

Usages et variétés de la notion de stress post-traumatique

Stéphane Zygart

Texte de la communication présentée le 16 novembre 2021 à la journée d'étude « Violence, Trauma, Résilience », organisée par l'Association des Psychiatres de Service Public des Hauts de France.

1. Origine militaire du stress post traumatisant et structure de cette notion.....	3
2. Du militaire au civil : stress post traumatisant, mort et violence.....	5
3. Stress post traumatisant, de l'événement aux circonstances et aux risques.....	8
4. Peut-on et doit-on préparer à ce qui peut provoquer le stress post traumatisant ?.....	11

L'épidémie de Covid19 a consacré, peut-être, le caractère général du stress post traumatisant¹, dont certaines enquêtes, menées par exemple à Lille par le Pr Horn, ont indiqué des taux élevés de prise en charge, sans compter les liens entre réanimation et stress post traumatisant². Cela justifie d'examiner de près la façon par laquelle cette notion est passée de la médecine militaire à la médecine civile, et toutes les implications de ce passage sur les définitions du trauma, de la violence, de leur détection à grande échelle et de leur soin.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la notion de stress post traumatisant est restée solide et unitaire en s'étendant du militaire au civil. Il convient peut-être néanmoins de tenir ferme ses repères symptomatologiques et étiologiques de départ - notamment en n'en faisant pas un simple trouble de l'adaptation et en maintenant le rôle déclencheur d'un événement à l'origine du stress post traumatisant. Le critère étiologique d'une exposition événementielle à la mort doit être maintenu ainsi que les repères symptomatologiques des souvenirs intrusifs, de l'évitement et de

1 L'usage de cette expression ne préjuge en rien de son exactitude clinique et scientifique (s'agit-il d'un stress ou d'autre chose ? Ce stress est-il un état, un syndrome, un trouble, etc. ?). Elle ne vaut que comme moyen de désignation.

2 7% de cas de stress post traumatisant chez les patients pris en charge en hôpital pour cause de Covid un mois après leur hospitalisation (« Is COVID-19 Associated With Posttraumatic Stress Disorder ? », Mathilde Horn et al., *Journal of Clinical Psychiatry*

l'hyperstimulation si l'on veut éviter une extension trop grande de cette notion, au risque d'en transformer l'impact médical et social.

L'usage de cette notion n'interroge en effet pas seulement la rigueur des catégories cliniques et nosologiques. Le stress post traumatisant met aussi en jeu le lien que la violence entretient avec l'événement dans sa ponctualité, ce qui peut avoir de grandes incidences épidémiologiques et thérapeutiques, et remettre en question à la fois la notion de stress et celle de résilience. Il est en effet loin d'être sûr que l'on puisse revenir à son état antérieur après le vécu d'une violence traumatisante, contrairement à ce qu'indique le principe même de la résilience comme retour d'une structure à son état antérieur. Ce sont alors les conceptions du soin et de la guérison en psychiatrie par rapport au rôle des événements violents qui sont à questionner, ainsi que celle de la possibilité d'une prévention du stress post traumatisant, dont il faut envisager toutes les implications éthiques et politiques.

Pour étudier ces différents problèmes, on procédera en quatre temps, d'abord en revenant sur l'origine militaire du stress post traumatisant, en tant que cette origine est la matrice de la structure actuelle de cette notion, au triple niveau diagnostic, thérapeutique et épidémiologique.

Puis on s'interrogera sur l'extension de cette notion du militaire au civil, et en particulier sur le passage de l'exposition à la mort comme critère nosologique à celui de l'exposition à la violence. Celui-ci est-il légitime ? Faut-il alors nécessairement lier la violence et la mort pour garantir l'unité de la notion de stress post traumatisant ?

De là, c'est le rapport entre événement et trouble psychiatrique qui devra être analysé. En dehors du polymorphisme de la violence et de la subjectivité des appréciations de ce qu'elle est, en quoi prendre au sérieux la notion d'événement traumatisant peut-il faire difficulté d'un point étiologique et épidémiologique, et limiter les possibilités de prévention ?

Enfin, d'un point de vue thérapeutique, et donc éthique et politique, le stress post traumatisant oblige à s'interroger sur le rôle de la psychiatrie face à la violence, familiale, sociale et politique. Faut-il reconnaître la fatalité de la violence ? Faut-il prétendre que l'on peut guérir d'une exposition à la violence grâce aux interventions de la psychiatrie, au risque peut-être de faire moins craindre cette violence dont on pourrait contrôler les effets ?

Quatre temps, donc dans cette étude : la structure épistémologique du stress post-traumatisant, les enjeux d'une définition de la violence dans son rapport à la mort, les problèmes épidémiologiques posés par la notion d'événement, et enfin les questions éthiques et politiques liées aux prises en charge psychiatriques du stress post traumatisant.

1. Origine militaire du stress post traumatique et structure de cette notion

Rappeler l'origine militaire du stress post traumatique, c'est aussitôt en indiquer l'intemporalité, en dehors de tout effet de mode donc, puisqu'on le trouve décrit sous la forme symptomatique que nous lui attribuons actuellement chez des auteurs grecs de l'Antiquité, au 18ème et au 19ème siècles, avant que la Première Guerre Mondiale n'en fasse une pathologie au nom variable (névrose de guerre, *shell shock*, obusite, etc.). Une des sommes sur le sujet, désormais assez ancienne est le livre de Louis Crocq, *Les traumatismes psychiques de guerre*, paru en 1999 et fruit de 40 ans de médecine militaire, qui peut aussi valoir pour la médecine civile³.

C'est au cours des guerres contemporaines, dès la guerre de Crimée mais surtout celles de 14-18, 39-45 et du Viet-Nam, que le stress post traumatique a été identifié, conceptualisé et soigné en tant que tel. Autrement dit, rétrospectivement, ce sont comme souvent des seuils épidémiologiques trop importants pour être ignorés qui ont fait de ce trouble un objet - ou un sujet - pour la psychiatrie.

Il faut souligner immédiatement que l'absence de soin a longtemps été la règle. Ce n'est qu'après la guerre du Viet-Nam que ceux-ci sont systématisés, malgré les expériences antérieures, et toujours à cause de l'étendue des dégâts psycho-sociaux qu'on pouvait observer chez les combattants et les anciens combattants de cette guerre.

Issus des guerres et donc des circonstances de combats, les soins furent pendant très longtemps - et ce n'est pas anodin - tournés vers le retour au combat. C'est par exemple ce qui a favorisé les prises en charge dans des postes de l'avant, car il fallait aller vite, ou la neuropsychiatrie par rapport à la psychiatrie - car il fallait débusquer les simulateurs. Quoi qu'il en soit de l'utilité avérée des prises en charge immédiates ou rapides, qui ont donné lieu au *debriefing*, le but des thérapies était d'abord de remettre les soldats en état de fonctionnement, c'est-à-dire au combat. Dans le cas de la Première Guerre mondiale, les techniques de faradisation sont ainsi restées célèbres pour leur brutalité, le « torpillage » et l'histoire du psychiatre Clovis et du soldat Bertrand emblématiques⁴. En 1939-1945, Patton giflait encore certains soldats choqués, afin qu'ils repartent se battre et cessent ce qu'on croyait être une comédie ou une faiblesse de caractère.

On trouve dans la médecine de guerre les observations les plus déterminantes du stress post traumatique, ses symptômes cardinaux (les souvenirs intrusifs, l'évitement et l'hyperstimulation),

3 L. Crocq, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999, dont sont tirées la plupart des informations brutes de ce texte, à l'exception des plus récentes.

4 S. Tison et H. Guillemain, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Paris, Alma, 2013.

mais aussi et surtout sa clinique au sens large dont les implications épidémiologiques, éthiques et politiques sont d'une extrême importance. Tout particulièrement, de formidables écarts se trouvent parfois entre les circonstances déclenchantes du stress et sa médicalisation. Crocq rapporte les cris nocturnes des poilus de 14-18 hospitalisés dans les années 1970. Alors que les médecins furent surpris et inquiets de ces cris, leur patients trouvaient, jusque là, leurs troubles aussi normaux qu'habituels. Ils les avaient donc supporté pendant 50 ans, avec leurs conjoints et leurs proches, sans s'en plaindre à des médecins. Ce type de fait suffit à indiquer qu'il faut inscrire le stress post traumatisant dans l'ensemble des logiques sociales qui en conditionnent la survenue, la détection et le soin.

Parfois, ce stress se déclenche avec plusieurs décennies d'écart - par exemple, alors que la Seconde Guerre mondiale réveille des souvenirs de la première de ces guerres jusqu'alors enfouis, ou à l'occasion de l'opération chirurgicale d'un ancien appelé de la guerre d'Algérie qui nécessitait d'ouvrir son tronc. Les sédimentations peuvent être aussi plus complexes, et les événements originels autres que nets et ponctuels. Ainsi d'un soldat notamment affecté d'un clignement des yeux, dont le traitement révéla qu'il avait été régulièrement torturé le matin, dans un lieu bombardé par des avions se plaçant devant le soleil.

Les remèdes se sont élaborés assez vite, même s'ils ne furent pas systématisés. Dès 1917, Salmon énonce des principes qui sont encore en vigueur : placer le lieu de soin à proximité de celui du trauma, soigner immédiatement, tenir des propos optimistes sur la guérison, donner des soins simples, les inscrire dans tout un réseau de soin. Dès les années 1970, le problème de savoir s'il fallait privilégier les récits objectifs ou subjectifs dans les *debriefings* fut posé. Enfin, on trouve également dès les années 1950 une dualité fondamentale dans les thérapies du stress post traumatisant qui unissent de façon constante, conjointe et singulière les chimiothérapies et les psychothérapies. Non seulement les anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques sont utilisés, mais aussi les narcoSES afin de favoriser les verbalisations essentielles pour la guérison, à base d'amphétamines et d'hypnotiques.

L'étiologie fut aussi fixée par les militaires, aux côtés de la sémiologie et des thérapies. Elle fut d'abord au travers d'hésitations qui sont encore la nôtre. Le stress post traumatisant est-il une pathologie cérébrale ou psychique ? Est-elle liée à des constitutions ou avant tout à l'événement traumatisant ? Au sujet de cette seconde question, on peut tout se suite relever que le propre du stress post traumatisant est (et fut) de remettre en cause les hypothèses constitutionnelles. La guerre de 14-18 a, par exemple, signé la fin des théories de la dégénérescence qui avaient cours dans la psychiatrie européenne depuis 1850 (non pas à l'idée de terrain ou à celle de l'hérédité qui peuvent

se corréler avec les effets singuliers des événements biographiques, mais à celle, précise, de dégénérescence, qui suppose une transmission héréditaire des caractères acquis, y compris sociaux).

Une des rares certitudes étiologiques établies, quoi qu'il en soit de la connaissance exacte des mécanismes à l'œuvre, est celle suivant laquelle le stress post traumatique est provoqué par l'exposition à la mort, thèse à laquelle la suite immédiate de nos analyses va être consacrée.

Il faut souligner, pour finir le portrait de cette pathologie, que sur les plans éthiques et politiques celle-ci ne s'est jamais détachée des questions liées à la culpabilité - des sociétés, des individus tombés malades, ou des psychiatres ayant mis en œuvre certains traitements. Freud défendit ainsi un de ses confrères, accusé dans l'après Première Guerre Mondiale d'avoir abusé des traitements par l'électricité, tandis que, d'un autre côté, l'on mit longtemps à reconnaître l'invalidité des personnes atteintes de stress post traumatique⁵.

Toute l'armature, originelle et actuelle, de cette catégorie psychiatrique est en tous cas militaire. Quelles transformations ont-elles été les siennes tandis que son usage s'est étendu au-delà des guerres ? Quelle valeur, teneur et pertinence a cette extension ? Quels problèmes peut-elle poser ?

2. Du militaire au civil : stress post traumatique, mort et violence

La succession des DSM indique bien, à la fois, l'origine du stress post traumatique dans les guerres et son extension au-delà de la violence systématisée, collective et extrême qui est celle des guerres. Présent dans le premier DSM sous le nom de *Cross Stress Reaction*, il disparaît du deuxième DSM, réapparaît immédiatement après la guerre du Viet-Nam dans le DSM III. Il est alors, et jusqu'au DSM IV lié à « des événements dans lesquels les individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de morts ou de graves blessures, ou bien durant lesquels leur intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée » (p. 589). La notion générale de trauma n'est pas alors immédiatement utilisée (elle apparaît en B, de second rang), mais elle devient devient décisive dans le DSM V, avec la notion de violence. Le stress post traumatique y est rapporté à l' « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles des façons suivantes, en étant directement exposé à un ou plusieurs éléments traumatiques [...] ».

En dehors des DSM, le stress post traumatique s'est bel et bien émancipé des guerres et de la mort. On trouve des livres ou des articles sur cette pathologie rapportée, par exemple, aux violences

⁵ S. Freud, S. Ferenzi et K. Abraham, *Sur les névroses de guerre*, Paris, Payot et Rivages, 2010.

sexuelles, les accouchements difficiles ou de prématurés, les migrations, le *burn-out* ou les licenciements. Les points de références - corps et morts - semblent sinon de moins en moins présents, du moins de moins en moins clairs ou situables. Corrélativement, certaines enquêtes sur les taux de prévalence au sein de la population civile générale donnent des taux assez élevés, où les fourchettes sont également larges -par exemple comprises entre 0,7 et 5%⁶.

Il ne faut pas en conclure qu'il y aurait là un emballement peu fondée sur un plan scientifique. L'importance donnée au stress post traumatisante reste en effet réduite tout en étant effectivement récente. À titre d'indication, le catalogue de la BNF, qui comprend l'intégralité de ce qui est édité en France à plus de 500 exemplaires, ne recense qu'une vingtaine de livres dont le titre mentionne ce trouble. Le second date de 1979, et les 18 derniers ont été publiés depuis 2013 - le premier, de 1937, porte sur la schizophrénie post traumatisante, ce qui mériterait de plus amples recherches. La bibliothèque universitaire de Lille permet d'accéder, au total, à 130 articles environ sur la question, à comparer aux 2100 articles disponibles publiés depuis 2000 sur la schizophrénie ou aux 1836 publiés, depuis 2000 également, sur l'autisme⁷. Rien n'indique donc de manière évidente ni qu'il y aurait une extension injustifiée des usages de la notion de stress post traumatisante, ni de transformation sociale au niveau de l'exposition à la violence ou de son vécu. L'hypothèse d'une meilleure détection des troubles post traumatisques tient tout à fait.

Cependant, qu'est-ce qui peut lier un licenciement à un stress post traumatisante ? Comment pourrait-on définir et empêcher les événements supposément déclencheurs de cette pathologie ? Comment éviter que la relative indéfinition de la notion de violence ne fasse pulluler les troubles, et au minimum les enquêtes épidémiologiques, avec des effets inévitables d'entraînement ? Ne faudrait-il pas mieux définir ce qu'on entend par « violence » ainsi que par « trauma » pour en éviter les éventuels usages victimaires, à des fins de reconnaissance sociale et médico-sociale, ouvrant aux simulations⁸ ?

Au cœur de ces questions se trouve l'usage de l'idée que l'exposition à la violence serait l'origine des troubles, et non pas seulement l'exposition à la mort - la sienne ou celle des autres - qui constituait l'étiologie initiale, plus restreinte et ancienne, du stress post traumatisante.

Les différences entre la mort et la violence semblent *a priori* nombreuses et sans équivoques. Il peut y avoir bien sûr des violences sans mort. Celles-ci peuvent être protéiformes (verbales ou

6 Vaiva et al., « Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine », *L'Encéphale*, octobre 2007.

7 Sondages bibliographiques indicatifs, effectués en novembre 2021.

8 Voir D. Fassin, R. Rechtman, *L'Empire du traumatisme, Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2011

symboliques), en tous cas être non matérielles. Les violences peuvent aussi être différemment perçues suivant les sociétés et les époques historiques, la nôtre étant tenue pour peu violente, donc plus sensible à des violences pourtant plus rares⁹. Les différences d'appréciation subjectives ne sont pas non plus négligeables. En un mot, la mort, et même la blessure, semblent factuellement plus claires et plus identifiables que la violence, idée sur laquelle il semble difficile de construire une catégorie nosologique rigoureuse.

Celle-ci est certes une des idées les plus fuyantes qui soit. En donner une caractéristique, c'est tout de suite la voir s'en échapper. Dire que la violence est une contrainte est exact, mais toute contrainte n'est pas violente - par exemple une contrainte d'horaire - à moins d'opposer abstrairement la liberté et la contrainte comme la non violence à la violence. Dire que la violence est irrationnelle est ignorer que celle-ci peut être très technique, ce dont la guerre et les tortures sont de malheureux exemples. Dire qu'elle se fait sans discours, ou sans attention au discours de l'autre, c'est négliger que beaucoup de silences sont non violence - dans la prière, le chant, les arts.

Combiner ces trois traits permet cependant de souligner que la violence ne peut se définir seulement en termes d'actes ou de faits. Elle est liée à des significations (la contrainte), à l'enchaînement possible des faits (incomplètement calculable), à l'impossibilité de la penser complètement (inefficience du langage).

Elle serait, en d'autres termes, ce qui est vécu comme une contrainte entraînant une absence de maîtrise sur ce qui se passe, sans limites prévisibles, en particulier dans le temps. Et toute violence, en ce sens, a pour caractéristique de pouvoir aller jusqu'à la mort, même si elle ne tue pas ou ne blesse pas. S'engager dans un combat physique, se faire violer, c'est ne pas savoir jusqu'où les choses peuvent aller, ce qui peut être vrai aussi à la suite d'un licenciement.

Il n'y a donc en réalité rien d'illégitime à étendre le stress post traumatisante au-delà des guerres, ou même des attentats ou des catastrophes. Toute violence se définit par la confrontation à la possibilité de la mort, en elle-même irreprésentable et insupportable, qui crée le trauma.

Mais que peut faire face à cela la psychiatrie ? Comment et quand intervenir ?

⁹ N. Elias, *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket, 2002.

3. Stress post traumatique, de l'événement aux circonstances et aux risques

Le lien qui est posé entre le stress post traumatique et un événement rend ce trouble difficile à appréhender d'un point de vue épidémiologique ou préventif. Il semble qu'on soit condamné à le soigner et non à le prévenir - à moins, et on le verra ensuite, de présupposer certains types de violence à venir, ce qui cause d'autres problèmes. L'appréhension d'un stress post traumatique repose en effet sur quatre coordonnées, toutes incertaines.

Premièrement, il faut un événement déclencheur que l'on puisse identifier, connaître et caractériser comme violent.

Deuxièmement, il faut une symptomatologie précise. Or accéder à celle-ci, détecter les symptômes est tout sauf évident, pour deux raisons. D'abord, les symptômes peuvent être différents, et un trauma donner lieu à un stress bien longtemps après sa survenue, sans que la forme de ce stress permette de faire systématiquement le lien de ce stress avec le trauma. Il peut y avoir des malades qui s'ignorent, des maladies qui ont perdu leur origine.

Ensuite et troisièmement, les symptômes sont également sous déclarés par les personnes qui en souffrent. Le sujet peut ne pas avoir conscience d'avoir vécu un trauma, précisément parce qu'il le refoule - ou plutôt parce que le trauma a été refoulé. Il peut en avoir honte, il peut ne pas en parler faute d'attention collective, et ce d'autant plus, paradoxalement, que l'événement traumatique a été collectif. La mémoire collective étant une mise en partage de ce qui structure et de ce qui doit être perpétué dans un collectif¹⁰, elle ne favorise pas la communication (et donc la préservation) des autres choses, en particulier des guerres, des attentats et de la violence. Un des signes les plus nets en est que les guerres, les attentats et la violence sont des objets d'histoire plus que de la mémoire collective - ce dont la remémoration actuelle de la guerre d'Algérie par le biais de son historicisation, alors que ses contemporains sont en train de disparaître, pourrait être un exemple.

La quatrième et dernière incertitude repose sur les différentes étiologies possibles du stress post traumatique. Il n'y a pas une, mais deux alternatives à trancher à partir des éléments structuraux par lesquels nous construisons cette catégorie nosologique. 1) La pathologie vient-elle de l'événement ou de la constitution du sujet (de la manière dont celui-ci est constitué) ? 2) Cette constitution est-elle à concevoir par le cerveau ou en termes de psychisme ? Relativement à ces alternatives, la notion de stress, qui causerait la pathologie en étant à un moment trop important, renvoie à des lectures constitutionnelles et donc adaptatives, parfois liées à la génétique dans d'inquiétants

10 M. Halbwachs, *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Alcan, 1925.

articles de médecins militaires sur lesquels il va falloir revenir. La notion de trauma renvoie quant à elle à l'événement. Que la parole soit soignante renvoie au psychisme. Que les psychotropes soient efficaces, au cerveau.

On peut croire que ce sont ces croisements possibles et disputés qui font une partie de l'intérêt actuel pour la notion de stress post traumatisque - ce sont des tensions du même ordre qui ont été à la source des discussions les plus animées sur certaines pathologies dans l'histoire de la psychiatrie (jadis l'hystérie, puis la schizophrénie, aujourd'hui sans doute l'autisme).

Les voies sont cependant étroites, sur ces bases et à partir de ces questionnements, pour les études épidémiologiques et les démarches préventives.

Soit la première alternative, entre événement et constitution. Il semble très difficile d'obtenir des données épidémiologiques fiables et de pouvoir construire une prévention étendue du stress post traumatisique si l'on s'en tient à une étiologie par l'événement traumatisique. On peut dans de très rares cas anticiper sur l'événement, en préparant par exemple les soldats à être exposés à la violence de guerre. On peut également intervenir immédiatement après la survenue d'événements à l'évidence violents, comme les attentats ou les catastrophes naturelles, en invitant les personnes touchées par l'événement à une prise en charge alors même qu'aucune conscience ou aucun symptôme de stress post traumatisique ne s'est déclaré - ce qui est, il faut le rappeler, fréquent, et justifie pleinement ce genre de prévention. Mais la nécessité de partir d'événements semble contraindre à devoir les attendre, la plupart du temps, en se fiant à des définitions aussi consensuelles que vagues sur ce qui est « violent », afin de mettre en place ce qui est en réalité un soin (face à ce qui s'est produit) et non pas une prévention (avant que cela ne se produise).

D'un point de vue épidémiologique, il serait malgré tout possible de dresser des tableaux d'ensemble de la fréquence de ce trouble, et ainsi d'établir des prévisions à partir de taux de prévalence. On peut tout à fait considérer qu'en prenant comme étalon des événements évidemment violents, puis en dénombrant les individus atteints des principaux symptômes relativement au nombre d'individus exposés, en étudiant également ces individus et leur devenir, on puisse, de corrélation statistique en corrélation statistique, à la fois estimer de mieux en mieux les taux de sous déclaration et, corrélativement, à partir des personnes atteintes de cette pathologie, de mieux en mieux caractériser la violence et les événements qui sont susceptibles de provoquer un stress post traumatisique¹¹.

11 Cf Vaiva et al., « Prévalence des troubles psychotraumatiques... », op. cit.

Mais des calculs de ce type supposent en réalité d'enraciner la survenue de ce type de stress dans des facteurs constitutionnels, par un basculement dont il faut bien mesurer l'ampleur et les conséquences.

De telles statistiques, progressivement affinées, impliquent en effet à terme que le développement effectif d'un stress post traumatisique soit considéré comme le fruit de l'exposition d'un certain type de sujet à un certain type de circonstances, où il est plus ou moins probable que la pathologie se déclare. Il ne faudrait plus alors parler d'événement traumatisique à la source du stress, mais de l'occurrence d'un trauma produit par le croisement d'un porteur de risques (le sujet) et de facteurs de risques (certains types de circonstances). Dès lors, si le stress post traumatisique est un risque, alors il conviendrait d'en déterminer ce qui en provoque le plus la réalisation ou pas, à partir des circonstances, bien sûr, mais aussi des dispositions individuelles. Certains résisteraient mieux à l'expérience de la mort que d'autres, la supporterait mieux que d'autres, sur des bases sociales, d'âge, de sexe, de génétique, etc. L'uniformité apparente de l'expérience de la guerre permet ainsi à la médecine militaire de s'aventurer dans une différenciation génétique des soldats selon qu'ils déclarent ou non un stress post traumatisique, en vue d'améliorer la sélection des recrues¹². On peut également croire à partir de là que les étiologies cérébrales vont elles aussi être mécaniquement favorisées par l'analyse statistique, en termes de risque, du stress post traumatisique.

Tout autant que la possibilité d'un déclenchement décalé dans le temps de ce stress, parfois avec des décennies d'écart, par la corrélation entre deux événements distincts qui se font écho, la notion d'événement fait toutefois totalement barrage à cette transformation possible des étiologies du stress post traumatisique. L'événement en effet n'appartient ni au sujet, ni à l'objet, mais à leur croisement. C'est-à-dire : il n'appartient pas à ce qui se croise, mais au croisement ; non pas, comme y insistent les philosophes stoïciens, aux corps accidentés mais à l'incorporel qu'est l'accident¹³. Pour cette raison, même si un événement n'est pas imprévisible, il est toujours lorsqu'il se produit imprévu et producteur de nouveauté, en apparaissant certes sur le fond de probabilités mais indépendamment d'elles une fois qu'il est apparu. En d'autres termes, la catégorie d'événement suppose que l'on ne puisse pas prévoir ce qui va se passer en le déduisant d'une structure d'objet ou de sujet, puisque l'événement est ce qui transforme les structures sans appartenir à leurs possibilités antérieures. On ne pourrait donc pas apprendre à réagir aux événements en fonction de ce qui serait leur type - par exemple, violent. Tout au plus pourrait-on apprendre à faire avec n'importe quel événement, par une

12 G. Melancon, R. Boyer, « Comment prévenir l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique avant un traumatisme ? », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44, 1999, p. 253-258.

13 E. Brehier, *La théorie des incorporels dans l'ancien stoïcisme*, Paris, Vrin, 1997.

réflexion générale sur ce qui fait la structure des sujets et des objets, des êtres humains et du monde - ce qui est par exemple la prétention de la philosophie stoïcienne.

Ces idées paraîtront peut-être non seulement philosophiques, mais métaphysiques. Elles ont cependant de grandes incidences pratiques, éthiques et politiques, auxquelles il faut les relier.

4. Peut-on et doit-on préparer à ce qui peut provoquer le stress post traumatisque ?

La conception stoïcienne de l'événement, aussi étrange qu'elle puisse paraître, implique tout de même quelque chose de très clair. On ne peut se préparer à tel ou tel type d'imprévu ou d'événement, on ne peut, au mieux et par un long travail, que se préparer à l'imprévu en général, à la possibilité de l'événement, c'est-à-dire de n'importe quel événement. Il faudrait apprendre la nécessité de l'absence de maîtrise, apprendre à rester maître de soi en admettant que l'on ne peut contrôler tout ce qui se produit.

Nous pourrions peut-être, suivant cette voie, atténuer la violence que nous font bien des imprévus et essayer de ne pas en souffrir. Nous pourrions aussi - et de manière beaucoup plus sûre - considérer que tout événement violent, ainsi que l'indique la clinique du stress post-traumatique, ne nous rend pas fatalement malade même si, à chaque fois, nous sommes passifs devant lui et le subissons. En ce sens, la reconnaissance systématique de la violence comme crime et des personnes exposées à la violence comme victimes serait à différencier de la violence comme cause possible de maladie, et les victimes des malades éventuels. Et par conséquent, la médecine et la psychiatrie en particulier n'auraient ni à pathologiser systématiquement la violence ; ni, corrélativement, à prétendre devoir et pouvoir y préparer les personnes ; ni, enfin, à garantir que le soin pourrait guérir des formes de violence, en réussissant à effacer les conséquences de la violence dont nous ne parviendrions pas à éteindre les causes.

L'analyse de cette dernière question - sur les possibilités de soigner avec succès les conséquences de la violence - permet peut-être d'éclairer les deux autres - sur la prévention des éventuelles conséquences sanitaires de la violence et sur la distinction entre victimes et malades de la violence.

Sur la guérison du stress post-traumatique, en dehors des traitements fonctionnels, éventuellement cérébraux, qui permettent de traiter plus ou moins durablement certains troubles moteurs, l'idée la plus fréquemment répandue est que la guérison passerait par le sens que l'on parviendrait à donner à l'expérience qui a provoqué ce stress, en l'intégrant au sens de la vie dans son entier.

Les thérapies parviennent-elles ainsi à limiter le stress et à le compenser (on va mieux, même si l'on reste blessé), à le guérir (par un retour à l'état antérieur), voire à le transformer en épreuve initiatique d'où l'on sortirait grandi (où la pathologie serait épreuve formatrice) ? Au vu de la littérature clinique, il semble difficile d'en juger. Certaines remédiations semblent complètes, parfois des résidus de traumas subsistent, parfois les personnes atteintes de stress (ou guéries) semblent complètement changées, parfois non.

À défaut de pouvoir juger de la nature des réussites des traitements, on peut peut-être en revanche juger de leur rôle, et ainsi de la valeur de l'expérience du trauma dont on peut ou non se remettre. Certaines philosophies font de la mort et du rapport à la mort la clé des existences humaines, en particulier des existences humaines les plus significatives et « authentiques », par la conscience qu'elles auraient de la mort à venir. La philosophie d'Heidegger en est l'expression la plus contemporaine - le Dasein est être-pour-la-mort¹⁴.

Sur ce point, ce qu'apprend le stress post traumatique, c'est que l'illusion de la mort présente et accomplie que les expériences de violence peuvent donner n'est pas la clé d'une existence pleine, innervée par le sens. Elle condamne au contraire à l'obsession, à la répétition de ce qui a précédé cette expérience impossible de mort, et, précisément, à la terreur face au vécu d'une absence d'intervalle entre soi et une mort que l'on a anticipée. Le stress post traumatique, c'est le vécu factice de soi comme mort. La guérison, sans doute, consiste à nouveau à faire une différence entre ce vécu et la vie, à faire de ce vécu une partie de la vie. Il faut différer de sa mort pour que la mort soit différée. Et si différer de sa mort pour différer la mort est une condition pour vivre sans souffrance, on peut alors croire que faire de la mort un horizon n'est sans doute pas le meilleur moyen d'en différer. Avoir vraiment sa mort en tête est une expérience totale, dont on ne pourrait différer qu'en réduisant cette expérience à un aspect partiel et parcellaire de sa vie. « Le sage ne pense rien moins qu'à la mort », écrivait Spinoza¹⁵.

C'est dire que l'expérience de sa mort, que font les personnes atteintes de stress post traumatique, n'est pas une expérience constituante, qu'elle est indésirable et inutile, et que, si on la fait, il faut s'en débarrasser. Elle ne peut pas être enrichissement ou une initiation.

Si cela est exact, il est inutile d'essayer d'ajouter au complexe d'Edipe un quelconque complexe de Mars, que tout le monde traverserait et dont on se sortirait de manières diverses, et éventuellement pathologiques. Les expériences de la violence ne sont pas formatrices, et ne doivent pas être confondues avec celles de la force ou de la domination qui ont lieu par ailleurs. Le complexe

14 M. Heidegger, *Être et Temps*, Paris, Gallimard, 1990.

15 Spinoza, *Éthique*, Paris, Seuil, 1999.

d'Œdipe constraint, mais n'empêche pas tout contrôle, il laisse ouvert une maîtrise et des possibilités dont l'absence radicale est, au contraire, au cœur des souffrances du stress post traumatisique.

L'histoire illustre peut-être cette idée assez directement. La Première Guerre mondiale fut une exposition générale de la population à la violence et une expérience collective de brutalisation, dont *Être et temps* d'Heidegger est peut-être aussi l'expression, ou le symptôme philosophique¹⁶. Il ne semble pas que de cette violence systématisée ne sortit autre chose que de la violence, et de nombreux traumas invalidants.

On peut ainsi croire que si le soin du stress post traumatisique est un devoir, comme l'est tout soin face à une pathologie, il ne peut être question de s'entraîner à ce qui provoque ce stress, de s'y préparer, ou d'y voir l'expression d'une expérience humaine universelle et structurante. La seule prévention qu'on doive en souhaiter est sociale et politique, et le stress post traumatisique conçu comme risque doit sans doute rester corrélé à des circonstances individuelles et collectives particulières, localisées et limitées, comme à ce qui fait son fond essentiel.

Suivant ces perspectives, en dehors de leurs missions thérapeutiques, une des tâches importantes des psychiatres au sujet du stress post traumatisique est peut-être de prouver, et de rappeler, que l'expérience de la violence est indésirable, ses conséquences incertaines et graves, et que les remèdes ne sont pas miraculeux.

16 G. L. Mosse, *De la Grande Guerre au totalitarisme, la brutalisation des sociétés européennes*, Fayard, 2014.