajoute aux précédents, expliquant ainsi les vomissements à répétition : celui de "sténose du pylore". Il s'agit de l'épaississement progressif du pylore, muscle circulaire se trouvant à la jonction de l'estomac et du duodénum. Une première intervention chirurgicale est décidée. A. est âgé d'un mois et demi.

Lors des examens médicaux, il a été également découvert une autre hernie inguinale, cette fois située à droite. Une deuxième opération chirurgicale est prévue 1 mois plus tard.

"*Tout s'est cumulé en peu de temps*", dira la mère. Elle résume la période en disant que son fils "*a beaucoup mangé de kiné respi*". En effet la kinésithérapie avait été préconisée, dans un premier temps, pour éviter l'intervention chirurgicale mais aussi pour traiter une bronchiolite.

Après les deux opérations chirurgicales pratiquées sur A., les problèmes médicaux vont s'estomper. A. se développe sans trop angoisser ses parents. En septembre 2005, A. entre à la crèche, la mère doit reprendre son travail d'enseignante qu'elle avait laissé pour s'occuper de son fils. Cette entrée à la crèche marque, d'après la mère, des progrès significatifs sur le plan du langage. Elle me fait remarquer au passage que son fils est un enfant très sociable. Elle se rappelle qu'il allait avec tout le monde quand il était petit, qu'il n'avait peur de personne. C'est pour

Madame C. un aspect positif du tempérament de son fils, qu'elle me présente plutôt comme un enfant à problèmes. Elle dira également que son fils est un enfant joyeux, elle ne se rappelle pas par exemple avoir vu son fils pleurer quand elle le laissait la journée à la garderie.

A cette sociabilité de son fils, Madame C. y oppose le caractère colérique d'Armand. En effet A. *"fait des crises de colère à la maison assez forte il peut se rouler par terre s'il n'a pas ce qu'il veut"* et *"il arrive que nous finissions par céder pour faire cesser ces crises"*.

Par ailleurs elle trouve que son fils est très curieux, *"ça me rassure"* dit-elle. Elle est rassurée, parce que pour elle, les enfants curieux sont des enfants intelligents.

Elle me dira aussi quelque chose qui l'inquiète et l'interroge à la fois. Armand, depuis qu'il commence à prononcer des sons, aime animer des objets sans se préoccuper de ses parents. L'anxiété parentale est au premier plan, c'est ce qu'elle me dira en parlant de son mari absent. En disant *"qu'il est très anxieux de nature et que cela provient de son enfance"* et qu'il a un côté *"hypocondriaque"*.

Un père que je verrai peu mais qui viendra me dire un jour : *"ça finira par passer"* et que son fils *"ne l'inquiète pas plus que ça"*.

Madame C. me parlera également de sa mère avec laquelle elle a des relations difficiles et qui veut participer à l'éducation de ses petits enfants. Je précise ici qu'Armand a un grand frère de huit ans, qui ne pose aucun problème.

La grand-mère est d'origine asiatique (cambodgienne), elle a vécu de façon très précaire avec la peur de mourir de faim, elle refuse d'évoquer avec sa fille cette période difficile de sa vie. C'est ce que Madame C. viendra me confier un jour, pensant que c'était important qu'elle me dise.

Comment Armand se présente lors de la première consultation avec moi et sa mère, et quelle est sa position subjective?

Le langage de cet enfant est peu compréhensible, c'est une bouillie langagière. Il écrit sur une feuille avec des feutres, assis à côté de sa mère face à moi. Je reconnais peu de symboles. Armand a cependant un rapport à la trace écrite. Il nomme ce qu'il trace avec des mots peu

compréhensibles. La trace écrite a pour particularité de ne pas se boucler.

Armand par ailleurs se déplace de façon peu assurée, il a encore un équilibre précaire. Il se tient dans sa vie avec un objet transitionnel ; un chiffon très usé qu'il traîne avec lui partout. Armand, quand je m'adresse à sa mère à côté de lui, se manifeste en interpellant sa mère occupée par la conversation que j'ai avec elle, et en s'exprimant de temps en temps dans ma direction avec sa langue.

Quand je m'adresse à lui, il m'écoute et continue à prononcer des sons et à marquer des traces sur une feuille blanche.

Tous ces éléments et la façon dont Armand se présente vont m'inciter à proposer des rencontres supplémentaires seul avec Armand et à proposer un cadre thérapeutique où pourra davantage s'exprimer cette volonté très nette de parler chez cet enfant. Je prends sa "lalangue" très au sérieux et je le lui dis que ce qu'il essaye de me dire m'intéresse et qu'il pourra revenir me voir la semaine prochaine.

Armand est un enfant parlé par l'autre (parental, médical...) plus qu'il ne parle, occupant ainsi une place d'objet dans le fantasme maternel. A. est un enfant pris dans le discours médical, discours relayé par la mère. C'est cette position qui est visée pour dégager la position subjective singulière de cet enfant.

Je vais donc recevoir A. dans une évolution assez favorable, mais avec une anxiété parentale assez marquée, activée par le refus alimentaire d'Armand.

La première séance

Elle va se faire sous le mode de la colère et des pleurs quand Madame C. dit à son fils qu'elle va l'attendre à côté dans la salle d'attente. Armand s'accroche à elle, il manifeste son refus à voir s'éloigner sa mère et à rester seul avec moi.

J'insiste pour que Madame C. aille attendre son fils quelques minutes, même s'il pleure !

Je pose un acte, comme pour indiquer à Armand qu'il en est ainsi et qu'il n'a pas le choix, je le prends dans mes bras et lui parle doucement pour lui opposer une résistance, le contenir et le

sécuriser. Dès que je le pose au sol, Armand se met dans une colère énorme, il frappe dans la porte avec ses pieds, il réclame sa mère en pleurant. Il veut ouvrir la porte pour la retrouver.

Après ces pleurs qui vont cesser un peu il me montre sa bouche, se calme un peu et me parle dans une langue encore incompréhensible pour moi. Je lui propose de faire des traces sur une feuille, ce qu'il fait rapidement. Il fait des formes bouclées cette fois ci, différentes des traces précédentes plutôt rectilignes. Tout se fait dans la précipitation.

J'interromps la séance, la mère un peu inquiète me rejoint et me dit qu'il fait pareil à la garderie. Elle est d'accord pour revenir la semaine prochaine.

La séance suivante

Armand vient me rencontrer avec peu d'appréhension. La mère accompagne son fils jusqu'à mon bureau, il consent à y rentrer sans sa mère qui va patienter dans la salle d'attente. Armand s'assoit devant moi et exécute des traces sur une feuille mise à disposition. Il fait des commentaires incompréhensibles, je m'intéresse à ce qu'il fait et je répète quelques sons qu'il prononce. Après un court instant, il me fait comprendre qu'il veut voir sa mère. Je le raccompagne auprès d'elle je lui dis que tout s'est bien passé et qu'Armand était moins colérique que la semaine dernière et qu'il est important de se revoir la semaine suivante. J'indique également à la mère, enseignante, l'intérêt qu'A. a pour les traces écrites.

Après quelques séances répétitives que j'accueille sans rien comprendre et où la trace et la parole de cet enfant est au premier plan, un élément nouveau apparaît. Armand a fait comprendre à sa mère qu'il veut venir me voir avec un sac à dos dans lequel il met un camion, une voiture, des « Playmobils » et son "doudou".

Je vais le chercher à l'heure habituelle dans la salle d'attente remplie de monde en lui tendant la main et en faisant le signe d'un bonjour à la mère. Il vient sans aucune appréhension et me parle avec quelques mots que je ne comprends toujours pas.

Dès qu'il rentre dans le bureau, il vide son sac pour me montrer tous les objets qu'il contient. Il me dit quelque chose que je saisis très bien cette fois ci : "*voiture papa*". Je m'intéresse à ce qu'il dit et lui demande si son papa conduit la voiture. Il me répondra avec un "*oui*". Une forme

d'échange s'introduit pour la première fois avec Armand.

Je l'invite aussi à continuer à m'écrire sur la feuille que je lui ai mise à disposition. C'est ce qu'il fait en faisant à la fois des formes fermées et des traces en forme de frises, ou il semble imiter quelqu'un qui écrit. C'est ce qu'il me confirmera quelques séances après ; il appellera ce qu'il fait par un "écrire", il ajoutera le nom "maman".

Ce sont des mots que je reconnais parfaitement et que je répète pour montrer à Armand que j'entends ce qu'il me dit, je l'incite ainsi à poursuivre ses nominations, je m'intéresse à sa langue d'enfant. Le rituel du sac, de l'écriture et de la nomination est bien installé.

Pendant plusieurs semaines je ne verrai plus Armand, les vacances scolaires vont marquer une rupture dans le processus thérapeutique. Je le reverrai peu après sa rentrée scolaire. Armand inquiète alors ses parents : sa mère me décrit une forme de régression, Armand fait le bébé, il prend son pouce. Il est prévu de le mettre à la cantine et qu'il reste toute la journée à l'école. Une dame qui s'occupe de la cantine lui fait peur et elle le force à manger. Armand ne veut toujours pas manger des morceaux et pose un problème aux cantinières qui ne savent plus comment s'y prendre.

Cette source d'inquiétude va vite s'estomper. En effet, je le revois quelques semaines plus tard ; il est imperturbable, il continue à venir me voir comme si de rien n'était. Il fait cette fois plusieurs ronds qu'il délimite en associant des mots à moitié compréhensibles : "des ronds à côté, à côté..., à côté maman, à côté...".

J'apprends que tout s'est bien passé à l'école, la cantinière est plus tolérante, Armand reste à l'école toute la journée.

Le temps des vacances de la Toussaint passé, Armand est de retour à la consultation. La mère m'apprend avec joie qu'il commence à manger des morceaux de viande à l'école. Les progrès sont pour la mère, de ce point de vue, importants et inespérés. Il était impossible, jusqu'alors, qu'Armand puisse mastiquer des aliments solides. Elle avait tout essayé. C'était d'ailleurs l'objet de la consultation médicale.

La séance avec Armand est marquée par le fait qu'il s'occupe tout seul avec les menus objets qu'il emmène, il chante en manipulant ses objets. C'est ce que me confirme la mère, en me

disant qu'il se met souvent à chanter à la maison. A la différence des autres séances, le dessin est coloré, un rond représente "une fille".

Les séances suivantes vont révéler des progrès très significatifs au niveau du langage. Il va me dire par exemple qu'il fait du "sport, du judo", il me dira une chose étonnante : *"me rappelle quand étais bébé, ai cassé ma locomotive"*.

Plusieurs dessins vont être associés à ces progrès. Tout d'abord il va représenter un bonhomme avec tête, yeux, bouche, jambes. Il va également vouloir dessiner un château que nous avons du mal à reconnaître, mais surtout il écrira son prénom de façon tout à fait lisible et prononcera le "je", signe d'une évolution langagière positive. Je reverrai Armand par la suite plusieurs fois ; les séances se sont espacées, les parents, surtout la mère, viennent me voir de temps en temps pour m'indiquer que les choses vont bien. Armand consulte son cardiologue une fois par an. Une orthophoniste a été sollicitée pour le retard de langage. A. adhère à sa rééducation et entre entièrement dans un statut d'écolier où il se fait reconnaître par le désir de son enseignante, il finit par trouver une place avec les enfants de son âge, dont il parle souvent à la maison.

X/3. ANALYSE CLINIQUE

Armand est un enfant vif avec une "oralisation" mal articulée. Il présente un refus alimentaire centré sur les aliments solides, qui noue une relation conflictuelle avec sa mère et son entourage scolaire. Armand est un enfant qui a généré beaucoup d'anxiété. La peur de le perdre a été très palpable chez ses parents dès les premiers mois de vie. L'angoisse flottante chez la mère s'associe à l'insupportable idée de perdre son enfant. Cette idée se traduit dans la première séance avec moi et c'est ainsi que le poids de l'angoisse maternelle se soulève et que les soins médicaux et chirurgicaux s'allègent.

La série de mauvaises nouvelles a mis à mal la relation entre Armand et ses parents. Ce sont des parents en alerte qui cherchent à réparer les problèmes rencontrés par une rééducation assez intense. La mère disant *"il a beaucoup mangé de kiné respi"*. Les soins qui se sont succédés au fil des mauvaises nouvelles ont pu participer à perturber les interactions parentales et retardé le développement d'Armand.

Madame C. est très angoissée quand elle vient me consulter. C'est effectivement sous une

forme fixée au fait qu'Armand ne peut pas manger des morceaux que la mère se présente à moi. C'est aussi un élément intergénérationnel où nous trouvons un "non dit". La grand-mère d'Alexandre, d'origine asiatique, a souffert de la faim dans son pays quand elle était plus jeune. La grand mère d'Alexandre plutôt en conflit avec sa fille ne dit rien de ce passé lointain.

C'est un "trauma" qui peut se transmettre dans les générations successives et dont les enfants peuvent-être dépositaires au sens où l'entend Tilman-Ostyn cité par Emmanuel De Becker (2008).

Dans la première séance la mère m'explique qu'elle a vu son fils vomir du sang, A. est alors âgé de quelques mois. La peur certainement de perdre son enfant est associée dans un premier temps à cet évènement traumatique "vomir du sang". Cette peur au fil des mois s'est transformée en angoisse parentale, qui se traduit dans une demande médicale excessive. L'évènement "vomir du sang" se réactualise dès le premier entretien. La mère me dira : "*Je me rappelle quand je suis rentrée à la maison...*". Cette remémoration va désactiver le vécu traumatique et permettre à l'enfant de se développer normalement. Nous pouvons, à ce sujet, décrire plusieurs étapes.

Les séances de traitement peuvent se diviser en trois temps logiques :

Le temps de la séparation et d'une inscription signifiante. Armand manifeste dans sa rencontre avec moi une difficulté à se séparer de la présence physique maternelle. Il exprime sa désapprobation dans une colère très importante et une forme de déprime qu'il va progressivement surmonter avec la trace écrite qui se matérialise autour de formes fermées associées à des mots.

Le temps de l'imaginaire avec l'apparition du sac d'objets. Ces objets sont peut-être un moyen de substitut à la séparation⁵²¹.

Le temps du symbolique se marque par les progrès très significatifs qu'Armand va effectuer au niveau du langage avec un échange entre lui et moi de plus en plus net avec la prononciation du "je", mais également l'apparition d'une représentation graphique assez précise

⁵²¹ Freud S., 1909, "Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans, le petit Hans", dans Les cinq psychanalyses, PUF, 1992, p93-198

d'un petit personnage humain (ni appris à l'école, ni appris à la maison) et avec l'écriture de son prénom.

Nous voyons également l'apparition très nette de l'objet "voix", A. manipule les objets seul avec une expression chantante.

Armand par ailleurs entre dans une vie d'écolier à temps complet, l'enseignante lui reconnaissant une place parmi les autres enfants de son âge.

En guise de question, comment situer l'acte ?

La question de l'acte me semble importante à préciser et à discuter. L'acte se situe à la fois du côté de Armand et de mon côté. En effet après avoir établi le cadre, favorisant l'expression subjective qui se répète, sans être exactement la même, va se produire un changement de position subjective où apparaissent de façon surprenante les objets "camion, voitures..." contenus dans le sac à dos.

Ce nouveau comportement survient après une intervention de ma part qui est de me serrer au plus près du sujet parlant, en répétant avec lui ce qu'il me dit et en acceptant de ne rien comprendre. Je n'applique aucun sens. L'intérêt que je porte au message de cet enfant l'incite probablement à produire autre chose.

Le deuxième élément se situe au moment où A. me parle de la "voiture papa". Il me semble, mais je n'en suis pas très sûr, avoir reçu le père un peu après cette séance clé, où vont se produire des progrès très significatifs par la suite. La rencontre avec le père est probablement concomitante de la séance ou est nommée "la voiture papa".

X/4. COMMENT S'INSCRIT LE TRAUMA CHEZ ARMAND ?

Le "trauma" chez Armand s'inscrit, si on peut dire, dans son retard de développement langagier et moteur. Si nous suivons les conceptions théoriques du trauma psychique tel qu'il apparaît au fil de l'œuvre freudienne au début du vingtième siècle, certains facteurs extérieurs peuvent contrarier et agir de façon traumatique sur le développement de la sexualité. Le "trauma" est alors considéré plus comme un accident entre réalité extérieure et vie pulsionnelle. C'est peut-

être ainsi qu'il faut considérer chez cet enfant l'impact traumatique.

D'ailleurs, la mise à distance de l'angoisse maternelle et l'allègement des thérapeutiques vont faciliter ce que Freud a introduit dans les années 1920, l'expression d'une répétition. Cette répétition signe le trauma propre à Armand. La fonction du trauma qui ne peut se mettre en tension psychiquement. La répétition va s'inscrire dans les séances que je lui propose en dehors du regard de sa mère. Il s'agit des traces qu'il met sur une feuille et qu'il associe à des sons et une voiture et un camion qu'il emmène à chaque séance dans son sac à dos. Une forme d'"automaton" à laquelle Lacan se réfère quand il parle d'Aristote. C'est aussi le point de rencontre avec moi, la "tuché" qui permet à Armand d'amener des signifiants inédits, surprenants: *"Moi quand étais bébé ai cassé la locomotive"*.

Cette formulation est certainement ce qui constitue pour ce jeune enfant le trauma, ou encore appelé par Lacan système du trauma. Le comportement répétitif n'est là que pour faire ressurgir un élément signifiant perdu. Je rappelle ce que dit Lacan à ce propos, et qui me semble important à relier au cas Armand.

"La dernière fois que je vous ai laissés sur cette remarque faite pour vous donner le sentiment que mon discours ne perd pas ses amarres, à savoir que l'importance, pour nous, de cette recherche cette année tient en ceci que le paradoxe de l'automatisme de répétition c'est que vous voyez surgir un cycle de comportement inscriptible comme tel dans les termes d'une résolution de tension (du couple donc besoin-satisfaction) et que néanmoins quelle que soit la fonction intéressée dans ce cycle, si charnelle que vous la supposiez, il n'en reste pas moins que ce qu'elle veut dire en tant qu'automatisme de répétition c'est qu'elle est là pour faire surgir, pour rappeler, pour faire insister quelque chose qui n'est rien d'autre en son essence désignable par sa fonction, et spécialement sous cette face qu'elle introduit dans le cycle de ses répétitions-toujours les mêmes en leur essence et donc concernant quelque chose qui est toujours la même chose-la différence, la distinction, l'unicité, que c'est parce que quelque chose à l'origine s'est passé qui est tout le système du trauma, à savoir qu'une fois qu'il s'est produit quelque chose qui a pris dès lors la forme A que dans la répétition le comportement si complexe, engagé que vous le supposiez dans l'individualité animale, n'est là que pour faire ressurgir ce signe A. Disons que le comportement dès lors est exprimable comme le comportement; c'est ce comportement disons-le: accès

hystérique par exemple- une des formes chez un sujet déterminé, ce sont ces accès hystériques- c'est cela qui sort comme comportement. Seul le numéro est perdu pour le sujet. C'est justement en tant que le numéro est perdu qu'il sort ce comportement masqué dans cette fonction de faire ressurgir le numéro derrière ce qu'on appellera la psychologie de son accès, derrière les motivations apparentes ; et vous savez que sur ce point personne ne sera difficile pour lui trouver l'air d'une raison : c'est le propre de la psychologie de faire toujours apparaître une ombre de motivation."⁵²²

Nous retrouvons chez Armand, en lien au trauma, un comportement répétitif qui insiste pour faire émerger d'autres éléments langagiers.

⁵²² Lacan J., 1961, Le Séminaire inédit : "L'identification", Leçon du 20/12/1961, p1

XI/1. RESUME

Annabelle est une adolescente de 15 ans qui présente une tumeur osseuse maligne. Annabelle se retrouve au milieu d'un conflit conjugal parental et conjugal important. Elle va manifester dans un premier temps un trouble alimentaire et dans un deuxième temps se découvrira sa maladie osseuse et qui va nécessiter une hospitalisation.

Nous la rencontrons tout au long de son hospitalisation et manifestera un certain renoncement à s'exprimer par la parole. Nous situons aujourd'hui chez Annabelle un "trauma" autour d'un "non" dit. En effet madame A, mère d'Annabelle, décide un jour de partir de la maison familiale sans rien dire. A. se retrouve dans l'entre deux parental ; une position dont elle ne pourra pas s'extraire.

XI/2. RECIT DU CAS

J'ai voulu présenter une situation clinique dans laquelle je suis impliqué avec d'autres, et où nous sommes face à un sujet souffrant d'une tumeur osseuse grave, nommée par le corps médical ostéosarcome. Cette maladie est traitée dans un premier temps par chimiothérapie selon un protocole très codifié, dans un second temps une intervention chirurgicale sera programmée pour sectionner la partie osseuse malade ; une prothèse sera installée pour remplacer la partie manquante.

Je suis intervenu auprès de cette jeune patiente en tant que psychologue et dans un contexte institutionnel pendant six mois de façon régulière.

Madame A., mère d'Annabelle, sollicite l'équipe soignante d'une façon pressante pour que sa fille parle de ses problèmes à un psychologue. Je me fais le destinataire de cet appel.

Avant de répondre, je m'enquiers auprès de l'équipe médicale et paramédicale de la situation. On m'informe de la gravité de la maladie dont le pronostic vital reste réservé. Une

maladie qui flambe dans un contexte familial marqué il y a trois ans par le divorce bruyant des parents.

Je me présente à Madame A., qui est au chevet de sa fille. Elle m'accueille avec un sourire crispé. Elle me montre sa fille allongée sur le lit en me disant "*voilà Annabelle*".

Madame A. décrit devant sa fille, qui ne dit rien, le trajet qui les a amenées dans le service avec un diagnostic prononcé 15 jours plus tôt. Elle me dit qu'elle est séparée de son mari depuis 3 ans et qu'Annabelle alterne les visites chez son père et sa mère.

Je lui demande de me parler des circonstances de ce divorce. Elle me répond que ce divorce a beaucoup marqué sa fille et qu'Annabelle en a beaucoup voulu à sa mère. Annabelle a d'ailleurs consulté un pédopsychiatre et une psychologue quelques temps après la séparation du couple. Annabelle présentait des troubles alimentaires. Elle ne voulait pas manger. Les consultations se sont succédées et se sont définitivement interrompues depuis un an. Madame A. me dit que la relation avec sa fille s'est détériorée encore depuis quelques mois. Annabelle lui rend la vie insupportable.

Annabelle, lors de cette première rencontre, reste en position de témoin silencieux, madame A. prend la parole sans interruption, signe d'une angoisse latente. Devant cette situation, je décide de rester seul avec Annabelle en proposant à Madame A. de sortir de la chambre. Elle accepte et se montre très compréhensive. Elle me glisse à l'oreille qu'il faut que sa fille parle.

Annabelle accepte volontiers de me parler, elle va répondre aux questions que je lui pose en confirmant que le divorce de ses parents a été très dur pour elle. Elle parle de l'année passée où elle a eu de bons résultats à l'école. Devant cet entretien fait de questions réponses je décide de remettre à plus tard un autre entretien. Nous convenons de nous revoir deux jours plus tard.

Je revois Madame A. à la sortie. Elle me dit : "*Alors ?*". Je lui dis un peu embarrassé, que sa fille est d'accord pour me parler et que nous avons établi un bon contact. Je reviendrai la voir dans deux jours

Cette première rencontre se termine, et je suis surpris de n'avoir à aucun moment abordé la maladie d'Annabelle.

Deux jours plus tard, je rends visite à Annabelle dans sa chambre, je m'assois auprès d'elle, elle est allongée sur son lit et je lui demande d'éteindre la télévision. Je remarque que sa chambre est pleine de peluches DIDDLE. Elle va d'ailleurs se saisir de sa peluche préférée pour me parler.

Nous reprenons le fil de la conversation d'hier et de nouveau nous abordons la séparation de ses parents, elle me confirme que cela a été très dur pour elle de ne plus voir papa et maman ensemble et qu'elle ignore pourquoi ils se sont séparés. Depuis, dit-elle, elle a des relations conflictuelles avec sa mère. Elle me parlera également d'un projet de vie familial. Elle aimerait habiter sur une péniche, et elle aurait quatre enfants. Cette idée lui serait venue après avoir été invitée pour l'anniversaire de sa tante sur une péniche. Nous arrêtons la séance et je lui dis que je reviendrai la voir le lendemain.

Le lendemain je me rends à son chevet. Elle est très occupée au téléphone. Tout le monde autour d'elle s'inquiète de son état de santé : camarades de classe, membres de la famille, le téléphone sonne très souvent. Elle me dit qu'on s'intéresse à elle plus qu'avant et que cela lui fait plaisir, ça montre qu'on l'aime bien malgré tout. Elle a notamment l'appel de son copain qu'elle aime en secret mais qui ne semble pas sensible à son amour. D'après Annabelle, il semble la considérer comme une bonne amie.

Pendant qu'elle me parle, elle manipule ostensiblement ses petites peluches qui parsèment sa chambre. Je lui dis qu'elle semble beaucoup les aimer et je lui demande de me les présenter. Elle me dit que c'est une famille. Il y a le père Diddle, la mère Diddle et les enfants. Ce sont des personnages qu'elle aime beaucoup et avec lesquels elle s'endort. Nous terminons la séance sur ce récit.

Une semaine vient de s'écouler, Annabelle a subi une intervention chirurgicale pour la pose d'un site. C'est un appareil pour injecter directement dans le corps les doses de médicaments et faire les prélèvements sanguins nécessaires. La première phase chimiothérapique a commencé. Annabelle réagit très bien au traitement même si des nausées accompagnent la thérapeutique. Cette phase du traitement me fait rencontrer le père d'Annabelle. C'est un homme élancé de grande taille qui attend dans le couloir, aux côtés de son ex-épouse, le retour de sa fille descendue au bloc chirurgical pour la pose du site. Les deux parents semblent s'ignorer complètement. Je me présente

aux deux. J'en profite pour dire qu'Annabelle parle de temps en temps de son père et que je suis très heureux de pouvoir le rencontrer. C'est une présentation rapide, et je propose à Monsieur B. de m'entretenir avec lui la semaine prochaine.

Nous nous rencontrons une semaine plus tard, je propose à Monsieur B. de me suivre jusqu'à mon bureau situé à l'extérieur du service. Annabelle restera dans sa chambre alitée pendant ce temps. Monsieur B. reprend l'histoire de la maladie de sa fille et me dit comment il a réagi face à cela. Pour lui son ex-épouse n'est pas très positive en ce moment. Elle ne sait pas s'occuper de sa fille. Elles sont toujours en conflit toutes les deux et dans cette période, Madame A. ne peut pas aider sa fille. *"Avec moi, me dit-il, il n'y a pas de problème"*. Il va également évoquer son divorce, me disant que le dialogue entre eux deux s'est complètement rompu et que c'est elle qui a décidé de partir.

Effectivement Madame A. a décidé de partir de la maison familiale pour vivre une autre vie. Elle m'expliquera les détails de cette séparation. Entre temps, j'apprends par l'intermédiaire de Monsieur B. qu'Annabelle ne peut pas parler facilement avec moi. Elle préférerait parler à une femme. Je ne vais pas accéder immédiatement à cette volonté. Madame A. me dit qu'elle a décidé de partir à la suite d'une dispute portant sur un héritage. Elle a fait sa valise et est partie le jour même sans rien dire à ses trois enfants. Elle ne le regrette pas. Je lui demande pourquoi elle n'a rien dit à ses enfants. Elle me répond qu'elle n'en avait pas le courage. Je lui demande également si Annabelle a une idée de la raison de son divorce. Elle me répond *"certainement aucune"*. Je lui demande pourquoi. Elle me dit que son ex-mari lui a demandé de ne rien dire. De quoi s'agit-il ?

Elle me parle de son ex-mari qui avait une tendance à la boisson et une tendance à regarder des films pornographiques et que leur relation sexuelle s'était complètement détériorée, qu'elle n'avait plus d'envie. Madame A., depuis 3 ans, a choisi de rester seule, même si des tentatives de vivre avec un autre homme ont été faites ; elles ont toutes échoué. De plus, il semble que le conflit se soit généralisé au sein de son travail avec son supérieur hiérarchique qui refuse d'aménager son emploi du temps pour emmener sa fille à l'hôpital.

Madame A. me parle également de sa fille qu'elle trouve de plus en plus agressive vis-à-vis d'elle. C'est pour elle insupportable.

Je rencontre Monsieur B. le lendemain. C'est un homme différent de la dernière fois. Il me parle de lui et de sa position de père. Ce rôle a été très difficile à assumer pour lui. Il ne se rendait pas compte. Il dit avoir beaucoup souffert du divorce. Il a déprimé à ce moment-là. Pour éviter de trop tomber dans la déprime, il s'est beaucoup investi dans son travail. Après deux ans de dépression, il a pu se raccrocher à des choses matérielles. Il a pu enfin réaliser certains projets et s'appuyer sur cette réussite. Il a changé de vie, retrouvant certains amis qu'il avait laissés quand il était en compagnie de son ex-femme. Il a redécouvert ses enfants, a appris à apprécier une nouvelle vie. Il a fait connaissance d'une autre femme, qu'il voit régulièrement. Il a pris de nouveau goût à la vie en ayant une vie sociale plus riche.

Une nouvelle rencontre a lieu quelques jours plus tard. C'est de nouveau un déballage, Monsieur B. critique son ex-épouse, il dit qu'elle a des propos peu réconfortants pour leur fille. Le cadre d'alternance instauré par la justice pour la garde des enfants est en train d'être remis en question, Madame A. baisse les bras, elle ne veut plus la garde de sa fille qui la rejette constamment. L'objet du conflit s'est centré sur l'alimentation. Madame A. exige de sa fille qu'elle s'alimente. Elle est prête à tous les sacrifices pour cela. Annabelle refuse, cela la dégoûte. Toute l'angoisse maternelle se centre sur l'objet oral. Si Annabelle ne mange pas, elle ne pourra pas guérir. Madame A. insiste, sa fille finit par lui dire de rester chez elle, de ne pas venir la voir à l'hôpital. C'est précisément cela qui déclenche chez Madame A. une grande colère. Elle décide de laisser tomber sa fille. La rupture semble consommée, Monsieur B. ne réagit pas, il laisse faire les choses. Madame A. traverse une crise importante, elle me dira plus tard qu'elle a voulu mettre un terme à sa vie dans cette période et qu'il a fallu l'aide de sa famille pour éviter ce passage à l'acte.

Nous revenons avec Monsieur B. sur la maladie d'Annabelle. Le père me dit qu'Annabelle n'est en aucun cas soucieuse de sa maladie, elle s'inquiète surtout de sa scolarité qu'elle ne pourra pas suivre normalement. Monsieur B. réinvestit son travail progressivement. Je lui propose de nous revoir bientôt pour faire avec lui le point de la situation. Il accepte ma proposition.

Quelques jours ont passé et Annabelle n'est pas toujours restée à l'hôpital. Elle rentre de temps en temps chez elle, elle passe du temps chez son père qui déploie tous ses efforts pour que sa fille passe un moment agréable. Il dit oui à tout.

Je continue à me rendre au chevet d'Annabelle, qui depuis quelques temps ne me parle

plus. Elle répond par oui ou par non aux questions que je lui pose. La source de mes questions va progressivement se tarir et laisser place à un silence qui est accepté par Annabelle.

Je finis finalement par consentir à aller voir une collègue pédopsychiatre, travaillant dans un service voisin pour lui demander son avis. Elle me répond que pour l'instant, elle est "surbookée" et qu'elle préfère attendre, mais que nous pouvons en reparler plus tard. Annabelle de son côté parle beaucoup aux infirmières et aux aides-soignantes. Cependant on interprète ses conduites comme un caprice, ce qui amène Annabelle à avoir une réponse similaire à celle qu'elle fait à sa mère. C'est à dire, "faire la tête" à tout le monde.

Je retourne auprès d'Annabelle et je m'efforce de réduire mon intervention à ma présence et à quelques paroles du style : "Bonjour, comment vas-tu ce matin, est-ce que tu as mal ? Je reste un petit moment avec toi si tu veux... Au-revoir, je reviendrai te voir demain". Mes interventions vont se réduire à ne lui demander presque rien. J'essaie de considérer sa position subjective non pas comme un caprice mais plutôt comme une demande de rien.

Quelques semaines ont passé avant de retrouver Madame A., quelques rendez-vous ont été ratés. Après l'épisode de l'été très conflictuel, les choses sont de nouveau rentrées dans l'ordre. En effet Madame A. a de nouveau instauré le cadre de la garde alternée, avec le consentement de sa fille qui a finalement reconsidéré sa position. Annabelle réinvestit sa mère, elle fait un retour vers elle en lui disant que son père ne lui dit jamais rien et que cela l'ennuie. Elle préfère finalement être réprimandée par sa mère, parce qu'ainsi elle existe. Autrement, dans la relation avec son père, elle avait l'impression qu'elle allait mourir très bientôt et cette idée lui devenait insupportable.

XI/3. ANALYSE CLINIQUE

Voilà la situation actuelle d'une adolescente malade, pour laquelle tente de se constituer le fantasme œdipien. Tout au long de nos entretiens, je constate un mouvement de cette jeune fille vers son père en excluant sa mère. Elle prend la place maternelle mais elle trouve une autre rivale qui est la 2^{ème} compagne du père. Ce mouvement va s'interrompre également avec la découverte chez le père d'un rien "*Il ne me dit rien*", ce qui l'inquiète beaucoup et qui lui fait penser à la mort. Elle pensait qu'elle allait mourir bientôt.

Elle renonce finalement et revient au point de départ, avec une certaine amertume.

Annabelle semble pour l'instant aux prises avec le fantasme maternel tournant autour de la nourriture "*il faut qu'elle mange sinon elle va mourir*". Elle a peut-être essayé de s'en défaire en se tournant vers le père et sa compagne.

Freud, dans son texte de 1911 sur la sexualité féminine, nous indique que l'accrochage à l'objet maternel est préœdipien, son abandon permet le passage à l'Oedipe. Freud s'interroge sur le mécanisme de ce passage et sur les facteurs agissants. Le motif principal, nous dit Freud, est l'influence du complexe de castration sur l'être sans pénis.

Les facteurs d'influence sont multiples. Freud en cite surtout un, la jalousie infantile. C'est un sentiment visant à avoir un amour sans mesure, ayant la caractéristique d'être sans but. Il se termine généralement par une déception et fait place à une attitude hostile. Trois issues s'offrent alors à la jeune fille :

- la cessation de toute vie sexuelle,
- les débuts de la féminité,
- l'insistance insolente de sa masculinité.

Lacan reprendra le terme de castration pour en faire une opération symbolique constitutive d'une structure subjective⁵²³.

Annabelle serait-elle sur une position précédant l'entrée dans le complexe d'Œdipe ? Son père ne peut pas pour l'instant la protéger contre la pulsion de mort. Il se réduit à une simple présence et ne peut pas soutenir le dialogue avec sa fille. Annabelle préfère retourner aux côtés de sa mère où elle reste sans défense.

XI/4. COMMENT S'ARTICULE LE TRAUMA CHEZ ANNABELLE ?

Le trauma chez cette jeune fille est, aux premiers abords, difficile à situer. Nous trouvons une jeune fille peu angoissée, en conflit ouvert avec sa mère, qui exprime une douleur à voir se

⁵²³ Lacan J.,(1958) "La signification du phallus" in Les Ecrits, Seuil, 685-695, 1966

séparer et se déchirer ses parents. Elle y répond dans un premier temps par un trouble alimentaire. Elle va consulter pour cela.

Rappelons également un moment important dans la vie de famille, c'est le départ inopiné et sans parole de la mère. C'est probablement autour du départ de la mère sans parole du domicile que réside l'évènement traumatique. C'est un véritable "troumatisme" pour reprendre l'expression lacanienne, pour Annabelle qui y répond par une forme d'anorexie. Il y a chez Annabelle une forme d'impossible à élucider le vide laissé par le départ de la mère. La vérité du couple parental s'est dévoilée pour Annabelle et révèle sa position d'objet dans le fantasme maternel. La première rencontre avec la mère me l'indique, elle parle à la place de sa fille... De plus nous trouvons dans les conduites d'Annabelle un jeu enfantin avec Diddle, où elle cherche à faire tenir ensemble une famille imaginaire.

La maladie viendrait de son côté border le trou qui s'est ouvert pour cette adolescente aux prises avec les dépressions de la mère (suivie pour une psychose maniaco-dépressive), et le père suicidaire. Aucun "sinthome" au sens où l'entend Lacan quand il parle de l'œuvre joycienne. Il n'y a pas de création à priori qui vient border le réel en jeu chez cette adolescente.

XII/1. RESUME

Coralie est une adolescente de 15 ans qui est vue la première fois aux urgences chirurgicales du CHU pour des douleurs abdominales. Il est décidé, alors, une hospitalisation dans le service de Chirurgie Pédiatrique. Les examens médicaux mettent en évidence un ostéochondrose vertébral. À côté de ces douleurs vertébrales il existe un phénomène très étonnant nommé météorisme abdominal. C'est un ballonnement anormal dont on ignore la cause et c'est la raison pour laquelle l'équipe soignante fait appel à un psychologue.

Coralie va être accueillie dans le cadre des consultations externes et pourra nous livrer certains récits traumatiques en lien à son père décédé dans un accident d'hélicoptère et à son grand père mort devant ses yeux. Ces événements ont pu produire chez cette jeune fille un trauma psychique. Le souci porté à son discours sur les différents événements de sa vie atténuera ses somatisations et facilitera les soins chirurgicaux.

XII/2. RECIT DU CAS

Quelques éléments biographiques de Coralie

Coralie est la fille unique d'une famille déchirée par la maladie mentale de la mère et le décès accidentel du père. Madame X., la mère de Coralie, est très dépressive depuis la naissance de Coralie. Elle ne peut assurer la charge de sa fille. Elle est régulièrement hospitalisée et vit très mal le divorce. Coralie a perdu le contact avec elle depuis l'âge de quatre ans. Pour l'anniversaire de ses quatre ans, Madame X. aurait prit le couteau de cuisine et aurait voulu tuer sa fille. Cette crise aurait déclenché une mesure en placement d'urgence. Coralie est alors prise en charge par son père et ses grands parents paternels. Le père de Coralie, médecin urgentiste, décèdera quelques années plus tard dans un accident d'hélicoptère lors d'une opération de secours.

Les grands-parents vont subvenir aux besoins de Coralie pendant plusieurs années. Le grand-père est un homme autoritaire qui a beaucoup d'exigence pour sa petite fille. Il a également beaucoup d'ambition, il aimerait qu'elle devienne médecin. Suite à une contrariété avec C. Il

décède d'une crise cardiaque. Le décès du grand-père entraînera une décision d'un placement en foyer pour Coralie.

Rencontres avec Coralie

J'ai rencontré Coralie la première fois dans le service de Chirurgie Pédiatrique, elle souffrait de douleurs au dos et surtout d'une bizarrerie : un gonflement inexplicable du ventre.

Elle évoque la raison de son hospitalisation, un mal de dos qui serait produit par un défaut de courbure de la colonne vertébrale, elle souffre également de son ventre qui devient étrange. Elle reprend en détail ce qu'on lui a dit.

"J'ai un problème de cyphose et de scoliose et il est question de me mettre un corset et mon ventre se met à grossir sans que personne sache pourquoi, c'est apparu pendant le cours de SVT (sciences et vie de la terre). Le professeur faisait un cours sur l'hérédité, et parlait des gènes, je me suis sentie mal et mon ventre s'est mis à grossir. Je suis allée à l'infirmierie avec une copine."

Elle me parle de ce qui s'est passé pour elle, il y a quelques mois. Elle habitait, alors, une autre ville que celle où elle vit aujourd'hui. Elle était très mal à l'aise. Elle avait la certitude que tout le monde parlait dans son dos, que tout le monde la reconnaissait dans la rue et savait que son père avait été tué dans un accident d'hélicoptère. Son père a été la victime d'un complot universitaire.

Je fais part à l'équipe soignante du récit de cette jeune fille. Je propose également de recevoir les grands-parents quelques jours plus tard pour m'assurer du bien-fondé des dires de Coralie.

Rencontre avec les grands parents

Les grands-parents de Coralie que je reçois quelques jours plus tard sont des personnes très investies auprès de leur petite fille. Ils s'inquiètent pour elle, ils disent qu'elle a tendance à s'inventer des histoires et à mentir. Elle a une personnalité parfois un peu étrange mais elle est très intelligente. Ils me parleront également de l'accident d'hélicoptère de leur fils et de l'enquête en cours pour reconnaître la responsabilité de l'hôpital.

La grand-mère me dit à plusieurs reprises : *"Vous savez, nous avons vécu un grave malheur."*

La mère de Coralie est soignée dans un hôpital, elle est très dépressive me diront-ils. Ils ont rompu les liens depuis son placement en hôpital psychiatrique il y a 10 ans.

Je demande aux grands-parents si Coralie a pu bénéficier pour elle-même d'un suivi psychologique ou psychiatrique dans le passé. Ils me disent qu'ils n'en voyaient pas la nécessité et que Coralie est très opposée au monde psy, surtout la psychiatrie, mais ils ne voient pas d'inconvénient à ce qu'elle rencontre un "psy".

Je leur propose de la recevoir dès que l'hospitalisation sera terminée, pour donner une suite à ces premiers entretiens.

La sortie de Coralie est prévue quelques jours plus tard avec une proposition de soins kinésithérapeutes. Coralie a noué pendant l'hospitalisation une relation très positive avec la kinésithérapeute qui a remarqué que les massages permettaient le dégonflement du ventre.

Je ne reverrai pas Coralie pendant plusieurs mois et malgré cette rééducation qui lui faisait beaucoup de bien elle se retrouve de nouveau hospitalisée pour ces gonflements inexplicables. Elle ressortira quelques jours plus tard en ayant vu l'équipe de pédopsychiatrie. Il est convenu avec le pédopsychiatre que je n'intervienne pas tout de suite et qu'il me ferait appel plus tard. Ce qu'il ne fera pas. Après sa sortie de l'hôpital elle demande à me rencontrer, accompagnée de son éducatrice référente elle prend rendez-vous.

Plusieurs séances avec Coralie

Elle évoque dans une première séance l'image de sa mère. Elle vit au foyer depuis quelques mois et vient de recevoir une lettre de sa mère qui lui souhaite son anniversaire. À l'intérieur de cette lettre il y a un billet de 50 € et une photo de sa mère. À ce sujet elle fait un commentaire : *"C'est moi, un peu plus grosse, ma mère a des cheveux plus longs."*

Elle me raconte ce qui s'est passé pour son anniversaire le jour de ses quatre ans. Sa mère aurait été prise d'un moment de folie et aurait voulu la tuer avec un couteau de cuisine. Elle me dit cela sans véritable émotion. Elle se remet également à penser aux filles de la ville où elle habitait avant. Elles n'arrêtaient pas de l'insulter. Elles l'auraient traitée de grosse, de moche. Tous ces

souvenirs lui reviennent en ce moment surtout la nuit. Elle me dira ceci : *"Quand je pense aux filles d'A..., c'est comme un flash."*

Je lui demanderai si la nuit il y a d'autres choses qui l'empêchent de dormir ? Elle me répondra que ce sont des voix graves qu'elle entend mais elle ne veut pas m'en dire plus, elle a peur que je la prenne pour une folle comme sa mère. C'est ce qu'elle me fera savoir en me disant à plusieurs reprises qu'elle n'est pas folle comme sa mère. Je lui répondrai sur ce point en lui disant qu'elle n'est pas folle effectivement comme sa mère.

Je la recevrai quelques semaines plus tard, elle me parle alors d'un projet. Elle veut devenir chanteuse. Elle veut s'inscrire à un casting sur Paris pour qu'on reconnaisse son talent. Ainsi elle pourra se libérer de son foyer.

Elle veut aussi écrire au juge des tutelles pour demander à sortir de son foyer et aller sur Paris vivre dans une famille d'accueil. Personne n'adhère à ce projet de famille d'accueil, l'équipe du foyer temporise et cherche plutôt à comprendre pourquoi C. ne travaille pas à l'école. Le "devenir chanteuse" est quelque chose qu'elle garde en secret.

La nuit elle ne dort toujours pas, encombrée par les insultes des jeunes qui lui reviennent sans cesse en tête : *"la moche", "la grosse", "la conne"*

Elle se rappelle également que c'était la même chose dans le lycée où elle était avant. En plus il y avait plein de gens qui en voulaient à sa famille et particulièrement à son père qui aurait été assassiné. Voici comment elle me présente aujourd'hui le complot contre son père.

"Le directeur était quelqu'un qui voulait du mal à mon père. L'hélicoptère n'était pas conçu pour naviguer dans le brouillard et pourtant on a demandé à mon père d'intervenir. Mon père était médecin urgentiste, il avait écrit une thèse sur l'électricité et détenait des informations secrètes qui dérangentait tout le monde. C'est pour cela qu'on l'aurait poussé à faire cette mission d'urgence avec un hélicoptère défectueux."

Quand je lui demande de préciser elle me répond approximativement en faisant une relation avec la thèse de son père qui traitait de l'électrocution. Son père proposait un traitement d'urgence des victimes de la foudre. Ce qui renforce sa certitude c'est le mauvais équipement de l'appareil. Il y avait un épais brouillard et l'appareil n'était pas équipé pour naviguer par un temps

pareil. Son père aurait survécu quelques heures et aurait perdu dans l'accident un bras et une jambe. Il aurait demandé à ce que l'on abrège ses souffrances.

Le récit se termine sur son père et se poursuit sur sa mère qu'elle connaît très peu, elle sait seulement qu'elle a voulu la tuer le jour de ses quatre ans avec un couteau.

Une semaine plus tard elle revient me voir, elle présente un mal de dos qui résiste aux thérapeutiques médicales.

Le foyer est pour elle un endroit peu fréquentable. Les adolescentes qui y séjournent lui ont volé son portable. Elle poursuit sur Internet ses recherches en secret pour trouver un producteur qui pourrait l'aider à devenir chanteuse. Elle s'imagine se produire dans une maison de disque parisienne. Elle sait qu'elle a un talent, elle a d'ailleurs pratiqué le chant au conservatoire pendant cinq ans. Son niveau de chant était trop supérieur aux autres élèves, c'est pour cela qu'elle a décidé d'arrêter et de pratiquer le chant sous la douche. *"Dans la famille, dit-elle, nous sommes musiciens (mon grand-père, ma tante et mon père)"*.

À côté de cet intérêt pour le chant elle me confie qu'elle aime quelqu'un dans sa classe, un garçon qui ne semble nullement s'intéresser à elle. Depuis le début de l'année scolaire ce garçon semble passer à côté d'elle sans jamais la voir. Coralie se sent toujours très fatiguée, elle alterne des moments où elle ne dort plus et des moments où, dit-elle, elle dort "comme une souche".

Au lycée elle est de plus en plus marginalisée, certains garçons qu'elle croise la traitent de "grosse", "conne", "moche". Elle me dit qu'elle aurait *"envie de leur crever les yeux"*. Au foyer les moqueries sont de plus en plus insupportables, elles portent sur la façon de s'habiller de Coralie. En plus de cela elle se sent très dévalorisée. Aujourd'hui le proviseur du lycée l'a prise pour un garçon. Les lycéens l'appellent le rugbyman.

Elle me dit également avoir de plus en plus de voix dont le contenu est le suivant : *"tire-toi de là", "pousse-toi grosse vache"*.

Je lui recommande alors d'aller voir un médecin psychiatre pour qu'il lui donne un médicament, qui l'aiderait à atténuer ces voix qui la parasitent. Elle dit avoir confiance dans un médecin généraliste qui la soigne habituellement. C'est ce qu'elle fera. Elle obtiendra de ce

médecin des antidépresseurs.

Quand je la revois quelques jours plus tard, elle est très fatiguée, elle dort tout le temps. Elle ne se sent pas bien dans cet état. Elle me dira qu'au foyer c'est "bof". Elle demande toujours, sans être entendue à être placée dans une famille d'accueil. Au lycée, le proviseur devrait intervenir pour faire cesser les insultes adressées à Coralie.

Elle va évoquer, pendant cette séance, le décès de son grand-père pour la première fois :

"Le jour où mon grand-père est décédé j'étais dans ma chambre. Il est venu me voir et m'a demandé de travailler mes maths. Je lui ai dit non et que j'avais assez travaillé aujourd'hui. Il s'est mis alors dans une grande colère, il a voulu me frapper. Il est sorti de la chambre et s'est mis à hurler. Il est monté à l'étage puis est redescendu en appelant ma grand-mère, il lui disait qu'il ne se sentait pas bien. Ma grand-mère est arrivée et il s'est effondré devant elle, et je l'ai vu aussi, la porte de ma chambre était ouverte. Ma tante est arrivée et a voulu lui faire un massage cardiaque, elle ne savait pas faire et j'ai à mon tour fait le massage cardiaque. Ma tante a appelé les pompiers qui sont arrivés assez rapidement. Il y avait des cris dans la maison. Le docteur des pompiers a pris les choses en main mais n'a pas pu réanimer mon grand-père. Ma tante et ma grand mère m'ont traitée de meurtrière, que je n'avais pas fait ce qu'il fallait. Le médecin des pompiers m'a défendue. Je me rappelle ce que disait ma tante quand je faisais les massages : "si il crève je te tuerai aussi". J'avais le médecin des pompiers avec moi et il y avait des voix dans tous les sens."

Elle termine la séance en me disant "*c'est peut-être pour cela que j'entends ces voix*".

Après l'évocation de cette scène les choses dans une autre séance vont se tourner sur les rêveries de Coralie. Elle s'imagine avoir des enfants dans une belle maison avec un mari. Elle écrit beaucoup en ce moment, elle se refuse à m'amener ses écrits. Ils relatent le quotidien de sa vie. Elle se dit toujours peu motivée pour aller à l'école. Le garçon au fond de la classe a toujours ses faveurs, mais elle n'arrive pas à lui parler. C'est quelqu'un de timide mais ce qu'elle ne comprend pas c'est qu'il fixe les yeux sur elle pendant tous les cours.

Quelques semaines plus tard, je retrouve Coralie avec une autre personnalité. Elle est devenue une véritable délinquante. Elle a été prise d'une crise de colère au lycée et elle a tout cassé

à l'infirmier. Elle est prête à se défendre avec les poings s'il le faut. Elle me dit également qu'elle a fait 8 tentatives de suicide, en me citant toutes les villes où elle a fait cela.

Je suis étonné de ce changement de personnalité mais je ne m'en inquiète pas, elle me dit qu'elle doit passer au Centre d'Information et d'Orientation(CIO), un bilan de compétence pour juger de ses aptitudes. Je l'encourage à le faire.

Elle revient me voir quelque temps après, elle a effectué un test au centre d'information et d'orientation. Les résultats sont très bons, elle a un quotient intellectuel (QI) de 130. Les éducateurs m'ont tiré les oreilles ils m'ont dit que je pouvais réussir si je voulais. Le problème c'est que je n'arrive pas à me concentrer.

C. est très heureuse de démontrer à tout le monde qu'elle n'est pas une idiote. Elle a décidé de participer à Graine de star, pour qu'on découvre son talent de chanteuse.

Elle s'adonne beaucoup à l'écriture en ce moment. Elle écrit ses pensées du jour, ses rêves, ses cauchemars, ce que lui disent les filles du foyer, les élèves du lycée, les professeurs. Elle écrit sur ce qui lui pose problème, notamment le regard des lycéens et des filles du foyer et les malveillances dont elle est l'objet. A ce sujet, elle a remarqué quelque chose : *"Tous mes problèmes viennent de L. (ville où Coralie vit) ou d'A. (ville de provenance). Quand je vais prendre l'air ailleurs, tous mes problèmes disparaissent"*.

A A, lieu où elle a passé ses vacances, elle se sentait très bien. Elle a fait du cheval toute la semaine, elle avait le plus gros, le plus grand. C'est logique, dans un autre endroit que L. elle se sent mieux, cela veut donc dire que la cause de ses problèmes se situe dans la ville où elle habite. Le retour de vacances à L. a été difficile, elle s'est de nouveau sentie mal. Elle se sent très fatiguée. Les voix sont revenues et elles lui disent quatre choses essentielles :

- "t'es qu'une traînée, une sale pute, tu vas faire les trottoirs"
- "t'es qu'une sale meurtrière"
- "je vais te tuer, je vais te tuer"
- "t'es moche, t'es conne"

A côté de cela, elle rêve à un producteur qui lui donnerait sa chance... mais cela se termine mal, puisque le grand-père réapparaît pour tabasser le producteur.

Depuis que les tests de QI lui ont révélé son intelligence, elle est face à un choix : soit le redoublement, soit le brevet d'enseignement Professionnel. Ses éducateurs lui disent qu'il serait mieux pour elle qu'elle redouble. Ils lui disent également qu'elle a beaucoup mûri.

Elle me dira pour terminer ce dont elle a pris conscience ces derniers temps. Propos qui ressemble à ce qu'on peut lui dire, à un propos emprunté.

"Je me rends compte que j'étais une enfant, cette année dans ma façon d'agir. Du décès de mon père à il y a deux ans, je n'arrivais pas à me défendre. Je n'étais pas trop acceptée par les autres, ça me faisait une barrière... et je ne pouvais plus aller vers les autres. Je m'entends bien avec les gens comme moi qui vivent la misère 24 heures sur 24 (les gens de la rue, les gens des cités)".

XII/3. ANALYSE CLINIQUE

Coralie est une adolescente présentant un trouble étrange, météorisme abdominal. Un phénomène curieux qui n'a aucune cause organique. Les différents examens médicaux subis le démontrent. Cette forme de somatisation s'est produite la première fois pendant le cours de Science et Vie de la Terre ayant attiré à l'hérédité. C'est bien cette question de la filiation, ce lien de parenté entre Coralie et ses parents qui semble faire problème pour elle quand elle vient me voir et qu'elle commence à raconter son histoire à travers l'image de son père médecin décédé dans un accident d'avion et l'image de sa mère hospitalisée en psychiatrie et qui aurait menacé de la tuer.

Les grands-parents essayent de supplanter les parents absents de Coralie. Malheureusement l'éducation proposée est trop rigide, les grands-parents, surmenés par la vie de l'adolescente et sur laquelle ils avaient projeté l'espoir que Coralie ressemble à leur fils, n'arrivent pas à faire passer leur éducation. Coralie est constamment en opposition et se met en échec scolaire. C'est une situation conflictuelle importante. Le grand-père décède après une altercation avec sa petite fille et Coralie est placée en famille d'accueil. C'est dans cet accueil éducatif qu'elle demande à ses

éducateurs à revenir me voir.

Coralie me dit qu'elle entend des voix et qu'elles l'insultent régulièrement, un peu comme les garçons et les filles qui la croisent dans la rue et qui la traitent de tous les noms. C'est un conflit qui est à la fois extériorisé sur les garçons ou les filles de son âge mais aussi intériorisé dans ce qu'elle nomme entendre des voix. De plus Coralie a acquis la certitude que son père a été la victime d'un complot. Il a été assassiné, parce qu'il avait découvert des choses qui dérangeaient tout le monde.

Nous avons là une tentative délirante à traiter la disparition de son père. Le statut de ces voix est à interroger : sommes-nous face à des hallucinations psychotiques ou autre chose ? Il existe un évènement qui est apparu important dans l'analyse de ce cas. C'est la mort du grand-père, drame auquel assiste Coralie, dans lequel la prééminence des voix semble avoir eu un effet troublant pour Coralie. Le grand-père vient à mourir après une altercation avec Coralie. Les pompiers sont intervenus dans une grande cacophonie, la tante et la grand-mère accusent Coralie d'être une meurtrière.

L'impact de cette scène se traduira probablement sous une forme hallucinatoire. Nous essaierons d'articuler la problématique du "trauma" autour de cela. Pour revenir à la construction du cas, nous voyons la mise à distance de l'angoisse, Coralie exprime peu d'affect. Il y a une discordance manifeste entre le récit qu'elle peut faire de sa vie et ses affects. Elle est toujours détachée par rapport aux évènements de sa vie. Elle raconte la scène de son grand-père, sans émotion...

Entre son comportement plutôt difficile pour tout le monde et son attitude quand elle vient me voir il y a un côté dysharmonique. C'est une jeune fille polie, souriante, qui aime raconter ses différents malheurs. L'objet en jeu chez cette adolescente tourne autour de la voix, elle entend des voix, elle veut devenir chanteuse d'opéra et veut partir à Paris pour faire reconnaître son talent.

XII/4. COMMENT S'ARTICULE LE TRAUMA CHEZ CORALIE ?

L'expression des troubles de Coralie nommés par les médecins "météorisme abdominal" est à rattacher à son histoire traumatique. Quand l'hérédité est évoquée dans son cours de SVT, c'est un non sens pour elle. Elle réveille son histoire tragique et manifeste des somatisations

incompréhensibles. C'est ce que Freud appelle "l'action posthume du trauma".

En effet, dans cette histoire un élément du champ de la réalité (le cours de SVT) vient réactiver une source traumatique. L'histoire infantile de Coralie se combine avec le cours de SVT. De plus il y a une articulation entre le décès du grand-père et la mort du père. La question du meurtre est présente dans les deux situations pour Coralie. Coralie suppose d'un côté que son père à été assassiné, de l'autre côté on reproche à Coralie d'avoir tué son grand-père en position de substitut paternel. Il y a donc la combinaison et l'association, le télescopage de deux scènes. Les voix de la seconde scène resurgissent sous forme hallucinatoire mais probablement en lien à la fonction du trauma.

La scène tragique chez les grands-parents est un évènement supplémentaire qui fait également trauma. C'est une scène dans laquelle les voix sont omniprésentes. Les voix qui s'imposent à elle ne sont pas sans évoquer la scène autour de la mort du grand-père. Nous avons donc au-delà des somatisations, un phénomène hallucinatoire en relation à un traumatisme plus actuel. Lacan nous l'indique quand il dit que le trauma est un moment propulsif qui fait jaillir d'autres évènements traumatisants.

Pour reprendre une expression freudienne, Coralie illustre ce qu'est l'action posthume du trauma. En effet, c'est seulement dans un second temps à l'âge de 14 ans que se déclenche son symptôme autour du ventre qui grossit. Il n'y a pas d'immédiateté, mais il existe une temporalité entre les évènements marquants de sa vie d'enfant et l'évènement "cours sur l'hérédité". Cependant, il n'existe pas d'élément sexuel explicite mais plutôt une référence à la pulsion meurtrière (menace d'assassinat de sa mère vers sa fille, assassinat supposé du père, reproches fait à Coralie d'avoir tué son grand-père). La sexualité s'exprime chez Coralie au moment où elle interroge le regard énigmatique d'un garçon.

De plus, le langage de l'autre dans sa version éducative produit un impact dans la vie psychique de Coralie qui va se traduire dans un symptôme.

XIII/1. RESUME

Sandra est une adolescente contaminée depuis la naissance par le VIH, par le lait maternel. Sandra me présente sa douleur immense de ne pas pouvoir être comme tout le monde. Le refus de son état l'amène à prendre des risques et à imaginer que la contamination des garçons par les filles est peu probable. La rencontre avec le psychologue a permis d'opérer une rectification nécessaire de ce point de vue irréaliste.

Cette révision subjective lui fait traverser une dépression salutaire où elle reconsidère sa séropositivité. La solitude dans laquelle se trouvait Sandra, lui avait fait inventer une autre vie où la réalité du sida avait disparu.

XIII/2. RECIT DU CAS

Je reçois depuis 1 an dans le cadre de la consultation de psychologue en pédiatrie une jeune femme que j'ai nommée Sandra. Elle est âgée de 20 ans. Elle est atteinte par le virus HIV. Sandra a été contaminée par le lait maternel. La mère, affaiblie par une hémorragie périnatale, a subi une transfusion sanguine qui l'a infectée. Elle a allaité sa fille en ignorant qu'elle était contaminée. Elle est morte du SIDA quelques années après.

Sandra vient me voir sur l'indication de son médecin pédiatre qui la trouve dans une grande détresse.

Je la reçois averti par la lettre du pédiatre sans rien connaître autre chose d'elle. Je vous propose de la présenter au fur et à mesure de nos rencontres. Les notes que j'ai prises ont été succinctes. Sandra me réclamait une entière disponibilité. La prise de notes pendant la séance m'était difficile. J'ai essayé de suivre son propos au plus près.

Je la vois un soir d'hiver à l'hôpital. C'est une jeune femme jolie et souriante, son regard est fixé au mien. Elle est crispée et un peu anxieuse. Elle me dit qu'elle a mis longtemps avant de se

décider. Son père est décédé au mois de septembre du cancer. Elle évoque la mémoire de son père avec beaucoup de tendresse. Elle se met à pleurer intensément.

Depuis sa mort, elle veut garder les traces matérielles de sa vie (la voiture, les habits, etc.)

Elle me dit qu'elle ne sait pas quoi faire par moment. Elle ne sait pas prendre de décisions. Tout le monde lui conseille de le faire. Elle se réfugie chez sa grand-mère paternelle à laquelle elle est très attachée. Elle me dit également qu'elle a perdu sa mère en 1990. Elle est décédée du sida suite à une transfusion sanguine.

Elle me parle de sa vie actuelle chez les parents de son copain, que je nommerai Sylvain. Depuis le décès de son père, elle vit dans la famille de Sylvain, qu'elle connaît depuis environ 6 mois. C'est pour elle une deuxième famille où elle est très bien acceptée. Dans cette première séance Sandra a surmonté sa tristesse qu'elle m'a adressée au début et elle a accepté de revenir me voir après les vacances de Noël.

Je la reçois à l'heure convenue après Noël, j'apprends à ma grande surprise qu'elle vient de dévoiler la vérité à Sylvain et à sa famille. Elle leur a dit qu'elle était atteinte du "SIDA" et qu'elle se faisait soigner pour cela. J'ignorais qu'elle ne l'avait pas fait. Ceci a déclenché une crise énorme, Sandra se retrouve éjectée de cette famille. Elle est mise à la porte sur le champ. Son copain lui reproche son égoïsme et de lui avoir caché la vérité. Il lui a dit qu'elle voulait le contaminer pour le garder auprès d'elle. Sandra s'est retrouvée pendant quelques temps chez sa grand-mère, retournée par cette crise de famille.

Je lui demande ce qu'elle pense de tout cela maintenant ? Elle me dira qu'elle a pris conscience des risques qu'elle faisait courir à son ami, mais on lui avait dit aussi que la transmission du virus était beaucoup moins fréquente d'une femme vers un homme que d'un homme vers une femme.

Elle m'apprend qu'elle vit aujourd'hui dans un appartement seule avec la peur d'être abandonnée par son copain. Les parents de Sylvain ont été très choqués et ils ne veulent plus la revoir. Elle me dit qu'elle ne voulait pas dire son secret parce qu'elle ne voulait pas être considérée comme une pestiférée. La séance se termine et je lui donne rendez-vous la semaine suivante.

La semaine suivante, elle vient à l'heure convenue. Elle me parle de Sylvain qui continue à la fréquenter. Il ne l'a pas laissée tomber. Elle lui a dit qu'elle me consultait, il lui aurait répondu que ça ne sert à rien. Elle trouve que leur relation est en train de se modifier. Sylvain a de moins en moins de gestes d'attention. Il est plus souvent absent, il lui parle peu.

Elle se met à pleurer et me parle aussitôt de son père qui ne lui a jamais dit, comme Sylvain, qu'il l'aimait. Je lui dis à ce moment-là que son père lui démontrait peut-être autrement son amour. C'est un homme en effet qui a pris en charge sa fille seul après la mort de son épouse et qui a été un homme qui semble avoir beaucoup compté pour Sandra. C'était le seul lien familial qui lui restait. Sandra, elle, est la fille unique d'un couple meurtri par le sida. Au fil de la conversation elle met en relation Sylvain et son père. Sylvain a un peu remplacé son père après sa mort me dit-elle. C'est lui qui l'a aidée à remonter la pente.

La séance suivante, elle me parle de Sylvain avec qui la relation s'est améliorée et de sa tristesse quand elle va au cimetière. Elle se rappelle avoir vu le cercueil de sa mère quand on a enterré son père. C'est la seule trace matérielle qu'elle a de sa mère.

Je ne la verrai plus en séance pendant plusieurs mois. Sylvain à qui elle tient par dessus tout, est resté avec elle contre l'avis de ses parents, il vient la voir en secret.

Je n'ai pas exigé d'elle de la revoir tout de suite. J'acceptais son choix de se passer du "psy" que j'étais pour elle, elle devenait réticente à venir à l'hôpital. Elle voulait affronter sa vie seule comme elle l'a toujours été. Elle commençait à se défendre contre les propositions de rendez-vous. Elle trouvait des excuses pour ne pas venir.

Elle avait continué par contre à venir aux consultations médicales et j'avais averti le médecin de l'interruption du traitement de son fait. Je lui dis que je voulais la revoir dès qu'il la trouverait déprimée. C'est ce qu'il fit. Je repris contact avec elle. Elle me répondit en deux mots *"Pourquoi pas"*.

Huit mois plus tard elle revient donc s'installer en face de moi pour continuer à me parler d'elle. C'est face à une impasse dans laquelle elle se trouve qu'elle s'est décidée à revenir. Sylvain a beaucoup changé depuis l'exclusion de Sandra de sa famille. Elle se met à pleurer et dit avoir des idées suicidaires qui lui viennent parfois. Elle me raconte une scène de ménage : un soir qu'ils

avaient décidé de passer du temps ensemble, un conflit a éclaté. Sylvain reproche à Sandra de ne pas accepter ses conditions : *"vivre cachés du regard"*.

Sandra voudrait davantage s'afficher avec Sylvain et dire la vérité sur leur liaison. Sylvain s'y oppose, les insultes fusent et chacun décide de faire son chemin. C'est une séparation violente qui va mettre Sandra dans un état de déprime et de désarroi. C'est peu après que je la reçois. Elle a cru perdre son copain sur lequel elle s'était appuyée après la mort de son père. Elle lui a fait peur et lui a dit qu'elle allait se suicider. Sylvain, quelques jours après, est revenu.

Elle pleure presque sans interruption pendant la séance. J'accueille cette tristesse. Je lui donne rendez-vous la semaine suivante. Elle me fait savoir qu'elle préfère venir le soir à 19 heures, quand il n'y a personne. Elle ne veut pas se retrouver dans la salle d'attente avec les enfants.

Dans la séance suivante Sandra me parle surtout de son père. Il lui a interdit après son Baccalauréat de faire des études de gestion. Il préférait qu'elle fasse histoire. Je saisis cette perche pour demander à Sandra de me parler de son père qui reste un homme très énigmatique, qui avait la caractéristique de ne rien dire, sauf pour parler des études que pourrait faire Sandra. C'était un homme introverti, selon Sandra, qui cachait ses sentiments. Il exerçait le métier de plâtrier peintre et il rentrait du travail tous les soirs à 19 heures. Sa fille l'attendait à la maison.

Elle lui reproche de ne jamais avoir rien dit sur sa maladie et à sa fille. Ils ont vécu tous les deux depuis la mort de sa mère comme un couple me dira Sandra, mais il ne lui disait rien. Elle aurait aimé entendre de lui qu'il était fier de sa fille, qu'il fallait être courageux. Cette parole lui manque encore aujourd'hui, elle ne sait pas ce qu'il pensait... A la fin de sa vie me dit-elle son cerveau était noyé... il est mort d'un cancer généralisé.

Un souvenir surgit après l'évocation de la maladie de son père. Elle se souvient qu'un jour, son père était déjà très malade, elle s'était risquée à lui demander ce qu'il avait. Il s'était mis en colère sans lui dire la vérité, il n'a jamais prononcé le mot cancer. Elle vivait à côté de lui et assistait à sa déchéance physique. Il s'affaiblissait de jour en jour et a fini par rester toujours au lit. La séance suivante je la programme à 19 heures. L'heure de la séance me semble très importante. Je vais lui indiquer à chaque rendez-vous l'heure que je prévois une semaine sur l'autre.

La séance suivante elle me fait le récit de plusieurs rêves. Voici l'énoncé de ces rêves.

"J'ai rêvé à des dinosaures qui voulaient me dévorer..." Ce premier rêve révèle une angoisse de dévoration.

Un autre rêve : *"J'accouche d'un enfant très grand."* Ce deuxième rêve l'amène à parler de son envie d'avoir un enfant. Elle me dit que si elle était enceinte, elle le garderait.

C'est après ce rêve qu'elle évoque la première fois la mémoire de sa mère. Elle dit qu'elle n'a pas eu de mère. Elle n'a de sa mère que ce qu'on lui a rapporté. Elle a quelques photos. Elle n'a rien vécu avec elle. Elle était secrétaire. Elle semble avoir peu de choses à dire, si ce n'est qu'elle lui a transmis le virus par le lait. Je suis étonné de cette transmission du virus par le lait. Elle me dira également qu'elle prend de plus en plus conscience de sa maladie. Quand elle se rend à la pharmacie pour aller chercher ses médicaments, on la regarde d'une certaine façon. Elle a su qu'elle avait le sida à 14 ans, mais elle a toujours cherché à l'ignorer.

Dans une autre séance elle me fait le récit de sa solitude et de Sylvain. Elle est très satisfaite de s'être réconciliée avec lui, même si elle vit avec lui dans la clandestinité. Elle se sent seule chez elle et dans ces moments elle se met à penser à son père. Elle a le souvenir de son père avec qui elle habitait et avec lequel elle a toujours ressenti en sa présence un vide. Elle éprouve le sentiment d'avoir perdu deux personnes par moment.

Elle repense aussi à la vie dans la famille de Sylvain et regrette ce temps où elle pouvait le voir tous les jours. Les parents de Sylvain finissent par avoir des doutes. Ils soupçonnent leur fils d'avoir renoué des liens avec Sandra, ce qui n'est pas pour déplaire à Sandra, qui se souvient encore la violence avec laquelle la mère de Sylvain avait réagi. Des insultes avaient fusé et Sandra avait été mise à la porte. Elle leur en veut encore d'avoir réagi de la sorte. Elle me parlera du détail de la scène qui l'a profondément bouleversée. Elle était dans le salon autour d'une table avec Sylvain, sa sœur et les parents. La fureur de la mère de Sylvain s'était déchaînée contre Sandra, quand elle a révélé sa séropositivité. Elle ne comprend toujours pas une telle colère. Je lui fais remarquer au passage que les parents de Sylvain ont dû avoir très peur. Elle comprend cela, mais ne comprend toujours pas la violence de sa belle-mère, qu'elle a peur aujourd'hui de rencontrer dans la rue et contre laquelle elle aimerait se venger, même si elle sait que la vengeance n'est pas bien. Elle

aimerait écrire à la famille de Sylvain pour leur expliquer tout cela mais n'en a pas le courage.

XIII/3. ANALYSE CLINIQUE

Sandra est une grande adolescente victime indirectement de l'affaire du sang contaminé qui a défrayé la chronique dans les années 1990. La mère de Sandra a dû subir une transfusion sanguine, et c'est ainsi qu'elle transmet le virus à son enfant. Elle ne survivra pas à cette double contamination.

Le père de Sandra va répondre présent, en amenant sa fille aux consultations médicales sans jamais rien dire à sa fille. Ce "non-dit" du père, qui finira par mourir d'un cancer et d'une dépression latente, marque toute l'enfance de Sandra, qui se rend aux visites médicales sans jamais savoir ce qu'elle a. C'est probablement un point important que nous reprendrons après pour parler du "trauma" chez Sandra. La dépression et la solitude, c'est la manière de se présenter chez Sandra qui a beaucoup attendu avant de consulter un psychologue.

Selon Lacan, le sujet recule à partir, non pas de son angoisse mais plutôt à partir de ce qui lui manque, sa part traumatique. La part traumatique, inscrite dans la vie du sujet, en attente d'élaboration ultérieure, Lacan la nomme d'une autre façon. Il appelle cela un "amour présent dans le réel". C'est certainement le relief de sa vie traumatique qu'elle ne veut pas considérer et qu'elle cherche à oublier, qu'elle met entre parenthèses pour s'avancer dans la vie comme si de rien n'était. Elle fréquente un garçon sans rien lui dire. Pourtant, les consultations et le traitement qu'elle doit prendre la ramènent constamment devant son état. Ce mécanisme de défense est aussi connu sous le nom de déni de la maladie que j'appellerai plutôt dénégation, dans le sens où chez Sandra existe une histoire qu'elle veut oublier. A chaque fois que Sandra vient à l'hôpital, le passé qu'elle fuit ressurgit. C'est le lieu du conflit. Elle trouve une solution malheureuse, en voulant se soustraire au traitement en ne se rendant pas aux consultations. Elle refuse la réalité de son état en disant qu'elle croyait que la transmission du virus par la femme est plus improbable. Elle s'autorise ainsi à prendre des risques dans sa vie avec un garçon.

La prise de conscience va se faire dès nos premières rencontres. Elle va dire la vérité à son copain et à sa belle famille. Elle va se faire éjecter de cette famille d'adoption et va se retrouver dans un grand désarroi. Elle va continuer à s'accrocher à ce garçon, qui est pour elle tout ce qui lui

reste. Elle mesure désormais les risques. Le désir pour cette jeune fille, même si par moment elle tend à renoncer, est impassible. Au sens où l'entend Lacan, quand il évoque l'impassibilité du désir. Le désir chez cette jeune fille est impassible, au sens où elle continue à se maintenir dans sa vie sans jamais s'effondrer totalement. Elle rend visite à sa grand-mère qu'elle aime beaucoup et qui est le seul lien familial existant. Elle poursuit ses études de gestion, elle passe ses examens, elle côtoie quelques copines avec lesquelles elle se confie. Cette constance du désir chez Sandra, lui permet peut-être d'assumer cette vie plutôt mal engagée où elle ne pourrait se reconnaître comme une victime. Ce n'est pas la position de Sandra.

L'angoisse chez Sandra va se retrouver à travers deux rêves :

"J'ai rêvé à des dinosaures qui voulaient me dévorer..." Ce premier rêve révèle une angoisse de dévoration.

Un autre rêve : *"J'accouche d'un enfant très grand"*.

Le rêve des dinosaures représente la mort qui la menace. C'est une angoisse de mort qui va se rattacher aux représentations des dinosaures. Elle peut être dévorée. Une fois cette première angoisse levée, un rêve autour de la naissance surgit. Plutôt du côté de la vie et du désir d'avoir un enfant. Nous rejoignons ici cette impassibilité du désir de Sandra, même si l'accouchement d'un enfant très grand nous apparaît très bizarre. De plus les associations inhérentes à ces rêves sont peu importantes et laissent supposer une forme de résistance. A la lumière de ce que peut dire Lacan sur la résistance, nous pouvons nous interroger sur nous-mêmes ou bien considérer qu'il y a chez cette jeune fille une difficulté structurelle à aller plus loin dans ses associations. Dans la poursuite de cette analyse nous pouvons faire référence à l'objet regard en tant qu'il semble très présent chez cette jeune fille dès les premières séances.

L'objet "regard" est un objet du désir que Lacan a théorisé à travers l'œuvre de Marguerite Duras. Ne voit-on pas poindre chez Sandra l'objet regard ? Sandra se tient en partie grâce au regard de ce garçon Sylvain qu'elle a beaucoup investi depuis la mort récente de son père. Quand Sylvain n'est plus là, c'est le monde imaginaire de Sandra qui s'écroule. Elle s'était mise avec Sylvain à l'abri des regards. Le regard des soignants (médecins, infirmières, psychologues, etc.) la ramène à son histoire insupportable. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle décide de s'éloigner du soin.

Quand elle fait le récit de son histoire, les pleurs finissent toujours par surgir. Ce moment émotionnel se transmet à l'interlocuteur que je suis pour elle, d'une façon saisissante. Je suis ému à entendre une histoire aussi tragique. C'est à mon avis cet affect de dépression qu'elle me donne à voir qui va faire rencontre avec Sandra. L'affect d'angoisse est présent quand elle rentre à l'hôpital pour ses consultations, angoisse à laquelle succède une forme de déprime. Le fait d'être atteinte par le VIH la met dans une impasse, pourtant Sandra continue à maintenir quelque chose de vivant. Elle reste en mouvement sans s'installer dans une dépression totale.

XIII/4. COMMENT S'ARTICULE LE TRAUMA CHEZ SANDRA ?

Le trauma chez Sandra s'articule autour de deux pôles, celui du champ de la réalité avec ses visites à l'hôpital et celui de son histoire. En effet, son histoire dans laquelle s'infiltré du "non sens", notamment les visites médicales pour suivre l'évolution de son VIH. Elle ne sait pas pourquoi elle consulte. Les visites qui se succèdent après la mort de son père réactivent son vécu traumatique insupportable pour lequel elle refuse d'y apporter ses significations. Lacan parle de "tuché" pour évoquer la notion de rencontre en tant qu'elle permet de sortir de la répétition.

Dans son refus d'en dire quelque chose, elle préfère dans un premier temps prendre la fuite. Elle reviendra secondairement, dans un état de déprime passagère pour cette fois-ci commencer à élaborer ce trauma.

Le trauma pour cette jeune fille s'inscrit dans un premier temps sous forme de "non-dit". Le rêve autour des dinosaures, transposition probable du virus, signe un retour du refoulé. L'angoisse flottante s'associe à ces signifiés, qu'elle avait refoulés. L'angoisse et le refoulement semblent, dans cette situation traumatique, repérables. Sandra a refoulé les éléments inhérents à sa contamination, l'angoisse reste flottante et se réactive avec les visites à l'hôpital. Ses conduites à risque avec ce garçon rejoignent probablement cette vérité "mi dite" sur sa santé. La prise de conscience est douloureuse pour Sandra qui s'accroche à ce qu'elle est en train de perdre (famille d'adoption, Sylvain...). Le rêve traumatique, si on peut dire, après avoir été énoncé, permet le surgissement d'un autre rêve plus en rapport avec la vie.

XIV/1. RESUME

Francine est une préadolescente de 13 ans traitée dans un service de chirurgie et d'oncologie pédiatrique pour une fracture et une tumeur osseuse maligne. Elle va déployer des signifiants singuliers autour d'un "stress" rencontré à l'école avec ses camarades. Elle trouve des significations qui ne suffisent pas à l'apaiser et qui la laissent dans une solitude implacable.

Elle m'adresse sa difficulté où est mis en jeu le regard malveillant de ses camarades. Ce regard, qui l'angoisse, sera mis en relation avec l'horreur d'un enfant mort dont le corps a été offert à la science. Le don des yeux est, pour Francine, particulièrement traumatique. Il est une représentation inconciliable avec le monde des fées qu'elle s'est construit. Après l'énonciation de cet indicible supposé savoir, F. s'ouvre sur la réalité humaine de ses parents qu'elle reconnaît comme mortels.

*"Des fois aussi, je pense que mes parents pourraient mourir... Ce serait très difficile...
Ils pourraient mourir dans un accident. Si ma mère mourrait, je ne tiendrais pas le coup."*

Elle dit par ailleurs avoir "stoppé son stress" avec la maladie qu'elle cherche à nommer en l'appelant "le truc noir". L'univers hospitalier et le vécu de cet événement à travers les soins sont traduits dans son livre qu'elle veut rendre public et qu'elle intitule "Le tour de Francine".

XIV/2. RECIT DU CAS

Je rends visite à une jeune fille âgée de 12 ans et demie, que j'ai nommée Francine. Elle est initialement hospitalisée en chirurgie pédiatrique et adressée au service d'hémo-oncologie par la suite où elle sera traitée médicalement pour une tumeur osseuse (sarcome d'Ewing).

Francine vit avec ses deux parents, ses deux frères et sa sœur. Le père est un homme qui s'absente fréquemment du domicile conjugal pour des raisons professionnelles. Elle regrette qu'il en soit ainsi et souhaiterait le voir plus souvent. Elle présente des aptitudes intellectuelles qui lui font être toujours la première de sa classe avec un an d'avance.

Ces dernières années, elle ressentait un stress, que nous pouvons identifier comme une angoisse. En effet, elle disait sentir un mal-être quand elle se rendait à l'école mais ne savait pas dire pourquoi. Cette angoisse est pour elle un état, qu'elle ne comprend pas. Elle me dit que l'école a toujours été pour elle une source de stress, une grosse pression qu'elle met en relation avec ses *"un an d'avance"* comme elle dit.

Je rencontre Francine accompagnée de sa mère la première fois dans le service de chirurgie pédiatrique. Le diagnostic d'histiocytose est privilégié, il a été donné dans un autre hôpital de la région après une chute dans les escaliers. C'est ce que me dira la mère de F., embarrassée et anxieuse d'un tel diagnostic (l'histiocytose est une maladie osseuse rare). Mais l'évaluation clinique en plus d'une fracture de la diaphyse humérale, vient révéler un tout autre diagnostic : une tumeur osseuse maligne.

Madame C. me présente sa fille de 12 ans comme *"une micro adolescente"*, pour m'indiquer qu'elle est mûre avant l'âge et qu'elle a un an d'avance. A côté de cette maturité intellectuelle Francine est aussi de nature anxieuse et elle a, d'après sa mère, l'angoisse du lendemain. Cette angoisse et cette anxiété sont surtout présentes à l'école.

Cette entrevue me permet d'accéder au chevet de Francine avec le consentement maternel. Cet entretien m'a donné les signifiants qui mettent les parents de Francine dans l'embarras et qui dressent une limite au savoir parental. Ils ne la comprennent pas par moment, quand elle est stressée. Finalement, la rencontre que je fais avec la mère de F. me met en position d'en savoir quelque chose sur ce qui lui échappe. Elle m'attribue le pouvoir d'un supposé savoir. C'est pour cette raison que la mère accepte très facilement que je m'adresse à sa fille.

Francine me dit que ses problèmes de santé durent depuis deux mois et que la peur qu'elle a aujourd'hui c'est qu'on lui mette des plaques pour soigner sa fracture. Elle me parle également de son collègue où elle ressent souvent un stress qu'elle ne comprend pas.

"Ça dure depuis 2 mois, au début je suis tombée au collège, j'ai fait des scanners et j'apprends énormément qu'on me mette des plaques et puis en même temps j'ai le collègue, ce n'est pas une période très facile. Je pleure souvent... Je stresse beaucoup, le collègue me stresse beaucoup... ça me stresse énormément !"

Je lui demande si elle sait pourquoi le collègue la "stresse" énormément ? Elle me dira qu'elle ne sait pas vraiment et qu'elle a toujours bien aimé l'école. En 5^{ème} on nous fait travailler plus me dit-elle, et il y a beaucoup d'interrogations. En plus avoir un an d'avance ce n'est pas toujours facile. La réponse qu'elle me donne est un sens qu'elle attribue à sa souffrance, mais cela ne suffit pas à apaiser sa souffrance qui continue à être active dans sa vie.

Je lui demande alors si depuis son hospitalisation, elle a une tendance à faire des cauchemars ? C'est une question que je pose souvent aux enfants hospitalisés, le cauchemar ou le rêve d'angoisse est souvent l'indice clinique d'un traumatisme. Voici ce qu'elle me dit brièvement sans rien dire d'autre : *"Oui j'en ai fait."*

Peux-tu me les raconter ? *"C'est terrifiant, toute ma famille disparaissait dans une trappe... et j'étais toute seule"*

Un autre cauchemar lui vient juste après : *"J'étais dans une église pour assister à une messe, il y a plein de gens qui voulaient me faire du mal."*

L'entretien se termine, je propose alors à Francine de rencontrer quelqu'un pour les cauchemars horribles dont elle n'arrive pas très bien à me parler et pour le stress qu'elle ressent en ce moment quand elle va à l'école. Elle ne dit pas "non".

Au sortir de la chambre d'hôpital, je vais voir la mère pour lui parler de ce projet auquel la mère adhère assez rapidement, mais sa préoccupation est ailleurs. Elle est dans une attente anxieuse. En effet, les chirurgiens veulent que sa fille fasse une biopsie au niveau de l'épaule. Ils recherchent quelque chose d'autre, ne voulant pas s'arrêter à la seule fracture. Le chirurgien qui l'a opérée a observé un liquide suspect au moment de l'intervention chirurgicale de l'épaule fracturée.

Une semaine plus tard Francine et ses parents viennent de connaître les résultats de la biopsie. Ils sont positifs, la découverte d'une tumeur osseuse maligne vient d'être effectuée. Francine est admise dans le service voisin d'hémo-oncologie pédiatrique. Dès que j'apprends la nouvelle, je me rends alors à son chevet.

Francine manifeste un rejet du soin et des soignants, elle n'a envie de rien, refuse de s'alimenter. Elle me dira ceci : *"Je n'ai pas envie de prendre les médicaments, je n'ai envie de rien, je me sens très*

fatiguée. Je n'ai pas le temps de décider, ça me fait peur."

Son humeur est très fluctuante : *"Je pleure beaucoup, je suis très en colère, je râle énormément..."*

Elle me parlera d'un rêve qu'elle a fait en relation aux informations qu'elle a reçues concernant son cancer et du traitement qui lui fera perdre ses cheveux : *"J'étais avec ma famille au bord d'une piscine... Tout à coup quand j'ai plongé, l'eau m'a enlevé tous mes cheveux."*

Elle me dit également qu'elle aimerait changer de planète, de monde comme ça elle serait en bonne santé.

Quelques jours plus tard les choses semblent aller un peu mieux, elle se remet à manger et a voulu s'habiller, ne pas rester en pyjama. Elle me dira que la maladie est un *"stop au stress"* qu'elle avait quand elle allait au collège.

Cette situation, paradoxalement, lui donne un temps psychique pour résoudre le problème qu'elle rencontre dans sa vie scolaire stressante.

L'école et particulièrement l'école primaire était un lieu où s'exprimait beaucoup l'imagination de F. Elle se faisait appeler "la croyante aux fées". On l'appelait ainsi parce qu'elle était persuadée que les fées existaient. Elle pensait notamment que les fées étaient proches des rivières. A l'école elle avait fait un spectacle de fées. Affublée de cette marque et stigmatisée par les autres enfants elle était devenue solitaire. Pour se défendre contre cette stigmatisation elle invoquait Dieu souvent en faisant des prières. Elle se parlait à elle même.

"Faites mon dieu qu'on ne se moque pas de moi, faites mon dieu qu'on ne se moque pas de moi."

L'angoisse éprouvée marque une difficulté chez Francine à s'exposer et à trouver une place avec ses camarades. Cette difficulté sociale installe Francine dans un repli imaginaire où le recours à Dieu se présente comme une aide. La confrontation aux autres de son âge la percute dans sa position imaginaire où elle était installée toujours à la place de première. Malgré cela elle ne renonce pas à aller à l'école. Cette attitude m'indique que Francine s'efforce de se maintenir sur la scène scolaire, c'est une position subjective où se joue son conflit avec les enfants de son âge.

Elle continue son récit en me parlant de façon amusante de son arrivée au collège : *"Quand je suis*

arrivée au collègue, c'était bien. J'étais maladroite dans ma parole. Le deuxième jour de classe, j'ai pris le car toute seule, la prière ne servait plus." Nous nous quittons sur cette petite note amusante.

Je reviens la voir la semaine suivante et je recueille ses doléances sur la réalité hospitalière.

"Ça fait trois semaines que je suis là et j'ai envie de rentrer chez moi, ce sont mes cousins qui me manquent. Le seul moment où je suis bien c'est la nuit. Je méprise les médecins, ce sont eux qui m'annoncent les mauvaises nouvelles. J'aimerais bien avoir une journée tranquille. Je déteste le jour. J'ai l'impression que j'ai aucun droit, aucun devoir. Je suis enfermée comme un oiseau dans une cage. Je ne peux jamais sortir. J'en ai marre. Je ne veux pas qu'il me fasse la chimio. Je ne suis pas encore prête. Je ne vois pas les bons côtés. Je ne vois que les mauvaises choses. J'ai envie de rester dans ma bulle."

Francine, en manifestant une plainte vis-à-vis du monde soignant et des soins qu'on lui prodigue, s'extrait d'une position dépressive dans laquelle elle disait beaucoup pleurer et n'avoir envie de rien.

Quelques jours plus tard, les choses ne s'arrangent pas. F. reste fixée sur sa souffrance physique, elle rejette le monde soignant en ayant une humeur d'acariâtre. Elle trouve à redire à tout.

"Je suis grincheuse... On me force à faire des bains de bouche pour ma mucite. J'ai du dégoût pour manger. J'ai envie de manger mais la nourriture me dégoûte."

Elle commence aussi à nommer sa maladie, qu'elle mettait jusqu'à lors à distance.

"Ma maladie c'est un truc noir dans mon os."

Après cette plainte sur ses douleurs physiques et morales, elle évoque un souvenir :

"J'adore le ski, je suis parti, l'année dernière, avec des amis et mes parents au ski. La seule chose que je déteste c'est les cours de ski. Le premier jour, je me suis cassée le tibia. Quand je suis tombée les secours sont venus me chercher, c'était un vrai "trafic" pour enlever les chaussures. J'ai refusé la tronçonneuse. Pendant ma convalescence, j'avais un plâtre et j'étais sur le canapé toute la journée, je lisais beaucoup. J'ai

l'impression qu'il m'arrive toujours un truc."

Elle vient à parler également des moments et des lieux où elle se sent bien :

"Le seul moment de ma vie où je me sens bien c'est à Paris... à Paris, je me sens chez moi. Dans l'hôpital je ne vois aucun truc bien mais j'ai le don pour m'attirer des trucs. Deux opérations en deux semaines (biopsie, la pose d'un site) !"

La séance s'arrête là, je l'encourage à s'interroger sur ses trucs. C'est un terme qui se répète souvent dans son discours.

Dans une autre séance, elle aborde l'opération qu'elle va subir au mois de septembre. Elle a demandé des précisions aux médecins.

"Début septembre, je vais me faire opérer. Ils vont peut-être me prendre un bout de péroné et me le mettre à l'épaule. Je panique un peu pour l'opération. J'ai l'impression d'être un objet. Il y a un truc que je n'ai pas compris pour l'opération. Ils me prennent un bout d'os pour me le mettre à l'épaule !"

Je lui dis de voir avec le médecin ou le chirurgien. C'est ce qu'elle fait dès que l'interne franchit la porte de sa chambre.

Elle me dit également, non sans un effet d'humour, que son frère est venu la voir, elle était très contente, il lui a dit qu'il aimerait bien être à sa place. Elle lui a répondu *"moi aussi j'aimerais bien être à ta place."*

Je rencontre la mère. Elle me dit qu'elle trouve sa fille différente. Elle pose plus de questions. Elle me parle de sa fille en me disant qu'elle a peur du regard des autres. Madame L. me confie également qu'elle ne reconnaissait plus sa fille depuis qu'elle a été hospitalisée.

Quelques jours plus tard Francine s'est remise à écrire et à retrouver partiellement l'usage de son bras. Elle s'est décidée à écrire un livre, elle hésite entre le récit de sa vie à l'hôpital, l'histoire d'une petite fille qui a plein de cadeaux ou bien l'histoire d'une petite fille qui a eu une très mauvaise note à l'école.

Elle choisira d'écrire le récit de sa vie à l'hôpital et une série d'écrits va s'enchaîner. Elle me les fera connaître. Je l'ai informée également que j'allais écrire sur elle, ce qui va stimuler sa création.

Elle va m'adresser tout ce qu'elle écrit (correspondance, livre de l'enfance).

Quelques jours plus tard (08/06/2007), Francine a très mal dans sa bouche, elle ne peut plus manger, elle a une mucite (un effet des médicaments). Elle regarde la télévision, se repose. Elle me dira également qu'elle a fait une liste hier de tout ce qu'elle voulait manger.

Elle me dira ceci : *"J'ai très faim mais je ne peux pas manger."*

Elle poursuit sa tâche à écrire et va améliorer sensiblement la motricité de son bras qui jusqu'à lors était peu utilisé : *"Mon bras va mieux et j'écris de plus en plus. L'épaule, ce n'est pas encore ça."*

Elle se décide, aussi, à écrire une lettre à ses camarades de classe; une lettre qu'elle me donnera à lire pour que je lui donne mon avis.

Lors d'une nouvelle visite Francine attend impatiemment sa sortie, elle ne supporte plus l'hôpital.

"J'espère vite rentrer chez moi. Le soir à l'hôpital, je pense à ma famille. Je me demande ce qu'ils peuvent bien vouloir faire... sinon je pense à ce que je pourrais bien faire après ma maladie, j'ai des projets : écrire un livre, faire toutes les choses que je n'ai pas pu faire avant, me venger en quelque sorte de tout ce que la maladie m'a empêché de faire."

"A l'hôpital je me sens démoralisée."

Que fais-tu quand tu es démoralisée à l'hôpital ?

"En général quand je suis démoralisée, je ne sais pas pourquoi mais la chose à laquelle je pense c'est au Noël de cette année avec tous mes cousins. C'est ça qui me regonfle. Ce Noël là et pas un autre. Ce souvenir-là, c'est à ça que je pense souvent."

Je lui dis que la prochaine fois que je viendrai la voir, j'aimerais qu'elle me raconte ce Noël en détail. Je l'amène à chercher ce qui fait trace pour elle dans son histoire, laissant un instant de côté la réalité de son corps malade.

Aujourd'hui est aussi un grand jour où enfin elle sort de l'hôpital.

Je revois F. une semaine plus tard (18/06) en hospitalisation pour la suite du protocole de soins. Francine est rentrée chez elle après plus d'un mois d'hospitalisation. Elle a commencé par ranger

sa chambre, qui est restée en désordre depuis Noël. *"Elle était sans vie... il y avait tous les cadeaux de Noël. Je suis une maniaque de l'ordre. L'après-midi, je me suis mise à écrire."*

Elle continue l'écriture de son livre. Elle lui a donné un titre provisoire : "Le tour de Francine". Son père l'a encouragée à garder ce titre qu'il trouve très bien choisi. Il est aussi tout à fait d'actualité avec le tour de France cycliste. Le père est un homme que je n'ai jamais rencontré. Francine me l'a seulement présenté sur des photos. Elle a vu également sa cousine, qu'elle aime profondément. Elle a été rassurée qu'elle la reconnaisse et qu'elle lui parle comme avant.

Je la revois quelques jours peu après, les soins et les bilans sont envisagés en hospitalisations de jour, signe de son amélioration physique.

Elle me dit qu'elle se sent assez bien physiquement, elle a beaucoup bu et beaucoup mangé quand elle était chez elle. Elle continue également à écrire. Son livre se compose de plusieurs chapitres :

- 1) Qu'est-ce que je ressens
- 2) Le traitement
- 3) Les médecins
- 4) Les infirmières
- 5) Ce que je vais faire quand tout ça ne sera plus qu'un souvenir
- 6) Le moral à zéro

Ce jour-là, Francine me fait part de son angoisse. Elle ne veut pas manger par la bouche. C'est pour elle insupportable. Elle veut être alimentée par voie veineuse. Elle ne saura pas me dire vraiment pourquoi, si ce n'est qu'elle a peur de s'étouffer. Quelques jours plus tard, F. manifeste son envie de vivre et elle s'identifie à un personnage TV qu'elle trouve très vivant. Elle aimerait être écrivain plus tard.

"J'ai très envie de rentrer chez moi, d'aller dehors, j'ai très envie d'aller dehors... J'ai très envie d'aller manger des plats faits maison, j'aimerais voir mes amis... J'ai jamais le temps de les voir. Ça m'énerve de me connecter sur Internet. Quand je suis chez moi

je suis toujours de bonne humeur. Ma mère me dit que j'ai beaucoup mûri."

"Avec les autres, je suis gentille, susceptible, je suis assez forte au fond de moi. Notre grand-mère d'ailleurs nous a appris des techniques pour se défendre, depuis l'âge de 10 ans. Vous mettez des coups de pieds là où ça fait mal. C'est assez rigolo. Je l'ai noté dans mon ancien journal. Dans le feuilleton les quatre filles du Docteur March je serais Joé. Celle qui veut devenir écrivain. Elle est peut-être un peu sauvage mais elle est pleine de vie."

Je la revois quelques jours plus tard, l'opération de son épaule revient à l'ordre du jour :

"Ils m'ont dit aujourd'hui que mon opération serait le 17/09. Ils veulent me mettre un os en métal."

En lui demandant ce qu'elle ressent face à cette nouvelle échéance chirurgicale, je l'invite à se préparer à y penser.

"Je suis rassurée et inquiète, mais j'espère surtout que je vais sortir aujourd'hui. Quand je suis à la maison, je retrouve l'appétit, je me remets à écrire, alors qu'à l'hôpital ça ne va pas. Je me sens bien à l'hôpital seulement quand j'ai du Nubain (médicament antidouleur). Quand je vais à la selle, c'est affreux les douleurs que je peux avoir. J'ai une mucite anale. Ma mère m'encourage, elle me dit courage, c'est comme un accouchement. C'est l'aplasie qui commande."

"J'ai pris conscience de la valeur des choses, ils sont chanceux ceux qui ne sont pas malades."

Francine me parle aussi de la relation à sa mère. Pendant les moments d'attente à l'hôpital, Francine et sa mère établissent un dialogue où la réalité de la maladie passe au second plan. Sa mère évoque sa passion de l'histoire ou son désir d'avoir voulu devenir un grand médecin chercheur.

F. a pu rentrer chez elle et je la revois trois semaines plus tard (07/08/2007).

"Je suis rentrée chez moi et j'ai fait de la fièvre. Mes globules blancs ne voulaient pas remonter. Pendant que j'étais à la maison, j'ai continué à écrire mon livre. Ici je n'ai envie de rien. J'ai toujours peur de ce qui peut arriver et je n'ai jamais le temps de

souffler, de refaire le plein."

Francine a arrêté le titre de son livre, elle a suivi le conseil de son père. Il s'appellera définitivement "Le tour de Francine".

En suivant le fil de son discours, je l'invite à me dire à quoi elle pense quand elle fait le plein chez elle ?

"Je m'imagine quand je serai guérie plus tard, ça me rend triste et heureuse à la fois. Mais ce n'est pas demain la veille que je serai chez moi en bonne santé... J'ai peur pour l'opération surtout après... J'ai peur d'avoir mal... Je ne supporte pas les cures de chimiothérapie. Ça m'énerve d'être différente des jeunes de mon âge."

Elle pose la question de sa différence et de sa position de malade. Sa maladie l'a décrochée d'une place qu'elle commençait tout juste à prendre au collège avec beaucoup de stress.

J'apprends dans le service que les relations avec les soignants sont difficiles. C'est pour cela que je lui pose une question à propos de cette relation. Elle me répond ceci :

"Il y en a qui sont gentilles d'autres un peu moins. L'autre jour il y en a une qui m'a dit de ne pas me plaindre."

Je reviens la voir le lendemain. Voici ce qu'elle me dit :

"Quand je suis à l'hôpital, je n'ai jamais envie de manger. Tous les plats ont le même goût. Avant j'étais très compliquée pour manger."

Elle m'explique par la suite les plats qu'elle préfère :

"J'aime bien les châtaignes, le fromage (chèvre et gruyère). Il m'arrive d'écrire des listes de nourriture. Quand j'avais ma mucite, je mourrais de faim, je faisais des listes d'aliments."

Elle évoque un souvenir :

"Une fois quand j'étais petite, j'ai vu Peau d'âne. Je me souviens j'avais 5 ans, on a des amis ils ont perdu un petit garçon. Il a crié très très fort. Il est mort à l'hôpital, il avait 4 ans. Je me souviens on a été à l'église à son enterrement."

"Ma mère au téléphone, je la voyais pleurer. Il a donné son corps à la science, il a donné ses yeux... Oh c'est trop horrible... des fois quand je prie pour ma maladie, je pense à M (nom de l'enfant décédé)"

Elle poursuit : *"Des fois aussi, je pense que mes parents pourraient mourir... Ce serait très difficile... Ils pourraient mourir dans un accident. Si ma mère mourrait, je ne tiendrais pas le coup."*

Je me suis demandé si le souvenir de l'enfant décédé d'une maladie, avec le don de ses yeux à la science, n'était pas le récit d'un supposé savoir traumatique. Après cet énoncé elle s'ouvre sur la mort imaginaire de sa mère.

Une autre séance :

F. a une mucite annale. Elle est rentrée chez elle presque une semaine. Le Docteur lui a dit de boire beaucoup. C'est ce qu'elle a fait mais elle est déçue. Elle a toujours autant mal.

Pendant le temps qu'elle était chez elle, elle s'est rappelée que son frère avait un jour fait tomber du miel dans la cuisine. On lui avait demandé pourquoi il avait fait une chose pareille. Il avait dit qu'il avait fait cela pour faire tomber les ours. Elle continue à me parler, en me disant qu'elle se trouve bien chez elle. Elle évoque pour la première fois la personnalité de sa petite sœur en disant qu'elle est très sensible, très dynamique, très entreprenante (ce sont ses mots). Elle me dit qu'elle rêverait être à sa place.

"Aujourd'hui depuis que je suis malade, quand je vois quelqu'un qui s'énerve, j'ai envie de le frapper... Je trouve que ça sert à rien."

Je revois F. une semaine plus tard, elle revient pour effectuer sa cure de chimiothérapie. Elle doit rester à l'hôpital plusieurs jours. Elle m'accueille avec le sourire. Sa mère s'empresse de me dire bonjour et pour me laisser seul avec sa fille.

Je lui demande, comme à l'habituel, si elle a bien dormi ? Elle me dit non et que cette nuit elle a fait un cauchemar, elle en fait le récit :

"J'étais à l'école primaire... Ma mère était partie tôt au travail. J'étais plus petite qu'aujourd'hui. J'étais dans ma maison et je voyais mes copines jouer aux cartes, pour

les rejoindre, j'étais obligée de passer à quatre pattes dans une autre pièce mais je ne pouvais pas les rejoindre. Il y avait des chats sauvages qui s'agrippaient à moi, ils me mordaient. Ma mère est rentrée, elle les a chassés."

XIV/3. ANALYSE CLINIQUE

Francine est une préadolescente qui se présente, au-delà de sa maladie, comme une enfant "stressée". Un stress qui peut être entendu comme une angoisse. C'est une angoisse dont elle ignore les raisons. Alors que tout va bien à l'école sur le plan de ses performances scolaires, elle ressent un "stress" à l'école qu'elle ne comprend pas. Elle dit pourtant qu'il est à rattacher à sa précocité, ses "*un an d'avance*". Pour elle, du fait qu'elle a un an d'avance, elle est beaucoup plus sollicitée que ses camarades. Il est à noter que cet état se déclenche dans la cour de récréation au moment où les autres enfants se mettent à la regarder.

A ce sujet, elle se rappelle qu'à l'école primaire, elle s'était mise à l'écart pour jouer aux fées. Elle avait été prénommée par les autres enfants "la croyante aux fées". Cette évasion imaginaire est une solution à sa solitude. Le regard des enfants est pour elle l'objet en jeu. C'est ce regard qui suscite chez elle l'angoisse inexplicée. La maladie vient paradoxalement "stopper son stress", comme elle dit.

Le regard des enfants dans la cour de récréation est associé par contiguïté signifiante à une autre scène oubliée et intime où l'œil est très présent. Cette scène fait entrer un enfant dont la mère de Francine aurait appris la mort au téléphone. De plus, il aurait été question de faire le don des yeux de l'enfant à la science (confirmé par la mère). Cet énoncé a pu s'inscrire dans la vie psychique de Francine d'une façon insensée et à chaque fois qu'elle est ou qu'elle a l'idée qu'elle doit être confrontée aux regards des enfants, il existe le signal de l'angoisse qui s'allume.

Freud évoque l'angoisse comme un signal, nous voyons avec Francine comment il est possible de la considérer ainsi.

En effet la scène de l'enfant décédé est refoulée, mais cherche à être remémorée. Ce réel en jeu est en lien avec l'angoisse flottante et paralysante de Francine. Freud considère l'angoisse comme un système d'alerte face à un danger imminent. L'angoisse de castration est un obstacle à franchir.

Lacan voit plutôt l'indice d'une trace de castration constituée en amont. Avec Francine, il existe la trace d'une opération psychique produite à l'âge de 4 ans. Francine avait le même âge que l'enfant décédé. Nous pouvons à ce sujet faire référence au mythe de Narcisse, tel que Lacan en fait référence dans sa leçon du 15 décembre 1962 du séminaire L'Angoisse.

"Ce n'est point l'angoisse de castration en elle-même qui constitue l'impasse dernière du névrosé. En effet, la forme de la castration, c'est-à-dire la castration dans la structure imaginaire, est déjà faite ici, en (-phi), au niveau de la cassure qui se produit dans l'approche de l'image libidinale du semblable, à quelque temps d'un certain dramatisme imaginaire. D'où l'importance des accidents de la scène que pour cette raison on appelle traumatique. La cassure imaginaire présente toutes sortes de variations et d'anomalies possibles, ce qui déjà indique à soi tout seul que quelque chose dans le matériel est utilisable pour une autre fonction qui, elle, donne son plein sens au terme de castration."⁵²⁴

Cette référence met l'angoisse de castration pas seulement en contact avec l'impasse du sujet névrosé, mais aussi avec une castration qui a déjà opéré dans le passé et qui permet la possibilité d'une angoisse ultérieure de castration.

De plus nous trouvons une combinatoire entre deux scènes. Une venant réactiver l'autre. Cette combinatoire du "trauma", Lacan y fait référence quand il évoque le trauma comme un moment propulsif qui fait jaillir d'autres événements traumatiques.

Le conflit psychique chez Francine s'établit entre l'horreur de cet enfant décédé (le ça), élément de déplaisir ayant subi le refoulement et la force d'un sur-moi à le maintenir hors conscience. Un sur-moi, repérable dans ce que dit Francine quand elle parle de sa chambre.

"Elle était sans vie... il y avait tous les cadeaux de Noël. Je suis une maniaque de l'ordre. L'après-midi, je me suis mise à écrire."

Elle se nomme comme une maniaque de l'ordre, où tout doit être rangé à sa place.

⁵²⁴ Lacan J., 1962-1963, Séminaire "L'Angoisse", Leçon du 15/12/1962, Paris Le Seuil, 2004, p58

Francine va mettre à l'œuvre sa capacité d'écriture. C'est probablement un moment clé dans l'évolution positive de Francine et qui est à considérer comme un traitement.

XIV/4. COMMENT S'INSCRIT LE TRAUMA CHEZ FRANCINE ?

Francine présente un état traumatique sans véritablement de constitution symptomatique susceptible d'atténuer son angoisse. Le trauma est la combinaison de deux scènes : la scène de l'enfant décédé et la scène d'être vue par les enfants dans la cour de récréation. L'articulation de ces deux scènes se fait par l'intermédiaire du regard, "voir" et "être vue".

XV/1RESUME

Matéo est un enfant de 3 ans qui est atteint par la mucoviscidose. C'est son comportement instable qui va entraîner, par l'intermédiaire du pédiatre, une consultation vers le psychologue. Nous verrons au premier plan la présence de l'angoisse maternelle traduite dans des questions incessantes. Progressivement Matéo va révéler sa position d'enfant angoissé à travers des cauchemars répétitifs dans lesquels se présente la figure de sa maladie : le monstre rouge, révélateur d'un trauma. Ce monstre rouge est en relation avec une scène infantile qu'il va se remémorer. Il pourra décrire par la suite un monde plus humanisé avec l'existence d'une famille.

XV/2. RECIT DU CAS

Matéo est un enfant atteint de mucoviscidose. Je le reçois depuis le 30/09/2002, de façon irrégulière. Quand le comportement de Matéo est stable, les séances s'éloignent, quand M. s'agite et devient invivable à la maison, les séances se rapprochent, c'est d'ailleurs son comportement instable et son refus d'être propre qui ont nécessité dans un premier temps cette prise en charge.

Je vais reprendre les séances clés :

Lors de la première séance, Matéo est alors âgé de 3 ans. Je le reçois avec sa mère, qui me dit qu'elle m'a vu à une soirée organisée par l'équipe du Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose, dans une ville voisine de l'hôpital où je reçois Matéo.

Madame L. évoque le côté têtu de son fils et tient à ce que je lui explique tout. Elle veut savoir, elle veut comprendre ce que je vais faire avec son fils. Devant cette volonté de maîtrise, je veux inscrire une limite. Je demande à Madame L. de pouvoir rester seul avec M., qui se présente avec un langage peu évolué, il parle bébé. Je comprends juste une chose, il dit *"le serpent a piqué"*.

Madame L. accepte difficilement que je m'adresse à son fils directement sans sa présence la

prochaine séance. Je lui explique l'intérêt d'accueillir Matéo seul. Elle consent à modifier un peu son attitude. Cette attitude défensive vise à protéger M. contre une surcharge thérapeutique. Madame L. ne veut pas que Matéo passe son temps dans les hôpitaux.

Dans cette première rencontre, M. va vouloir faire des modelages avec la pâte à modeler, que je lui ai mis à disposition ; il agglomère la pâte à modeler, sans que je reconnaisse une quelconque forme. A la fin de la séance, Madame L. s'invite dans mon bureau pour savoir ce qu'il en est. Matéo, alors que je m'adresse à sa mère, gribouille plusieurs feuilles. Ce sont des traces qui ont la particularité de se boucler, il fait également des points. C'est la façon dont M. se présente à moi la 1^{ère} fois.

Les séances suivantes se déroulent sans la présence de la maman, M. est seul avec moi. Madame L., à la fin de chaque séance, me demande régulièrement ce qu'il en est, elle veut des explications pour tout, elle veut savoir ce que M. fait avec moi. J'obtiens pendant les séances toute une série de traces, je n'y reconnais aucun symbole.

L'instabilité très présente au début va se réduire considérablement. Madame L. et son mari ont pris le parti de donner à Matéo une éducation normale, comme tout le monde. Ils ne veulent pas que M. passe tout son temps dans les hôpitaux. L'instabilité, si présente au début, diminue d'intensité. Madame L. saisit l'occasion pour interrompre le traitement "psy".

Je reverrai, à ce moment-là, M. et sa maman ponctuellement en hospitalisations de jour seulement pour faire le point et aussi dans le couloir de l'hôpital.

Ce n'est qu'un peu plus tard, le 17/11, que je vais reprendre un travail un peu plus suivi avec M., pour le motif suivant : Madame L. me dit qu'elle ne comprend plus son enfant, qu'il est très agité. M., de son côté, se met à dessiner, et fait des commentaires, voici ce qu'il me dit :

Premier commentaire (premier dessin) : *"Le petit garçon, il pense à dormir, il y a le papa et la maman, les fleurs et aussi dans l'intérieur le mur blanc et ici c'est là qu'on voit la cuisine."* M. dessine le plan de sa maison.

Deuxième commentaire (deuxième dessin) : *"C'est le roi, la reine, les enfants, les princes qui ont des épées, les princes pensent s'attaquer au roi."* M. dessine un château.

Une autre séance : M. dessine la période de Noël et fait le commentaire suivant : *"Le petit garçon rêve à la reine, il rêve à Noël"*.

La période de Noël passée, M. éprouve des angoisses. Il fait de nombreux cauchemars de sorciers qui veulent l'emporter, pour se sauver il devient Peter Pan et s'envole avec ses copains par la fenêtre. Quand il voit les pirates il veut les tuer, le Capitaine Crochet est aussi dans ce cauchemar.

Dans les cauchemars qui le réveillent la nuit, il me dit qu'il y a toujours un monstre rouge et que le monstre rouge lui fait peur. Il veut le dessiner. Il fait des récits de cauchemars qu'il fait en ce moment. Le monstre rouge est entré dans son cauchemar, il est toujours présent, il me dira *"c'est un monstre qui fait très très très peur"*. M. dans son cauchemar attaque le monstre et me dit *"qu'il tue sa tête, qu'il coupe ses jambes et ses bras"*.

Bientôt le personnage de Peter Pan va se substituer au personnage de Spiderman. Ce personnage est pour lui une autre identification imaginaire, c'est grâce à ce personnage qu'il va s'occuper de sauver les gens qui ont des problèmes, il pourra se défendre contre le monstre rouge, toujours présent et menaçant dans ses cauchemars.

Va suivre toute une série de séances marquées par le thème des dinosaures. Les dinosaures sont pour M. une forme de passion. Sa mère, qui a reconnu l'intérêt de Matéo pour les dinosaures, a décidé de l'emmener à Paris au Musée d'Histoire Naturelle. M. se construit alors l'identité suivante : il veut devenir paléontologue.

A la séance du 25/05, M. me confie la chose suivante : *"Quand j'étais petit j'ai eu peur... J'ai été dans tous les manèges... Je suis passé dans le train fantôme, j'ai vu le monstre rouge, le monstre vert et le squelette qui fait peur"*.

Effectivement à cette époque il y a une fête foraine et il existe un manège en forme de dinosaure. M. va poursuivre sur le thème des dinosaures pendant plusieurs séances. Il les nomme chacun un par un : le T-Rex, le tyrannosaure, etc.

Les choses allant à peu près bien à la maison Madame L. décide d'arrêter de m'amener son fils. M. va revenir me voir à sa demande des mois plus tard ; une année a passé, où je n'ai pu voir M. qu'en hospitalisation de jour. Madame L. entend une nouvelle fois son fils dans sa demande, elle me

ramène M. en me disant : *"C'est M. qui veut vous voir"*.

M. veut me parler des monstres qui envahissent le château, les humains n'arrivent pas à les combattre. Ils jouent aux jeux informatiques, c'est à partir de ce propos sur l'informatique que M. va me dire que son père est le champion de l'informatique. Il voudrait faire de l'informatique mais son père s'y oppose. Il s'y oppose parce que M. met du désordre sur l'ordinateur.

J'indique à Madame L., à la fin de la séance, que M. s'intéresse à l'informatique et qu'il aimerait partager des moments avec son père autour de l'informatique. C'est à peu près à cette époque d'ailleurs que le père se manifeste, je vais le rencontrer et il m'expliquera la difficulté pour lui d'avoir eu un enfant malade et comment au quotidien la vie a été difficile. M. est entré à ce moment-là dans l'espace du père où se trouve l'informatique.

Quelques mois ont passé, Madame L. a décidé de m'amener M. de temps en temps, à chaque visite à l'hôpital. M. est toujours très content de venir me voir, aujourd'hui il est tourné vers les animaux sauvages, des animaux de la réalité, ce ne sont pas des dinosaures. Il les personnalise en me disant que c'est une famille avec le père, la mère et les deux bébés.

Mais les animaux oubliés de la réalité réapparaissent, les dinosaures sont de retour. Matéo a été très impressionné par le film "Jurassic Parc". L'intérêt pour les dinosaures s'amplifie avec ce film, M. veut toujours devenir paléontologue, mais à côté de ce désir de devenir paléontologue, M. me fait le récit d'un autre cauchemar :

"C'était une dame... qui avait des yeux rouges... la dame blanche... elle venait dans tous les cauchemars. J'étais endormi avec mon frère, c'était il y a 2 ans. La dame blanche foutait les gens dans le feu, on leur coupait la tête, on leur coupait les jambes".

Il finit par me dire qu'il a peur du noir et qu'il veut la présence de son frère.

M. malgré ses peurs, poursuit sa progression scolaire, il est aujourd'hui en CE2, il a de nombreux copains et tout se passe bien. Au fur et à mesure de nos rencontres, j'apprends pourquoi il veut devenir paléontologue, il veut chercher des squelettes dans le désert et il me dit là qu'il est à la recherche de quelque chose de perdu.

Je le revois récemment en hospitalisation de jour, sa mère me dit que Matéo vient de faire un

voyage avec sa classe, il est parti une semaine. Tout s'est très bien passé, ceci a fait la réjouissance de sa mère qui se séparait de lui la première fois aussi longtemps.

Tout récemment Matéo a demandé à sa mère l'autorisation de faire du vélo sur les routes du lotissement. Sa mère qui est une femme anxieuse a accepté. M. pendant cette sortie en dehors de la maison a rencontré des adolescents tumultueux qui l'ont pris à parti. M. est revenu chez lui pour le dire à son père qui est allé parler aux jeunes du village.

XV/3. ANALYSE CLINIQUE

Matéo, depuis l'annonce de la maladie à la naissance, est un enfant aux prises avec une angoisse maternelle importante qui se traduit dans des manifestations défensives à l'égard du monde hospitalier. Madame L. pose sans relâche des questions sur le bien fondé de la prise en charge psychologique. Elle veut comprendre. Les perspectives de mort liées à la maladie écrasent le désir de cette femme. Pourtant, elle va consentir à lâcher du lest et c'est ainsi qu'il est possible de rencontrer Matéo.

Matéo va me révéler lui aussi sa position d'enfant angoissé. Il me la révèle dans un cauchemar répétitif où se trouve le "monstre rouge". C'est un personnage qui l'effraie contre lequel il se bagarre. Le monstre rouge est la représentation probable de la maladie mucoviscidose. La maladie s'est transposée dans une figure de monstre contre lequel il faut se battre. Rappelons avec Freud, que le cauchemar est justement ce qui ne colle pas avec sa théorie. Il se situe plutôt du côté d'un témoin à charge contre la théorie du désir.

Par la suite il existe dans le travail que peut produire M. une autre substitution signifiante : les dinosaures. Les dinosaures qui l'intéressent beaucoup est aussi un élément supplémentaire qui a attiré au manège sur lequel Matéo a pu éprouver une frayeur. Il élabore dans un premier temps son trauma. La suite de l'analyse de ce cas met en jeu la fonction paternelle en tant qu'elle comporte le processus de sublimation. La sublimation est à situer selon Freud au cœur de la fonction paternelle. Lacan reprend cette dimension de la sublimation en posant la fonction paternelle comme recours structurant.

"Formellement, il fait intervenir le recours structurant à la puissance paternelle comme une sublimation. Il souligne, dans le même texte où il laisse à l'horizon le trauma

*primordial du meurtre du père, et sans se soucier de la contradiction, que cette sublimation surgit à une date historique, sur le fond de l'appréhension visible, sensible, que celle qui engendre, c'est la mère. Il y a un véritable progrès dans la spiritualité à affirmer la fonction du père, à savoir celui dont on n'est jamais sûr.*⁵²⁵

C'est ainsi probablement que Matéo, à travers le roi de l'informatique qu'est son père, a recours à la puissance paternelle. Pourtant le père ne veut pas s'ouvrir dans un premier temps. Il dit qu'il ne veut pas qu'on lui mette du désordre dans ses affaires. Il finira finalement par y consentir.

C'est ainsi que nous verrons apparaître chez Matéo des nouveaux scénarios autour d'une famille. Il dessine un château...etc.

Nous voyons ici culminer un moment important chez cet enfant marqué par des formes symboliques plus œdipiennes. Le désir qu'il va manifester d'être paléontologue pour rechercher les squelettes indique la mise en jeu du désir corrélé à une perte.

XV/4. COMMENT S'ARTICULE LE TRAUMA CHEZ MATEO ?

La question du "trauma" me semble réellement posée dans cette situation. En effet la scène traumatique concerne la fête foraine. M. se rappelle du jour où il a été dans le train fantôme. Il a vu le squelette, le dinosaure, le monstre rouge. Le monstre rouge rencontré dans le train fantôme apparaît dans le cauchemar, il est très inquiétant. On voit poindre l'angoisse chez cet enfant. Il réapparaît de façon récurrente, répétitive, indice du trauma. En effet la scène de la fête foraine a pu être oubliée. Le monstre rouge réapparaît dans un autre contexte.

Le cauchemar se produit. M. se retrouve face au monstre qu'il doit combattre. Le dinosaure est aussi un élément du train fantôme. Il fait retour chez cet enfant dans sa vie. M. s'intéresse aux dinosaures qu'il adresse à tout le monde. Sa mère sensible à la préhistoire décide de l'emmener au Muséum d'Histoire Naturelle. Cette visite va permettre à Matéo d'inscrire son activité dans l'échange. M. veut devenir paléontologue. Après la levée du "trauma" par la remémoration de cette scène, Matéo se tourne vers son père pour s'ouvrir vers des constructions œdipiennes. Le trauma chez Matéo entrave le développement du complexe œdipien.

⁵²⁵ Lacan J., 1959-1960, Séminaire VII : "L'Éthique de la psychanalyse", Paris, Seuil, 1986, p171

XVI/1. RESUME

Sébastien présente un lymphome anaplasique qui se développe au niveau thoracique, pulmonaire et cutané... Sébastien, dans la rencontre avec sa maladie, reste dans un premier temps face à des douleurs physiques et morales fortes. Le temps s'est arrêté et Sébastien subit cette maladie, les examens et les traitements sont éprouvés dans une grande souffrance. Cette situation où Sébastien se met à déprimer, affaiblit ses capacités mentales ; il ne peut faire face. Il me livre sa peine insupportable. Cette tristesse qu'il me nomme avec ses mots à lui produit un effet positif sur son état somatique.

C'est à la suite de cette dépression inhérente à la douleur qu'il éprouve, qu'il va reconstruire sa défense contre son angoisse de mort. Il demande alors à revenir dans son monde pépère (chez lui) où il peut s'adonner à sa passion : l'informatique. C'est dans ce monde, qui est tout aussi bien un repli dans l'imaginaire, que Sébastien veut habiter. C'est aussi une défense derrière laquelle il s'immobilise dans sa vie scolaire. Il maintient pourtant un lien social fragile avec quelques jeunes de son âge et consent également à participer au séjour de vacances organisé par une association de parents.

XVI/2. RECIT DU CAS

Il y a quelques mois nous avons reçu dans le service un adolescent de 15 ans que je nommerai Sébastien et pour qui a été diagnostiqué un lymphome anaplasique. Je vais vous livrer la succession des séances clés que j'ai avec lui depuis son arrivée à l'hôpital.

C'est après l'annonce du diagnostic, à laquelle je n'ai pas participé et après m'être entretenu avec les parents pour me présenter, que je rencontre ce jeune homme la première fois seul. Il est allongé sur son lit, il est très fatigué et vient de subir de multiples examens (ponction lombaire, myélogramme, etc.). Il vient également d'avoir une injection intraveineuse. Il se dit très "stressé". Il me parle de sa maladie qu'il nomme lymphome anaplasique et qui se développe au

niveau thoracique, pulmonaire et cutané... Il est très lucide pour m'indiquer où il habite et qu'il a une sœur aînée. Il m'explique également que sa maladie a commencé il y a trois semaines. Il fréquente le lycée en seconde et dit aimé les matières scientifiques. Je lui demande s'il a des amis. Il me répond qu'il a beaucoup d'amis et que dans le groupe de sa classe il se sent très bien accepté. Il a certaines copines, pour lesquelles il n'a aucune attirance. *"Ça amène plus d'ennuis qu'autres choses"* me dira-t-il. Tout au long de cet entretien, il est très bref dans ses réponses, il attend mes questions.

Je lui demande alors ce qu'il fait quand il ne travaille pas pour le lycée ? Il aime les jeux vidéo sur console. Il aime également beaucoup l'informatique. Il surfe sur Internet et "tchatte" avec d'autres jeunes de son âge. Mais il me dira *"en principe c'est surtout pour jouer."*

Je lui demande si il aime les sorties en dehors de chez lui. Il me répond que cela l'ennuie très vite. Il dit aimer la solitude mais pas tout le temps, il aime bien être de temps en temps avec ses copains qui le surnomment le "coq".

Quand il est chez lui et quand il ne fait ni jeu vidéo, ni informatique, il lit les bandes dessinées (j'apprendrai plus tard qu'il aime surtout lire les Mangas). Cela va lui rappeler un souvenir. Quand il était petit, il aimait lire les "Chaire de Poule". Il les lit de préférence dans sa chambre, qu'il me décrit comme étant constamment en désordre. Il n'a aucun poster et n'a pas d'idole. Dans cet interrogatoire, il me confiera qu'il a une tendance à faire du psoriasis et que cela ne l'a jamais quitté. Il l'analyse comme une réaction au stress. Le premier entretien se termine et je lui promets de repasser le voir dès que possible.

Lors d'une seconde rencontre, il est très fatigué, il est écrasé par la fièvre et la fatigue. Il est centré sur son mal et sa douleur et ne peut pas me parler. Il est dans une phase d'aplasie consécutive à la chimiothérapie. Le système immunitaire répond insuffisamment et laisse Sébastien aux prises avec toutes sortes d'infections. C'est pour cela que nous devons nous munir d'une blouse et d'un masque aseptisés pour s'approcher de lui. Je remets à un autre jour ma visite.

Je reviens le voir quelques jours après, il vient de recevoir les dernières informations relatives à sa maladie. Les résultats du scanner sont encourageants, ils montrent une très bonne efficacité de la chimiothérapie. Malgré ces bonnes nouvelles, il a toujours très mal à la gorge. C'est

une mucite géante qui le fait souffrir. De plus il est très inquiet par rapport au "gripper". Le gripper est un instrument qu'on introduit dans le corps pour faciliter les prélèvements et le soin. Du sang aurait coulé et S. se demande ce qu'il faut faire et si c'est grave. Il est obnubilé par cette tâche de sang. J'appelle une infirmière qui le rassure aussitôt.

Quelques jours après, je retourne le voir à son chevet. Je trouve S. dans une grande détresse. Il m'explique les gestes techniques qu'il doit subir à l'occasion d'un myélogramme. C'est une aiguille qu'on lui enfonce dans le corps. Il me dit également que le masque qu'on lui met sur la bouche au moment de l'anesthésie est insupportable. Il pleure sans interruption pour me raconter cela. Il me dit également qu'il n'a plus envie de rien. A côté de cet état de déprime son état de santé physique s'améliore. Il commence à sortir d'aplasie. Son système immunitaire lui permet de se défendre contre les infections. Cela fait un mois qu'il est alité.

Je retourne le voir quelques temps après, il me dit qu'il dort peu et qu'il a le petit vélo qui trotte dans la tête, pendant la nuit. Il se met maintenant à regarder devant lui. Tout en évoquant cette expérience très mal vécue du myélogramme où il dit avoir tout senti malgré l'anesthésie, il pleure à chaudes larmes. Je me fais le dépositaire de sa plainte et de sa peine.

Quatre jours plus tard S. est au plus mal, il pleure beaucoup... Il doit subir une nouvelle ponction lombaire... C'est pour lui insupportable et il ne peut rien en dire. Il souffre de sa peur de la ponction qu'il a mal vécue la première fois.

Finalement le prélèvement va très bien se passer, il ne sentira aucune douleur. C'est ce qu'il me dira quelques semaines plus tard après être rentré chez lui dans l'intervalle. Ce retour à domicile lui a redonné de la force, les pleurs ont disparu. Il commence à sourire et dire vivre mieux sa chimio. Il me parle de son lymphome comme du passé, la chimio a produit ses effets. Les métastases localisées au niveau des poumons, du médiastin, du thorax, ont pratiquement disparu. S. est en rémission. Il me donnera sa position de malade comme une vie en "stand by". Je lui demande ce que cela signifie, il me dira qu'il vit au jour le jour sans projet.

Quelques temps après, je le vois en hospitalisation de jour. Il doit être transfusé, il manque de plaquettes. Il me répète plusieurs fois qu'il est bien chez lui, qu'il est dans un monde pépère.

"A l'hôpital on est cloîtré dans un lit et il n'y a rien à faire et quand il n'y a rien à faire"

*c'est l'enfer... comme la nuit quand je me réveille. J'allume la T.V pour m'occuper.
Chez moi, la nuit, je joue à des jeux sur mon PC "Théory fantasy" ou "Final Fantastic".*

Ce sont des jeux, me dit-il, où on rentre dans un univers fantastique ayant attiré au Moyen-âge. "Une fois, me dit-il, j'ai fait 36 heures de PC non stop". Il me décrit les jeux qui l'ont captivé et dans lesquels il se construisait un passage en tuant des monstres. Il me précise d'autres détails concernant le score qu'il a obtenu. À côté des jeux sur le P.C, il y a aussi la rencontre avec d'autres joueurs avec lesquels il fait des parties. Il y a des québécois... et même un africain. L'aboutissement d'un tel jeu serait la quatrième prophétie. Il me dit que dans ce monde il y a les "Pciste" et les "consolistes". Lui serait plutôt "Pciste".

Nous arrivons au terme de la cure et tout se passe bien, S. est en rémission totale, il ne reste plus de trace du lymphome. Il doit avoir un nouveau myélogramme. Il lui reste 5 jours de chimiothérapie, il commence à se préparer pour la rentrée scolaire en 1^{ère} S, qui est dans quelques jours. Tout se précipite, malgré sa maladie et avec l'aide des professeurs à domicile, il a réussi à ne pas redoubler. Aujourd'hui, il me parle de ses parents qui commencent à le laisser seul à la maison, ce qu'il n'apprécie guère. C'est un garçon qui se décrit comme quelqu'un de sédentaire, il fait quelques sorties avec son copain qu'il considère comme un véritable ami, elles sont peu fréquentes. Ils se font "trois kébabs par mois".

Il va ensuite évoquer la relation conflictuelle qu'il a avec un jeune de son âge qui lui a fait un sale coup. Un jour qu'ils allaient à la patinoire, ce gars l'a laissé tomber. Il s'est retrouvé tout seul, ce fût par la suite l'indifférence totale avec ce copain qui n'en n'était plus un.

Il me parle également de son psoriasis, qu'il porte en ce moment sur le visage et que cela n'est pas grave. Cela lui rappelle quand il était petit, il en avait sur le cuir chevelu. Le "PSO" comme il dit, venait à chaque fois qu'il devait passer une épreuve (un examen, une interrogation...). Il apparaissait également au moment d'aller à l'école, il était consécutif à une peur liée au risque d'échec. En poursuivant sur l'école, il me dit qu'il n'est pas un travailleur né.

Pendant presque trois mois S. va revenir me voir en consultation externe, la reprise de la scolarité ne s'est pas bien passée. S. n'a pas pu s'intégrer dans son groupe classe. Il a eu le sentiment d'être un étranger. Il s'est senti exclu. Il n'a pas supporté l'école et y est resté seulement

trois jours. Il a décidé de rester chez lui, en s'opposant fermement à ses parents et à presque tout le monde (professeurs, médecins...). Finalement, les cours à domicile seront mis en place. Il vient me voir toutes les semaines et continue à me parler de sa passion pour la culture japonaise. Il lit beaucoup de bandes dessinées et plus particulièrement les Mangas. Son image corporelle se transforme, Sébastien a les cheveux qui poussent, a la barbe. Il dit se sentir très bien même sans aller à l'école. Il considère cette année comme "foutue" mais que ce n'est pas grave. A chaque fois qu'il vient me voir, il me fait un discours sur la culture japonaise... sur sa façon de voir l'école. Il intellectualise. Il ne me dira absolument rien de sa vie amoureuse qui semble inexistante et me parle de ses parents comme s'ils ne faisaient qu'un.

Il est très assidu à ses séances hebdomadaires et à mesure qu'il me parle, il se décontracte et continue presque sans interruption à déployer un discours d'adolescent passionné. Il repart chez lui avec le sourire comme soulagé. J'avais l'impression que tout allait bien. Mais, alors que nous continuions à nous voir, la rémission et l'enthousiasme qui suivait ont laissé place à un grand pessimisme. La rémission n'est pas la guérison, le lymphome anaplasique n'étant pas éliminé complètement, il va continuer à proliférer après la fin du traitement. S. a des grosseurs inexplicables au niveau du cou et sur le cuir chevelu, mais rien n'est officiellement annoncé, on craint la rechute. La famille attend les résultats avec impatience. Ce sera alors une attente interminable qui fera déprimer toute la famille. Alors que la vie semblait reprendre son cours normal, c'est de nouveau l'alerte. S., sa sœur et ses parents sont obnubilés par les résultats des examens (scanner, scintigraphie, IRM, etc.). Quinze jours plus tard la rechute est officiellement annoncée. C'est une catastrophe subjective. La mère de S. s'est retrouvée dans un fauteuil roulant suite à un accident domestique. Alors que son fils refusait de s'alimenter depuis quatre jours, elle prend les choses en main en lui disant fermement *"il n'est pas question que tu meures devant mes yeux à l'hôpital"*. Cette parole va avoir un effet bénéfique. Sébastien va progressivement se réalimenter. Quand je reviens le voir dans sa chambre d'hôpital il n'est pas effondré, il me parle de cette nouvelle épreuve dans laquelle il cherche à positiver. Il dit mettre sa vie entre parenthèses quand il rentre à l'hôpital. Il recommence à me parler du nouveau PC, qu'il va avoir pour Noël. Il va essayer de voir ce qu'il a dans le ventre, c'est son expression.

Peu de temps après, S. me parle de l'informatique (sa passion). Il dit ne pas avoir de rêverie, ni de rêve et vivre au jour le jour. Il évoque cependant un souvenir autour du PC. Il se

rappelle du PC qu'il plantait et qu'il réparait, il devenait supérieur au maître son père. L'informatique est quelque chose que son père affectionne et qui est un objet d'échange. Actuellement S. ne va pas trop mal, il rentre régulièrement chez lui après ses cures de chimiothérapie très lourdes, où il se retrouve dans son monde "pépère". Le traitement se passe bien et S. s'apprête à entrer dans une phase de soins très lourde où il sera traité en chambre stérile.

Sébastien est entré en chambre stérile et il en est sorti. Pendant cette période où les précautions d'usage doivent être prises pour éviter tout risque d'infection, S. a montré un courage exceptionnel. Les manifestations dépressives, si intenses lors de la première hospitalisation de S., ont cédé et ont laissé la place à un certain optimisme. Nous continuons à nous rencontrer régulièrement. Les thèmes de nos rencontres sont divers. S. aime à me parler de la culture japonaise pour laquelle il se passionne. Il y est entré par la lecture des bandes dessinées "Mangas".

C'est aussi l'occasion d'évoquer la société dans ce qu'elle a de plus aliénant. Il la considère comme une entreprise de formatage qui le fera devenir comme tout le monde. Il veut rester lui-même et résister. Cette société manipule et ment à tout le monde. Il est nécessaire de garder son juge arbitre. C'est l'individu qui fait la société et non pas le contraire me dira-t-il. Le milieu scolaire contre lequel il s'oppose et dans lequel il a du mal à retrouver une place est un monde où les adolescents sont incompris. Ce qu'on nous enseigne à l'école ne sert à rien et ne le passionne pas. Quelques professeurs arrivent à l'accrocher mais dans l'ensemble cette vie à l'école quand il y va est ennuyeuse. Il veut y aller de façon aménagée et à son rythme. Il dit se sentir encore très fatigué. C'est ce dispositif de retour à l'école qui va être l'objet d'un problème entre les tenants de ceux qui prennent le parti du sujet en souffrance et non manipulateur et ceux qui prennent le parti de la norme sociale. Le discours social et familial est de dire il faut être dans la norme sociale ; être normal. Finalement nous prenons le parti de considérer la deuxième solution où il s'agit d'accompagner S. dans ses choix. Il choisit de ne pas retourner à l'école et d'avoir des professeurs à la maison.

Nous nous rencontrons régulièrement depuis sa rechute. Le discours de S. est très intellectualiste. Il parle de la société, de la politique, de sa vie. Quand je lui demande comment ça va il me répond "nickel". Il m'a dit récemment qu'il se voyait vivre comme un ermite avec son ordinateur et le juste nécessaire pour vivre. Il se laisserait pousser la barbe. Il resterait seul, parce

que c'est comme ça qu'il est bien. Cette position de solitude, personne ne la comprend. On veut qu'il s'ouvre et qu'il aille vers les autres mais il n'en n'a pas envie forcément. Si aujourd'hui il sort de sa chambre pour aller vers des copains qu'il retrouve, c'est pour faire plaisir à ceux qu'il aime et qui lui demandent de réagir.

XVI/3. ANALYSE CLINIQUE

S., dans la rencontre avec sa maladie, reste dans un premier temps face à des douleurs physiques et morales indescriptibles. Le temps s'est arrêté et S. n'utilise aucun moyen de défense. Il subit cette maladie, les examens et les traitements, et éprouve une grande souffrance. Cette situation, où S. se met à déprimer, affaiblit les capacités mentales ; il ne peut faire face. En parallèle l'état somatique de cet adolescent s'améliore. Il commence à sortir d'aplasie. C'est une prise de conscience de la gravité de son état. C'est à la suite de cette dépression inhérente à la douleur qu'il éprouve, qu'il va reconstruire sa défense contre la dépression et probablement contre son angoisse de mort.


Il demande alors à revenir dans son monde pépère où il peut s'adonner à sa passion : l'informatique. C'est dans ce monde, qui est tout aussi bien un repli dans l'imaginaire, que S. veut habiter. C'est aussi une défense derrière laquelle il s'immobilise et devant laquelle il commence aujourd'hui à trouver un certain plaisir à se retrouver avec son groupe de copains qu'il avait un peu laissé tomber ces derniers temps. Il consent également à participer au séjour de vacances organisé par une association de parents.

La rechute dans la maladie n'est pas abordée de la même façon que la première fois. La thérapie est plus lourde, pourtant Sébastien franchit la difficulté sans véritable dépression. Il en sortira avec la rencontre d'une jeune fille avec laquelle il partage aujourd'hui sa vie d'étudiant.

XVI/4. COMMENT S'ARTICULE LE TRAUMA CHEZ SEBASTIEN ?

Sébastien est un jeune homme très angoissé après l'annonce de sa maladie. A cette angoisse il y substitue un état de détresse dans lequel une forme de dépression s'installe. Cette annonce, où se présente l'horreur de la mort, rejoint une problématique plus ancienne : celle d'une rivalité plus ou moins consciente avec son père.

En effet, le "PC" est l'objet avec lequel il se soutient. C'est un objet commun avec son père, et qui est aussi le lieu professionnel du père (poste de commandement). Cette place qu'il cherche à conquérir nécessite de pouvoir fantasmatiquement éliminer le père. C'est le conflit auquel il est confronté. Sébastien ne peut faire cette opération sans risque d'être dévoré. L'annonce de sa maladie est donc le catalyseur de son état de souffrance.



XVII/1. RESUME

Claire est une enfant victime d'un accident de la route. Cet évènement a une incidence psychique chez les parents et chez le beau-père. La mère exprime un affect de pleurs après avoir évoqué la scène de l'accident et surtout après avoir eu l'idée insupportable, contre laquelle elle se défend, d'avoir vu sa fille morte. Le père manifeste sa culpabilité de ne pas avoir été présent et le beau-père une forme de sidération, il ressent une culpabilité écrasante. La levée des affects chez les proches ouvre sur un soulagement et sur une décision.

XVII/2. RECIT DU CAS

J'ai appelé ce cas "Claire" (C.) pour signifier la fulgurance, l'éclair de l'accident. Claire est une fillette de 7 ans, scolarisée en CE1 sans aucune difficulté avérée. Elle est la fille unique d'un couple séparé depuis plusieurs années.

Elle a été admise aux urgences médico-chirurgicales le 11 février après avoir été victime d'un accident de la route. Les motifs invoqués sont les suivants : traumatisme crânien avec perte de connaissance. Le diagnostic retenu après multiples examens (examen neurologique, radiographies, bilan biologique, scanner cérébral...) est "lésion traumatique intracrânienne avec commotion cérébrale, fracture de l'avant-bras et douleurs localisées au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, scapulo-humérale et sterno-claviculaire".

Claire, au moment de l'accident, se trouve sur le côté de la route et veut rejoindre sa mère et son beau-père de l'autre côté. Une moto arrive à vive allure et renverse l'enfant en la projetant sur plusieurs mètres. Claire n'a pas perdu connaissance et a été secourue par son beau-père immédiatement. Elle a été acheminée aux Urgences de l'Hôpital des enfants pour y être examinée. Après le passage aux Urgences elle est transférée par la suite dans le service de Chirurgie Pédiatrique où elle est soignée.

C'est ici que nous la rencontrons à la demande de l'équipe soignante pour effectuer des entretiens cliniques et une évaluation de la mémoire de travail (échelles de Weschler n°4). L'abord

neuropsychologique est fait par une étudiante.

L'entretien clinique est orienté dans un premier temps vers les parents et la fillette. Nous avons privilégié une première rencontre avec les parents, parce que le service d'hospitalisation présente l'omniprésence des deux parents. Le père est affecté par la culpabilité de ne pas avoir été présent et la mère est écrasé par l'angoisse d'avoir vu sa fille percutée par la moto. Nous rencontrons dans un second temps le beau-père. Il manifeste un état d'effroi perçu par les infirmières, les aides-soignantes et la mère de Claire. Au moment de l'accident le beau-père est en première ligne, il voit toute la scène. C'est lui qui apporte les premiers soins à Claire.

Avec les parents :

L'entretien se déroule de manière semi-directive hors la chambre d'hospitalisation, la mère se saisit de cette offre la première. Les entretiens sont brefs du fait d'un transfert rapide vers un autre centre hospitalier à proximité du lieu de résidence de la famille. Je reste pourtant persuadé, malgré la hâte, qu'ils ont été profitables à cette famille.

Je les interroge dans un bureau de consultation à part.

Pouvez-vous m'expliquer les circonstances de l'accident ? : *"Ma fille a traversé la route pour me rejoindre (silence), elle a volé sur plusieurs mètres. Mon ami s'est dirigé vers elle en premier. Il est très choqué."*

Oui et ensuite ? *"Moi, j'ai arrêté les voitures. Je voyais du sang partout (silence). J'ai l'impression d'être dans un autre monde. J'ai vu ma fille morte... (pleurs)... Elle s'est mise à crier maman... (Silence)... Je me suis mise à engueuler tout le monde. Le motard a reconnu ses torts. Au CHU ils ont fait un scanner et ont vu un petit bidule"*.

Le "petit bidule" dont parlent les médecins, entendu par la mère, est une petite hémorragie suspectée au regard des clichés du scanner, encore appelée "pétéchies". Elle a eu un scanner de contrôle le lendemain. Ils n'ont rien trouvé d'anormal.

Le père va prendre la parole à ce moment-là de façon inopinée, dans le souci d'amener des éléments supplémentaires supposés perturber encore plus la vie de sa fille accidentée. Il ne dira presque rien, il n'a aucune hostilité vis-à-vis de son ex-femme. Il se sent seulement coupable de ne

pas avoir été là, il a été rassuré de voir sa fille qui lui a dit *"qu'elle ne le ferait plus et qu'elle donnerait la main pour traverser la route"*.

"Je voulais vous dire, c'est plutôt en périphérie, mes parents viennent de perdre une chienne. Mon beau-père a mis longtemps à me le dire... Est-ce le moment de parler à Claire?"

Je reprends le fil de l'entretien avec la mère et lui demande si elle a eu le sommeil perturbé les nuits qui ont succédé l'accident. Si elle à des images de l'accident ? *"Oui"*

Je lui demande lesquels ? *"Je la vois sauter... (silence)... et je vois le sang"*

Elle se met à pleurer... J'attends que la mère de Claire sèche ses larmes, je conclus l'entretien en espérant les revoir dès que possible mais ce ne sera pas possible. Leur fille va être transférée. Je les accompagne jusque dans la chambre de Claire et me présente à leur fille.

Je me tourne vers Claire et lui demande ce qui s'est passé pour elle. Elle me révèle sa version de l'accident :

"Je me suis faite renverser par une moto lundi. La moto était orange et noir. J'ai traversé la route sans regarder. Je voulais aller rejoindre B. (le beau-père). Je criais au secours et puis j'ai voulu me relever et maman me disait "non". Le camion de pompier est venu et puis j'ai été à l'hôpital."

Est-ce que tu fais des cauchemars ? *"Oui j'en fais mais je ne me rappelle pas."* Elle dit que ce n'est pas en rapport avec l'accident. Elle ne veut pas me dire lequel.

Claire nécessite des soins et je dois laisser la place pour cela. Elle doit également passer une évaluation neuropsychologique entendue avec ses parents et elle-même. L'étudiante qui travaille avec moi va se charger de cela. Je vais donc lui consacrer peu de temps.

Entretien avec le beau-père :

Le beau-père est arrivé le premier aux côtés de C. pour lui porter secours. Nous l'appellerons Monsieur B. Monsieur B. est vu seul, après les parents. C'est un homme peu bavard qui depuis l'accident s'enferme encore plus dans le silence. Nous avons recueilli auprès de cet homme son témoignage. C'est un témoignage très laconique. Il se sent responsable, il est accablé

par la culpabilité.

"Elle n'aurait jamais dû traverser si je n'avais pas été à droite de la route. Je ne dors plus depuis l'accident. Je me réveille toute les demi-heures...Je vois C. inanimée... (Silence)... C'est ce qui revient en flash."

A quoi avez-vous pensé ? *"J'ai pensé qu'elle était morte... (Monsieur a des larmes)... Je suis quelqu'un qui ne parle pas, pourtant je suis agent immobilier... d'ailleurs c'est bizarre que je vous raconte tout ça."*

Il dit après : *"C'est parce que je ne vous ai jamais vu. C'est différent... vous êtes neutre."*

L'entretien se termine... j'encourage Monsieur B. à aller rencontrer quelqu'un dans la ville où il vit. Il ne s'y oppose pas et semble décidé.

XVII/3. ANALYSE CLINIQUE

Claire est victime d'un accident de la route. Elle est percutée devant son beau-père et sa mère. Ce choc violent met en jeu trois types d'affect chez les proches, l'effroi chez le beau père, l'angoisse chez la mère et la culpabilité du père.

Nous voyons la mise en jeu d'une série de traumatismes surtout chez la mère et le beau-père. Ils sont à considérer avec la seconde topique freudienne. Pour reprendre une expression freudienne, il y a une effraction du pare excitation. C'est une excitation externe qui se traduit par l'effroi du beau-père. Un effroi, lié à l'évènement inattendu. Freud parle d'un état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé. Guillaume Vaiva précise que c'est un état privé d'affect (effroi) et de pensées (sidération), où le sujet vit une véritable déshumanisation. Le beau-père se présente dans cet état de choc. Il est peu angoissé mais semble ailleurs et parle peu. Notre entretien lui permet de dire quelque chose qui le soulage, accompagné d'affect de pleurs. Il se reconnecte avec ses émotions et le langage. L'idée que cette fillette puisse mourir devant ses yeux est insupportable et le sidère radicalement. Nous rejoignons ici les propos

de Freud⁵²⁶ à propos de ce qu'il nomme l'image traumatique qui se comporte dans l'appareil psychique comme un corps étranger.

Nous pouvons constater cependant que cette sidération se produit chez un homme qui se présente comme celui qui ne parle pas. Il existe aussi la mise en place d'une répétition de l'accident. Cet homme dit que l'accident lui revient en flash. L'évènement revient à l'esprit de cet homme de façon répétitive et tel qu'il l'a vu, au sens où l'entend Freud comme la mise en échec du principe de plaisir. Lacan citant Freud dit que nous ne pouvons concevoir la névrose traumatique qu'au niveau du fonctionnement le plus primitif, celui où il s'agit d'obtenir la liaison de l'énergie. En effet "les flashes" dont parle cet homme, c'est l'image de l'accident traitée par les processus perceptifs les plus primitifs qui cherchent à se relier au système langagier. Il commence à s'approprier l'évènement quand il l'évoque et qu'il manifeste des larmes.

La mère, au moment de l'accident, réagit vivement, elle se met en colère après avoir entendu sa fille qu'elle a vue morte dans un premier temps, elle arrête les voitures. La vue du sang et le fait de l'avoir vu voler sur plusieurs mètres ont été les éléments qui ont suscité l'angoisse. Selon Vaiva⁵²⁷ c'est le temps de l'effraction, c'est le temps où se dépose à l'intérieur du sujet cette image de mort, qui ressurgit intacte dans le syndrome de répétition (les flashes).

Ces éléments lui reviennent dans des cauchemars. Le récit de l'évènement dans le rêve d'angoisse suscite un affect de pleurs. Nous pouvons rattacher l'angoisse présente chez cette femme à la dernière contribution de Freud en 1933. En effet, Freud considère que l'angoisse produit le refoulement. L'angoisse est donc active dans le processus du refoulement. Dans ce cas de figure nous voyons comment, pour cette femme, se manifeste son état d'angoisse. Voir sa fille projetée dans les airs par la moto et le sang sur la route amène l'idée insupportable "*qu'elle a vu sa fille morte*". Cette idée a été refoulée. Elle lui revient quand elle évoque la scène de l'accident et ses cauchemars.

⁵²⁶ Vaiva G., Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ?" dans la Revue de psychanalyse Savoir et clinique, Erès, 2005, p229-234

⁵²⁷ Ibid., Vaiva G.,

De plus le sentiment qu'éprouve cette femme quand elle dit "*j'ai l'impression d'être dans un autre monde*" nous fait penser à ce que Freud écrit à Romain Rolland⁵²⁸ quand il parle du sentiment d'étrangeté. En effet, nous voyons chez cette femme une confrontation entre la réalité de l'accident et l'idée de voir sa fille morte. Elle se défend, non pas par le jugement mais par le refoulement de cette idée. La vue de la scène à laquelle se rattache cette idée reviendra de façon itérative dans les rêves d'angoisse. Il y a l'exclusion d'une partie d'elle-même qu'il lui est venue dans un moment tragique. Le conflit entre le Moi et l'idée de voir sa fille mourir se traduit par la mise en jeu du refoulement.

XVII/4. COMMENT S'INSCRIVENT LES TRAUMAS DANS CETTE FAMILLE ?


Le "trauma" dans cette situation se présente sous deux modalités, chez la mère et le beau-père.

La mère manifeste un état d'angoisse important, elle réagit très vivement après l'accident. Il n'y a pas ici de trace de sidération mais plutôt de refoulement. L'idée de mort attachée à la vue du sang est refoulée pour laisser l'angoisse flottante qui se traduit dans le comportement, l'agitation. La libération de l'affect de pleurs, après avoir énoncé qu'elle "*a vu sa fille morte*", nous indique l'acceptation de l'idée qui lui est venue et qu'elle peut m'adresser.

Le beau-père est sur un autre registre, il est sidéré de n'avoir rien pu faire. Il s'enferme dans un mutisme qui impressionne la mère de Claire. Elle dit "*Mon ami s'est dirigé vers elle en premier. Il est très choqué.*" Le beau-père est effectivement très choqué. Il ne dit presque rien et semble avoir été débranché de la réalité. Nous supposons, même s'il ne l'a pas manifesté, que Monsieur B. a éprouvé dans un premier temps un effroi où il semble avoir disparu de la scène. Je ne sais pas ce qu'il a fait quand il a vu Claire. Quand je le rencontre, il ne manifeste aucun affect, il semble froid. C'est pourtant pendant notre entretien qu'il pourra me dire qu'il a vu Claire inanimée et qu'il l'a crue morte. C'est à partir de là qu'il va sortir de cette sidération affective et idéative en

⁵²⁸ Freud S., 1936, "Un trouble de la mémoire sur l'Acropole, lettre à Romain Rolland" in Sigmund Freud et Romain Rolland. Correspondance 1923-1936, PUF, Paris 1993

exprimant des larmes et en me parlant du corps inanimé de la fillette qu'il a supposée morte. Nous pouvons également remarquer qu'il se reconnecte à la réalité quand à la fin de notre entrevue, il se demande pourquoi il me parle.



XVIII/1. RESUME

Marc est un adolescent victime d'un accident de la route dans lequel il se retrouve avec une jambe broyée. Ses parents sont très présents pendant l'hospitalisation. M. va devoir subir multiples interventions chirurgicales. Il garde de nombreuses séquelles de l'accident. Le corps de cet adolescent va progressivement être désinvesti pour devenir un pur objet de soins. M. manifeste son désarroi dans un laisser-aller corporel. La discussion avec le personnel autour de la problématique de son corps va donner à ce jeune l'occasion de se le réapproprier.

XVIII/2. RECIT DU CAS

M., âgé de 16 ans, a été victime d'un accident de la voie publique, voiture contre scooter. Il roulait en scooter sur une route départementale avec des camarades. Il s'est retourné pour regarder derrière lui, le scooter a dévié de sa trajectoire et a heurté une voiture qui venait en face. M. a été projeté dans le fossé et n'a pas perdu connaissance mais a dû supporter des douleurs extrêmes.

Il a été admis aux Urgences Pédiatriques après un traumatisme physique important et pour déchoquage. Le diagnostic retenu est écrasement de la jambe, fracture ouverte du col du fémur, fracture ouverte de la diaphyse du tibia, fracture du péroné. Après les urgences M. sera transféré dans le service de Chirurgie Pédiatrique pour être surveillé et soigné.

Comment s'effectue la rencontre avec M?

Depuis mon arrivée dans le service de chirurgie pédiatrique, j'anime des réunions pluridisciplinaires dans lesquels chaque professionnel est invité à parler des enfants, des adolescents hospitalisés et de leur famille. Ces réunions qui existent depuis dix ans facilitent la mise en parole du quotidien de nos jeunes patients et de leur famille. Le personnel, composé d'aides soignants et d'infirmières, est souvent étonné d'avoir des informations nouvelles, qu'il croyait détenir. C'est avec ce dispositif (entre autre) de paroles que je pratique depuis dix ans que

je décide d'aller rencontrer ou non les enfants et adolescents hospitalisés. Dans ce moment clinique une infirmière prend la parole pour évoquer les circonstances d'un accident de la voie publique chez un adolescent de 15 ans. Je l'appellerai Marc pour les multiples blessures pour lesquels il a été soigné et dont il gardera des séquelles. Voici ce que me dit l'infirmière dans sa présentation.

« Il roulait en scooter sur une route départementale avec des copains. Il s'est retourné pour regarder derrière lui. Il a perdu le contrôle de son scooter et il a percuté la voiture qui venait en face. Il a un écrasement de la jambe, une fracture ouverte du col du fémur, une fracture du tibia et du péroné »

Une infirmière qui avait noué une relation privilégiée avec lui me dit

« C'est un sacré plaisantin, il ne pense qu'à faire des blagues »

De l'autre côté, certains soignants trouvent Marc excessif, peu enclin à participer à faire sa toilette, ...etc.

Une aide soignante m'a dit ceci.

« Il n'est pas très pudique »

En effet M. a tendance à se montrer nu dans son lit sans que cela le gêne.

Certains disent également ceci

« Il est difficile de le voir seul, il y a toujours du monde dans sa chambre (parents, camarades) et il doit certainement avoir une grande douleur »

J'ai pu relever également quelques formules, mais je n'ai pas pu les noter toutes.

Une majorité dit *« il est bien, c'est facile de discuter avec lui ... »*

Une minorité dit, après être restée silencieuse

« Il en fait trop... »

Ce qui signifie qu'il veut se montrer très sociable et plaisantin mais au fond il est triste.

Dans le récit des soignants se signale donc une contradiction. D'un côté, certains professionnels trouvent Marc d'humeur agréable, avec le sourire facile, le goût de plaisanter, de s'amuser, prenant les choses du bon côté. D'un autre côté d'autres soignants le trouvent en détresse.

Nous avons la une problématique clinique qui se dessine à partir des dires des soignants. Je décide, alors, de le rencontrer.

Rencontres brèves avec M. et ses parents.

Je me rends dans la chambre de Marc le lendemain de la réunion du mardi.

Marc dans un premier temps n'est pas accessible aux entretiens, les injections antidouleur le font beaucoup dormir. Le père est présent au chevet de son fils, je m'adresse à lui. Il me décrit de façon concise l'accident et les moments qu'il vit auprès de M. Il attend les questions et se montre assez ouvert à notre rencontre. Retourné par cet événement, il peut à peine parler.

«C'était mardi avec un copain derrière lui. Il s'est retourné parce que son copain lui disait qu'il avait peur. Et a heurté sur le côté une voiture il a été projeté dans le fossé il n'a pas perdu connaissance. Il se souvient de tout. Il a très bien réagi après l'accident jusqu'à l'arrivée des secours... (Silence)... »

Le père de M est affligé et très anxieux par le devenir de son fils. Il s'en remet au corps médical et particulièrement au chirurgien qui lui a parlé franchement, qui lui a dit la vérité.

« Monsieur L a voulu lui couper la jambe, finalement il a décidé de ne pas le faire...il risque encore l'amputation...Ce n'est pas gagné »

C'est un père attentif à son fils il dit de lui ceci.

« Il a une tendance à bouger tout le temps »

« L'école ne l'intéresse pas beaucoup » dit-il

« Il veut devenir agriculteur comme son oncle, c'est pour lui une passion »

Mais, le père me parle surtout de l'actualité, le projet professionnel n'est plus à l'ordre du jour. Le

père se rappelle que la nuit à l'hôpital son fils a dit des choses. Il rapporte les propos de son fils.

« T'as vu comment il roule celui la »

Il lui aurait également dit pendant la phase d'éveil et c'est ce qui fait dire au père qu'il n'a pas le moral.

« Aurait mieux valu que j'y reste dans l'accident »

C'est une phrase, pour le père, bouleversante qui le met face à la mort de son fils évité de justesse mais encore possible. Il subit des opérations et risque une infection. Le père revient sur ce qu'on lui a dit.

« Il a une fracture de la jambe...mais il a un morceau de tibia et de fémur en moins »

...Silence...

« Il y a des périodes où il est bien, mais les docteurs nous ont dit au début qu'il risquait l'amputation de la jambe. »

Mais son fils lui a dit *« qu'il voulait se battre »*

Nous restons sur cette parole rassurante de Marc à ses parents.

Une semaine plus tard je me rends de nouveau au chevet de Marc

M. va un peu mieux, il est accessible aux entretiens et va livrer un discours réduit à l'essentiel tout en étant sur le bord des larmes. Il me dit ceci

« Je pense à mes copains, à ma famille et j'espère les revoir et revenir bientôt chez moi. »

Mais, il espère surtout retrouver ses capacités de mouvements.

« J'aimerais tellement marcher » me dit-il.

« Je suis mieux mais je me demande si je vais marcher correctement...ça va faire une semaine que je suis là »

Il me rapporte les différentes fractures qu'il a et qu'il a échappé de près à l'amputation.

« Le docteur a dit que je risquais l'amputation »

Il va me dire qu'il voit la vie autrement mais qu'il tient coûte que coûte à devenir agriculteur comme son oncle.

« On m'a dit que ce serait difficile pour devenir agriculteur, mais je serai quand même agriculteur »

« Ce qui m'énerve...c'est que je ne peux rien faire. »

Quelques semaines vont passer et je vais pouvoir rencontrer la mère de M. C'est une femme qui dit ceci quand je l'interroge sur la relation à son fils.

« J'ai une relation très forte avec lui et de le voir dans cet état me fait beaucoup de peine. »

« Je me sens aussi responsable »

La mère De M. assure une présence constante auprès de son fils, nuit et jour.

Elle lui fait la toilette journalière et se tient à ses côtés presque continuellement. M. finit par être agressif dans ses propos avec elle.

« Tu m'enm... » Lui dit-il souvent.

Une agressivité qu'elle reçoit sans rien dire. C'est ce qu'elle me dit

« Il devient agressif avec moi, mais je ne lui réponds pas »

Après une période de plusieurs semaines avec une présence presque continue de madame L auprès de son fils, elle décide de retourner voir son autre fils qu'elle reconnaît avoir délaissé. Elle me dira avant de prendre cette décision ceci.

« J'ai peur que M. se suicide, jamais je ne le laisserai comme un handicapé »

La mère de M ne peut m'expliquer pourquoi elle a ce pressentiment.

Je revois M. une semaine plus tard. Il sait se faire apprécier par l'ensemble de l'équipe du service.

Sa famille l'entoure beaucoup. Des camarades viennent aussi le voir souvent. La chambre est toujours remplie de monde. Son humour, son côté petit plaisantin donne aux relations avec le personnel un côté joyeux. Ce lien va se renforcer, jusqu'à devenir trop fort. En effet, M. retourne cet élan d'amour par une relation ironique vers le personnel, déconcerté par une telle attitude. Il dit par exemple à certaines aides soignantes.

« *T'a pas grand-chose à faire* »

M. souffre d'un manque d'espace il est constamment sollicité par les soins, il a du monde en permanence dans sa chambre. Sa mère lui fait sa toilette. Il abandonne son corps aux autres. M va pouvoir enfin sortir de l'hospitalisation pour suivre des soins dans un institut d'éducation motrice.

XVIII/3 ORIENTATION CLINIQUE

Tout d'abord, Marc est un adolescent atteint dans son corps et dans son narcissisme. L'image de ce garçon qui « *bougeait beaucoup* », avant l'accident et ayant peu d'intérêt pour l'école selon les propos du père s'est fissurée. Le devenir professionnel autour du métier d'agriculteur est également remis en question. M. éprouve son corps dans l'immobilité. Il me dit « *qu'il aimerait tellement marcher* ».

Nous allons éclairer ce dire par la théorie du narcissisme chez Freud. Le narcissisme apparaît la première fois chez Freud⁵²⁹ en 1910 dans le texte nommé « *un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* », il sera repris par la suite dans un texte daté de 1914 et intitulé « *pour introduire le narcissisme*⁵³⁰ ».

Ce deuxième texte est important, il introduit le narcissisme dans le corpus théorique de la psychanalyse. Si le narcissisme était considéré auparavant comme une perversion il devient autre chose pour Freud. Il appelle narcissisme un certain placement de la libido. Freud dira un peu plus

⁵²⁹ Freud S., « un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci », ed Gallimart, 1987, p 90

⁵³⁰ Freud S., (1914) « Pour introduire le narcissisme », in la vie sexuelle, PUF, 81-105, 1995

loin dans ce texte (p 84), que le narcissisme est un certain état de la libido. Freud conjoint donc au narcissisme la libido. Le narcissisme est plutôt considéré comme un stade du développement. Les pulsions qui dans un premier temps agissent sur un mode autoérotique, vont dans un second temps prendre le corps comme objet, dans un troisième temps c'est l'investissement d'un objet extérieur au corps. Jacques Alain Miller⁵³¹ évoque les trois temps de la jouissance. Une jouissance préalable ; c'est l'enfant qui ne reconnaît pas son image dans le miroir mais qui reconnaît le visage de ses parents nous dit Miller, une jouissance imaginaire qui correspond au stade du miroir et une jouissance phallique plus en rapport avec la dimension du symbolique.

Le second stade nous intéresse au premier plan car il met en exergue le corps du sujet. Nous savons que l'adolescent a un corps qui peut l'inquiéter parce qu'il ne trouve pas à être traduit dans la langue de l'Autre. Je citerai à ce propos Philippe Lacadée⁵³² il évoque ce rapport au corps chez l'adolescent.

« L'adolescent perçoit souvent les modifications de son corps comme un autre corps qui fait effraction, de façon réelle, dans la tendre insouciance de son enfance et bouleverse les signifiants idéaux de l'Autre parental : pris par un sentiment d'étrangeté devant sa métamorphose, il se heurte à quelque chose d'intraduisible dans la langue de l'Autre, se confronte à une impasse, au sentiment d'un vide teinté de honte (...) Pour parer ce vide, la dimension de l'agir permet à l'adolescent d'accueillir ce que Jean Cocteau appelait le grand écart, et d'inventer d'autres partenaires, d'autres scènes, d'autres communautés de vie, d'autres lieux de traductions voire à prendre des risques, à mettre sa vie en jeu »

Pour le cas qui nous intéresse, le corps prit dans sa réalité organique est blessé...L'objet qui s'y rattache se trouve momentanément éjecté. Ce nouveau corps traumatisé auquel Marc a à faire, c'est un corps blessé, attaqué...etc. Si nous reprenons la caractéristique de cet adolescent dans son dire, son atteinte corporelle est évoquée quand il dit.

⁵³¹ Miller JA., « L'image du corps en psychanalyse », in la revue de l'Ecole de la Cause Freudienne n°68, 94-104, 2008

⁵³² Philippe Lacadée « L'éveil et l'exil », édition Cécile Defaut, 2007, p21

« *J'aimerais tellement marcher* »

« *Je suis mieux mais je me demande si je vais marcher correctement...ça va faire une semaine que je suis là* »

« *Le docteur a dit que je risquais l'amputation* »

« *Ce qui m'énerve...c'est que je ne peux rien faire.* »

Marc est un adolescent plutôt dans l'agir...selon les dires du père...Lacadée nous indique que c'est par ce moyen que l'adolescent vient parer au vide qu'il a rencontré. Marc exprime donc dans ce dire son désarroi de ne pas pouvoir répondre au vide. Et dans la suite de cela, tout le monde qu'il s'était constitué s'effondre. Il nous l'indique très clairement même si, il garde un espoir.

« *Je pense à mes copains, à ma famille et j'espère les revoir et revenir bientôt chez moi.* »

Ensuite, derrière cette immobilité se trouve en toile de fond un adolescent sur le bord de pleurer. Marc cherche à s'en défendre, il se montre au contraire comme un garçon sociable et blagueur. Cet aspect du comique nous apparaît aujourd'hui comme une défense contre la tristesse latente chez M. Cette tristesse est présente quand Marc se retrouve seul dans sa chambre ou quand je me rends à son chevet la première fois. Existe-t-il une position dépressive chez cet adolescent ? C'est une question à se poser qui corrobore les impressions données par une partie du personnel soignant.

Malgré cette immobilité où la déprime se manifeste en toile de fond, Marc cherche à s'en défendre, il se montre comme un garçon sociable et blagueur. Cet aspect du comique nous apparaît aujourd'hui comme une défense contre la déprime latente chez M. Cette déprime est présente quand Marc se retrouve seul dans sa chambre ou quand je me rends à son chevet la première fois.

S. Freud dans son Appendice sur "L'humour", note "*l'humour serait la contribution apportée au comique par l'intermédiaire du surmoi*"⁵³³ ; ainsi Freud corréle le comique, l'humour au surmoi et en fait ainsi un mécanisme de défense. L'humour est en quelque sorte le moyen du surmoi pour consoler le Moi dans sa souffrance traumatique. Marc, dans ce tragique accident où il risque de

⁵³³ Freud S., 1905, "Appendice de l'Humour", dans "Le mot d'esprit et ses rapports à l'inconscient", édition Gallimart, 1971, p407

perdre sa jambe, trouve dans l'humour un moyen efficace de se défendre contre la réalité de son état physique et sa dépression latente. L'omniprésence de la famille, participe à se défendre contre la dépression. Une dépression que nous voyons poindre quand Marc se retrouve tout seul, qui s'exprime par son corps que Marc délaisse de plus en plus. Un corps physique que Marc abandonne de plus en plus.

De plus M. semble avoir fait le choix de ne pas investir l'école. Le traumatisme a été évoqué par Freud quand il écrit en 1914 la psychologie du lycéen⁵³⁴. Le lycée doit être un lieu sécurisant, susceptible d'accueillir l'adolescent pour l'aider à se séparer de sa famille et à traiter nombreux traumatismes.

S. Freud dans son Appendice sur « L'humour » (Freud *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (1905) note « *l'humour serait la contribution apportée au comique par*

Le lycée doit être un lieu sécurisant, susceptible d'accueillir l'adolescent pour l'aider à se séparer de sa famille et à traiter nombreux traumatismes. L'état physique de ce garçon le met également, dans une dépendance à l'égard du personnel soignant et de sa mère. Sa mère lui fait la toilette et s'installe auprès de lui de façon presque ininterrompue. Pourtant, elle va décider de quitter le chevet de son fils, juste après m'avoir dit qu'elle avait peur qu'il se suicide. Elle veut aller voir son autre enfant qui dit-elle a besoin d'elle. Quand je lui demande, pourquoi elle pense au suicide, elle me dit ceci sans rien rajouter

« Mon fils est très mal au fond et il déprime ».

Elle ne peut pas en dire plus, la peur de le perdre une deuxième fois ressurgit ?

Cette relation de plus en plus étroite entre Marc et sa mère va à l'encontre du processus de séparation. C'est pour cela, sans doute, que M va manifester à l'égard de sa mère comme à l'égard du personnel une agressivité marquée par des mots d'insulte vers sa mère et d'ironie vers le personnel.

⁵³⁴ Freud S., (1914) " Sur la psychologie du lycéen" in Résultats idées problèmes, Tome 1, PUF, 1984, p227-231

Egalement, la remise en question du comportement des professionnels crée les conditions plus favorables pour que M se réconcilie avec son corps blessé qu'il était en train d'abandonner.

En effet ils reconnaissent chez M. une forme de tristesse qui s'exprime par un laisser aller corporel. M ne fait pas sa toilette, ne s'habille pas, se montre nu sur son lit...

La référence à Lacan en tant qu'il existe un autre corps que l'organisme, et qui donne tout son sens au cours de Jacques Alain Miller⁵³⁵. En effet à partir du cas Marc, au delà de l'atteinte physique nous pouvons faire valoir un autre corps celui là affecté par la tristesse de M.

Quelle construction clinique pouvons-nous faire pour ce cas ?

L'équipe paramédicale et la prise de décision

La réunion mensuelle de l'équipe paramédicale m'a permis d'initier une démarche vers Marc. A travers les dires du personnel a pu se repérer une contradiction de point de vue.

Entre « il va bien » et « *il en fait trop* » peut se repérer une division dans les énoncés du personnel. C'est un point de repère dont il faut faire usage dans la pratique institutionnelle. C'est ainsi que j'ai pu décider d'aller voir M. et sa famille.

L'angoisse des parents

C'est d'abord le père que je rencontre de façon fortuite, il me fait état de sa détresse. Il manifeste une angoisse très contenu. Il me fait savoir qu'il faut s'occuper de son fils. J'obtiens ainsi son consentement. C'est par le père que j'entre dans la configuration familiale. Les propos du père rapportent le discours médical. Il saura me dire que son fils a plutôt une tendance à bouger tout le

⁵³⁵ Miller JA., « Biologie lacanienne et évènement de corps » in revue de l'Ecole de Cause Freudienne n°44,

temps. Deux types d'informations me sont données : celle concernant M et celle en provenance du discours médical.

Je vais rencontrer la mère qui joue un grand rôle auprès de son fils. Elle est prête à accepter une place où son fils projette son agressivité.

Elle pourra me dire qu'elle a peur que son fils se suicide, ce qu'elle n'avait jamais dit auparavant. Cette idée insupportable, va permettre un allègement de l'angoisse et faciliter un retour vers le domicile où elle s'autorise à aller voir l'autre fils. C'est ici me semble-t-il que se repère une forme de « trauma »

Le trauma psychique

Le trauma dans cette situation se localise du côté maternel. C'est une femme qui manifeste un état d'angoisse qui se traduit par une omniprésence. L'handicap de son fils et l'idée qu'elle a que son fils puisse se suicider lui sont insupportables. Elle traite cela par le refoulement. Cette parole qu'elle m'adresse :

« J'ai peur qu'il se suicide, jamais je ne le laisserai comme un handicapé ».

produit un effet pour la mère de M en venant se rattacher à son affect d'angoisse. Elle décide de rentrer chez elle pour aller voir son autre enfant, elle s'autorise enfin à desserrer le lien de plus en plus fort qui l'unit à son fils. L'évènement accidentel produit chez la mère de M, l'idée qu'il peut se suicider ou devenir handicapé. Le refoulement rejette cela et se met en place chez la mère une protection rapprochée de son fils.

La rencontre avec M

Elle se fait sous un mode différent de la rencontre avec le personnel. Il se montre sur le bord des larmes et me dit le désarroi dans lequel il est. En y regardant de plus près, tout y est ! Il me révèle en quelques phrases l'effondrement de son monde.


L'agir dans lequel il s'était mis pour parer le vide... Son corps blessé l'a immobilisé

Son lien social, les copains avec lesquels ils se retrouvaient lui manque beaucoup

Son projet professionnel, devenir agriculteur, est remis en question.

Le risque de perdre définitivement sa jambe. En effet, il subit de multiples interventions chirurgicales présentant des risques infectieux. Il le dit...*Les chirurgiens m'ont dit que je risquais l'amputation.*

Dans cette clinique peu ordinaire il existe tout le poids d'un réel mortifère. Dans ce qu'il m'adresse Marc exprime son état subjectif, jusqu'alors pas du tout exprimé. C'est très court mais c'est suffisant pour qu'il sorte d'une position d'objet de soin dans laquelle il s'était assujetti totalement.



XIX/1. RESUME

Alice est une fillette victime d'un accident agricole causé par son père. La culpabilité du père et sa détresse vont être au premier plan. Il dira peu de choses mais va manifester un état d'angoisse associé à l'idée qu'il aurait pu tuer sa fille, un affect de pleurs va s'exprimer et venir le soulager psychologiquement. L'intervention est très courte. Le rétablissement d'Alice va se faire très vite. Malgré les côtes cassées et le visage œdématié, elle va sortir de l'hôpital pour être soignée à domicile.

XIX/2. RECIT DU CAS

Alice est une enfant de 9 ans hospitalisée pour un traumatisme thoracique. A l'arrivée à l'hôpital, elle présente une douleur dorsale, une polypnée (respiration rapide) avec une légère dyspnée (gêne respiratoire), une hypoventilation du champ pulmonaire, un faciès pétéchiial avec hémorragie au niveau du lobe oculaire. La radiographie révèle des fractures costales multiples à droite et une fracture costale gauche. Après multiples examens A. présente un pneumothorax.

L'accident s'est déroulé à la campagne. A. est fille d'agriculteur et aime jouer dans les prés quand son père travaille. Il est 18H30, le père déplace des "balles" de foin avec son tracteur. Ce jour-là il ne fait pas attention et la balle de foin se décroche de la fourche hydraulique et va écraser A. Le père intervient trop tard et libère sa fille qui va présenter une détresse respiratoire.

Le SAMU est appelé et arrive sur les lieux. A. présente une conscience normale sans déficit avec une dyspnée et un faciès cyanotique et œdématié. Il est à signaler une diplopie spontanément résolue. A. est alors acheminée aux Urgences du CHU. L'examen clinique montre une apyrexie. Après le passage aux Urgences Pédiatriques de l'hôpital A. va être transférée dans le service de Chirurgie Pédiatrique pour être soignée. L'équipe soignante prévient le psychologue, elle trouve le père très culpabilisé.

Je rencontre le père dans le service. C'est un homme qui veut rester auprès de sa fille, il se

sent responsable de l'accident et se reproche de ne pas avoir fait attention. Il a le regard plein de larmes qui ne s'écoulent pas. Il dit être rassuré aujourd'hui.

Il me raconte les faits : *"Je conduisais le tracteur et je n'ai rien entendu avec le bruit. La balle est tombée quand je suis passé sous une ligne électrique. J'ai secouru ma fille, elle n'a pas perdu connaissance. L'apprenti a alerté les secours qui sont vite arrivés."*

Le père me dit ceci : *"J'ai vu pleurer ma fille, elle a les côtes cassées, ça aurait pu être plus grave."* Je lui demande de me dire à quoi il pense quand il dit "ça aurait pu être plus grave ?" : *"Elle aurait pu mourir... (Silence)... Je l'ai vue morte..."*

Des larmes se mettent à couler. Le père veut rejoindre sa fille. Il me remercie, il me fait savoir que c'est surtout sa fille qui a besoin d'aide. Je propose de rencontrer Alice dès le lendemain.

Je me présente à son chevet et je lui demande ce qui s'est passé pour elle. C'est une enfant souriante et très sociable, l'équipe soignante l'investit beaucoup. Elle accepte facilement de rester seule avec moi. Elle me fait le récit de l'accident à son tour :

"Au début je voulais jouer... mon père ne m'a pas vue... j'étais derrière, j'étais accroupie, j'ai vu que du rouge et des feux d'artifice... J'ai entendu mon prénom... un peu plus tard je voyais les feuilles des arbres... je voyais le visage de mon papa. Je voyais les personnes comme si elles avaient deux têtes. Ils m'ont mis un masque pour que je respire mieux et après l'hélicoptère est arrivé on m'a fait des piqûres et des prises de sang"... (Silence...)

Comment se passent tes nuits à l'hôpital ? *"C'est mon papa qui reste la nuit et ma maman la journée."*

Et aujourd'hui comment vas-tu ? *"Aujourd'hui ça va beaucoup mieux. Dans l'autre hôpital (service des Urgences) je suis restée une journée."*

Est-ce que tu as mal ? *"Avec les médicaments je n'ai pas mal."*

M. ne peut dire autre chose. L'hospitalisation au final sera de courte durée.

Le père d'Alice est un homme que je rencontre la première fois dans le couloir du service hospitalier. Il m'explique les faits de l'accident de façon concise. Ses yeux se remplissent de larmes à l'évocation de la scène et quand il dit "*elle aurait pu mourir*". Il ne veut pas en dire plus. Il pense plus utile de s'occuper de sa fille.

Dans la brièveté de ce dire avec une larme qui coule se joue quelque chose d'important pour cet homme. Quand il dit "*elle aurait pu mourir... je l'ai vue morte*" il s'autorise à nommer l'idée qu'il a eue quand il a vu sa fille semi consciente. Cette idée insupportable cherche à être refoulée et se déconnecte de l'affect d'angoisse. L'angoisse qui reste active dans le comportement de cet homme qui cherche à occuper la place auprès de sa fille le plus possible. Nous pouvons ici rattacher la manifestation de l'angoisse à la théorie freudienne. Freud en 1933 considère que l'angoisse produit le refoulement et non pas le contraire. Dans ce cas, nous voyons comment cet homme plutôt rugueux a manifesté probablement un état d'anxiété important. Il s'est précipité vers elle pour la secourir. L'idée qu'il a eue au moment où il voit sa fille presque inanimée a été rejetée par le refoulement entraîné par l'angoisse. Nous pouvons citer les propos de Freud à ce sujet :

"Nous avons ce faisant appris deux choses nouvelles : premièrement que c'est l'angoisse qui produit le refoulement et non comme nous le pensions, l'inverse, et qu'une situation pulsionnelle redoutée remonte, au fond, à une situation de danger extérieur."⁵³⁶

Nous pouvons signaler également que c'est dans la rencontre avec cet homme que se produit l'émergence affective discrète associée à des éléments signifiants. Lacan va reformuler les notions aristotéliennes de Tiché et d'automaton. La tiché dans cette situation se définit comme un évanouissement subjectif. C'est tout d'abord une mauvaise rencontre, un instant de pur non sens. Pour cet homme c'est l'accident de sa fille. Ensuite, il se retrouve dans le service hospitalier et il peut se ressaisir facilité peut-être dans la rencontre qu'il a avec moi. C'est une double fonction

⁵³⁶ Freud S., 1933, "Angoisse et vie pulsionnelle" in "Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse", éditions Gallimart, 2002, p122

de la tuché dans laquelle se produisent une "désubjectivation" et une "resubjectivation". La contingence de la rencontre, si brève soit-elle, peut favoriser la réappropriation affective et signifiante d'une situation hors sens commun.

XIX/4. COMMENT S'INSCRIT LE TRAUMA DANS CETTE SITUATION ?

Le trauma est à rechercher du côté du père d'Alice. L'évènement accidentel fait surgir l'idée de mort qui est refoulée mais qui laisse l'angoisse flottante. Cette idée resurgit plus tard quand Alice est à l'hôpital en sécurité. Nous voyons ici la mise en jeu de l'angoisse telle que Freud la décrit dans sa dernière théorie, comme produisant le refoulement.

SIXIEME PARTIE: DISCUSSION



Nous proposons maintenant de mettre à la discussion les hypothèses formulées. Notre démarche hypothétique s'est bâtie à partir de la problématique suivante:

Le trauma se déclenche-t-il à partir d'un énoncé, c'est-à-dire à partir de ce qui peut se dire, ou bien à partir d'une énonciation, c'est-à-dire à partir de l'action de dire.

A partir de cette problématique nous avons pu émettre Les hypothèses Suivantes

Hypothèse générale (HG)

Le vécu traumatique est non proportionnel aux évènements traumatogènes. Si effectivement l'évènement extérieur n'est pas proportionnel, alors nous pouvons en déduire que le trauma a un caractère subjectif

Hypothèse 1 (H1)

A partir de cette déduction sur le "trauma", nous supposons la mise au travail immédiate de l'appareil psychique pour intégrer l'évènement quand celui-ci est hors champ du langage

Hypothèse 2 (H2)

L'évènement intégré au système langagier va se mettre en relation avec un autre trauma plus ancien et activer des processus psychopathologiques.

Hypothèse 3 (H3)

Nous supposons également que l'élaboration du trauma, plutôt que sa symptomatisation, est facilitée d'autant qu'il existe chez chaque sujet une structure fantasmatique élaborée. Nous entendons par fantasme, un scénario imaginaire ou s'exprime un désir inconscient. Pour Freud, le fantasme est un scénario imaginaire où s'exprime de manière plus ou moins déformée, ou déguisée, un désir inconscient. Ces fantasmes, qui peuvent être conscients ou inconscients, sont liés à la sexualité infantile et à la question de l'origine qui se pose pour tout enfant autour du sexuel. Pour Lacan, le fantasme n'est pas une rêverie imaginaire mais une logique, un montage qui oblige l'enfant à prendre en compte la perte corrélative à son entrée dans le monde et dans la parole et à renoncer à être l'objet exclusif de la jouissance maternelle.

Hypothèse 4 (H4)

Nous pensons qu'il est possible dans le travail clinique de repérer des signifiants traumatiques à partir de ce que dit ou écrit un sujet.

Tout d'abord, nous confirmons qu'il n'existe pas de relation entre un événement à forte intensité traumatogène et le vécu des enfants hospitalisés (hypothèse générale). Le choc accidentel supposé être plus fort sur le plan traumatogène que l'annonce progressive d'une maladie grave n'entraîne pas forcément un vécu traumatique chez le sujet lui-même. Les proches, présents lors de l'annonce (traumatisme de type 2) ou de l'accident (traumatisme de type 1) sont tout autant atteints psychologiquement que l'enfant ou l'adolescent concerné. Nous voyons pour les cas Claire, Marc, Alice victimes d'accidents, un trauma présent chez les proches, angoissés ou effrayés. Cependant l'évènement critique a, dans tous les cas rencontrés, une signification mortelle, que ce soit dans l'annonce d'une maladie grave ou dans l'évènement accidentel. Si nous prenons le cas Alexandre, la confrontation au réel de la mort se produit dans l'intervention chirurgicale urgente. Pour Armand, c'est plutôt la mère touchée par l'idée de perdre son enfant, peu après la naissance. Annabelle, dans la séparation avec sa mère, se retrouve dans une solitude mortifère dans laquelle la

maladie cancéreuse s'inscrit. Coralie manifeste des phénomènes de corps et des hallucinations en relation avec une scène où elle voit mourir son grand-père devant ses yeux. Sandra est confrontée à l'anxiété mortelle de son père face au virus HIV. Francine met en jeu une angoisse qu'elle appelle stress, en lien avec l'enfant décédé dont on a fait don de ses yeux à la science. Matéo est confronté dès sa naissance à une maladie héréditaire mortelle qui viendra se colliger avec une scène de frayeur. La figure du monstre rouge, par un processus métaphorique, vient concentrer à la fois la maladie et le personnage de la scène de frayeur. Sébastien, dans sa dépression, répond à l'annonce de sa maladie possiblement mortelle. Alice, Claire et Marc, confrontés à la mort réelle et soudaine dans un accident, vont déclencher des vécus traumatiques chez les proches témoins de l'accident. Nous avons dans les différents cas cliniques la signification mortelle de l'évènement critique. L'hypothèse générale peut être révisée avec la caractéristique mortelle de l'évènement.

Hypothèse1 : Mise au travail de l'appareil psychique immédiat pour rétablir continuité

La seconde hypothèse associée à l'hypothèse générale veut faire valoir la mise au travail immédiat de l'appareil psychique dans le cadre d'un choc. Au regard des différents cas étudiés, nous constatons qu'il existe une réelle détresse péri-traumatique après l'annonce d'une maladie grave, ou encore après l'arrivée d'un évènement grave inattendu.

Alexandre est le seul cas clinique où l'intervention psychologique a pu se faire quelques mois après l'intervention. Alexandre reste dans une forme de sidération où la structure langagière est inopérante à elle seule. Cette position particulière tend à se renforcer, que ce soit à l'école ou en famille. Il faudra beaucoup de temps et de patience pour modifier quelque chose dans l'économie psychique de cet enfant effrayé.

Pour les autres cas, il nous apparaît très clairement une détresse qui se manifeste dans les conduites (cas Matéo) ou dans les affects (cas Sébastien, cas Sandra, cas Alice, Marc, Claire). L'intensité de la détresse est beaucoup plus forte pour les évènements inattendus. La détresse "péri-traumatique" est cependant à nuancer, nous constatons dans certaines situations, paradoxalement, un soulagement du sujet après l'annonce d'une maladie grave, venant en quelque sorte traiter l'angoisse insupportable présente dans la vie du sujet (cas Francine, cas Coralie).

Après l'évènement, l'appareil psychique se met au travail pour réduire la tension psychique. Les flashes perçus, qui semblent des éléments sensoriels, passent rapidement à un autre registre. Ils disparaissent assez vite et se transforment en rêve d'angoisse. C'est là une opération langagière pour réduire l'hétérogénéité du choc. Nous penchons favorablement vers la théorie freudienne du défaut du pare excitation. Rappelons que la théorie du pare excitation proposée par Freud en 1920 sert à expliquer les états psychiques dans lequel l'appareil psychique est pris en défaut. Le pare excitation, fonction régulatrice, ne peut traiter la perception ou la représentation inconciliable avec l'ensemble des représentations.

Chez le père d'Alice, petite fille écrasée par une balle de foin, se met en place un processus traumatique. Le père d'Alice, plutôt angoissé, a refoulé l'idée que sa fille était morte. Cette idée insupportable a été détachée de son affect. C'est un travail psychique où s'opère un refoulement. Ceci se produit dès l'accident. L'idée va revenir à l'esprit du père dès notre rencontre.

Le beau-père de Claire marqué par l'accident, manifeste dans un premier temps un comportement étrange. La réappropriation de la réalité quelques jours après nous indique qu'il existe une mise au travail de l'appareil psychique face à cet évènement inopiné.

La mère de Marc est très angoissée à l'idée que son fils soit handicapé et/ou qu'il se suicide. Cette idée insupportable a été soigneusement mise à l'écart par un travail psychique. La révélation de cette insupportable pensée va déboucher sur une initiative. Nous voyons dans cette situation comment peu après l'accident il existe un début de travail pour résoudre une tension psychique.

Sandra, avec la complicité de son père, va ignorer sa maladie pour se défendre contre un réel mortifère.

Annabelle, concomitamment au divorce de ses parents, va présenter un trouble alimentaire qui va nécessiter des soins.

Pour plusieurs cas cliniques où la temporalité psychique est plus importante, nous repérons la création d'une formation inconsciente.

Matéo, porteur de mucoviscidose, va manifester des rêves d'angoisse et voir apparaître un

monstre rouge. Ce rêve se produit vers l'âge de 6 ans et il dit qu'il lui fait très peur. Il existe la manifestation de phénomène inconscient répétitif. Un travail psychique s'est opéré à l'insu du sujet pour traiter ce qui lui arrive.

Chez Sandra, atteinte par le VIH, la vérité mi-dite de sa maladie s'inscrit psychiquement pour devenir une formation inconsciente. C'est l'apparition d'un rêve étrange où apparaissent des dinosaures : *"J'ai rêvé à des dinosaures qui voulaient me dévorer..."* Le dinosaure est une forme métaphorique qui condense à la fois sa maladie et sa mère. Il existe à travers ce rêve la mise en jeu d'un processus métaphorique.

Coralie, avec son corps qui grossit, "symptomatise" le traumatisme de sa vie. Le décès surprise du grand-père surajoute au mal-être de Coralie, un mal-être supplémentaire. Elle y répond par une forme hallucinée, probablement différente des hallucinations psychotiques.

Pour ces différentes situations (Sandra, Matéo, Coralie) il apparaît une temporalité différente de celles citées précédemment (Alice, Claire, Marc, Alexandre). Dans les situations post immédiates, se repèrent l'affect d'angoisse et le refoulement, l'effroi et la sidération, une réelle détresse péri-traumatique indice d'une mise au travail de l'appareil psychique plus ou moins opérante. Nous allons donc, dans le sens de certains auteurs préconisant l'intervention psychothérapique précoce post traumatique. (Crocq, Briole, Lebigot, Bessoles)

Hypothèse 2 : L'évènement se met en relation avec un autre trauma plus ancien

Nous confirmons, dans le contexte des enfants malades hospitalisés en Pédiatrie Générale ou en Chirurgie Pédiatrique, l'existence d'une relation entre l'évènement et la vie personnelle de chaque malade, et ce quelque soit la fulgurance de l'évènement critique. Il existe cependant des situations limites, exceptionnelles, où l'évènement est mis en suspension en parallèle de la vie psychique. Nous allons dans le sens de Lacan pour dire que c'est la mise en jeu du système perceptif indépendant du système langagier. C'est la forme du trauma vécue dans l'effroi et la sidération.

Nous retrouvons cette forme de trauma chez le beau-père de Claire et chez Alexandre. Le beau-père de Claire, après l'accident, reste dans un mutisme qui impressionne. Il se met en retrait sans

exprimer d'affect. C'est ce qui fait dire à la mère de Claire qu'il est très choqué. Cette position subjective est d'autant plus surprenante que cet homme est agent immobilier. Un métier qui exige un certain rapport à la parole. Il dit avoir des flashes, signe d'un trauma inassimilé.

"Elle n'aurait jamais dû traverser si je n'avais pas été à droite de la route. Je ne dors plus depuis l'accident. Je me réveille toutes les demi-heures... Je vois C. inanimée... (Silence)... C'est ce qui revient en flash."

A quoi avez-vous pensé ?

"J'ai pensé qu'elle était morte... (Monsieur a des larmes)... Je suis quelqu'un qui ne parle pas, pourtant je suis agent immobilier... d'ailleurs c'est bizarre que je vous raconte tout ça."

Chez Alexandre se retrouve une forme d'effroi et de sidération où est mise en suspens sa pensée. Il lui faut un certain temps pour commencer à produire de façon figurative les éléments signifiants de sa vie.

En dehors de ces situations exceptionnelles, nous pensons qu'il existe cependant une relation quasi permanente entre la perception de l'évènement et la vie intime du sujet, dans le contexte des malades pédiatriques ou blessés.

En effet pour le cas Alexandre, l'évènement brutal qui s'inscrit dans sa vie est en relation avec la mort de son père qu'il croit décéder d'une crise cardiaque. Nous apprenons au fil des entretiens qu'il s'agit d'une autre mort. La greffe cardiaque urgente se potentialise avec le décès du père. La sidération de cet enfant face à l'adulte est le résultat de deux évènements traumatiques qui se rencontrent.

Pour Armand, enfant suivi en Pédiatrie Générale, il s'agit plutôt d'un développement contrarié par les thérapeutiques invasives. Nous sommes d'accord avec le point de vue freudien de considérer qu'il existe certains facteurs extérieurs traumatisants sur le développement du processus pulsionnel. Mais le trauma singulier à Armand va s'exprimer à travers des conduites répétitives. Nous abondons dans le sens lacanien pour dire qu'il y a dans la rencontre la mise en jeu à la fois de la répétition (automaton) mais aussi l'arrivée de signifiants nouveaux (tuché).

Chez Annabelle, jeune fille atteinte d'un ostéosarcome, en deçà de la maladie, il apparaît que la

séparation des parents est un trauma difficile à subjectiver. Cette séparation réveille une problématique fantasmatique œdipienne dans laquelle l'accrochage à son propre père se fait mal. Elle se retrouve dans une relation mortifère à sa mère et dans l'impossibilité d'investir son père. Nous avons une relation entre la séparation et la construction fantasmatique en cours d'élaboration.

Pour Coralie, il y a trauma entre le cours de Sciences et vie de la terre où il est question d'hérédité, et son histoire personnelle où se retrouve la mort de son père redoublée par la mort du grand-père.

Chez Sandra, séropositive, dans l'annonce très lente de sa maladie (plusieurs années) et surtout le silence de son père sur celle-ci pendant toute son enfance, se met en place une dimension traumatique qui va pouvoir être prise en considération avec l'acte d'exclusion de la famille dans laquelle elle avait trouvé refuge. Elle se retrouve exclue dès qu'elle annonce à sa belle-famille qu'elle est séropositive. Cette exclusion la fait déprimer et lui fait prendre conscience de la réalité virale dont elle est atteinte. Les visites chez le médecin après la mort de son père réactivent le trauma de son enfance. Elle cherche à dénier sa réalité psychique construite autour d'une tragique histoire familiale.

Matéo, depuis l'annonce de sa maladie chronique déstabilisante pour les parents, va trouver à la fête foraine un élément déclencheur support de ses craintes en l'image du dinosaure. Le monstre rouge qu'il voit et qui l'effraie se relie aux signifiants de sa maladie qu'il reçoit depuis sa naissance. Il y a donc une relation entre la scène de la fête foraine (le monstre rouge) et les signifiants de sa maladie.

Pour Sébastien l'annonce de sa maladie le dévaste psychologiquement. Cette annonce le confronte à l'horreur de sa mort et le renvoie à une problématique plus ancienne autour d'une rivalité avec son père. Après une dépression, il se remet sur pieds avec l'outil informatique dans lequel il pratique des jeux en réseau, et avec un intérêt marqué pour la famille japonaise à travers les lectures des Mangas.

Dans toutes ces situations traumatiques nous confirmons le lien d'un événement subi ou annoncé avec la vie personnelle des sujets. Dans le cas d'accidents ou d'interventions urgentes (cas Alexandre), événement non préparé, nous trouvons une forme de trauma allant plus vers la sidération (cas Claire, Alice...). Néanmoins, cette sidération ne se trouve pas seulement chez le

sujet lui-même comme Alexandre, elle se retrouve aussi chez les proches. La vue d'un évènement pouvant mettre en danger la vie de son enfant peut entraîner un vécu traumatique. Il est d'autant mal vécu qu'il met en jeu la responsabilité même du parent (cas Alice).

Ces considérations sur le trauma nous font pencher vers une interprétation du choc comme résultat d'une rencontre à signification mortelle où justement le recours à la langue pour le sujet fait défaut.

Les énoncés traumatiques progressivement inscrits dans la vie du sujet favorisent l'installation d'une manifestation inconsciente ou des phénomènes de corps : cas Matéo et son monstre rouge, cas Sandra et son rêve sur les dinosaures, cas Coralie et son ventre qui se met à grossir, cas Matéo malmené par les thérapeutiques.

L'annonce favorise le surgissement de l'anxiété chez les proches, et peut venir paradoxalement stopper l'angoisse (cas Francine). L'accident en direct semble favoriser une mise en suspens de la capacité du langage à intégrer l'évènement et fait le terrain probable de la névrose traumatique (cas Alice, Marc, Claire).

Hypothèse 3 : Plus le fantasme est élaboré chez un sujet plus facile est l'élaboration du trauma

Nous avons supposé que le "trauma" psychique peut être d'autant mieux traité qu'il existe chez le sujet une constitution fantasmatique élaborée. Plus le sujet dispose d'une capacité fantasmatique, plus l'évènement traumatique va trouver à être intégré dans la vie psychique du sujet.

Si nous prenons le cas Alexandre, la vie fantasmatique de cet enfant semble désert. Il reste présent avec son regard. Nous pouvons trouver, dans la lente élaboration qu'il fait, une position imaginaire où existe la prégnance du miroir (deux personnages symétriques face à face).

Alexandre dessine sur une feuille quadrillée deux personnages géométriques et symétriques qui se regardent. Je n'obtiens aucune précision. Il les a confectionnés chez lui et a voulu me les emmener. Par ailleurs j'apprends qu'il joue beaucoup à la console de jeu à San

Andréas. C'est un jeu vidéo où se combattent les forces de police et les terroristes. C'est un jeu avec lequel il occupe ses journées en dehors de l'école.

Par la suite, arrive sa nomination. Il écrit son prénom et symbolise une tristesse à travers les pleurs du nuage. C'est un progrès psychique auquel nous assistons ici qui va lui permettre de subjectiver le traumatisme de sa vie dans un dessin où il est possible de le reconnaître gravir une montagne.

Sébastien, dans le rapport fantasmatique qu'il entretient à son père, reste sur une position où le conflit s'élabore peu dans un premier temps. Ce sera après sa rechute, où il va découvrir dans la lecture de "Dunes", célèbre roman écrit par Franck Herbert en 1965, une réalité romanesque fictive, une façon d'élaborer un savoir sur le mal-être qu'il rencontre.

Annabelle, après la séparation bruyante de ses parents, va exprimer un trouble alimentaire. Le recours au fantasme pour élaborer cette séparation parentale est difficile. Plus tard, dans la maladie qu'elle vit, elle me livrera sa difficulté œdipienne à se rattacher au complexe paternel. Elle trouve chez son père une position qui l'inquiète et la fait renoncer, pour se retrouver enfermée côté maternel sans recours au fantasme et sans création symptomatique avec une maladie mortelle.

Dans la névrose, le trauma est l'ensemble d'éléments combinés qui se traduisent dans un symptôme que le sujet décidera ou non d'élucider : cas de Coralie.

L'évènement est d'autant mieux assimilé qu'il existe une structure de langage apte à accueillir l'insensé.

Hypothèse 4 : Le signifié traumatique à partir des signifiants ?

Nous avons proposé dans l'hypothèse 3, la possibilité de recueillir des éléments traumatiques à partir du discours écrit ou oral des enfants ou adolescents rencontrés.

Alexandre fait surgir à partir de son appareil du pendu (le jeu du pendu), les signifiants traumatiques de l'hôpital où il a été opéré et qu'il ne prononce jamais : "Téléphone", "Nom de l'hôpital", "Prise".

Il existe des signifiés qu'il est possible de faire surgir (cas Matéo avec le monstre rouge).

Armand va prononcer une phrase très étonnante : *"Me rappelle quand étais bébé, ai cassé ma locomotive"*. Ce "dit" surprenant et nouveau me semble représenter l'énoncé d'un évènement traumatique. Ils seront à l'origine de progrès très significatifs.

Francine, quant à elle, est une jeune fille angoissée ; le récit de l'enfant décédé et qui a fait don de ses yeux à la science est le motif inconscient dont Francine souffre. C'est un récit très surprenant qui vient expliquer pourquoi Francine se dit "stressée". C'est en somme le produit du travail psychique de Francine et de sa maman.

Chez Matéo, c'est l'élément du cauchemar identifié comme monstre rouge et qui fait très peur, qui représente le produit d'un travail psychique. Derrière ce monstre se cache sa maladie grave mortelle et le récit d'une visite à la fête foraine où il rencontre dans un manège le monstre (Train fantôme).

CONCLUSION

Pour conclure nous avons voulu dans un premier temps répondre à une question souvent abordée dans la partie théorique de savoir si le trauma est inéluctable et utile à la vie psychique. Dans un second temps nous ferons tout d'abord une synthèse de cette recherche en reprenant les principaux résultats. Ensuite nous tenterons de percevoir ce que, une telle recherche implique, en quoi elle est originale et quelles en sont les pistes futures.

Tout au long de ce travail de recherche est restée en filigrane cette question de savoir si le trauma est une nécessité pour la vie psychique. C'est une question antinomique. En effet, comment peut-on concevoir le trauma comme quelque chose d'essentiel pour la vie psychique, un structurant indispensable à la vie. Le traumatisme est par essence une affliction, une épreuve qui cause une profonde douleur. Pourtant, à la lecture de Freud et de Lacan, nous découvrons l'existence d'un trauma inaugural à la vie psychique, un trauma fondamental qui constitue la vie psychique. Pour la plupart des cas étudiés nous avons mis en relation un évènement de la vie avec l'histoire personnelle problématique. La souffrance psychique subjective peu élaborée se met en tension avec un évènement de la vie (catastrophe, annonce, accident...). Par contre, les éléments accidentels effrayants, impréparés, se mettent en suspension à coté de la vie psychique, en attente, sous forme d'image traumatique, pour être pris en charge dans un second temps par le système langagier (les cauchemars, le récit, l'écrit). Les éléments traumatiques annoncés, préparés dans l'anxiété, se mettent eux en relation directe avec les associations langagières. Le processus traumatique se met à l'œuvre en détachant certaines représentations de leur affect d'angoisse. Ces représentations restent actives et tendent à réapparaître à la conscience. La fonction du sur-moi se met alors en jeu pour maintenir ces représentations traumatiques hors conscience.

A la question de savoir si le trauma est nécessaire à la vie psychique, nous pouvons penser que l'évènement secondaire critique peut venir révéler au sujet une vérité qui le concerne. Bien sûr, il n'est pas nécessaire que ce soit un évènement à forte connotation mortelle. Nous avons dans notre texte mis l'accent sur l'évènement potentiellement mortel, mais il est certainement possible de trouver à partir d'interrogatoires des évènements traumatiques quelconques, ordinaires. Cet aspect de l'agent traumatique nous indiquerait la valeur relative du trauma, et son côté fataliste. Cet aspect

irréversible ne veut pas dire que le trauma en tant que mauvaise rencontre est à favoriser. Cela signifie plutôt que cette mauvaise rencontre est inéluctable et qu'elle peut se produire dans les milieux les plus sécurisés au monde. Pour démêler l'écheveau, disons avec Freud⁵³⁷ qu'il est possible de distinguer le caractère traumatique de la sexualité dans la vie fantasmatique et le traumatisme d'un événement extérieur en relation avec la mort et qui vient surprendre le sujet, sans possibilité de représentation. L'évènement en lui-même n'est pas traumatogène. Il le devient dans la rencontre avec le sujet quand il révèle au sujet ce que Dominique Vallet⁵³⁸ appelle un savoir interdit.

Pour répondre à la question de savoir si le trauma a des propriétés constitutives de la vie psychique, nous pouvons dire qu'il existe une part traumatique pour chaque être humain. Cette dimension traumatique assimilable à un objet perdu psychiquement, va élever le sujet vers un destin singulier et socialement utile, ou au contraire vers une dimension mortifère destructurante ou ce que Freud appelle le "trauma négatif"⁵³⁹. Dans les services de médecine pédiatrique, nous trouvons davantage des traumas en relation avec la mort, l'anéantissement. Le lien à la sexualité est davantage présent dans les cas de maltraitance, non étudiés dans cette thèse. Les événements de mort annoncés ou vécus n'ont semble-t-il pas la même portée. Les annonces sont généralement attendues dans la crainte. Le sujet malade et ses proches se préparent à la mauvaise nouvelle. L'effet traumatique sollicite davantage l'angoisse. Dans les situations plus improvisées, les sujets et leurs proches sont sollicités davantage dans l'effroi, l'effroi venant bloquer le fonctionnement langagier.

Après avoir tenté de répondre à notre question initiale nous allons construire maintenant une synthèse de nos travaux ; nous reprendrons pour cela les éléments ayant constitué la discussion de notre thèse et qui représente au fond les réponses aux hypothèses formulées.

⁵³⁷ Freud S., 1920, "Au-delà du principe de plaisir", in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1981

⁵³⁸ Vallet D., "Logiques subjectives du traumatisme psychique", in Revue psychologie clinique, n°24, 2008, p127

⁵³⁹ Freud S., 1938, "L'Homme Moïse et la religion monothéisme", Folio, essais, 257, 247p

Nous pouvons en fin de compte décrire deux situations traumatiques. Celle où l'évènement extérieur est intégré par le système de la perception mais n'est pas assimilé par le système du langage. Et celle où l'agent traumatique vient s'associer avec des éléments de la vie personnelle d'un être humain. Dans le premier cas de figure nous avons les ingrédients de la névrose traumatique. Dans le second cas nous avons plutôt la mise en jeu plus spécifique du trauma psychique avec comme conséquence l'émergence d'un symptôme. Ce second cas nous intéresse car il révèle finalement une activité inconsciente à l'œuvre dans le rapport qu'un sujet entretient à sa vie. Nous comprenons mieux alors, pourquoi certains évènements peuvent être utiles à la vie humaine. L'actualité fait la part belle au traumatisme. Il devient même un problème de santé publique face aux catastrophes sociales et naturelles. Cependant cette réalité du traumatisme ne reflète pas la réalité psychopathologique du trauma comme nous l'indique très clairement François Sauvagnat⁵⁴⁰ dans son article. Il considère que la prudence freudienne ne reçoit pas l'attention qu'elle mérite en matière de trauma. En matière de recherche et pour le champ qui nous intéresse, c'est-à-dire celui de la médecine pédiatrique et chirurgie infantile, il existe de nombreux travaux que nous avons articulés concernant la néonatalogie. Nous avons pu mettre en évidence la référence au trauma dans l'interprétation des troubles liés à la toute petite enfance ; l'importance du vécu parental dans les perturbations des liens précoces. A travers les travaux de Roselyne Carmoy, nous avons mis en évidence l'impact psychologique que peut avoir une opération chirurgicale. Nous avons constaté une carence de la recherche scientifique en matière de trauma dans le champ de la médecine pédiatrique générale et chirurgie infantile. A partir de là, nous avons voulu apporter notre contribution à la psychopathologie du trauma à partir de notre expérience clinique des services de pédiatrie générale et de chirurgie pédiatrique. Cette thèse est donc une contribution à la psychopathologie du "trauma". Nous avons considéré qu'il était possible de généraliser la clinique du trauma dans les services de pédiatrie générale et de chirurgie pédiatrique. La clinique de l'effroi est à situer plutôt dans le cadre d'évènements inattendus (accidents de la route, accidents agricoles, accidents domestiques). La clinique de l'angoisse est à situer plutôt dans les services de pédiatrie. Cette clinique différentielle a été démontrée, à partir des cas cliniques

⁵⁴⁰ Sauvagnat F., "Présentation : l'ambiguïté du trauma" in Psychologie clinique, p 7-16, l'Harmattan, 2007

présentés. Ceci permet d'établir d'autres repères psychopathologiques pour la prise en charge des malades. En effet, il y a lieu de prendre en compte dans le service de chirurgie pédiatrique le traumatisme avec effroi qui atteint généralement les témoins de l'accident. Il est d'autant plus aigu qu'il met en jeu la responsabilité du parent. Les accidents agricoles ou domestiques sont aussi très évocateurs d'un trauma d'effroi. De plus dans les différents cas rencontrés, le passage d'un état de sidération à un état de continuité dans la vie psychique se signale par la survenue d'un affect, généralement d'angoisse ou de pleurs. En ce qui concerne la médecine pédiatrique et le facteur traumatisant, ils sont généralement induits par une parole d'annonce diagnostique attendue dans l'anxiété ou encore par certaines circonstances de la vie (la séparation des parents, la perte d'un proche...etc.). Les cas cliniques présentés aussi diversifiés soient-ils ne permettent pas d'apprécier très clairement l'effroi et la sidération mais plutôt un état d'angoisse et de culpabilité. La parole n'est pas suspendue, elle ne s'interrompt pas. Elle se poursuit dans les innombrables questions que les parents peuvent poser pour tenter de maîtriser l'évènement annoncé. Nous pouvons apprécier à travers les cas cliniques présentés le trauma psychique. Nous avons tenté de mettre en lumière la disproportion entre l'évènement et le vécu psychique. Les cas de chirurgie pédiatrique (accidents de la route, accidents de la vie courante), où nous trouvons un évènement à forte capacité traumatogène, nous ne trouvons pas forcément une composante traumatique personnelle mais plutôt à situer chez les proches. Nous avons vu pour les cas Claire, Marc, Alice victimes d'accidents, un "trauma" présent chez les proches, angoissés ou effrayés. Dans tous les cas rencontrés, l'évènement a une caractéristique mortelle, que ce soit dans l'annonce d'une maladie grave ou dans l'évènement accidentel. Ensuite nous avons trouvé l'existence d'un lien entre l'évènement et la vie personnelle des malades, blessés ou témoins. Cependant certains évènements restent en suspension, en attente d'être traités par les processus langagiers. L'image traumatique est ce dont témoignent les patients accueillis dans le service de chirurgie. Image traumatique qui se transforme dès que les rêves d'angoisse apparaissent. En dehors de ces situations exceptionnelles, nous pensons qu'il existe donc une relation quasi permanente entre la perception de l'évènement et la vie intime du sujet, dans le contexte des malades pédiatriques ou blessés. Pour Armand, enfant suivi en Pédiatrie Générale, il s'agit plutôt d'un développement contrarié par les thérapeutiques invasives. La thérapeutique vient perturber le processus pulsionnel. Chez Annabelle, jeune fille atteinte d'un ostéosarcome, en deçà de la maladie, l'évènement en question est la séparation des parents qui vient se télescoper avec sa construction fantasmatique. Pour Coralie, il y a trauma entre

le cours de Sciences et vie de la terre où il est question d'hérédité, et son histoire personnelle où se retrouve la mort de son père redoublée par la mort du grand-père. Chez Sandra, séropositive, dans l'annonce très lente de sa maladie (plusieurs années) et surtout le silence de son père, ce sont les visites chez le médecin qui réactivent le trauma de son enfance. Elle cherche à dénier sa réalité psychique construite autour d'une tragique histoire familiale. Matéo, depuis l'annonce de sa maladie chronique déstabilisante pour les parents, va trouver à la fête foraine un élément déclencheur support de ses craintes en l'image du dinosaure. Le monstre rouge qu'il voit et qui l'effraie se relie aux signifiants de sa maladie qu'il reçoit depuis sa naissance. Il y a donc une relation entre la scène de la fête foraine (le monstre rouge) et les signifiants de sa maladie. Pour Sébastien l'annonce de sa maladie le dévaste psychiquement. Cette annonce le confronte à l'horreur de sa mort et le renvoie à une problématique plus ancienne autour d'une rivalité avec son père. Après une dépression, il se remet sur pieds avec l'outil informatique dans lequel il pratique des jeux en réseau, et avec un intérêt marqué pour la famille japonaise à travers les lectures des Mangas. Dans toutes ces situations traumatiques nous confirmons le lien d'un évènement subi ou annoncé avec la vie personnelle des sujets. Dans le cas d'accidents ou d'interventions urgentes (cas Alexandre), évènement non préparé, nous trouvons une forme de trauma allant plus vers la sidération (cas Claire, Alice...). Néanmoins, cette sidération ne se trouve pas seulement chez le sujet lui-même comme Alexandre, elle se retrouve aussi chez les proches. La vue d'un évènement pouvant mettre en danger la vie de son enfant peut entraîner un vécu traumatique. Il est d'autant mal vécu qu'il met en jeu la responsabilité même du parent dans l'accident (cas Alice). Ces considérations sur le trauma nous font pencher vers une interprétation du choc comme résultat d'une rencontre à signification mortelle où justement le recours à la langue pour le sujet fait défaut. Les énoncés traumatiques progressivement inscrits dans la vie du sujet favorisent l'installation d'une manifestation inconsciente ou des phénomènes de corps : cas Matéo et son monstre rouge, cas Sandra et son rêve sur les dinosaures, cas Coralie et son ventre qui se met à grossir, cas Matéo malmené par les thérapeutiques. L'annonce favorise le surgissement de l'anxiété chez les proches, et peut venir paradoxalement stopper l'angoisse (cas Francine). L'accident en direct semble favoriser une mise en suspens de la capacité du langage à intégrer l'évènement et fait le terrain probable de la névrose traumatique (cas Alice, Marc, Claire).

La seconde hypothèse (H1) associée à l'hypothèse générale veut faire valoir la mise au travail précoce de l'appareil psychique dans le cadre d'un choc. Au regard des différents cas étudiés, nous constatons qu'il existe une réelle détresse péri-traumatique après l'annonce d'une maladie grave, ou encore après l'arrivée d'un évènement grave inattendu. Alexandre est le seul cas clinique où l'intervention psychologique a pu se faire quelques mois après l'intervention. Alexandre reste dans une forme de sidération où la structure langagière est inopérante à elle seule. Cette position particulière tend à se renforcer, que ce soit à l'école ou en famille. Il faudra beaucoup de temps et de patience pour modifier quelque chose dans l'économie psychique de cet enfant effrayé. Pour les autres cas, il nous apparaît très clairement une détresse qui se manifeste dans les conduites (cas Matéo) ou dans les affects (cas Sébastien, cas Sandra, cas Alice, Marc, Claire). L'intensité de la détresse est beaucoup plus forte pour les évènements inattendus. La détresse "péri-traumatique" est cependant à nuancer, nous constatons dans certaines situations, paradoxalement, un soulagement du sujet après l'annonce d'une maladie grave, venant en quelque sorte traiter l'angoisse insupportable présente dans la vie du sujet (cas Francine, cas Coralie). Après l'évènement, l'appareil psychique se met au travail pour réduire la tension psychique. Les flashes perçus, qui semblent des éléments sensoriels, passent rapidement à un autre registre. Ils disparaissent assez vite et se transforment en rêve d'angoisse. C'est là une opération langagière pour réduire l'hétérogénéité du choc. Nous penchons favorablement vers la théorie freudienne du défaut du pare excitation. Rappelons que la théorie du pare excitation proposée par Freud en 1920 sert à expliquer les états psychiques dans lequel l'appareil psychique est pris en défaut. Le pare excitation, fonction régulatrice, ne peut traiter la perception ou la représentation inconciliable avec l'ensemble des représentations. Chez le père d'Alice, petite fille écrasée par une balle de foin, se met en place un processus traumatique. Le père d'Alice, plutôt angoissé, a refoulé l'idée que sa fille était morte. Cette idée insupportable a été détachée de son affect. C'est un travail psychique où s'opère un refoulement. Ceci se produit dès l'accident. L'idée va revenir à l'esprit du père dès notre rencontre. Le beau-père de Claire marqué par l'accident, manifeste dans un premier temps un comportement étrange. La réappropriation de la réalité quelques jours après nous indique qu'il existe une mise au travail de l'appareil psychique face à cet évènement inopiné. La mère de Marc est très angoissée à l'idée que son fils soit handicapé et/ou qu'il se suicide. Cette idée insupportable a été soigneusement mise à l'écart par un travail psychique. La révélation de cette insupportable pensée va déboucher sur une initiative. Nous voyons dans cette situation comment peu après

l'accident il existe un début de travail pour résoudre une tension psychique. Sandra, avec la complicité de son père, va ignorer sa maladie pour se défendre contre un réel mortifère. Annabelle, concomitamment au divorce de ses parents, va présenter un trouble alimentaire qui va nécessiter des soins. Pour plusieurs cas cliniques où la temporalité psychique est plus importante, nous repérons la création d'une formation inconsciente. Matéo, porteur de mucoviscidose, va manifester des rêves d'angoisse et voir apparaître un monstre rouge. Ce rêve se produit vers l'âge de 6 ans et il dit qu'il lui fait très peur. Il existe la manifestation de phénomène inconscient répétitif. Un travail psychique s'est opéré à l'insu du sujet pour traiter ce qui lui arrive. Chez Sandra, atteinte par le VIH, la vérité mi-dite de sa maladie s'inscrit psychiquement pour devenir une formation inconsciente. C'est l'apparition d'un rêve étrange où apparaissent des dinosaures : *"J'ai rêvé à des dinosaures qui voulaient me dévorer..."* Le dinosaure est une forme métaphorique qui condense à la fois sa maladie et sa mère. Il existe à travers ce rêve la mise en jeu d'un processus métaphorique. Coralie, avec son corps qui grossit, "symptomatise" le traumatisme de sa vie. Le décès surprise du grand-père surajoute au mal-être de Coralie, un mal-être supplémentaire. Elle y répond par une forme hallucinée, probablement différente des hallucinations psychotiques. Pour ces différentes situations (Sandra, Matéo, Coralie) il apparaît une temporalité différente de celles citées précédemment (Alice, Claire, Marc, Alexandre). Dans les situations post immédiates, se repèrent l'affect d'angoisse et le refoulement, l'effroi et la sidération. Il existe une réelle détresse péri-traumatique indice d'une mise au travail de l'appareil psychique plus ou moins opérante.

Dans une autre hypothèse (H3), nous avons supposé que le "trauma" psychique peut être d'autant mieux traité qu'il existe chez le sujet une constitution fantasmatique élaborée. Plus le sujet dispose d'une capacité fantasmatique, plus l'évènement traumatique va trouver à être intégré dans la vie psychique du sujet. Si nous prenons le cas Alexandre, la vie fantasmatique de cet enfant semble désert. Il reste présent avec son regard. Nous pouvons trouver, dans la lente élaboration qu'il fait, une position imaginaire où existe la prégnance du miroir (deux personnages symétriques face à face). Alexandre dessine sur une feuille quadrillée deux personnages géométriques et symétriques qui se regardent. Je n'obtiens aucune précision. Il les a confectionnés chez lui et a voulu me les emmener. Par ailleurs j'apprends qu'il joue beaucoup à la console de jeu à San Andréas. C'est un jeu vidéo où se combattent les forces de police et les terroristes. C'est un jeu

avec lequel il occupe ses journées en dehors de l'école. Par la suite, arrive sa nomination. Il écrit son prénom et symbolise une tristesse à travers les pleurs du nuage. C'est un progrès psychique auquel nous assistons ici qui va lui permettre de subjectiver le traumatisme de sa vie dans un dessin où il est possible de le reconnaître gravir une montagne. Sébastien, dans le rapport fantasmatique qu'il entretient à son père, reste sur une position où le conflit s'élabore peu dans un premier temps. Ce sera après sa rechute, où il va découvrir dans la lecture de "Dunes", célèbre roman écrit par Franck Herbert en 1965, une réalité romanesque fictive, une façon d'élaborer un savoir sur le maître qu'il rencontre. Annabelle, après la séparation bruyante de ses parents, va exprimer un trouble alimentaire. Le recours au fantasme pour élaborer cette séparation parentale est difficile. Plus tard, dans la maladie qu'elle vit, elle me livrera sa difficulté œdipienne à se rattacher au complexe paternel. Elle trouve chez son père une position qui l'inquiète et la fait renoncer, pour se retrouver enfermée côté maternel sans recours au fantasme et sans création symptomatique avec une maladie mortelle. Dans la névrose, le trauma est l'ensemble d'éléments combinés qui se traduisent dans un symptôme que le sujet décidera ou non d'élucider : cas de Coralie. L'évènement est d'autant mieux assimilé qu'il existe une structure de langage apte à accueillir l'insensé. Nous avons proposé dans une autre hypothèse la possibilité de recueillir des éléments traumatiques à partir du discours écrit ou oral des enfants ou adolescents rencontrés. Alexandre fait surgir à partir de son appareil du pendu (le jeu du pendu), les signifiants traumatiques de l'hôpital où il a été opéré et qu'il ne prononce jamais : "Téléphone", "Nom de l'hôpital", "Prise". Il existe des signifiés qu'il est possible de faire surgir (cas Matéo avec le monstre rouge). Armand va prononcer une phrase très étonnante : *"Me rappelle quand étais bébé, ai cassé ma locomotive"*. Ce "dit" surprenant et nouveau me semble représenter l'énoncé d'un évènement traumatique. Ils seront à l'origine de progrès très significatifs. Francine, quant à elle, est une jeune fille angoissée ; le récit de l'enfant décédé et qui a fait don de ses yeux à la science est le motif inconscient dont Francine souffre. C'est un récit très surprenant qui vient expliquer pourquoi Francine se dit "stressée". C'est en somme le produit du travail psychique de Francine et de sa maman. Chez Matéo, c'est l'élément du cauchemar identifié comme monstre rouge et qui fait très peur, qui représente le produit d'un travail psychique. Derrière ce monstre se cache sa maladie grave mortelle et le récit d'une visite à la fête foraine où il rencontre dans un manège le monstre (Train fantôme).

Après la synthèse de cette étude nous pouvons nous demander ce qu'implique cette recherche.

D'un point de vue théorique, il nous apparaît que l'évènement inhumain tel un accident de la route induit davantage un trauma sans angoisse. L'évènement de langage produit par un être humain (professionnels, parents, proches, camarades...) crée davantage un trauma où le signal de l'angoisse est sollicité. A travers les différents cas rencontrés, hormis les cas cliniques de sidération liée à l'évènement potentiellement mortel et imprévisible, il apparaît que les différents types de maladies rencontrés en service de pédiatrie mettent en jeu l'énonciation. En effet chez Armand nous trouvons une thérapeutique invasive ne facilitant pas le développement du processus pulsionnel. Il y a une interprétation du trouble seulement en terme organique et donc rééducative. La manière de répondre au problème peut devenir traumatique pour un sujet dans son développement. Annabelle se retrouve, elle, face à un vide laissé par la séparation de ses parents. C'est une énonciation côté maternel en terme de passage à l'acte. La mère part sans dire un mot. Avec Coralie, Sandra, c'est toute l'énonciation de leur vie traumatique en termes de non-dit qui semble favoriser le processus traumatique. C'est donc plutôt ce qu'on ne dit pas qui est traumatique. En ce qui concerne Francine, il y a par contre l'existence d'un énoncé horrible qui va s'inscrire dans sa vie et devenir la cause d'une angoisse existentielle. Ce qui a été dit une fois, va être oublié et rester actif. Dans ce cas nous penchons plutôt vers la théorie freudienne de l'énoncé.

D'un point de vue pratique, les résultats obtenus impliquent la prise en compte de l'existence d'une réalité psychique qui vient consonner avec un évènement vécu dans la vie ordinaire ou extraordinaire (accidents, intervention chirurgicale urgente, annonce maladie grave...).

Deux possibilités :

- Soit l'évènement reste sur un mode perçu, et revient de façon intacte sous forme de flash. Dans ce cas où l'évènement est perçu sans être inclus dans le système des associations langagières, la démarche psychothérapeutique vise à faire entrer l'élément hors langage dans le champ du langage. L'élément insensé exclu doit pouvoir être accueilli dans la vie psychique pour y être

domestiqué.

- Soit l'évènement est inclus dans la vie psychique, son vécu se potentialise avec un autre élément psychique. Le vécu de l'évènement actuel réactive le vécu d'un évènement plus ancien. Dans le cas où l'évènement est inclus dans la vie psychique, l'idée qui s'y rattache est souvent détachée de son affect d'angoisse pour être refoulée, déniée ou isolée. La démarche psychothérapeutique vise à faire émerger cette idée, ou ce vécu, pour qu'il se rattache de nouveau à son affect de départ.

Enfin, après avoir tenté de voir ce qu'implique cette recherche nous pouvons essayer d'en cerner son originalité sa limite et ses prolongements futurs.

Cette recherche est originale à se situer sur le champ pédiatrique (chirurgie pédiatrique et médecine pédiatrique générale). L'exploration du trauma qu'il est possible de faire dans ce milieu nous indique qu'il existe des formes de "trauma" en dehors des catastrophes sociales ou naturelles. Il est possible de généraliser la problématique du "trauma" à l'intérieur de l'hôpital public et plus précisément chez les enfants malades et/ou blessés.

Ce travail trouve ses limites. Le temps d'hospitalisation relativement court de certains sujets blessés et hospitalisés en Chirurgie Pédiatrique ne permet pas de faire une étude longitudinale du trauma psychique. Nous pensons cependant que dans le cas de "trauma" sollicitant l'effroi et des mécanismes perceptifs, nous avons généralement une évolution vers un trauma psychique plus classique. L'appareil psychique et plus particulièrement le système langagier se met en charge de résoudre le choc.

Dans l'avenir il serait intéressant d'étudier de plus près le traitement par le sujet lui-même de ce vécu traumatique. Selon que le sujet est dans un registre de névrose, psychose ou perversion, il y a sans doute une modalité de traitement différente. Le traitement psychique de l'évènement peut être selon la structure psychique refoulé, dénié, rejeté. Il serait pertinent d'étudier également le processus sublimatoire permettant le passage d'un état traumatique pathologique à un état où le trauma conditionne la vie sociale d'un sujet (cas Francine). C'est ce que Freud appelle le trauma positif. Certaines lectures de roman peuvent venir apporter un savoir à partir d'une souffrance

réelle (cas Sébastien). La capacité de lire peut-elle aider au dénouement du "trauma" ? Si l'angoisse selon Freud est définie comme un signal, existe-t-il un autre signal pour la névrose traumatique, et quel est-il ? Le "trauma" a été vu sous l'angle de la maladie ou de la blessure, il serait intéressant d'y ajouter l'étude du trauma à partir de la maltraitance. Les enfants maltraités se retrouvent dans les services hospitaliers. La maltraitance physique ou sexuelle entraîne-t-elle obligatoirement un processus traumatique ?

Dans cette thèse n'a pas été abordée la question de l'hallucinoire pouvant venir porter secours dans des situations extrêmes et traumatiques, tel que que le professeur Pascal Le Maléfan⁵⁴¹ a pu l'aborder. Il serait intéressant de développer cette conception sur l'hallucination non plus en terme de phénomène élémentaire psychotique mais plutôt comme un processus de survivance dans des situations extrêmes, tel a pu l'être l'expérience d'Aron Ralston, relatée et analysée par Le Maléfan . Dans notre contexte pédiatrique d'étude il serait intéressant d'étudier justement la mort imminente de l'enfant et son recours aux hallucinations.

Professeur Pascal Le Malefan est professeur de psychopathologie à l'université de Rouen. Il s'intéresse aux expériences traumatiques extrêmes et au recours psychiques possible.

⁵⁴¹ Le Malefan P., « La mort imminente et l'hallucinoire salutaire » clinique du deuil de soi anticipé, Etudes sur la mort, 2010, n°137, p167-178.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM, K., "De la signification des traumatismes sexuels dans l'enfance pour la symptomatologie de la démence précoce", (1907), in *Œuvres Complètes-I. Rêves et Mythes*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1977

ABRAHAM, K., "Les traumatismes sexuels comme forme d'activité sexuelle infantile", (1907), in *Œuvres Complètes-I. Rêves et Mythe*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1977, 24-35

ABRAHAM, N., TOROK, M. (1978) "L'écorce et le noyau" Ed. Poche 1999.

AINSWORTH, M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S., "Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation, Erlbaum, Hillsdale, 1978.

ALVAREZ, L., "L'ombre des traumatismes périnataux sur les premiers liens", *La psychiatrie de l'enfant*, 2010/2 vol 53, p 609-638, 32, 350-354

ALVIN, P., "L'adolescent et sa compliance au traitement", *Enfances & Psy*, n°25, p. 46-51, 2004.

ANSERMET, F., "Le traumatisme psychique chez l'enfant", in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1991, 190 p

ANSERMET, F., "*Clinique de l'origine*", Edition Payot, Lausanne p 42, 1999

ANZIEU, D., « Les signifiants formels et le Moi peau », in les enveloppes psychiques (ouvrage collectif), Dunod, coll. « inconscient et culture », Paris, 1-22, 1987.

ARDAIN, A., { XE "ARDAIN, A.," } Colloque "*Férenczy après Lacan*", 2006.

ARIES, P., (1960) « L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime », Paris Plon, reed, Le point histoire, 1975

ASTIER, M., "Note sur le traumatisme", publié sur le site de l'Ecole de la cause freudienne, 11/07/2009

ASHER, R. « Münchhausen syndrome » *Lancet*, 1,1951, 339-341.

ATTIE, J. "Traumatisme et savoir", in *Deux écrits sur le traumatisme*, publié sur le site de l'Ecole de la cause freudienne, 18/12/2010

AUBRY, J. "Etudes cliniques", 1952-1986, Denoël, 2003

AUSLOOS, G. "La compétence des familles", *Temps chaos processus, Erès Relations*, Toulouse, 1995

BABINSKI, J. « démembrement de l'hystérie traditionnelle, pithiatisme » Paris, imprimerie de la semaine médicale, 1909, p 12 (document trouvé sur internet)

BAYLE, G. "Traumatismes et clivages fonctionnels", in *Conférence en ligne, Société psychanalytique de Paris*, 2002.

BAILLY, L. "Les traumatismes de l'enfant", in *Les traumatismes psychiques*, De Clercq Lebigot Eds, Masson Paris, 2001.

BALINT, M. (1965a) in *Amour primaire et technique psychanalytique*, Payot, Paris, 1972.

BALINT, M. (1968a), "Le défaut fondamental", *Aspects thérapeutiques de la régression*, Paris, Payot, 2004.

BARROIS, C. "Troubles psychiques durant la guerre russo-japonaise de 1914-1915", in *Les Annales Médico-Psychologiques*, vol 151, n°3, p276-280, 1993

BAUDIER, F., PALLICOT, A M. "La prévention des accidents domestiques" édité par le comité Français d'éducation pour la santé, 1992.

BECKER, RDC. "L'opération dans le vécu de l'enfant", première partie : "L'enfant et la réalité de l'intervention", *Hexagone "Roche"*, 7, 7, Bâle, supplément, p 2-4, 1979

- BELIK, J. "Fetal and neonatal effects of maternal drug treatment for depression" in *Semin perinatol*, 2008
- BENSOUSSAN, P. « L'annonce faite aux parents », *neuropsychiatrie de l'enfance*, 1989, 37, 429-440.
- BERNHEIM, H. (1884), "De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille", Paris, Harmattan 2004. (Isbn 2747556239)
- BESSIS, F., FREY, N. "Psychisme et cancer" in *Le coq Héron*, 2005
- BESSELES, P. « L'intervention psychothérapique précoce post traumatique » in *Psychologie clinique* N°24, L'Harmattan, 237-249, 2008.
- BIERMAN, G. "L'accident de la circulation dans le vécu de l'enfant", *Hexagone "Roche"*, 7,6, Bâle p18-24, seconde partie, 1979
- BLUM, H. "Le petit Hans : une critique et remise en cause centenaire", in *Topique*, p 135-148, 2007
- BOKANOWSKY, T. "Sandor Férenczi, Psychanalyste d'aujourd'hui", PUF, 128 p, 1997
- BOKANOWSKY, T. "Variation sur le concept de traumatisme : traumatisme, traumatique, trauma" in *Revue Française de psychanalyse*, 3/2005
- BOWLBY, J. (1969): *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, London.
- BOLWBY, J. « Attachement et perte » (3 volumes) PUF, coll « Le fil rouge », 1978.
- BRAUNER, A. et BRAUNER, F., "L'accueil des enfants survivants", *Cahier du groupement des recherches pratiques pour l'enfance*, Paris, 1994
- BRIOLE, G. LEBIGOT, J.F., LAFONT, B., FAURE, J.D., VALLET, D., "Le traumatisme psychique : rencontre et devenir", Masson, Paris, 1994, p 197.

BRIOLE, G. "L'événement traumatique" in *Mental* p 105, 1995

BRIOLE, G. 1997. « Honte et traumatisme », *Quarto* n° 63, *Revue de la cause freudienne/ACF Belgique*, Ed. Seuil-Agalma.

BROUILLET, A. (1887), "Une leçon clinique à la Salpêtrière", tableau

BRUN, D. "L'enfant, le pédiatre et la psychanalyse, point de vue clinique et théorique" in *Pédiatrie et psychanalyse*, édition PAU, 1993

BRUN, D. "La place de la psychanalyse dans la médecine", in *Clinique méditerranéenne*, 2010

BRUNET, A., WEISS, D.S., METZLER, T.J., BEST, S.R., NEYLAN, T.C., ROGERS, C., FAGAN, J. et MARMAR, C.R. "The peritraumatic distress inventory: A Proposed measure of PTSD Criterion A2", in *Am J psychiatry*, 2001

CALICIS, F. "La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite", *Thérapie Familiale*, 2006/3, Vol.27, p. 229-242

CARMOY, R., "Angoisse et chirurgie réparatrice de l'enfant et de l'adolescent", in *La psychiatrie de l'enfant*, tome XXXVIII, fascicule 1/1995

CARMOY, J., SCCHMIDGEN H. "psychologie expérimentales" Leipzig-Paris-Wurzburg (1890-1910), mil neuf cent, revue d'histoire intellectuelle, 2006/1 n°24, p171_204.

CHAGNON, J-Y. "Peut-on tuer (violer) par procuration ? Traumatisme et transmission transgénérationnelle", *L'Evolution Psychiatrique*, 75, 45-49, 2010

CHANTELAUZE, G. "Un mal entendu, un enfant aux prises avec des signifiants entendus de ses parents en cours de divorce", intervention dans le cadre d'un atelier de lecture organisée à Brive par l'Association cause freudienne Massif central le 22 mars 2011

CHARBONNIER, G., "Construire autour d'un grain de sable, intervention sur le rapport de Jacques Press" in *Revue française de psychanalyse*, PUF, vol 72, p. 1351-1358, 2008

CHEMAMA, R. dictionnaire de la psychanalyse, Larousse, 1995

COTTET S., « La répétition », communication à la soirée préparatoire au congrès de l'association mondiale de psychanalyse, 12 avril 2012.

COTTI, P. "Une controverse familial sur l'interprétation du rêve entre Alexander et Sigmund Freud » in *Champ psychosomatique*, n°31, 2003

CREMNITER, D. "Au cœur de l'expérience du traumatisme psychique", in *Psychologie clinique*, p 119-135, Paris l'Harmattan, 2008

CYRULNIK, B., « Un merveilleux malheur », Odile Jacob, 2002.

CYSSAU, C. "L'entretien clinique", collection Psycho-Polis, 2003, p13-14

DAL PALU, B. "L'énigme testamentaire de Lacan", édition l'Harmattan, 2004

DAUVER, S. « Actualité du syndrome de Münchhausen par procuration », thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Université de Caen 12 octobre 2001

D'HALLUIN, E. LATTE, S., FASSIN D., RECHTMAN, R., « La deuxième vie du traumatisme psychique, cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaire » RFAS n°1, 57-75, 2004, p 64

DE BECKER, E. "Transmission, loyautés et maltraitance à enfants" in *La psychiatrie de l'enfant* volume 51, 43-72, 2008

DE BROCA, A. « Annonce d'une maladie neurologique grave en pédiatrie : questions existentielles et démarches éthiques », in *éthique et santé*, 2006 ; 3 : 145-150.

DE GEORGES, P. Conférence "*Les avatars de la pulsion*", section clinique de Clermont Ferrand, 23/10/2010

DE GHEEST, F. et al. "Le vécu psychologique d'enfants confrontés à une intervention chirurgicale digestive lourde : mise en évidence de leurs ressources internes et relationnelles", *Carnet Psy*, 2,

2006 (n°106) p31-37

DEL VOGO, M.J. "Psychopathologie et médecine: de la séparation à la réconciliation" in *Revue psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2001/1-n°36

DOUCET, C. "La rencontre des mots avec le corps", conférence prononcée à Limoges le 24 mars 2011 à l'invitation du collège régional des psychologues

DOUVILLE, O. "Enfances et adolescences dans les guerres contemporaines" in *Psychologie Clinique*, n°24, 83-102, 2007

DUPARC, F. "Des traumatismes invisibles ou par manque de réalité" in *Conférences en lignes de la Société Psychanalytique de Paris*, 2002

DUPONT, J. "La notion de trauma selon Fénénczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure" in *Filigrane*, vol 15, 2006.

ERBS, A. "*Les fantasmes d'enfant*", site internet consacré à la psychanalyse, 2007.

ERDEVE, O., ARSAN, S., YIGIT, S., et al., "The impact of individual room on unctioingation and health service utilization in unctioni after discharge", in *Acta Pædiatrica*, 2008, 97, 1351-1359

EROS, F. "Effets psychologiques à long terme du trauma de l'holocauste", in *Revue psychologie clinique*, 2008, 65-81

FASSIN, D., RECHTMAN, R. "*L'empire du traumatisme enquête sur la condition de victime*", édition Flammarion

FENICHEL, O (1987), "*La théorie psychanalytique des névroses*", PUF, Paris, p 147

FERENC, E. "Effets psychologiques à long terme du trauma de l'holocauste" in *Revue psychologie clinique*, l'Harmattan p 65-81, 2008

FERNANDEZ, L. CATTEW, M., "La recherche en psychologie clinique", Armand Colin, Paris, 2005

FERRARI, P. "Séances à enfant", in *Actualité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Médecine sciences, Flammarion, 152-162

FERRO, A. *"L'enfant et le psychanalyste, la question de la technique dans la psychanalyse"*, Edition Erès, 1987

FIELD, T., DIEGO, M., HERNANDEZ REIF, M. "Prenatal depression effects on the fetus and the newborn", in *Infant Behavior and Development*, 2006, 29, 3 445-455

FINE, A. "Fixation ou trauma, résurgence, élaboration" in *Conférence en ligne de la Société Psychanalytique de Paris*, 2002.

FLACKING, R. EWALD, U. STARRIN, B. "I wanted to do a good job: experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit", in *Soc Sci med*, 2007, 64, 12, 2405-2416

FLEURY, E.,{ XE "FLEURY, E.," } "Faire signe à la fenêtre. Une clinique de la terreur", in *Savoirs et clinique*,(n°3), p35-38, 2003

FONAGY, P. GERGELY, G., JURIST, E., TARGET, M., « affect regulation, mentalization and the development of the self. Other Press, New York. 2002

FREUD, S. BREUER, J., (1895), *"Les études sur l'hystérie"*, PUF, 1950

FREUD, S. (1895) « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse », in *Névrose psychose et perversion*, 1990, 15-38

FREUD, S. (1896), "Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense", in *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1990

FREUD, S. (1896), "L'hérédité dans l'étiologie des névroses", in *Névrose psychose et perversion*, PUF, 1990

- FREUD, S. (1896), "Les lettres à Fliess, 6 novembre" in *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 1973
- FREUD, S. (1896), "Lettre n°52 du 6 décembre 1996 à Fliess", in *Naissance de la psychanalyse*, PUF, p 153, 1991
- FREUD, S. (1897), "Lettre à Fliess n°69 du 21 septembre 1997", in *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 1991
- FREUD S. "De l'esquisse d'une psychologie scientifique", in *La naissance de la psychanalyse*, PUF, 1991
- FREUD, S. (1900), "L'interprétation des rêves", PUF, 1993
- FREUD, S. (1905), "Appendice de L'humour", dans *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, version électronique, coll. *Les classiques des sciences sociales*, Paris. Collection idées, nrf, n°198, édition Gallimard, 1971, 378 pp.
- FREUD, S. (1905), "Trois essais sur la théorie sexuelle", coll. *Connaissance de l'inconscient*, Editions Gallimard, p191-196, 1993
- FREUD, S. (1907), "Les explications sexuelles données aux enfants", in *La vie sexuelle*, PUF, 1995
- FREUD, S. (1908), "Les théories sexuelles infantiles", in *La vie sexuelle*, PUF, 1995
- FREUD, S. (1909), "*Cinq leçons sur la psychanalyse*", Petite Bibliothèque Payot, 1980.
- FREUD, S. (1909), "Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)", in *Cinq psychanalyses*, PUF, p1-91, 1992, pp422
- FREUD, S. (1909), "Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans)", in *Cinq psychanalyses*, PUF, 1992, p 93-198, pp 422
- FREUD, S. (1910), "Contribution à la psychologie de la vie amoureuse", in *La vie sexuelle*, PUF, 1995

- FREUD, S. (1910) « un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci », ed Gallimart, 1987
- FREUD, S. (1914) « Pour introduire le narcissisme », in *la vie sexuelle*, PUF, 81-105, 1995
- FREUD, S. (1913) « Totem et Tabou », Paris, petite bibliothèque Payot, 1986
- FREUD, S. (1916), "Introduction à la psychanalyse", chapitre 18, 255-267, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1984
- FREUD, S. (1918), "Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups)", in *Les Cinq psychanalyses*, PUF, 1992, 325-420, pp 422
- FREUD, S. (1920), "Au-delà du principe de plaisir", in *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981
- FREUD, S. (1923), "Le moi et le ça", in *Les Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981
- FREUD, S. (1926), "*Inhibition, symptôme et angoisse*", Paris, PUF, 1969
- FREUD, S. (1933), "Angoisse et vie pulsionnelle", in *Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, éditions Gallimard, 2002, p 13-122
- FREUD, S. (1936), "Un trouble de mémoire sur l'Acropole, Lettre à Romain Rolland", in *Sigmund Freud et Romain Rolland. Correspondance 1923-1936*, PUF, Paris, 1993
- FREUD, S. (1937), "Construction en analyse" in *Résultats, idées, problèmes*, t.2, 1921-1938 Paris, PUF, 2005, 298 p
- FREUD, S. (1937), "L'analyse sans fin l'analyse avec fin", in *Résultats idées problèmes*, t.2, 1921-1938, Paris, PUF, 2005, 298 p
- FREUD, S. (1938), "*Abrégé de psychanalyse*", Paris, PUF, 1985
- FREUD, S. (1939), "*L'homme Moïse et la religion monothéisme*", Folio essais, 1993, 247 p

- FREUD, A. (1936), *"Le Moi et les mécanismes de défense"*, Presses Universitaires de France, 2001
- FREUD, A., DANN, S. (1951), "An experiment in group up bringing". *Psychoanalytic study child*.6, 127-141
- FREUD, A., "Le traumatisme psychique", in *L'enfant et la psychanalyse*, éditions Gallimard, 1976
- GARDNER, R. "The Parental Alienation Syndrom. Creative therapeutics, Cresskill NJ, 1992
- GILLOT DE VRIES, F.et DETRAUX, J.-J. « Approche du vécu maternel suite à l'annonce d'une anomalie foetale1998, in Mazet, P., Lebovici, S., Parents et bébés : du projet d'enfants aux premiers mois de vie, Paris, PUF, 1998
- GORI, R. "Le germe de l'autre", in *4^{ème} colloque de Pédiatrie et Psychanalyse, techniques médicales et fantasmes, au nom d'un projet parfait*, éditions Etudes Freudiennes, 2001
- GUIMARAES, R. "Plaidoyer pour une histoire et une clinique du trauma", *Institut de psychologie : mention psychopathologie clinique*, 2004
- HALLUIN, E. LATTE, S. FASSIN, D., RECHTMAN, R. "La deuxième vie d'un traumatisme, Cellule Médico-psychologique et intervention psychiatrique humanitaire", in *RFAS n°1*, 2004
- HANON, K.A.(1991), "Child abuse: Munchausen's syndrome by proxy. FBI Law enforcement Bulletin, 60(12), 8-11.
- HARTMAN, K. et LOWENSTEIN, R. (1947), "Some comments on the fonction of psychic structure", *Psychoanalytic study ofther child*, 241,155,
- HAYNAL, A. BALINT, M. "Continueur de l'œuvre de Férenczi" in *Filigrane*, vol 15, n°1, 2006
- HIRSCHMULLER, A."Joseph Breuer", coll. *Histoire de la psychanalyse*, PUF 1991
- HOLVOET, D. "Conditions actuelles du traumatisme", conférence prononcée à Reims le 27/02/2010
- JADOULLE, V. "L'inconscient à l'hôpital", *Cahiers de psychologie clinique*, vol 1, n°28, p 69-80, 2007.

JANET, P. (1889), "*L'automatisme psychologique*", Odile Jacob, 1998

JESSNER, L. BLOM, E. WALDOGEL, "Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy on children", in *Psychoanalytic study of the child*, 7, p 126-169, 1952

JAVOUHEY, E. CHIRON, M. « Epidémiologie des traumatismes par accidents de la circulation chez l'enfant », conférences médecins, 2003.

JONES, E. (1958), "La vie et l'œuvre de Sigmund Freud", tome 1, chapitre 14, PUF, 1988

JONES, E. (1955), « La vie et l'œuvre de Sigmund Freud tome 2, Les années de maturité » PUF, 1988

JOSSE, E. "Traumatisme psychique : quelques repères notionnels", paru dans le *Journal International de victimologie* en 2007, tome 5, n°3

KANDEL, E R. « la biologie et le futur de la psychanalyse des névroses de guerre : un nouveau cadre conceptuel pour une psychiatrie revisitée. » *Evol Psychiatrique* 2002; 67 :40-82.

KASHANI, JH. VENZKE, R.? et MILLAR, EA., "Depression in children admitted to hospital for orthopaedic procedures", *Brit. J. Psychiatry*, 138, p 21-25, 1981

KERSTING, A., DORSCH, M., WESSELMANN, U. et al., "Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant", in *Psychosom Res*, 2004, 57, 473-476

KOESSLER, A. "Dialogue avec la mort", ed Albin Michel, 1993

KROEBER, al. « Totem and taboo, an ethnologic psychanalysis » in the nature of culture university of Chicago Press”, 1952, p 301-309

KUBLER ROSS, E. Accueillir la mort, Éditeur : Pocket, 2002 KUBLER-ROSS E. (1969): On death and dying. New York: Macmillan. Trad. Fr

KUBLER ROSS, E. La mort dernière étape de la croissance Monaco : Editions du Rocher, 1985,

LACADEE, P. « L'éveil et l'exil », édition Cécile Défaut, 2007

LACAN, J. (1949), "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique", in *Ecrits*, Paris, Le Seuil, 1966

LACAN, J. (1953), "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse", in *Ecrits*, Seuil, 1964, 237-322

LACAN, J. (1953), "La science et la vérité", in *Ecrits*, Seuil, 1966, 865-876

LACAN, J. (1953-1954), *Le Séminaire I, "Les écrits techniques de Freud"*, Le Seuil, Paris, 1975, 103-121 ; 213-225

LACAN, J. (1954-1955), *Le Séminaire II, "Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique"*, Le Seuil, Paris, 1978, 99-113

LACAN, J. (1955-1956), *Le Séminaire III, "Les psychoses"*, Le Seuil, Paris, 1981, pp 189, 191

LACAN, J. (1956-1957), *Le Séminaire IV, "La relation d'objet"*, Le Seuil, Paris, 1994, p 228

LACAN J. (1957) "L'instance de la lettre dans l'inconscient" in les *Ecrits*, Seuil, 493-528, 1966

LACAN, J. (1957-1958), *Le Séminaire V, "Les formations de l'inconscient"*, Le Seuil, Paris, 1998, pp 259, 350

LACAN, J. (1958), "La direction de la cure et les principes de son pouvoir", in *Ecrits*, Le Seuil, 1964, 585-645

LACAN J. (1958)"La signification du phallus" in Les *Ecrits*, Seuil, 685-695, 1966

LACAN, J. (1958-1959), *Le Séminaire inédit VI, "Le désir et son interprétations"*, pp 2, 10, 13, 15, 105, 264, 362, 363

LACAN, J. (1959-1960), *Le séminaire VII, "L'éthique de la psychanalyse"*, Le Seuil, Paris, 1986, pp 15, 19, 171, 172

LACAN, J. (1960-1961), *Le Séminaire VIII, "Le transfert"*, Le Seuil, Paris, 1991, pp 376, 380

- LACAN, J. (1961-1962), *Le Séminaire inédit IX, "L'identification"*, Le Seuil, Paris
- LACAN, J. (1962-1963), *Le Séminaire X, "L'angoisse"*, Le Seuil, Paris, 2004, pp 58, 128, 301, 302, 375
- LACAN, J. (1963-1964), *Le Séminaire XI, "Les quatre concepts fondamentaux"*, Le Seuil, Paris, 1973, pp 49, 50, 54, 62, 67, 118, 226 ; 254 pages
- LACAN, J. (1964-1965), *Le Séminaire inédit XII, "Problèmes cruciaux pour la psychanalyse"*, leçon du 10 juin 1965, p 222
- LACAN, J. (1964) "Position de l'inconscient" in *Les Ecrits*, Seuil, 1966, p829-850
- LACAN, J. (1965-1966), *Le Séminaire inédit XIII, "L'objet de la psychanalyse"*
- LACAN, J. (1966-1967), *Le Séminaire XIV, "La logique du fantasme"*, pp 34, 211
- LACAN, J. (1966), "La science et la vérité", in *Ecrits*, Seuil, 1966
- LACAN, J. (1967-1968), *Le Séminaire inédit XV "L'acte psychanalytique"*, p 220
- LACAN, J. (1968-1969), *Le Séminaire XVI, "D'un Autre à l'autre"*, Le Seuil, Paris, 2006, 2 pp 226, 243, 427 p
- LACAN, J. (1969-1970), *Le Séminaire XVII, "L'envers de la psychanalyse"*, Le Seuil, Paris, 1991
- LACAN, J. (1970-1971), *Le Séminaire XVIII, "D'un discours qui ne serait pas du semblant"*, Le Seuil, Paris, 2006
- LACAN, J. (1971-1972), *Le Séminaire XIX, "...ou pire"*, p 31, 32
- LACAN, J. (1971-1972), *Le Séminaire inédit XIX, "Le savoir du psychanalyste"*, p91
- LACAN, J. (1973), "L'étourdit" in *Scilicet, n°4, pp5-52*
- LACAN, J. (1972-1973), *Le séminaire XX, "Encore"*, Le Seuil, Paris, 1975

LACAN, J. (1973-1974), *Le séminaire XXI, "Les noms-dupes errent"*

LACAN, J. (1974-1975), *Le Séminaire inédit, "Réel, symbolique, imaginaire"*, p130

LACAN, J. (1975), Conférence à Genève sur le symptôme, édité par *l'Ecole lacanienne de psychanalyse*

LACAN, J. (1975-1976), *Le Séminaire XXIII, "Le sinthome"*, Le Seuil, Paris, pp 128, 130, 162, 2005

LACAN, J. *Le Séminaire inédit XXVII, "Dissolution"*, Leçon du 10 juin : "Le mal entendu", 1980

LACAN, J. "Notes sur l'enfant", in *Autres écrits*, Le Seuil, Paris, 2001, p 37

LACAN, J. "Allocution sur les psychoses de l'enfant", in *Autres Ecrits*, Le Seuil, Paris, 2001

LACAN, J. « Pas-à-lire » in « Autres écrits », Paris, Le Seuil, 1981

LACHARITE, Carl., ETHIER, Louise S., « traumatisme et maltraitance » stress posttraumatique chez les enfants et fonctionnement mental de leur mère en contexte de maltraitance. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2007, n°21, p13-28

LACHASSINE, E. « La pédiatrie au quotidien », Maloigne, 2è édition, 1996.

LAMBOTTE, I. { XE "LAMBOTTE, I." } et al. "Le traumatisme de la mort annoncée : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant", *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2007/1, n° 38, p. 99-115.

LAMBOTTE, I. { XE "LAMBOTTE, I." }, et al. « L'annonce diagnostics grave en pédiatrie » Un processus co-construit par les parents et les soignants, *Le journal des psychologues*, 2008 1 n°254, p.29-32.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.B. (1967), *"Vocabulaire de psychanalyse"*, Paris, PUF, 1997

LAZAROVIC, R. "Entre acte et pensée : la consultation psychiatrique en chirurgie infantile", in *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 34 (11-12), 485-493, 1986

LEBIGOT, F. *"Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques"*, Nervure, 1999

LEBIGOT, F. « traiter le traumatisme psychique. Clinique et prise en charge », DUNOD, 2005.

LEGUIL, F. "Compter sur les leçons de l'expérience freudienne", in *La lettre mensuelle de l'Ecole de la Cause Freudienne*, avril 2009

LE MALEFAN, P., « La mort imminente et l'hallucinatoire salutaire » clinique du deuil de soi anticipé, *Etudes sur la mort*, 2010, n°137, p167-178.

LIOTTI, G. (1999) « trauma, dissociation et désorganisé » in *psychothérapie : Théorie, la recherche, la pratique, la formation* vol 41, pp472-486, 2004

LORENZ, K. *"L'agression, une histoire naturelle du mal"*, Flammarion, collection Champs, 1977

LORIN, C (1983) , *Le jeune Férénczi, premiers écrits 1899-1906*, éditions Flammarion 1992.

LOTHANE, Z. "La réalité du trauma - le trauma de la réalité, considérations cliniques et théoriques", in *Revue psychologie clinique*, n°24, p37-63, 2008

MANCIAUX, M. « Les accidents de l'enfant et de l'adolescent: la place de la recherche. », Paris, documentation française, 1988

MANCIAUX, M.,. *La résilience : résister et se construire*. Genève : Médecine et Hygiène. 2001

MANOUKIAN, J.S. "Aspects juridiques et politiques de la prise en compte du génocide arménien, du préjudice moral à l'hypertrauma", in *Revue de psychologie clinique*, l'Harmattan, pp17-25, 2008

MARTY, F., CHAGNON, J-Y. "Identité et identification à l'adolescence", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-213-A-30, 2006

MASSON, F., THICOIPE M. Ate P et al. Epidemiology of severe brain injuries; a prospective

population-based study. *J Trauma* 2001; 51 (3): 481-489.

MEADOW, R.: Münchhausen syndrome by proxy : the hinterland of child abuse. *The Lancet* , 1977, 2, 343-345.

MERLET, A. "Conférence grand public sur les phénomènes psychosomatiques", Cote des neiges, Québec, 2002

MERLEAU, M. "Le visible et l'invisible" ed Gallimart, 1979, 360p

MILLER, J.A. "Biologie lacanienne et évènement de corps", in *Revue de l'école de la cause freudienne*, 1999, n°44 : 7-59

MILLER, J.A. "Joyce le symptôme" in la *Revue de l'école de la cause freudienne* n°38, 7-20, 1998

MILLER, JA. « L'image du corps en psychanalyse », in la *revue de l'Ecole de la Cause Freudienne* n°68, 94-104, 2008

MILMAN, D. "Le traumatisme de l'enfant sain, la psychothérapie d'un petit garçon de 6 ans qui a perdu sa sœur jumelle des suites d'un cancer", *Clinique Méditerranéenne*, 2007/2, n°76, p167-168

MORAND, « Qu'est-ce que l'attente anxieuse » in *l'année psychologique* vol 21, 1914, 1-10.

MOSKOWITZ, S. Longitudinal follow up of survivors of the holocaust. *Jal Am. Acad. Child Psychiatry* 401-407, 1985.

MULLER-NIX, C. FORCADA-GUEX, M. BORGHINI, A. et al. "Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche", in *La psychiatrie de l'enfant*, 2009, 52, 2, 423-450

MUNYANDAMUTSA, N. "Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique", *Médecine et hygiène*, 2001

OPPENHEIM, H. (1892), "Die traumatausen Neurosen", Berlin, 1892. Von August Hirsschwald, 2è ed., 1888

- PANACCIOI, M. "Le concept de trauma chez Freud", in *Revue québécoise de psychologie*, 2002, vol 23, n°3
- PATEL, V., "Perinatal depression treated by community health workers" in the *Lancet*, 2008, 372, 13, 868-869
- PEDEN M. OYEBITE K, OZANNE-SMITH J, et al, eds. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant, Genève, Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 2008.
- PEDINIELLI, J.L. FERNANDEZ, L. "*L'observation clinique et l'étude de cas*", Paris, Armand Colin, collection 128, 2005
- PIERREHUMBERT, B. NICOLE, A. MULLER-NIX, C. et al, "Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant" in *Arch Child Fetal Neonatal* Ed. 2003, 28, 5, F 400-404
- PYNOOS, RS. 1994, posttraumatic stress disorder: a clinical review. The sidran Press, Lutherville, 1994
- RACOUCHOT, J. "Pathomimia, Dieulafoy, and Munchhausen's syndrome. Render unto Caesar... ». *Presse Med.* 1962 May 12;70:1171-3. French. PubMed PMID: 14489698
- RAND, D.C. (1990) Münchhausen syndrom by proxy : integration of classic and contemporary types. *Issues in Child Abus Accusations*, 2(2), 83-89
- RANK, O. (1923), "*Le traumatisme à la naissance*", Petite Bibliothèque Payot, 2002
- RASPE, R.E. *Les Merveilleux Voyages et Aventures du baron de Münchhausen racontés par lui-même*, trad. par Théophile Gautier fils, ill. par Binette Schroeder. Gossau Zurich, éd. Nord-Sud, Saint-Germain-en-Laye, 2000, 52 p.
- RAUSKY, F. "Mademoiselle Julie : le premier mythe familial d'une personnalité multiple", in *Division subjectives et personnalités multiples*, sous la direction de François Sauvagnat, Clinique psychanalytique et psychopathologie, Presses universitaires de Rennes, 2001.

- RAZAVET, J.C. (2001), *"Du roc de la castration au roc de la structure"*, édition De Boeck Université, 2002
- REBOLI, E. « Les accidents de la vie courante. Etude descriptive à partir de recueil des 10177 données EPAC 2004 du service des urgences pédiatriques du Havre et projets de prévention pour l'agglomération havraise », Thèse de médecine présentée et soutenue le 6 avril 2006 à l'université de Rouen.
- ROCH, M.H, *LOM du XXI siècle*, in *Revue de la cause freudienne* n°50, 2002, p 86
- ROCHE ALBERT, Jonh. FORTIN, Gilles. LABBE, Jean. BROWN, Jocelyn., CHADWICK, David., « The work of Ambroise Tardieu: the first définitive descriptions of child abuse », *Child Abuse and Neglect* 29, 325-334,2005
- ROMAN, M. "Mémoire et trauma infantile", *Cliniques méditerranéennes*, 2008/1, n°77, p215-230.
- ROMANO, H. "Le Dessin leurre" in *Psychiatrie de l'enfant*, LIII, 1, 2010, p71-89
- ROQUES, J. « EMDR-une révolution thérapeutique » la méridienne, Desclée de Brouwer, 2004.
- RUSH, F. (1971), *"The sexual abuse of children, a feminist point of view"*, 1980
- SAINT GIRONS, B. « traumatisme », *Encyclopédie Universalis*, novembre 2011.
- SAUNDERS, C. & BAINES, M. (1986): *Living with Dying. The management of Terminal Disease*. University Press, Oxford. Trad. Fr. : *La vie aidant la mort*,Thérapeutiques antalgiques et soins palliatifs en phase terminale, Medsi, Paris.
- SAUVAGNAT, F. "Présentation : l'ambiguïté du trauma", in *Revue psychologie clinique*, L'harmattan, n°24, 2008, p.7-16
- SAUVAGNAT, F. "Trauma, stress, psychanalyse et neurosciences", in *Revue psychologie clinique*, L'Harmattan, n°24, 2008, p 217-233
- SAUVAGNAT, F. "L'in-famille : quelques tentatives de caractérisations psychanalytiques de la

confusion des langues entre l'adulte et l'enfant", in Colloque à Renne "*Troubles dans la parentalité, enfants énigmatiques*", 18 et 19 novembre 2010

SAUVAGNAT, F. *Divisions subjectives et personnalités multiples*, Presses universitaires de Rennes, 2001

SAUVAGNAT-BOUBAKERS R. "De la poussée d'adrénaline au syndrome d'adaptation" (stress) : à la recherche d'un corrélat physiologique du trauma. *Revue Psychologie clinique*, 187-199, 2007

SEIGNEUR, E. « L'annonce diagnostic en cancérologie pédiatrique », unité de psycho-oncologie, institut Curie, éditions scientifiques Paris, 2008.

SELYE H. « La nature du stress », in la revue psychologie clinique, L'Harmattan, 2008, 201-215.

SELVINI, M. "Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité", *Thérapie familiale*, Genève, 16/02/1995, p131-144

SEZIBERA, V. DEWULF, A.C. PHILIPPOT, P. "Le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent", in *Revue Francophone de la Clinique comportementale et cognitive*, Vol, pp 18-37, 2005

SHECHTER, M.D. "The orthopedically handicapped child", in *Archives of General Psychiatry*, 4, p 248-253, 1961

SHENGOLD, L. "Child abuse and deprivation: soul murder", in *J. Amer. Psychoanal.*, Assoc. 27, 1979, p 533-559

SCHREIER, H.A. LIBOW, J.H. (1995) The Munchausen syndrome by proxy controversy: Drs Schreier and Libow reply (letter to the editor). *Academy of child and adolescent psychiatry*, 34(3), 261-262

TERR L. "Chowchilla revisited : the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping" *am J. psychiatry*, 140:1543-1550, 2003

TISSERON, S. "Les démons réveillés par les images", in *Procès Dutroux, penser l'émotion*, (Sous la direction de Vincent Magos), temps d'arrêt n°15, lecture, coll. éditées par la coordination aux victimes de maltraitance, Bruxelles, p 137-144, 2004

TILMAN, O. (2004), "Le petit prince a dit...et les anciens l'ont entendu", *Thérapie familiale*, Genève, 25 417-432, 2004

VAIVA, G. "Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ?", in *Revue de psychanalyse Savoir et clinique*, p229-234, édition Erès, N°6/ oct.2005

VAIVRE-DOURET, L. "*La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale*", Odile Jacob, Paris, 2003

VALLET, D. « Logiques subjectives du traumatisme psychique » in psychologie clinique nouvellesérie N°24, édition l'Harmattan, pp127-143, 2008

VASQUEZ, M-P., "La chirurgie pédiatrique actuelle, point de vue du chirurgien sur le rôle du pédopsychiatre", in *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1986, 11-12

VON HUGH-HELLMUTH, H. (1871-1924), *Essais psychanalytiques*, "Destins et Ecrits d'une pionnière de la psychanalyse des enfants", Payot, 1991

YANKELEVITCH, H. "D'un autre trauma", *Figures de la psychanalyse*, 2/2004 : 93-104

ZELKOWITZ, P. BARDIN, C., PAPAGEORIOU, A., "Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants", in *Infant Mental Health Journal*, 2007, 28, 296-313

ZELKOWITZ, P. BARDIN, C., PAPAGEORIOU, A., et al, "Persistent maternal anxiety affects the interaction between mother and their very low birthweight children at months, in *Early Human Development*, 85, 51-58, 2009

ZUCKER, J.M. « L'annonce de la maladie grave chez l'enfant », Laennec, 2007/2 Tome 55, p. 13-20, 2007

+SITES INTERNET

Les types d'angoisse chez l'enfant et l'adolescent

Ressources psy.com, par Sylvie BERAIL.

Site d'échange et d'informations sur la psychiatrie infirmière

Interview de Marguerite Duras par Pierre Dumayet, 15 avril 1964, "à propos du ravisement de Lol.V.Stein",

Enquête Santé et Protection Sociale 2002 (ESPS), INVS

Etienne, G., Linda, L., James A., Mercy, Anthony Zwi, Rafael Lozano-Ascencio, « Rapport mondial sur la violence et la santé, organisation mondiale de la santé, Genève, 2002,

Organisation mondiale de la santé : aide mémoire n°150, Aout 2010.

PAGE DE GARDE

L'image insérée au niveau de la page de garde a été trouvée dans l'article suivant.

Dhallenge Laurence, « un accompagnement psychologique de familles d'enfants polytraumatisés », in le journal des psychologues, n° 254, 2008, 1, p 41

INDEX DES AUTEURS

ABRAHAM, K.,

AINSWORTH, 37

ANSERMET, F., 11

ARIES, P., 56

ARTINGSTALL 65

ASHER, R., 62

ASTIER, M., 203

ATTIE, J.,

AUBRY, J., 12

AUSLOOS, G., 80

BABINSKI, J., 61

BACHOFFEN, J.J., 41

BALINT, M., 44

BARROIS, C., 43

BEARD G.M 28

BECKER, RDC., 95

BELLIK, J., 89

BENSOUSAN, P., 82

BIERMAN, G., 93

BOLK, L.,35

BOWLBY, J., 36-82

BREUER, J., 99-100

BRUN, D., 13

BLUM, H., 117

BRAUNER, A., et BRAUNER, F., 54

BRIOLE, G., 26-49-181-212

BRUNET, A., 209

CALICIS, F.,80

CANNON, W.,28

CARROY, J., 87

CARMOY, R., 92-93-94-95

CHAGNON, J.Y.,88

CHANTELAUZE, G., 50

CHAPMAN, J., 62

CHARBONNIER, G., 106

CHARLES-NICOLAS, A., 40

COTTET, S., 181

COTTI, P., 110

CREMNITER, D 28

CREWS, F., 68

CROCQ, L., 31-53

CYGIELSTREICH, A.,

CYSSAU C., 213

DAL PALU, B 204

DAUVER, S., 62

DE BECKER, E., 79

DE GEORGES, P

DE GHEEST, F., 92

DOUCET, C., 51

DOUVILLE O., 14

DUMAYET P., 189

DUPARC, F.,

DUPONT, J.,{ XE "DUPONT, J.," }

DURAS M., 188

ERBS, A.,

EROS F.,

ETHIER, L., 15

FAGAN, J.

FAIRBAIRN, W.R.D 39

FASSIN D., 14-23

FAURE, J.D.,

FERENCZI, S., 38

FERRARI, P.,

FENICHEL, O

FERENC, E.,

FERNANDEZ, L., 212

FERRO, A.,

FIELD, T., 89

FINE, A.,

FLACKING, R., 90

FONAGY, P., 37

FLEURY, E.,

FREUD, A., 52

FREUD,S.,33,53,86,101,102,103,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,116,118,119,
120,121,122,123,124,126,127,128,129,130,131,132,133,134,137,138,139,140,141,164,195,
224, 235.

FREDERICKS CJ.,

GARDNER, R., 65

GOLSE, B., 36

GOLSTEIN, K., 40

GORI, R.,

GREEN BL.,

GUILLAUME-HOFNUNG, M., 26

GUIMARAES, R., 43

HALLUIN, E., 48

HARTMAN, K.

HOLVOET D.J 154

JADOULLE, V.,

JANET, P., 42

JESSNER L., 93

JONES, E., 38, 107-113

JOSSE, E.,

JULE, L., 69

KANDEL, E.R., 47

KASHANI J.H., 95

KOESSLER A., 51

KROEBER, A., 124

KUBLER ROSS, E., 82-83

LACAN, J., 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 217, 226, 238, 245, 284.

LAMBOTTE, I. 82, 85, 86, 88, 96

LAPLANCHE, J., 124

LATTES S., 27

LAZAROVICI R., 93

LEBIGOT, F., 209

LEFORT R., 72

LE MALEFAN. P., 340

LEVIVIER, M., 35

LIBOW, 64

LIOTTI, G., 38

LORENZ, K.,

LORIN, C.,47

LOTHANE, Z., 31

LORENZ, K., 171

LOTHANE, Z., 99

LOWENSTEIN

MANCIAUX, M., 74

MANOUKIAN, J.S., 25, 27

MARMAR, C.R.,

MARTY F., 88, 89

MEADOW, R., 63

MERLEAU PONTY, M., 183

MILLER, J.A. 49, 50,307

MILMAN, D., 91

MOSCOWITZ 54

MUNYANDAMUTSA, N., 18

MULLER-NIXC, C., 90

OPPENHEIM, H., 31, 42

PANACCIOI, M.,

PATEL, V., 89

PEARSON, G.H.J.,

PEDINIELLI, J.L., 213

PIERREHUMBERT, B., 89

PYNOOS, R.S, 56

RACOUCHOT, 63

RAND D.C 65

RANK, O., 44

RAZAVET, J.C., 117

RECHTMAN, R., 23

ROCH, M.H., 203

ROCHEALBERT, J., 68

ROHEIM, G., 40

ROMANO, H., 53, 209

ROMAN, M.,

ROQUES, J., 31

RUSH, F., 23

SAUVAGNAT, F., 3,21,24,27,29,30,32,35,60,66,67,68,142,152,153,162

SELVINI, M., 80

SELYE, H., 30

SEZIBERA, V., 14

SHENGOLD, L., 44

SHREIER, H.A., 64

STETTbacher J.K.

TERR LEONORE C.53

THURIN J.M.,46

TISSERON S.,80

TILMAN OSTYN, E., 80

TOROK M., 44

VAIVA, G., 128

VAIVRE-DOURET L., 91

VALLET D., 31, 329

VON HUGH HELLMUTH 133

ZUCKER J.M., 86

ZVI, L., 100

RESUME

LE "TRAUMA PSYCHIQUE" A L'HOPITAL PEDIATRIQUE

EFFROI, SIDERATION, ELABORATION DU TRAUMA

Le traumatisme est historiquement une notion centrale dans le champ de la médecine chirurgicale. Avec les revendications des associations de victimes, il est devenu un syndrome psychiatrique. La psychanalyse va s'efforcer tout au long du siècle dernier d'en décrire son fonctionnement. Elle met à l'ordre du jour la responsabilité de chaque sujet traumatisé dans ce qui lui arrive. L'événement vient réactiver un processus psychopathologique dont l'existence serait antérieure à l'accident traumatique. Mais le problème général du traumatisme psychique et de son interprétation reste encore une réalité de nos jours.

Cette recherche clinique, effectuée auprès d'enfants et adolescents malades (services pédiatriques) ou blessés (services de chirurgie pédiatrique), généralise la psychopathologie du traumatisme dans le domaine des affections somatiques pédiatriques. Elle établit une différence entre une clinique de l'effroi et une clinique de l'angoisse. L'effroi associé à un mécanisme de sidération se rencontre plutôt dans le domaine des blessures corporelles, l'angoisse articulée au refoulement est plutôt mise en jeu après l'annonce d'une maladie grave, type cancer.

Mots clés :

Trauma, traumatisme, traumatique, angoisse, effroi, affect, sidération, refoulement, image traumatique, Psychanalyse, psychopathologie

Abstract

APPROACH OF the "PSYCHIC TRAUMA" At THE HOSPITAL OF THE CHILDREN EXPLORATORY STUDY

The traumatism is historically a central notion in the field of the surgical medicine. With the claimss of victims' associations, it becomes a psychiatric syndrome. The psychoanalysis will endeavour throughout the last century to describe its functioning. It puts at the day order the responsibility of each traumatized subject in what happens to him. The event comes to reactivate a psychopathological process whose existence would be previous to the traumatic accident. But the general problem of the psychic traumatisme and of its interpretation (performance) still remains a reality nowadays. This clinical research, conducted among children and adolescents sick (pediatric services) or wounded (pediatric surgery services), generalizes the psychopathology of the traumatism in the domain of pediatric somatic affections. It establishes a difference between a clinic of the dread and a clinic of anguish. The dread (or terror) associated with a mechanisme of sideration, rather occurs in the domain of corporal wounds, the anguish articulated with the repression is rather concerned after the annoncement of a serious disease, such as cancer.

Keywords : Trauma, trauma, traumatic, fear, dismay, affect, sidération, expulsion, traumatic image, Psychoanalyses, psychopathology

LABORATOIRE DE PSYCHOPATHOLOGIE,

RECHERCHES EN PSYCHOPATHOLOGIE : NOUVEAUX SYMPTÔMES ET LIEN SOCIAL (EA4050),

DÉPARTEMENT DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES,

UNIVERSITÉ DE HAUTE-BRETAGNE, RENNES 2,

PLACE DU RECTEUR HENRI LEMOAL, 35043 RENNES CEDEX.

LE "TRAUMA PSYCHIQUE" A L'HOPITAL PEDIATRIQUE . EFFROI, SIDERATION, ELABORATION DU TRAUMA

Le traumatisme est historiquement une notion centrale dans le champ de la médecine chirurgicale. Avec les revendications des associations de victimes, il est devenu un syndrome psychiatrique. La psychanalyse va s'efforcer tout au long du siècle dernier d'en décrire son fonctionnement. Elle met à l'ordre du jour la responsabilité de chaque sujet traumatisé dans ce qui lui arrive. L'événement vient réactiver un processus psychopathologique dont l'existence serait antérieure à l'accident traumatique. Mais le problème général du traumatisme psychique et de son interprétation reste encore une réalité de nos jours.

Cette recherche clinique, effectuée auprès d'enfants et adolescents malades (services pédiatriques) ou blessés (services de chirurgie pédiatrique), généralise la psychopathologie du traumatisme dans le domaine des affections somatiques pédiatriques. Elle établit une différence entre une clinique de l'effroi et une clinique de l'angoisse. L'effroi associé à un mécanisme de sidération se rencontre plutôt dans le domaine des blessures corporelles, l'angoisse articulée au refoulement est plutôt mise en jeu après l'annonce d'une maladie grave, type cancer.

Mots clés : Trauma, traumatisme, traumatique, angoisse, effroi, affect, sidération, refoulement, image traumatique, Psychanalyse, psychopathologie

APPROACH OF the "PSYCHIC TRAUMA" At THE HOSPITAL OF THE CHILDREN, TERROR, SIDERATION, ELABORATION

The traumatism is historically a central notion in the field of the surgical medicine. With the claims of victims' associations, it becomes a psychiatric syndrome. The psychoanalysis will endeavour throughout the last century to describe its functioning. It puts at the day order the responsibility of each traumatized subject in what happens to him. The event comes to reactivate a psychopathological process whose existence would be previous to the traumatic accident. But the general problem of the psychic traumatisme and of its interpretation (performance) still remains a reality nowadays. This clinical research, conducted among children and adolescents sick (pediatric services) or wounded (pediatric surgery services), generalizes the psychopathology of the traumatism in the domain of pediatric somatic affections. It establishes a difference between a clinic of the dread and a clinic of anguish. The dread (or terror) associated with a mechanism of sidération, rather occurs in the domain of corporal wounds, the anguish articulated with the repression is rather concerned after the announcement of a serious disease, such as cancer.

Keywords : Trauma, trauma, traumatic, fear, dismay, affect, sidération, expulsion, traumatic image, Psychoanalyses, psychopathology

**LABORATOIRE DE PSYCHOPATHOLOGIE,
RECHERCHES EN PSYCHOPATHOLOGIE : NOUVEAUX SYMPTÔMES ET LIEN SOCIAL
(EA4050),
DÉPARTEMENT DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES,
UNIVERSITÉ DE HAUTE-BRETAGNE, RENNES 2,
PLACE DU RECTEUR HENRI LEMOAL, 35043 RENNES CEDEX.**