

Quand un traumatisme réactive un autre. Réflexion à partir d'un cas *When a trauma reactivates another. Reflection from a case*



Benamsili Lamia *

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

lamia.benamsili@univ-bejaia.dz

Date de soumission: 06/08/2023 date d'acceptation: 18/10/2023 Date de publication: 31/12/2023



Résumé:

La violence terroriste affecte la santé mentale des personnes touchées. Cette violence, exercée intentionnellement par un individu ou un groupe sur un autre individu, provoque une blessure psychique, pouvant être de l'ordre du traumatisme psychique. Dans ce qui va suivre, nous essaierons de réfléchir la question de comment les événements de la vie et les antécédents du sujet vont se mélanger à l'événement traumatique et donner sens au passé. Nous tenterons à travers une vignette clinique d'une victime de violence terroriste en Algérie d'apprécier l'impact d'un événement à partir de la biographie du sujet où l'agent traumatisant vient raviver et renforcer un vécu fait de violence.

Mots clés: violence ; terroriste ; santé mentale ; traumatisme psychique.

Abstract:

Terrorist violence affects the mental health of those affected. This violence, intentionally exerted by an individual or a group on another individual, tirelessly provokes a psychic injury, which may be of the order of psychological trauma. In what will follow, we will try to reflect the question from how the events of the life and the antecedents of the subject will mix with the traumatic event and will give direction to the past. We will try through a clinical label of a terrorist woman victim of violence in Algeria to appreciate the impact of a human event violate starting from the biography of the subject where the traumatizing agent comes to revive and to reinforce one lived makes of violence.

key words: violence; terrorist; mental health; psychic trauma

* Auteur expéditeur

Introduction:

La recherche, concernant cette thématique (le traumatisme) se situe dans la continuité des interrogations issues de notre recherche et de notre expérience clinique auprès des victimes traumatisées en Algérie.

Dans ce cadre, les violences intentionnelles sont des violences voulues par leurs auteurs, elles désignent des violences volontaires qui portent atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique. De ces violences, peut résulter un traumatisme psychique. Par ailleurs, on ne peut comprendre le phénomène du traumatisme psychique sans le situer dans l'histoire de l'individu et c'est ce qu'on va proposer dans cette vignette clinique qui brosse le portrait d'une femme précarisée sur le plan de la santé physique et mentale suite à deux événements traumatisants.

Ainsi, le traumatisme psychique dont souffre la patiente va être pensé en tant que conséquence psychologique d'un événement violent (le kidnapping par un groupe terroriste) mais aussi en termes d'actualisation d'événements passés non métabolisés (notamment la violence conjugale). L'inscription psychique de ces événements traumatiques et la reviviscence actuelle de cette trace peut être expliquée par le phénomène d'après-coup. Ces traumatismes « externes » bouleversent le fonctionnement psychique et portent atteinte à la santé mentale d'un sujet multi-traumatisé.

Dans ce qui suit, on va, premièrement, présenter un bref rappel des notions essentielles concernant la problématique du cas clinique, qui sera exposé en deuxième lieu.

1- Rappel conceptuel:

1-1- Violence

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence est « *L'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* » (OMS, 2002, p.5).

Cette définition met en avant l'intentionnalité de l'acte, il peut être exercé contre soi-même ou autrui, il peut être dirigé contre un individu ou un groupe et avoir comme conséquence un traumatisme. De ce fait, violence et traumatisme sont donc liés par leur pouvoir d'effraction, le deuxième est perçu comme effet du premier.

De son côté, Héritier (1996) écrit à propos de la violence ceci « *Appelons violence, toute contrainte de nature physique ou psychique*

susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être cher ; tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés » (Héritier, 1996, p.17).

1-2- Violence conjugale

Les violences conjugales sont largement répandues dans le monde et constituent un enjeu majeur de santé publique. L'OMS, parle de « *violences entre partenaires intimes* » et les définit comme « *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation* » (OMS, 2002, p.99).

En 1993, les Nations Unies ont adopté une définition qui va dans le même sens : La violence conjugale est un geste de domination d'un homme sur une femme dans le cadre général et historique de la domination des hommes sur les femmes et des rapports de force inégaux entre les deux genres sur les plans public et privé. (Commission de l'Assemblée générale des Nations Unies, 1993).

Ainsi, les violences conjugales sont considérées comme « *un processus évolutif au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple, un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents, voire destructeurs* » (Pariente, 2013, p.150).

On peut donc dire que la définition de la violence conjugale s'articule autour de trois éléments essentiels :

- La violence conjugale est une conséquence de l'inégalité des hommes et des femmes dans la société et dans le couple.
- La violence conjugale est un moyen choisi par des hommes pour contrôler leur conjointe.
- La violence conjugale comprend les agressions physiques, verbales, sexuelles et psychologiques ainsi que les actes de domination économique exercés par un conjoint ou un ex-conjoint (Moisan & Bonfanti, 1994, p.9).

De ce fait, les violences conjugales comme toutes les violences sont intentionnelles et elles représentent une atteinte au droit fondamental des personnes à vivre en sécurité, et une atteinte à leur dignité. Elles entraînent aussi une atteinte à leur intégrité physique et psychique et sont à l'origine d'importantes conséquences psychotraumatiques. Elles peuvent mettre en péril la vie, la santé, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des victimes et de leurs enfants. Elles aggravent ou génèrent des situations de précarité, de pauvreté, voire de marginalisation. La violence conjugale s'inscrit dans un processus au

cours duquel, pour instaurer et maintenir une supériorité, le partenaire recourt à la force, à la menace, à la contrainte ou à tout autre moyen de pression ou de maltraitance. L'autre est traité comme un objet et non comme un sujet de droits.

Chez notre cas, on note la coexistence de différentes formes de violence, qui sont :

Agressions physiques : L'agression physique est la forme de violence la plus évidente ; elle se manifeste sous forme de gifles, de coups de poing, de coups de pied, de bousculades, d'étranglements, de pincements (Lachapelle & Forest, 2000, p.14).

Agressions verbales : il s'agit de réels assauts verbaux de l'homme sur la femme. Elle se traduit par : -crier, utiliser un ton brusque et autoritaire pour demander un service. -faire des injonctions, -interrompre sans cesse l'autre ou lui reprocher de parler, de se taire et de faire ce qu'on n'aime pas, - diriger la conversation ou ne pas écouter ce que dit l'autre (Cadiou, 2005, p.204).

Agressions psychologiques : La violence psychologique en contexte conjugal est un comportement intentionnel et répétitif qui s'exprime à travers différents canaux de communication (verbal, gestuel, regard, posture) de façon active ou passive, directe ou indirecte dans le but explicite d'atteindre (ou de risquer d'atteindre) l'autre personne et de la blesser sur le plan émotionnel (Lindsay & Clément, 1998, p.151).

Agressions économiques : Il y a ainsi violence économique lorsqu'un conjoint limite à l'extrême les dépenses pour l'alimentation et les vêtements tout en constituant pour lui-même une épargne considérable. Une femme peut avoir peur de quitter son conjoint parce qu'elle craint de se retrouver sans ressources pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants (Lachapelle & Forest, 2000, p.14).

1- 3- Terrorisme

Nous retenons la définition de Boukra (2006). Le terrorisme est « *une forme de violence politique aveugle exercée par des clandestins contre des cibles civiles en vue de susciter un sentiment de terreur. Certes, nous sommes face à une détermination plus exhaustive, qui associe plusieurs paramètres à la fois : (1) la nature aveugle de la violence, (2) le statut clandestin des auteurs, (3) le caractère non combattant des cibles, (4) l'effet terrifiant, (5) la visée politique. En résumé, le terrorisme est une forme de violence politique aveugle et illégale visant des populations civiles* » (Boukra, 2006, p.12).

Aron (1962) rajoute qu'« *une action violente est dénommée terroriste lorsque ses effets psychologiques sont hors proportion avec ses résultats purement physiques* » (Aron, 1962, p.176).

On retient de ces deux définitions d'abord que le terrorisme est une forme de violence collective et politique et ensuite c'est une violence à effets psychologiques.

1-4- Traumatisme psychique, traumatisme intentionnel et traumatisme cumulatif

Le vocabulaire de psychanalyse propose la définition du traumatisme psychique suivante « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité ou se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* » (Laplanche & Pontalis, 1994, p.499).

De son côté, Crocq (2010) propose la définition suivante « *un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* » (Crocq, 2010, p.317).

Le traumatisme en question dans cet article peut être qualifié premièrement de traumatisme intentionnel. Cela renvoie à « *un traumatisme délibérément induit par un humain ou un non-humain, par un être visible ou invisible, sur un sujet donné, ou sur un groupe d'individus. Si le vecteur est généralement un humain, la force agissante est en fait un système ou un mécanisme doté d'intentionnalité* » (Sironi, 2004, p.323).

En second lieu, cela relève également de ce qu'on appelle le traumatisme cumulatif. Dans ce cas, la détresse du sujet (peut-être plus que la terreur) vient alors plutôt de l'accumulation de la tension à long terme qui va occasionner un impact cumulatif, répétition de traumatismes insidieux.

C'est à Khan (1974) que l'on doit la théorisation du concept de traumatisme cumulatif dans le cadre de la relation précoce mère – bébé. Dans les premiers instants de la vie, l'enfant n'étant pas à même de gérer les afflux d'excitations qui lui parviennent, la mère constitue le garant de sa survie psychique. Lorsqu'elle manque à ce rôle protecteur de façon répétitive, l'enfant se trouve progressivement submergé par un afflux d'éléments traumatiques auxquels il ne peut faire face : il y a traumatisme cumulatif. Les effets délétères de ce type de traumatisme se

manifestent dans l'après coup, une fois une grande quantité de tensions intrapsychiques accumulées.

1-5- Victime

En 1985, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a défini les victimes comme les personnes qui ont subi un préjudice physique, mental, moral ou matériel, ou dans leurs droits fondamentaux [...] en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois ou constituent des violations des droits de l'homme.

Ainsi, on désigne sous le nom de « victimes » *« les personnes qui ont subi une violence, qu'elles l'aient ou non vécu comme un trauma, si elles l'ont vécu comme un trauma, on parlera de « victimes traumatisées » (Crocq, 2007, p.IX) et « est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.) » (Crocq, 2007, p.X).*

De son côté, Cario (2006) estime que « doit être considéré comme victime, toute personne en souffrance (s). De telles souffrances doivent être :

- Personnelles : que la victimisation soit directe, indirecte ; individuelles ou collective ; personne physique ou personne morale ;
- Réelles : c'est-à-dire se traduire par des blessures corporelles ; des traumatismes psychiques ou psychologiques ; ou des dommages matériels avérés ;
- Socialement reconnus comme inacceptables : transgression d'une valeur sociale essentielle ; événements catastrophiques ;
- De nature à justifier une prise en charge des personnes concernées, passant selon les cas, par la nomination de l'acte ou de l'événement par l'autorité judiciaire, administrative, sanitaire ou civile, par des soins médicaux, psychothérapeutiques ou par un accompagnement psychologique, social ou une indemnisation » (Cario, 2006, p.13).

L'observation que nous présentons ici retrace bien ce parcours de vie fait de violence conjugale et de violence terroriste.

2- Illustration clinique

Ce qui caractérise l'histoire de ce cas, ce sont les traumatismes. Le sujet de notre illustration est victime pendant plusieurs années de violence interpersonnelle, plus précisément de ce qu'on appelle violence conjugale ou violence à l'égard du partenaire intime. Le sujet sera aussi victime d'une autre violence intentionnelle à savoir le kidnapping par un groupe armé dans la région de Kabylie.

Mme B était une patiente qui nous était orientée par la psychiatre de service. Nous la recevions pour la première fois en octobre 2008. Mme B, 56 ans, mariée depuis 34 ans et mère de 4 enfants (deux garçons et deux filles, âgés entre 30 ans et 18 ans) venait de se faire relâcher par un groupe terroriste qui l'avait enlevé il y a de cela trois jours et qui l'avait séquestré une dizaine d'heures.

La patiente était alors interrogée par la gendarmerie nationale au sein même de l'hôpital et ceux après avoir été consultée par un médecin. Mme B, rentre alors chez elle le lendemain matin. Une semaine après le kidnapping, elle revient à l'hôpital accompagnée du responsable de la commune et de sa fille cadette. Elle s'est présentée aux urgences avec une forte angoisse, elle ne dort plus, ne mange plus et des cauchemars sont apparus. On apprêtait alors une psychiatre de l'EPH avoisinant pour une consultation avec elle. Celle-ci va prescrire une série de médicaments et va l'orienter à nous dans les jours qui suivent. D'emblée, à ce moment-là, on savait en tant que clinicienne, que seuls les jours qui vont suivre vont déterminer le vécu traumatique de l'événement lui-même.

Nous accueillerons Mme B, quelques jours après les faits. Les entretiens psychothérapeutiques sont au début d'une grande pauvreté et la consultation difficile. La patiente était dans un état de sidération qui faisait suite à son enlèvement, ajouter à cela son tempérament initialement peu bavard, selon sa famille. Elle se levait pour fouiller le bureau si les agresseurs ne sont pas là, elle oubliait le sujet dont nous traitons, demandait ce qu'elle fait là, etc

Ainsi, Daligand (2011) note que « *tout traumatisme va infiltrer de sa symptomatologie le langage. L'effraction traumatique provoque l'effroi, donc la disparition des mots et un choc émotionnel. La personne peut s'exprimer seulement par des cris ou par un silence hagard. Il n'y a plus d'expression langagière possible* » (Daligand, 2011, p.150).

Nous constaterons la persistance des premiers symptômes cités ci-dessus ainsi que l'apparition de nouveaux à valeur traumatique. La patiente se présente à nous fatiguée, épuisée. On retrouve chez elle de la reviviscence, des troubles du sommeil (réveils nocturnes, cauchemars et somnambulisme), des troubles de l'alimentation et un comportement

phobique. Ajouter à cela une réaction mélancolique apparente caractérisée surtout par une dépression et une inhibition psychomotrice et quelques fugues nocturnes.

Nous avons alors tenté d'explorer le vécu de la phase immédiate, en installant dans un premier temps un cadre thérapeutique contenant et rassurant avec une attitude empathique, puis dans un deuxième temps en demandant à la patiente de nous relater l'événement, qui à son tour va nous fournir des indications précieuses sur l'impact traumatique ou non de l'événement. Néanmoins, Il ne s'agissait nullement de forcer la personne à parler de ce qu'elle venait de vivre. Ainsi, nous avons opté pour un accompagnement psychologique avec l'accord de la patiente en vue de soulager sa souffrance, à raison d'un entretien hebdomadaire avec une durée moyenne d'une heure chacun.

Dans ce cadre, Lebigot (2011) écrit *« dans les moments proches de la catastrophe advenue, c'est déjà la parole qui soigne. Certes, cette parole s'accompagne de manifestations émotionnelles qui peuvent être intenses. Mais ce ne sont pas celles-ci mais celle-là, la parole, qui a un effet pacificateur. Le rôle du soignant est d'obtenir de la victime qu'elle abandonne ses cris inarticulés, ses interjections, pour produire un récit aussi riche et ordonné que possible de l'expérience qu'elle a traversée. »* (Lebigot, 2011, p.128).

Le « psychotraumatisme » de la patiente nous semble alors comme une « psychopathologie réactionnelle » à une cause extérieure, parfaitement identifiable, soulignant un lien causal temporel entre un événement stressant et ses conséquences pathologiques sur un individu en fonction de son histoire.

Elle raconte alors à notre demande ce qui lui arrivait avec un discours flou. Elle avait le visage figé, pale et une mimique effarée accompagnant un corps amaigri. Elle nous décrit ce qui s'est passé et sa réaction immédiate *« je ne comprenais pas ce qui m'est arrivée, j'étais en route au village pour la cueillette des olives annuelle, mon mari marchait devant moi avec l'âne, il m'a dépassé de quelques mètres, et soudain, j'ai senti quelqu'un derrière moi, mettre violemment sa main sur ma bouche et me traînait dans la forêt »*. Après un long moment de silence, le sujet continue *« je ne comprenais rien, c'était comme un rêve, j'ai après un bon moment compris qui ils étaient, trois hommes barbus avec les kamis et une femme, tous avaient le visage à demi-couvert par des foulards noirs, les hommes parlaient arabe entre eux et la femme parlait kabyle »*. Nous continuons l'entretien et Mme B, nous apprenait *« je n'ai pas protesté devant eux, je n'ai pas crié, je suis resté silencieuse à attendre*

de savoir ce qu'il me voulait » et déclarait « en fait, je n'ai rien fait et rien dit ».

La patiente rapporte donc un vécu fait d'effroi. Ce dernier est défini dans le vocabulaire de psychanalyse comme étant « *Réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser* » (Laplanche & Pontalis, 1994, p.128). Autrement dit, ce terme caractérise « *un moment très bref, ou le sujet se sent vide de toute pensée. Il ne ressent plus aucune émotion* » (Lebigot, 2011, p.76).

Mme B était dans l'impossibilité de dire combien de temps a duré son kidnapping, elle était aussi incapable d'indiquer l'endroit de sa capture, malgré sa bonne connaissance de la région. Sa mémoire lui a joué des tours et le choc paraît grave. C'est son mari qui précisera à la gendarmerie lors de son audition qu'il s'agissait de quelques heures (environ 10 heures) et à tel lieu.

Ainsi, il est connu en clinique qu'une distorsion du temps et de l'espace caractérise un vécu traumatique d'un événement. Dans le tableau clinique du stress post-traumatique, tel qu'il est défini dans le DSM 5, des plaintes et symptômes sont en rapport avec un vécu altéré du temps. Mme B n'avait plus de perception temporelle ni spatiale.

Au cours de ces heures de rapt, Mme B, nous dira que les ravisseurs l'ont assailli de questions, elle disait « *il me demandait violemment est ce que je sais quelque chose sur une éventuelle opération de ratissage de l'armée dans la région, est ce que je connais les gens qui rapportent des informations au service de sécurité sur leur présence dans la région* ».

Elle se souvient aussi que l'un deux tenait un grand couteau et une kalachnikov à la main et la menaçait avec si jamais elle ne disait pas tout ce qu'elle sait.

Mme B se souvient alors avoir répondu par la négation, mais sans pouvoir dire exactement ce qu'elle a pu prononcer comme paroles, elle savait juste qu'elle tremblait et leur avait répondu en arabe, dans la même langue qu'ils l'interpellaient, c'est à ce moment-là que les assaillants lui ont demandé d'où elle venait, et elle a répondu « *je suis native de chlef, mais je me suis mariée dans la région* ».

La patiente nous confia plus tard qu'elle s'est vue morte à ce moment-là et qu'au bout d'une longue marche avec eux dans la forêt, elle n'a pas cessé de les supplier pour l'épargner, en leur proposant le peu de bijoux qu'elle avait sur elle ainsi que le couffin de nourriture qui devait servir de repas pour elle et son mari.

C'est à ce moment-là que la femme qui accompagnait les hommes proposa de la garder pour cuisiner et laver le linge du groupe. Ces derniers refusèrent, en soulignant qu'elle semblait malade et n'est pas assez forte pour supporter leur mode de vie.

Mme B, se rappela qu'elle écoutait sans pouvoir éprouver aucune émotion, elle était comme tétanisée et un moment elle se sentait comme détachée de la situation et qu'elle était une simple spectatrice d'une scène d'horreur. En effet, la clinique a longtemps décrit chez les traumatisés « la sidération ». Cette dernière est « *une suspension brutale et complète des fonctions psychiques. La sidération psychique est la conséquence de l'effraction que le trauma opère dans la vie psychique du sujet. Elle le place dans un état d'impuissance globale* » (Cottencin, 2011, p.217).

Par ailleurs, la description fournie par la patiente lors de l'investigation, rend compte de ce qu'on appelle « la dissociation ». Cette dernière, nous semble, présente au moment et après de l'événement traumatique (dissociation péri-traumatique). En effet, on a relevé chez notre cas, la liste des signes dissociatifs caractérisant un traumatisé, et cités par Cottencin (2011) ; à savoir : un syndrome amnésique, une fugue, un trouble de l'identité, un état de dépersonnalisation, un état de stupeur, un sentiment subjectif de torpeur, un détachement ou une absence de réactivité émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement et une anesthésie.

Au bout d'un moment, le groupe décida de se retirer pour décider du sort de la victime parce que la nuit commence à tomber et qu'ils doivent rejoindre leur abri.

À ce moment-là, Mme B, voyait défiler devant ses yeux les visages de ses enfants, notamment un de ses fils qu'elle n'a pas vu depuis un long moment mais n'a pu ni crié ni pleuré ni ressentir quoi que ce soit devant ces images-là. Elle a aussi confié plus tard, que pour la première fois depuis longtemps, elle a vu des images de sa mère morte, elle a comme revécu le jour de l'enterrement de cette dernière, elle s'est souvenue qu'elle a failli rater cela parce que son mari a refusé de l'accompagner et donc elle a dû attendre l'arrivée de l'un de ses fils pour faire le long voyage de nuit. Elle disait « *j'ai revisité ma triste vie, seule dans la forêt avec des terroristes* » et à cet instant, elle s'est mise soudainement à rire aux éclats.

Le groupe décida de la libérer, Mme B, se met alors à courir sans arrêter ni savoir où aller jusqu'à ce qu'elle entrevoie une route et une voiture qui faillit l'écraser s'arrêta pour l'emmener à l'hôpital car elle était dans un état second et très agitée, à ce moment-là, elle était incapable de savoir

ou elle était et comment elle s'appelait. Cette amnésie dissociative durera une dizaine de minutes.

Une question s'impose à nous, qu'est-ce qu'elle subit encore de la part de ce groupe armé ? Les premiers entretiens avec nous et la rencontre avec la psychiatre nous laissaient supposer une agression sexuelle sur elle, Mme B, n'en a jamais vraiment parlé et nous n'avons quant à nous pas insisté. Nous avons jugé que faire violence à son silence, et aussi rapidement, pouvait être dangereux pour son économie psychique. En contrepartie, Uriburu (2013) note qu' *« une violence est aussi nécessaire pour sortir du silence. Il est important pour cela de savoir quelles sont les conditions qui rendent possible d'un côté l'énoncé (ce qui est demandé) et de l'autre l'énonciation des violences (l'acte de dire la demande). Ce qui nous amène à interroger aussi la position de celui qui accueille l'écoute »* (Uriburu, 2013, p.59). Nous y reviendrons plus loin.

Au fil des entretiens, nous apprendrons aussi que la vie de la patiente est marquée par de nombreux épisodes violents. C'est dire que l'impact traumatique de l'agression terroriste est un effet d'après-coup, ce qui suppose un « avant-coup » et, donc, une évolution en deux temps. D'où l'importance de saisir la personnalité prémorbide de notre patiente. La situation extérieure a réveillé, dans l'après-coup, un conflit dormant, qui, à la faveur de cet événement de vie, va réactualiser le rapport douloureux au passé, en attente de mots pour donner un sens aux faits, qui en sont dépourvus. Un événement ne se révèle traumatique qu'en vertu de la sensibilité et de l'histoire personnelle du sujet, et ce qu'on note chez notre cas.

Le tableau clinique dressé indique la présence d'une vulnérabilité sur le plan de la santé mentale qui se traduit par des manifestations dépressives, une altération de l'estime de soi et des troubles psychosomatiques antérieurs au kidnapping. Cela renvoie au lien entre les facteurs de vulnérabilité et les effets du traumatisme. La nosographie américaine, le DSM 5 (2015) inclut dans le chapitre réservé aux troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress, ce qu'on appelle les facteurs de risque. Dans le cas de notre patiente, la présence de facteurs prétraumatiques ne fait aucun doute (le genre féminin, le jeune âge de la patiente au moment de l'exposition à la violence conjugale, le bas niveau intellectuel, le statut socio-économique bas, la mort de la mère, le niveau éducatif bas, l'absence de support social, l'éloignement avec la famille d'origine, etc). Le manuel cite notamment des facteurs tempéramentaux, environnementaux et génétiques (DSM 5, 2015, p.328).

Par ailleurs, notre patiente est un sujet marié, c'est donc logiquement qu'on s'intéressa à la relation conjugale de l'intéressée et à la possibilité d'accueillir le couple ensemble en consultation.

Ainsi, au fil de l'investigation, Mme B aborde le sujet du mari et sa situation que tardivement dans la consultation, elle a recours à des termes courts, froid dépourvus d'affect « *c'est un irresponsable, un soulard* » répétait-elle sans cesse. Mme B, raconte alors la violence conjugale subie depuis des années avec un sentiment de honte, après un mariage arrangé entre familles, par un mari décrit comme alcoolique, violent et incapable d'assumer son rôle de mari et de père, s'adonnant à des jeux d'argent au lieu d'acheter de quoi manger à ses enfants. La dépendance du mari aux jeux et à l'alcool a affecté sa santé physique et mentale, ses relations interpersonnelles et sa situation financière. Le mari est alors décrit comme « *violent* », « *dépressif* » et « *fou* » trouvant dans l'alcool un moyen de réduire ses troubles et ce depuis des années.

Le cas réagit par une certaine passivité apparente à la violence subie, renforcée par l'absence d'aide économique, la protection de ses enfants et l'éloignement des siens (vivant tous en-dehors de la région). La patiente en question n'a jamais consulté un médecin légiste, seul habilité à se prononcer sur son état physique. Elle n'a jamais songé au divorce, en fait, elle n'a jamais rien tenté du tout. Toutefois, le comportement « passif » de certaines victimes doit être considéré comme « *une stratégie destinée à réduire un danger immédiat en acceptant les demandes coercitives d'un partenaire violent* » (Voyer, 2014, p.659).

Autre part, cela laisse deviner une situation d'emprise voire de dépendance, qui s'est installée au sein du couple. Néanmoins, on note, la présence de certaines stratégies défensives, telles que la sublimation en s'adonnant à la couture et la prière. Ces défenses lui permettaient, tant bien que mal, de faire face à la situation adverse dans laquelle elle vivait. Toutefois, Mme B n'a jamais pensé à déposer plainte contre son mari ni contre ses ravisseurs. Elle semble subir les événements traumatiques comme une fatalité et sans pouvoir agir ou réagir.

Le mari en question ne s'est jamais déplacé avec elle pour les consultations, médicale et psychologique. Toutefois, la psychiatre du service recevra une visite de sa part pour lui demander des certificats justifiants la situation de sa femme, en vue d'une demande d'indemnisation financière, parce que désormais, sa femme est considérée victime de terrorisme et il a entendu dire qu'elle pouvait postuler à une réparation matérielle.

De son enfance, elle ne dit pas grand-chose, elle native de Chlef et a vécu dans une famille composée des deux parents et de cinq enfants. Elle a également décrit une enfance difficile sur le plan socio-économique et relationnel.

Cela nous conduit à un constat : chez cette patiente, le présent est tout aussi important que le passé. Autrement dit, un traumatisme actuel (l'enlèvement et la séquestration par un groupe armé) vient s'inscrire dans la psychologie de ce sujet déjà durement malmené et blessé par la vie.

Dans les deux cas de figure, c'est la relation à l'autre qui est endommagée chez cette patiente. La confiance semble entamée et la dignité Daligand (2011) aborde dans le même sens « *on notera en particulier l'effet dévastateur de ce sentiment d'exclusion de la communauté des hommes, qui induit le sentiment accablant que, désormais, plus personne ne peut le comprendre et qu'il ne peut rien partager de ses souffrances ni même de ses joies éventuelles avec qui que ce soit* » (Daligand, 2011, p.62).

Avec ces nouvelles informations, relatées par la patiente, nous décidons de continuer la prise en charge en recourant à une psychothérapie psychodynamique. Il s'agit dans ce cas de figure « *d'accompagner une personne qui souffre souvent d'une névrose traumatique décompensée par un choc traumatique lors d'un événement récent ; c'est un cheminement plus long qui exige du thérapeute une adaptation aux possibilités du patient à élaborer* » (Vitry, 2007, p.140).

Par ailleurs, on estime que peu de recherches abordent les violences conjugales en Algérie, notamment d'un point de vue psychologique. En sollicitant le Portail National de Signalement des thèses (PNST) et Algerian Scientific Journal Platform (asjp), nous avons constaté une moindre production scientifique, notamment d'un point de vue psychanalytique et émanant de prise en charge psychothérapeutique. Cependant, quelques enquêtes nationales (enquête sur les *violences faites aux femmes*, en particulier l'enquête réalisée en 2002-2003, sur la violence à l'encontre des femmes, est une enquête descriptive menée par l'Institut de Santé publique, l'enquête de l'INSP de 2005 et l'enquête nationale de prévalence de la violence envers les femmes algériennes) réalisées en 2006 ont été réalisées et elles sont fort intéressantes, en terme, de résultats. Elles ont permis d'indiquer les caractéristiques de femmes battues et celles des agresseurs. Elles ont aussi permis une sensibilisation des intervenants, mais également la société sur la gravité et les

conséquences de la violence sur les victimes et rendu visible un phénomène trop souvent nié, même si on ne connaîtra sans doute jamais le nombre exact des femmes agressées par leur mari. Les chiffres sont, probablement bien plus élevés dans la réalité.

Aussi, la pénalisation de la violence faite aux femmes dans le foyer conjugal est loin d'être établie en droit algérien. Toutefois, une loi contre les violences faites aux femmes est entrée en vigueur en 2016. Cette dernière, criminalisant les violences à l'égard des femmes est considérée comme une avancée assez timide, notamment, par des associations et l'ONG.

Au fur et à mesure que les séances se suivent, la souffrance de la patiente s'est allégée, la majorité des symptômes ont disparu, l'angoisse est apaisée et la psychothérapie devient plus dynamique. Des avancées ont été également enregistrées au niveau de l'estime de soi et de ses relations avec autrui.

Après un certain temps, Mme B décide de partir du village pour regagner son village natal et y rester un long moment sans préciser combien. Elle nous disait, sûre d'elle « *une de mes filles est mariée depuis un moment, elle est bien... Et les deux garçons travaillent loin de la maison et ne reviennent que rarement, il ne reste que celle qui fait des études à l'université d'Alger, ils peuvent très bien venir me voir chez nous, ce n'est pas loin* ».

Effectivement, après quelques mois passés en consultation avec nous, Mme B nous informa de sa décision de quitter la région. Un refus plus au moins inconscient de poursuivre le travail avec nous était cependant accompagné d'une amélioration de la patiente. On apprendra plus tard, qu'elle s'est installée chez l'un de ses frères et qu'elle recevait très souvent la visite de ses enfants, « *Elle se porte mieux* » nous dira-t-on.

On retient du cas que Mme B était victime à la fois :

-D'un psychotraumatisme de type I parce que l'enlèvement par le groupe terroriste est un événement unique. Ces deux psychotraumatismes sont le fruit d'un trauma intentionnel marqué par des violences interhumaines.

-D'un psychotraumatisme de type II parce que l'événement (la violence conjugale) est répété et durable. L'état de détresse résulte ici de l'accumulation tensionnelle à long terme traduisant l'impact cumulatif des situations prolongées – en intensité, durée – répétition des micro-traumatismes insidieux, la récurrence du « traumatisme cumulatif » dont l'inscription donne lieu à une blessure narcissique profonde. Le traumatisme invisible consiste en une victimisation directe résultant

d'une exposition itérative, quotidienne, répétée à des événements de vie négatifs.

De ce fait, la multiplicité des événements traumatiques vécus par la patiente s'inscrit dans le cadre d'un traumatisme complexe. Ce dernier est décrit comme « *la résultante d'une situation de victimisation chronique et prolongée, individuelle ou en groupe, qui se distingue du traumatisme simple par le caractère répétitif de la situation traumatique* » (Tarquinio & Montel, 2014, p.74).

Conclusion

Les traumatismes complexes rendent la prise en charge particulièrement longue et difficile. Combien sont-ils en Algérie à avoir connu, comme dans le cas de Mme B, une violence intrafamiliale et une autre extrafamiliale, combien sont-ils à avoir vécu une tragédie intime et l'autre sociohistorique. Il est difficile d'avoir des chiffres, mais nous estimons important, car il s'agit avant tout d'un problème de santé publique et un enjeu de société à ne pas négliger.

Pour clore ce récit d'une prise en charge thérapeutique, une question s'impose à nous : *que se passe-t-il entre un clinicien et un sujet ayant éprouvé un tel traumatisme ?* Autrement dit, qu'est-il du contre-transfert éprouvé par un soignant face à une victime traumatisée ? ... Ceci est une autre histoire !

Bibliographie:

1. Américan Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5). Paris : Masson,
2. Aron, R. (1962). *Paix et guerre entre les nations*. Paris : Gallimard
3. Boukra, L. (2006). *Le terrorisme*. Alger : Chihab Editions
4. Cadiou, L. (2005). Guide d'intervention du sauveteur -victimes, *violences et secours*. Paris : Editions Estem
5. Cario, R. (2006). *De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*. Paris : L'Harmattan
6. Cottencin, O. (2011). Sidération. In C. Damiani., & F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (p.217). Paris : Philippe Duval
7. Crocq, L. (2007). Introduction. In L. Crocq (Dir), *Les traumatismes psychiques*, pp.IX-X. Paris : Masson
8. Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales médico-psychologique*, 168, 311-319.
9. Daligand, L. (2011). Déshumanisation. . In C. Damiani., & F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (p.62-63). Paris: Philippe Duval
10. Héritier, F. (1996). *De la violence I*, Paris : Odile Jacob
11. Lachapelle, H ., & Forest, L. (2000). *La violence conjugale*. Québec : Presses de l'université du Québec
12. Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12^e éd). Paris: PUF
13. Lebigot, F. (2011). Catharsis. In C. Damiani., & F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (pp.34-35). Paris: Philippe Duval

14. Lindsay, J., & Clément, M. (1998). La violence psychologique. *Recherches féministes*, 11 (2), 139-160
15. Moisan, M., & Bonfanti, C. (1994). *La violence conjugale au Québec : Un sombre tableau*. Québec: Conseil du statut de la femme
16. OMS (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: OMS
17. Pariente, K. (2013). Violences conjugales. In M. Kédia., & A. Sabouraud-Seguin (Dir.), *L'aide-mémoire de psychotraumatologie* (pp.149-155). Paris, Dunod
18. Sironi, F. (2004). Vers une théorie générale du traumatisme intentionnel. *Pratiques psychologiques*, 10 (4), 319-333
19. Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). Le traumatisme complexe. In C. Tarquinio., & S. Montel (Dir), *Les psychotraumatismes* (pp. 57-75). Paris: Dunod
20. Uriburu, M-E. (2013). Quelques éléments pour « briser le silence » des violences conjugales. *Clinique méditerranéennes*, 2 (88), 59-68
21. Vitry, M. (2007). Suivi-psychothérapeutique en différé-chronique. In L. Crocq (Dir), *Les traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes* (pp.139-156). Paris : Masson
22. Voyer, M. (2014). Violences conjugales et troubles psychiatriques. *L'Information Psychiatrique*, 90 (8), 663-671.