

## La blessure psychique - Cas de l'Algérie -

### The psychic injury - Case of Algéria-

Benamsili Lamia<sup>1</sup>,  
(Université Abderrahmane Mira de Bejaia)  
haderbache.lamia@gmail.com

Reçu	15-09-2019	Accepté	19-03-2020
------	------------	---------	------------

#### Résumé :

Le traumatisme psychique est une blessure. Cette dernière peut se transformer en un trouble invalidant, connu sous le nom du trouble de stress post-traumatique. Dans ce présent article, l'auteure interroge deux notions, à savoir, la névrose traumatique et la psychose traumatique, comme étant deux troubles consécutifs à un événement traumatique.

L'intérêt de cet article est à situer dans le nombre d'évènements traumatiques qu'a connu l'Algérie et dans la nécessité de sensibiliser les cliniciens à ces affections mentales.

**Mots clés :** traumatisme psychique ; blessure ; névrose traumatique ; psychose traumatique, Algérie.

#### Abstract :

Psychic trauma is an injury. The latter can turn into a disabling disorder known as post-traumatic stress disorder. In this article, the author questions two notions, namely, traumatic neurosis and traumatic psychosis, as two disorders consecutive to a traumatic event.

The interest of this article lies in the number of traumatic events in Algeria and in the need to make clinicians aware of these mental disorders.

**Keywords :** psychic trauma; injury; traumatic neurosis; traumatic psychosis, Algeria.

---

<sup>1</sup>Auteur correspondant

## Introduction

Un traumatisme psychique nuit gravement à l'équilibre psychique du sujet. On parle alors de blessure psychique. Cet état séquellaire peut se traduire notamment par une névrose traumatique voire une psychose traumatique. Toutefois, lorsqu'il n'est pas l'oublié du dommage « corporel », le dommage psychique est souvent sous-évalué et méconnue.

Il est vrai que les implications de cet article sont surtout théoriques, mais il faut rappeler au lecteur que la clinique y est aussi présente.

En effet, notre pays a connu plusieurs évènements à caractère traumatique, il est alors nécessaire, en tant que psychologue clinicien, de penser leurs répercussions psychologiques sur les sujets concernés. L'impact énorme de la guerre de libération, de la décennie noire, des catastrophes naturelles et des différents mouvements sociaux sur la santé mentale des algériens est aujourd'hui évident.

Dès lors, il est essentiel de s'attarder ici sur les affections citées ci-dessus :

### 1- La notion de blessure psychique

La violence du monde moderne provoque des destructions, des morts et des blessés physiques ; elles causent aussi des « blessés psychiques », c'est-à-dire des victimes indemnes quant à leur corps, mais profondément choquées, traumatisées, quant à leur esprit. En fait, tout blessé physique peut être aussi un blessé psychique, surtout s'il n'a pas perdu connaissance lors de l'accident, de l'agression ou tout autre évènement violent, et qu'il a vécu, dans ce court instant et dans la surprise, une expérience d'imminence de mort sans échappatoire (Crocq, 2012, p.7).

Le vocable « blessé psychique » est couramment utilisé de nos jours pour désigner « *l'état des personnes ayant subi un traumatisme psychique. De même qu'un traumatisme physique ouvert détermine une effraction dans le revêtement cutané et une blessure de ce revêtement et des tissus sous-jacents, de même un traumatisme psychique détermine une effraction dans les défenses psychiques du sujet, et une blessure au sein de son psychisme* » (Crocq, 2014, p.10).

Ce n'est qu'en 1992 que le vocable de « blessé psychique » est apparu dans les textes officiels français. En effet, le décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre chez les anciens combattants et victimes civiles de guerre utilise pour la première fois le mot « blessure » pour caractériser le « psychosyndrome traumatique » ou « névrose traumatique ». En fait, pendant la guerre du Vietnam, de 1964 à 1973, les américains employaient déjà couramment le vocable « blessure psychique » pour désigner les troubles psychotraumatiques observés chez les combattants. (Crocq, 2014, p.11).

En France, le vocable « blessés psychologiques » avait été utilisé par la grande presse à l'occasion de catastrophes. Par la suite, le mot « blessure » sera couramment utilisé pour caractériser les séquelles psychiques résultant de traumatismes psychiques de guerre comme de paix (Crocq, 2014, pp.10-11).

Dès lors, l'expression « blessure psychique », fréquemment évoquée en cas de traumatisme psychique, présente quelques particularités liées à son emploi. Etymologiquement, le trauma est certes la blessure. Cependant, il s'agit ici principalement de souligner sa valeur métaphorique, particulièrement congruente à la notion d'effraction, mais également pertinente en regard de la rémanence des suites de cette blessure. Toutefois, l'image qu'elle convoque est celle du corps, avec ses avatars (Lahutte, 2011, p.29).

Dans son livre « *les blessures psychiques : la force de revivre* », paru en 2003, Fischer considère que les blessures psychiques sont le fruit d'évènements, extraordinaires ou ordinaires, de l'existence. Il écrit à ce sujet « une blessure est ce qui donne à toute une vie le visage de l'épreuve et de la souffrance (...) un blessé est un être brisé (...) il y a donc blessure à partir du moment où un type de violence fait irruption dans le cours d'une vie et que l'évènement

représente un choc tel, qu'il introduit des désordres durables dans le psychisme. Personne ne sort indemne de telles situations (Fischer, 2003).

Pour sa part, Andruétan (2013) parle des blessures psychiques dans son livre sobrement intitulé « *les blessures psychiques en dix questions* » en écrivant que les blessures psychiques sont invisibles. Mais elles invalident tout autant et même parfois plus qu'une blessure physique. Elles marquent durablement celui qui la subit, le laissant le plus souvent démuni. La détresse, le désarroi, la solitude face à la souffrance et les interrogations : "Suis-je devenu fou ?" accompagnent la victime d'un trauma psychique.

De son côté, Clervoy dans son livre « *traumatismes et blessures psychiques* », paru en 2016, estime que « les traumatismes et blessures psychiques sont des phénomènes qui relèvent autant des événements de la vie quotidienne que de ceux des temps exceptionnels. Nul n'échappe à ces aléas. Notre appareil psychique est organisé pour faire face. Cependant, dans les circonstances que nous développons dans cet ouvrage, le psychisme peut être dépassé ou brisé par ces événements ; une longue souffrance s'installe et il devient difficile, seul, d'échapper à cette étreinte (Clervoy, 2016, p.1).

Plus récemment, De Peslouan et Darling (2019) écrivent pour caractériser les blessures psychiques un livre intitulé « *j'ai mal et pourtant ça ne se voit pas* » qu'on peut souffrir de l'intérieur et n'avoir aucun bleu sur le visage, aucune ecchymose à montrer. C'est tout à fait ça la blessure psychique.

Après cette brève présentation de ce qu'on entend par « blessure psychique » en psychopathologie, nous allons maintenant aborder deux types de blessure psychique, conséquentes du trauma : la névrose traumatique et la psychose traumatique. En effet, un événement traumatique peut être l'occasion d'un déclenchement névrotique ou psychotique.

Il est à noter que les deux affections seront appréhendées à partir de deux perspectives, la psychanalyse et l'athéorisme, représenté par le DSM et la CIM, non pas dans un but de confrontation, mais plutôt dans un esprit éclectique.

## **2- La notion de névrose traumatique**

Si après un événement potentiellement traumatisant, certaines personnes n'éprouvent que de déplaisantes réactions de stress ou ne manifestent qu'un éphémère désordre traumatique, d'autres souffrent quant à elles de troubles chroniques sous forme de symptômes sporadiques, récurrents ou fixés en névrose traumatique (Josse, 2014).

La classification des névrozes est directement liée aux travaux de Freud. La névrose relève de conflits refoulés dans lesquels les fantasmes inconscients, la sexualité infantile, les traumatismes, les fixations-régressions jouent un rôle majeur dans l'expressivité des symptômes (Pirlot, Cupa, 2019, p.12)

Les névrozes traumatiques consécutives à un traumatisme psychique. Le traumatisme est extérieur au sujet. L'apparition des symptômes est ici, liée à un choc émotif violent : accident, guerre, catastrophe, toute situation dans laquelle le sujet a senti sa vie menacée. La névrose traumatique peut être durable et invalidante (Pewzner, 2000).

Il est du reste intéressant de noter que le terme de névrose traumatique est apparu en psychiatrie à la fin du XX<sup>e</sup> siècle pour désigner les troubles que présentaient les victimes des premiers accidents de chemin de fer (Barrois, 1998, p.4).

Dès lors, quand on emploie l'expression « névrose traumatique », on se réfère à des conceptions différentes de celles du DSM. Cela entraîne une autre clinique et génère nécessairement un axe psychopathologique qui n'a rien à voir avec le stress. L'adjectif « traumatique » nous indique, que les symptômes psychotraumatiques sont au centre de la clinique de cette névrose (Lebigot, 2011, p.163).

Dans ce cadre, le terme de « *névrose traumatique* » désigne, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, un « *groupe de troubles psychiques qui surgissent après un temps de latence plus au moins long, au décours d'un choc affectif très intense* » (Barrois, 1998, p.1).

Cette latence représente le délai et le temps écoulé entre l'impact reçu et la décompensation. Ce temps de latence est également qualifié de temps d'incubation, de contemplation, de méditation, et de rumination.

De son côté, Widlocher (2010) écrit ceci « *la névrose traumatique est constituée par des troubles nerveux fonctionnels d'origine psychique, qui se développent à la suite ou à l'occasion d'un accident, que celui-ci ait comporté ou non un traumatisme corporel* » (Widlocher, 2010, p.43).

Dès lors, la névrose traumatique est un « *type de névrose où l'apparition du traumatisme est constitutive à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Son évolution ultérieure, survenant le plus souvent après un intervalle libre, permettrait de distinguer schématiquement deux cas :*

- *Le traumatisme agit comme élément déclencheur, révélateur d'une structure névrotique préexistante ;*

- *Le traumatisme prend une part déterminante dans le contenu même du symptôme, qui apparaît comme une tentative répétée pour lier et abrégier le trauma ; une pareille fixation au trauma s'accompagne d'une inhibition plus au moins généralisée de l'activité du sujet.*

C'est à ce dernier tableau clinique que Freud et les psychanalystes réservent habituellement la dénomination de névrose traumatique » (Laplanche, Pontalis, 1994, p.286).

Toutefois, la catégorisation de ces troubles dans le groupe des névroses constitue d'emblée un problème ardu. Il n'est pas étonnant que la psychanalyse, née du reste à la même époque que la notion de névrose traumatique, ait trouvé avec le traumatisme psychique non seulement un de ses premiers modèles, mais aussi une véritable épine irritative (Barrois, 1998, p.5).

Par ailleurs, la névrose traumatique a longtemps prévalu pour décrire les syndromes posttraumatiques. Le récent développement de classifications psychiatriques a entraîné l'éclatement de ce concept et redistribué les symptômes dans de nouvelles entités syndromiques (Josse, 2019, p.238).

Nous allons maintenant interroger la place consacrée à la « névrose traumatique » dans les deux classifications internationales, le DSM et la CIM :

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM 5 (2015) parle de « *trouble stress post traumatique* ». De nombreux changements majeurs pour le diagnostic de TSPT ont été mis en place pour le DSM-5. En effet, le TSPT (309.81/ F43.10) n'appartient plus au chapitre des troubles anxieux, et fait désormais partie d'un nouveau chapitre dédié aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Dans le DSM 5, il faut la présence de 6 parmi les 20 symptômes possibles.

Les critères du trouble sont comme suit :

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement / aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : je suis mauvais, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux, mon système nerveux est complètement détruit pour toujours).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

**Spécifier le type :**

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

**Spécifier si :**

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Cette forme différée du trauma citée dans le DSM 5 semble être l'équivalent de la névrose traumatique, du fait de la période d'incubation et de latence requise.

Dans la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), le groupe diagnostique des réactions à des facteurs de stress sévères et des troubles de l'adaptation (F43) comprend la réaction aiguë à un facteur de stress (avec trois sous-types), l'état de stress post-traumatique (ESPT) et les troubles de l'adaptation (TA) (avec cinq sous-types et deux sous-types résiduels). Une autre catégorie pertinente est la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) au sein de la section des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Les catégories diagnostiques pertinentes chez l'enfant et l'adolescent sont le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) et le trouble d'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2), qui sont inclus dans le groupe des troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence.

Ainsi, la CIM-10 définit le trouble du stress post-traumatique comme suit « *ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité (par exemple compulsive ou asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (flashbacks), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme... Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de qui-vive et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire... La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à*

*quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (voir F62.0). » (CIM-10, 2012, p.383).*

La névrose traumatique est un terme retenu par la CIM-10. En effet, la névrose traumatique, après latence et chronicisée, correspond à la combinaison de deux diagnostics complémentaires de la CIM-10 : celui d'état de stress post-traumatique (chronique, F43.1) et celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) (à noter que les sujets présentant une névrose traumatique doivent être référencés à deux diagnostics à la fois dans la CIM-10, ce qui met en évidence l'inadéquation de cette nosographie) (Crocq, 1999, p.189).

L'ESPT apparaît à distance de l'événement traumatique selon une temporalité variable :

- il survient classiquement après la rémission des troubles immédiats brefs ou d'un ESA qui ont régressé en moins de

1 mois. Au-delà de 1 mois, l'apparition chez une victime indemne de pathologie initiale ou la réapparition de symptômes spécifiques constitue l'ESPT.

Le temps de latence « asymptotique », nommé aussi temps de « méditation », de « contemplation », par les premiers auteurs, n'est pas si silencieux qu'il est dit. Il existe souvent, certes modérée, une modification du comportement dans le sens d'une hypervigilance anxieuse et d'une hyper-réactivité : irritabilité, moindre tolérance à l'environnement, discrète tension interne avec difficulté à se détendre. Le temps de latence est de durée variable. Il est inférieur à 6 mois pour la CIM 10, mais peut durer au-delà de 1 an voire des années, comme chez certains vétérans du Vietnam ;

- l'ESPT peut apparaître, en continuité, sans temps de latence, avec l'ESA qui évolue pour aboutir au-delà de 1 mois à l'ESPT (Ferreri, 2011, p.5).

De ce fait, on conclut que la névrose traumatique est une affection différée et chronique.

### **3- La notion de psychose traumatique**

Les troubles psychiques post-traumatiques ne se résument pas à l'unique trouble de stress post-traumatique (Auxéméry, 2019, p.1).

Ainsi, le trauma fait en lui-même vivre une expérience de type psychotique (Söderström, 2009, p.154). Or, longtemps négligés dans la littérature, les troubles psychotiques post-traumatiques sont pourtant d'autant plus fréquents que l'exposition traumatique est intense. Ces symptômes de gravité témoignent du possible impact déstructurant et durable du trauma sur l'équilibre psychique : le terme de dissociation tend à perdre ici sa polysémie, de la dissociation per-traumatique à la dissociation caractérisant les troubles schizophréniques. En effet, Témoignant de sa gravité, un syndrome de répétition traumatique peut prendre une expression symptomatique psychotique par la présence de phénomènes déficitaires ou productifs sans être strictement superposables à la survenue de reviviscences, les phénomènes hallucinatoires et délirants prennent ici des thématiques liées à la scène traumatique et à ses conséquences. En l'absence de discordance, ces troubles ne sont pas du registre des schizophrénies. Par contre, des revendications incoercibles, voire des expressions paranoïaques, sont possibles (Auxéméry, 2019).

La co-occurrence entre symptômes post-traumatiques et symptômes psychotiques est classiquement décrite dans les suites immédiates d'un traumatisme psychique. Cette comorbidité peut également devenir chronique à distance de l'événement traumatisant aigu. Une telle co-occurrence symptomatique est le plus souvent abordée sous l'angle unique de l'état de stress post-traumatique ou de la psychose sans volonté de faire le lien entre les deux entités nosographiques. Une structure psychotique favorise le risque d'être exposé à un événement potentiellement traumatique, d'une part, et un traumatisme psychique peut venir révéler une



psychose latente, d'autre part. Si un état de stress post-traumatique (ESPT) s'établit chez un sujet à la personnalité de structure névrotique, les symptômes psychotiques secondaires constituent un facteur de gravité (Auxéméry, Fidelle, 2011).

En effet, dans les classifications internationales, le trauma psychique et la psychose sont deux entités clairement distinctes. Cependant, la rencontre de patients, présentant des troubles psychotraumatiques associés à une psychose décompensée, est une occurrence fréquente. Dans la littérature, le taux de prévalence de tableaux cliniques associant état de stress post-traumatique et symptômes psychotiques est élevé. La symptomatologie clinique, consécutive au traumatisme, fut nommée sous le terme de "névrose traumatique", donc implicitement rapportée à la névrose. Cependant, l'expérience clinique face à des sujets psychotiques traumatisés nous incite à établir les liens entre traumatisme et psychose (Calteau, 2013).

Dès lors, un événement traumatique peut être l'occasion d'un déclenchement psychotique (Vallet, 2011, p.185). Il peut également laisser survenir une psychose délirante aiguë. Ce type de psychose « *éclate généralement dans les jours suivants le traumatisme. Elles ont toutefois la particularité d'être toujours sans lendemain, sans récurrence* » (Lebigot, 2011, p.185).

Il est alors très clair que la *névrose traumatique* peut, dans le contexte d'une structure trop fragile, se décompenser en *psychose traumatique*.

Ainsi, les PTSD à forme aiguë doivent inclure ce que le DSM 5 (2015) désigne comme « trouble psychotique bref avec facteur (s) de stress marqué (s) ». Les critères diagnostiques pour ce trouble sont les suivants :

A-Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent : 1. Idées délirantes. 2. Hallucinations. 3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence). 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique. N.B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.

B- Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement pré-morbide.

C- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Spécifier si : Avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) : Si les symptômes surviennent en réaction à des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture. Sans facteur(s) de stress marqué(s) : Si les symptômes ne surviennent pas en réaction à des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture. Avec début lors du post-partum : Si les symptômes surviennent durant la grossesse ou dans les 4 semaines du post-partum. Spécifier si : Avec catatonie (pour la définition, se référer aux critères de catatonie associée à un autre trouble mental) (DSM 5, 2015, p.117).

De son côté, la CIM 10 (2012) parle de psychose aiguë et transitoire (F23). Elle le présente comme suit « groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation sévère du comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition, en crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines ou moins. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas

suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un delirium d'origine organique (F05.-). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble » (CIM 10, 2012, p.236).

Un facteur de stress aigu associé, signifie que les premiers symptômes psychotiques sont survenus dans les 2 semaines qui ont suivi le facteur de stress (reconnu comme tel par le groupe culturel). Sans facteur de stress aigu associé (F23.0. Avec facteur de stress aigu associé (F23.1).

Par ailleurs, il semble logique de considérer cette psychose réactionnelle brève, ainsi définie, comme la forme « psychotique » des « névrose » traumatiques aiguës, à condition de la rattacher au même type d'accident traumatisant. La psychose réactionnelle brève constituerait une rupture complète et immédiate des processus défensifs habituels et un effondrement des frontières entre les instances psychiques (Barrois, 1998, p.125).

Par ailleurs, Bessoles (2012) distingue quatre thématiques principales conduisent à la proposition de psychose traumatique alors que la personne présente une structure psychique névrotique. (1) Il n'y a aucune inscription psychique de l'événement traumatique. La sidération confuso stuporeuse ou la fuite panique accompagnée d'hallucinations ou bouffées délirantes aiguës illustrent ce premier aspect clinique. (2) les processus psychiques ignorent le principe plaisir/déplaisir. Ils sont régis par la compulsion de répétition et les hémorragies d'affect de douleur. (3) Le paradigme de la névrose et du conflit psychique ne sont pas opératoires pour gérer les quanta d'affect et l'emprise pulsionnelle. (4) L'éclosion de délires transitoires, de conduites autovulnérantes et d'autolyse complète le tableau clinique (Bessoles, 2012, p.29).

Nous estimons que la mise en perspective des termes psychose et psycho-traumatisme ouvre à des implications épistémiques, cliniques, nosographiques et thérapeutiques autant variées qu'utiles à notre pratique clinique.

#### **4- En Algérie**

En Algérie, les notions de traumatisme psychique et d'état de stress post-traumatique sont entrées dans le discours médical, après les massacres terroristes survenus à Bentalha et Rais (dans la banlieue d'Alger) dans le milieu des années quatre-vingt-dix. Pour autant, nos aînés médecins, psychiatres et psychologues auraient dû être interpellés par les désordres psychiques présentés, notamment, par les « anciens maquisards » au lendemain de la guerre de libération nationale, et plus tard chez les victimes des catastrophes naturelles qui ont frappé l'Algérie. Nous pensons en particulier au séisme qui a détruit en octobre 1980 la ville de El Asnam (Chlef), les inondations survenues à Alger en octobre 2001 et le séisme de Boumerdès de mai 2003. Sans oublier les différents événements sociaux et émeutes tels que les événements d'octobre 1988 à Alger et de 2001 en Kabylie puis ceux de la vallée du M'zab (2008) et le crash de l'avion de Tamanrasset (2003).

Beaucoup d'auteurs relatent aujourd'hui les séquelles psychotraumatiques concédées par les victimes des événements traumatiques cités précédemment.

Ces derniers se sont penchés sur les blessures psychiques de différents malheurs ayant frappé l'Algérie, et le moins qu'on puisse dire, est que la santé mentale des sujets concernés, mais à plus grande échelle, celle de la société dans son ensemble doit être plus que jamais l'objet d'intérêt de la part des instances concernées.

Concernant la colonisation française, Lazali (2018) indique suite à une enquête sur les effets psychiques et politiques contemporains de l'oppression coloniale en Algérie, que dans l'Algérie contemporaine, les individus ont tous été gravement exposés à des réalités psychiques, sociales et politiques terribles sur une longue période, sur plusieurs plans. Les séquelles, traces et héritages restent à décrypter. Elle conclut que les subjectivités continuent à

se débattre. De son côté, Copin (2012) relate que les blessures morales et psychiques, le stress post-traumatique, perdurent bien au-delà du cessez-le-feu. Crochet et Piouffre (2008) estiment à eux deux que les cicatrices de la *guerre d'Algérie* ont été un *traumatisme* pour tous ceux qui y ont été mêlés.

De nombreux autres auteurs versent dans le même sens, à savoir, qu'en *Algérie*, le *traumatisme* suscité par la violence de la colonisation, puis de la pacification et de la lutte entre les factions antagonistes est très important (Valensi, Dayan Rosenman, 2004). Certains, vont jusqu'à parler de traumatisme historique concernant ce qui s'est passé en Algérie durant la colonisation. Ce type de trauma renvoie aux troubles durables affectant les rapports individuels et collectifs qui sont engendrés par des événements historiques violents (Mohand-Amar, Benzine, 2012, p.78).

Concernant la décennie noire, les travaux menés rendent compte à l'unanimité de la présence de trauma. Bouatta (2007) indique que les traumatismes dont elle a essayé de rendre compte, dans son livre intitulé « les traumatismes collectifs en Algérie », ne relèvent pas du registre historico-génétique mais de traumatismes dans la psyché et la culture. Ils ont été collectifs ; ils ont concerné les attaques des liens intersubjectifs qui lient une communauté et qui signent le entre-soi. Ces traumatismes ont ainsi rompu le contrat narcissique qui instaure et organise le vivre ensemble. Il s'agit de violences sociales et systématiques qui avaient des objectifs politiques et symboliques.

Belarouci (2009, 2010, 2013, 2014) rapporte suite à une recherche de terrain, que la confrontation d'une grande partie de la population algérienne à la violence politique, à un déferlement de scènes traumatogènes avec omniprésence de la mort engendre des traumatismes psychiques dont la principale caractéristique est la dimension intentionnelle et le déni d'altérité. L'objectif visé est de déshumaniser, de détruire, de désaffilier, d'assujettir. Confrontées au réel de la mort, aux humiliations, au déni d'altérité, à la honte, au « sacrifice protecteur » induit par la terreur. Les familles de victimes manifestent un effondrement narcissique ainsi qu'une incapacité à élaborer les événements traumatiques car ils n'arrivaient pas à donner du sens à cette violence contrairement aux terroristes qui se présentent comme des combattants d'une cause divine. Les capacités psychiques des parents ayant été débordées, les perturbations de l'étayage qui s'ensuivent se sont révélées être à l'origine des troubles dans la construction narcissique des enfants ainsi que de leur représentation d'un monde clivé, chaotique, particulièrement hostile. Les violences liées à l'histoire collective que partage un groupe d'individus seraient ainsi à l'origine d'une psychopathologie des liens inter- et intrasubjectifs. Leur compréhension nécessite de « revisiter » la clinique du trauma par la prise en compte des événements traumatiques issus du réel.

Merdaci est également revenu dans ses différents écrits sur les répercussions psychopathologiques de la décennie noire. Dans *Folies & clinique sociale en Algérie* (2009) et *Anthropologie de la souffrance psychique et sociale* (2012) que la société algérienne a vécu une douloureuse expérience de démembrement avec des conséquences à court et à long terme.

Benhalla (2013) écrit que « la complexité des processus par lesquels les périodes de l'histoire marqués par des formes extrêmes de violence, comme celle de la guerre de libération nationale ou celle de la décennie noire et qui engendrent chez nombre de personnes des troubles psychiques plus ou moins graves, est également prise en compte. Des phénomènes de transmissions consciente ou inconsciente des traumatismes subis pendant la lutte de libération nationale, sont observables chez des patients jeunes adultes ; traumatismes en quelque sorte réactivés par réactivés par les violences dont ces derniers ont été les spectateurs (Benhalla, 2013, p.14).

En 2016, Moussa-Babaci relate dans son livre nommé « *pratiques culturelles, contextes de la violence et identité* » les contextes de la violence en Algérie, les multiples figures du

traumatisme et recensé les études épidémiologiques et les travaux de recherches qui ont eu cours ainsi que ceux ayant traité des conséquences psychotraumatiques de la violence.

En 2017, Si Moussi et Ourari-Si Moussi rédigent leur livre à partir d'une vingtaine de textes écrits de façon indépendante, les auteurs racontent l'expérience partagée avec un groupe de psychologues, durant les décennies 1990-2010 à Alger.

Sider (2018) écrit à ce sujet que le drame de la guerre civile des années noires algériennes entre 1990 et 1999 dont le massacre de Bentalha représente l'acmé dans l'horreur, le traumatisme psychologique est lié essentiellement au contexte d'une violence ordinaire et extrême.

Benamsili (2012, 2019) et s'étayant sur des études de terrain et portant sur les conséquences psychologiques des événements violents qu'a connus la Kabylie en 2001. Les résultats de la recherche ont démontré le prix psychique concédé par les sujets victimes et leurs familles. En effet, si certaines familles ont pu tenir le coup en mobilisant des défenses groupales-familiales de survie, la majorité d'entre-elles sont en situation de souffrance. Dès lors, elle conclut à la présence d'une dynamique familiale dysfonctionnelle voire figée sous le coup d'un traumatisme familial, ceci se laisse deviner à travers l'effraction et la rupture des enveloppes protectrice et contenant, la souffrance et le morcellement du lien familial et groupal, la pauvreté voire l'absence des interactions intersubjectives, l'emprise des modes défensifs basés sur l'inhibition ou le recours à des mécanismes primaires, ainsi que le déploiement de défenses groupales telles que : l'illusion groupale, le secret, le silence, la censure et l'idéologie. Par ailleurs, les résultats indiquent la suspension du travail de deuil individuel et collectif et l'échec du travail d'élaboration ouvrant de ce fait le champ au développement d'une blessure narcissique et à l'émergence des sentiments de culpabilité, de honte, de colère et de rancune. Toutefois, des « braises de résiliences » ont été constatées chez certains groupes familiaux.

Toujours en 2019 et sous la direction de Moussa-Babaci, le livre « devenir des victimes et prise en charge des traumatismes » est paru. Il revient notamment sur la décennie noire et ses nombreuses victimes (militaires, paramilitaires, disparus, etc) et les conséquences psychotraumatiques des survivants. Moussa-Babaci note dans ce livre le passage suivant « l'idée de l'ouvrage émane de nos préoccupations sur les conséquences des traumatismes liés à la violence terroriste en Algérie » (Moussa-Babaci, 2019, p.15).

Aggoune (2020) revient dans son dernier livre intitulé « *Blouse blanche. Zone grise. Décennie noire* » sur les horreurs de cette époque.

Dès lors, les effets de la violence en Algérie sont nombreux, principalement, de l'ordre du psychotrauma.

## **Conclusion**

Les blessures psychiques sont profondes et les plaies qui en découlent nécessitent du temps à se refermer. Elles laisseront des cicatrices durables chez certains sujets. Il est alors plus qu'urgent, que chaque clinicien, soit sensibilisé au diagnostic précoce de ces affections, à leur dépistage et à l'assistance médico-psychologique. Surtout, au regard de l'histoire de notre pays.

## Bibliographie

1. Americian Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5* (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
2. Andruétan, Y. (2013). *Les blessures psychiques en 10 questions*. Paris, France : Economica.
3. Auxéméry, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *Europeen Journal of trauma & Dissociation*. <http://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
4. Auxéméry, Y., & Fidelle, G. (2011). Psychose et traumatisme psychique. *L'Encéphale*, 37, 433-438.
5. Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
6. Belarouci, L. (2009). *Paroles croisées parents-enfants sur le traumatisme intentionnel et ses répercussions familiales : Victimes et terroristes en Algérie*. Thèse de doctorat en psychologie clinique et en psychopathologie. Université de Rouen, Rouen.
7. Belarouci, L. (2010). Le terrorisme en Algérie : entre honte et trauma. *Dialogue*, 4 (190), 107-116. Doi : 10.3917/dia.190.0107.
8. Belarouci, L. (2013). Le terrorisme en Algérie : du trauma à l'impunité et à l'oubli. *Revue québécoise de psychologie*, 34 (2), 203-223.
9. Belarouci, L. (2014). Violence politique en Algérie : trauma, défaut d'étayage et troubles narcissiques chez les enfants des victimes et des terroristes. *Evolution psychiatrique*, 79 (4), 679-713. Doi : 10.1016/j.evopsy.2014.02.006.
10. Benamsili, L. (2012). Contribution à l'étude du traumatisme intentionnel. *Psychologie*, 19, 19-43.
11. Benamsili, L. (2019). Traumatisme familial en Algérie : la psychanalyse à l'épreuve du groupe familial. *Psychological & Educational studies*, 12 (1), 288-299.
12. Benhalla, N. (2013). *Expressions et caractéristiques de la névrose en Algérie*. Paris, France : L'Harmattan.
13. Bessoles, Ph. (2012). Traumatisme sévère et psychose post-traumatique. *L'Evolution psychiatrique*, 77 (1), 29-52. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.12.003>
14. Bouatta, C. (2007). *Les traumatismes collectifs en Algérie*. Alger, Algérie : Editions la Casbah.
15. Calteau, M. (2013). *Trauma et psychose : intrications psychopathologiques*. Paris, France : Université de Paris7.
16. Clervoy, P. (2016). *Traumatismes et blessures psychiques*. Paris, France : Lavoisier.
17. Coslin, M. (2012). *La côte d'Opale en guerre d'Algérie 1954-1962*. Presses Univ. Septentrion.
18. Crochet, B., Piouffre, G. (2008). *La guerre d'Algérie*. Lodi.
19. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre* (Les). Paris, France : Odile Jacob.
20. Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris, France : Odile Jacob.
21. Crocq, L. (2014). *Les blessés psychiques de la grande guerre*. Paris, France : Odile Jacob.
22. Ferreri, F. (2011). Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et état de stress post-traumatique. *EMC psychiatrie*, 37-329-A-11.

23. Fischer, G-N. (2003). *Blessures psychiques (les) : La force de revivre*. Paris, France : Odile Jacob.
24. Josse, E. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
25. Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
26. Lahutte, B. (2011). Blessure physique. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.29-30). Paris, France : Philippe Duval.
27. Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12 e éd). Paris, France : PUF.
28. Lazali, K. (2018). *Le trauma colonial : une enquête sur les effets psychiques et politiques contemporains de l'opposition coloniale en Algérie*. Paris, France : La découverte.
29. Lebigot, F. (2011). Psychoses délirantes aiguës et trauma. Dans C. Damiani et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.185-186). Paris, France : Philippe Duval.
30. Merdaci, M. (2009). *Folies et clinique sociale en Algérie*. Paris, France : L'Harmattan.
31. Merdaci, M. (2012). *Anthropologie de la souffrance psychique et sociale : Le contexte psychosocial Algérien*. Paris, France : L'Harmattan.
32. Moussa-Babaci, F. (2019). *Devenir des victimes et prise en charge des traumatismes*. Paris : L'Harmattan.
33. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Montréal, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
34. Pewzner, E. (2000). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris, France : Armand colin.
35. Pirlot, G. et Cupa, D. (2019). *Approche psychanalytique des troubles psychiques* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
36. Si Moussi, A. (2003). L'Algérie entre drames connus et drames méconnus. *NAQD*, 2 (18), 105-117.
37. Sider, Ch. (2018). *Traumatisme psychologique et suicide en Algérie*. Paris : L'Harmattan.
38. Söderström, D. (2009). Entre psychose et trauma : perspectives psychanalytiques. *Psychothérapies*, 29 (3), 145-155. <https://doi.org/10.3917/psys.093.0145>
39. Toulbi, N. (2006). *L'ordre et le désordre. L'Algérie à l'épreuve de ses mythes fondateurs*. Alger, Algérie : La Casbah.
40. Valensi, L., & Dayan Rosenman, A. (2004). *La guerre d'Algérie : dans la mémoire de l'imaginaire*. Editions Bouchene.
41. Vallet, D. (2011). Psychose. Dans C. Damiani et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (pp.184-185). Paris : Philippe Duval.
42. Widlocher, D. (2010). Névrose traumatique. *L'Encéphale*, 36 (4), 43-49. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70024-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70024-5)