

# **COLLOQUE : SOIGNER LES VICTIMES DE VIOL**

*Paris, 22 – 23 Octobre 2009*

## **LES SUICIDES POST TRAUMATIQUES : LES SOINS D'URGENCE**

JM ELCHARDUS \*

Etre victime n'est pas une identité, et ce n'est pas non plus une histoire type. Etre victime, c'est se trouver dans la situation d'avoir à faire face avec ses propres moyens à un évènement littéralement invivable, à tel point que la seule issue pour certaines d'entre elles est de vouloir mourir. Le soin auprès de personnes dans ces situations extrêmes ne peut se réduire à des mesures générales ou des protocoles systématisés qui seraient applicables à toutes les victimes.

Pour avoir une chance d'être efficace, et venir désamorcer l'impact traumatique, le soin doit passer par le défilé de l'histoire individuelle et le déchiffrement des conséquences pathologiques du traumatisme qui viennent aboutir à l'acte suicidaire. On ne peut dans cette lecture se contenter d'un récit allant trop directement du traumatisme subi à l'acte suicidaire posé. En matière de suicide, on sait depuis longtemps qu'il serait illusoire et trompeur de chercher à établir des relations de causalité directe et certaine entre un évènement même grave et une réalisation suicidaire. D'un point de vue clinique, et à l'exception peut être des réactions suicidaires post traumatiques immédiates, l'acte suicidaire est moins une réaction, que la résurgence autodestructrice d'une violence subie, sans limitation de temps. L'abord de la question du soin peut donc délaissé les aspects épidémiologiques ou quantitatifs, très utiles par ailleurs, pour s'intéresser à ce qui fait l'essence du soin, c'est-à-dire l'aide à porter à une personne donnée, à un moment particulier de son histoire marquée par la réalisation d'un geste suicidaire. Dans cette démarche, il ne s'agit pas seulement de combler, par une

---

\* Service de Psychiatrie des urgences, Pavillon N, Hôpital Edouard HERRIOT, 69437 LYON CEDEX 03

réparation thérapeutique (hospitalisation, médicament, soutien compassionnel...), le dommage psychique provoqué par un traumatisme, mais au delà d'entendre dans la complexité de son expression ou de ses symptômes, une personne qui s'est mise en danger de mort dans les suites d'un traumatisme, alors même qu'elle ne parvient plus à se sentir entendue, et qu'elle n'entend souvent que confusément, à l'intérieur d'elle, les rapports de causalité psychique entre le traumatisme qu'elle a dû affronter, et l'acte suicidaire qu'elle a tenté de poser.

En fait, c'est toujours dans la singularité du cas individuel que la démarche thérapeutique doit retrouver ce qu'il y a de commun dans les histoires de ces personnes qui ont eu à affronter des traumatismes tellement violents et désorganisateur qu'ils n'ont guère que la contre violence, tournée vers eux-mêmes, pour tenter d'y faire face. Aucune généralité n'est donc de mise dans ce qui est toujours un destin personnel, mais les enseignements que l'on peut tirer de ces prises en charge peuvent éclairer sur les ressources et les limites des capacités dont les personnes disposent pour supporter, et si possible faire face, à des traumatismes, et particulièrement des traumatismes de nature sexuelle, qui les ont poussées au suicide.

C'est donc dans l'exercice de cet aller-retour entre le général et le particulier que je vous propose d'examiner, à partir d'un cas, certaines caractéristiques des soins d'urgence à des personnes prises dans une logique suicidaire, dans les suites plus ou moins lointaines de traumatismes sexuels. L'histoire de ce cas vaut évidemment moins par le récit des événements qui la constitue, que par les troubles, les évitements, les impasses, les espoirs déçus et finalement le mouvement thérapeutique, qui en font la trame.

Il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années pour laquelle les collègues chirurgiens des services d'urgence sollicitent l'intervention du psychiatre. En effet, Mme T. revient pour la cinquième fois en trois mois aux urgences chirurgicales pour des problèmes abdominaux, d'abord sous forme d'abcès de la paroi, puis les dernières fois de véritables péritonites, mettant sa vie en danger. Les chirurgiens ont minutieusement exploré toutes les possibilités externes ou internes d'explication des rechutes répétitives de ces infections. Ils n'ont rien trouvé. Ils sollicitent le psychiatre non pas parce qu'ils observent des troubles des comportements ou des propos de cette dame qui leur paraîtraient clairement psychopathologiques, mais parce qu'ils commencent à se demander s'il ne s'agirait pas, en l'espèce, de ce qu'on appelle « le syndrome de Münchhausen », c'est-à-dire une pathologie

provoquée par le patient lui-même, dans le but de déclencher l'intervention médicale, tout en trompant les médecins.

Les premières rencontres avec Mme T peuvent apparaître comme assez pauvres, au sens où elle n'est pas réticente, mais reste assez distante, sans exprimer beaucoup d'émotion, et elle se contente de protester, sans emphase mais sans appel, quand nous lui exposons ce que commencent à penser les chirurgiens sur l'origine auto produite de ses troubles. Bien sûr, à ce moment, nous ne nous situons pas dans une attitude méfiante ou accusatoire, mais dans une offre de compréhension et d'aide. Au cours des semaines suivantes, les chirurgiens veulent la garder hospitalisée jusqu'à fermeture complète de ses cicatrices chirurgicales abdominales, car à chaque épisode précédent c'était avant la fin de cette cicatrisation que survenait, inmanquablement, la rechute infectieuse. La patiente reste étonnamment « patiente », elle ne proteste pas alors que l'on pourrait imaginer qu'elle puisse reprocher aux chirurgiens les rechutes successives qui la clouent à l'hôpital depuis plusieurs mois et, tout en restant sur un certain quant à soi relationnel, elle est malgré tout assez bien investie par les équipes infirmières, dont elle est, dans le contexte de l'urgence, l'une des patientes permanentes. Cette dame rencontre maintenant régulièrement la psychologue de l'équipe de psychiatrie de liaison, à qui elle peut faire état de préoccupations dépressives, liées en particulier au deuil récent de son ex-mari, qui était resté l'un de ses repères affectifs principaux. Côté famille, la patiente évoque l'affection qu'elle porte à ses enfants, tous adultes, mais les équipes constatent qu'elle n'a reçu ni nouvelles, ni visites de sa famille depuis le début de son séjour.

C'est dans ce contexte d'une histoire en demi-teinte et quelque peu embrumée que survient un incident qui va jouer un rôle de révélateur. Un accident de la route mortel fait la une des journaux télévisés, et la patiente, dans un état d'angoisse cette fois manifeste, informe les infirmières que l'un de ses fils compte parmi les victimes, qu'il est entre la vie et la mort en réanimation. La puissance de conviction de cette annonce est telle que tout le service entoure cette dame dans ce moment difficile, jusqu'à ce que, plusieurs jours plus tard, le chirurgien soit joint au téléphone par une fille de Mme T., qui reprend contact pour demander des nouvelles de sa mère. Le chirurgien s'informe évidemment de l'état du frère accidenté, et il tombe des nues quand la jeune femme, interloquée, lui affirme que personne dans la famille n'a été victime d'un quelconque accident.

A la surprise du chirurgien succède bien vite la méfiance de l'équipe infirmière, et sous l'effet de cette révélation, l'attitude des soignants se radicalise, devient plus interpellante ou confrontante. Les soupçons de pathologie auto-provoquée se trouvent bien confirmés par ce mensonge flagrant. La compassion des infirmières ou des médecins laisse place à la perception, un peu persécutoire, d'avoir été sciemment manipulés, et il faut une réunion d'équipe un peu exceptionnelle pour rétablir les bases et la neutralité du cadre soignant.

La patiente reconnaît alors à demi-mot sa participation, mais sans en dire davantage sur ses motivations, et sur les moyens qu'elle a utilisés. Avec le psychiatre cependant, elle apparaît paradoxalement soulagée par la tournure prise par les événements. Pour la première fois elle sort de sa distance, un peu indifférente, pour exprimer directement des angoisses, des idées de mort, et surtout des ruminations suicidaires qui envahissent ses nuits.

Dans ce changement du contexte de son séjour aux urgences chirurgicales et pour tenter de sortir d'une situation qui tourne à l'impasse, le chirurgien pense qu'il pourrait être intéressant de réintroduire les proches en reprenant l'examen de la situation dans une sorte de conseil de famille. Les frères, les sœurs, les enfants de cette dame font donc le voyage pour cette rencontre, qui se déroule dans l'intensité émotionnelle extraordinaire de la reprise de liens familiaux, dont nous apprenons alors qu'ils s'étaient distendus au cours des années précédentes, par le fait du retrait de la patiente elle-même. Très émue, celle-ci participe à cette reprise des liens affectifs, mais instantanément elle exprime un sentiment d'indignité ou de culpabilité, s'accusant du mal qu'elle cause à sa famille et indiquant que sa disparition ne pourrait que les soulager. C'est alors que son plus jeune fils, revenant sur l'histoire de la famille, remet de manière respectueuse mais ferme le caractère vital des liens familiaux comme motif de ces retrouvailles, et principe inaltérable de son affection pour sa mère. .

Cette réunion familiale marque un tournant dans l'histoire de la prise en charge de Mme T. Les rencontres avec elle qui n'allaient guère plus loin que des consultations s'occupant des symptômes, se transforment en une vraie relation thérapeutique. Dorénavant, elle parle dans les entretiens de son histoire personnelle, de ses expériences conjugales, parfois malheureuses, des événements tragiques qu'elle a traversés et des épreuves qu'elle a dû affronter pour élever ses enfants. Sa parole est alors nouée à des affects, et elle dit investir très positivement ces entretiens. Elle évoque explicitement l'existence d'un secret dont elle n'a jamais parlé, mais dont elle laisse entendre qu'il est à l'origine des idées morbides et suicidaires qui continuent de l'envahir. C'est quatre mois plus tard, alors qu'elle est sortie de

l'hôpital et qu'il n'y a plus eu de rechute chirurgicale, qu'elle ose révéler au psychiatre le secret : elle a été victime, à l'âge de huit ans, de viols incestueux répétés de la part d'un frère aîné. Elle n'en a jamais parlé à personne, sauf à une sœur aînée qui ne l'a pas entendue. Cette révélation provoque un soulagement immédiat, et la disparition le jour même des idées suicidaires obsédantes.

Au cours des rencontres suivantes, elle évoque dans le détail la honte, le silence, la colère impuissante qu'elle a dû affronter pendant toute son enfance, et restée telle quelle jusqu'à ce jour, dans une souffrance qu'elle ne pouvait que tenter d'immobiliser, jusqu'à ce qu'elle la retourne contre elle. La découverte, dans ces entretiens, a aussi été celle de l'influence continue d'une culpabilité contraignante, dont elle n'a pas encore pu démêler tous les fils, et qui l'a amenée toute sa vie à penser qu'elle devait toujours se sacrifier pour les autres. Le travail du soin continue, et commence à poindre la découverte d'un début de joie de vivre.

La discussion de ce cas, dans sa singularité, amène à retrouver un certain nombre d'éléments, bien décrits dans les travaux ou témoignages sur l'impact de violences sexuelles. La honte, le silence, la crainte de l'agresseur, les réminiscences angoissantes sur des scènes de violences qui n'ont pas pu être intégrées psychiquement, sont parmi les conséquences psycho traumatiques les mieux repérées. On retrouve également le vécu d'impuissance, éteignant même la colère, d'avoir été mis sous la domination de l'emprise de l'autre. Cette emprise est totalitaire, elle ne laisse même pas de place à une révolte, et la colère doit être réduite au silence, ou alors retournée contre soi, sous forme d'autopunitives, d'idées suicidaires, d'actes de mutilation.

Sur le plan du fonctionnement psychique, la violence du traumatisme provoque l'éclatement de la pensée et la rupture des liens. En effet, la violence a sur l'organisation psychique l'effet d'une bombe à fragmentations. Elle endommage les liens avec l'environnement, et la victime s'isole dans sa souffrance et son incompréhension. Elle attaque également les liens intra psychiques, en empêchant l'intégration du traumatisme par les processus de pensée dans la continuité de l'expérience vécue, et en ne laissant que le vide de la souffrance ou la décharge de l'acte. Il se produit ainsi cette dissociation caractéristique des psycho traumatismes graves. Le traumatisme impacte dans la vie psychique une zone non pensable, non métabolisable, qui ne peut être assimilée dans la construction du sentiment d'identité. Il reste « éternellement », au sens d'une atemporalité sans fin, dans ce statut de corps étranger

intra psychique, sans que le temps qui passe amène par lui-même une amélioration Il n'y a jamais d'oubli au sens d'un effacement, même si la conscience peut parfois n'en revenir que tardivement.

Le cas de notre patiente illustre l'extension et la force dévastatrice de cette rupture des liens. Ainsi, non seulement elle se sent isolée et rejetée, mais elle-même se met dans une position qui la met radicalement à l'écart des autres : elle s'automutile et se dissimule, elle se masque derrière une froideur affective, et surtout, dans la chaleur des retrouvailles de la famille, la première chose qui lui vienne à l'esprit est de disparaître pour libérer les autres de sa présence. C'est au moment où elle doit faire le deuil de l'homme qu'elle aimait qu'elle se retrouve démunie des ressources pour supporter cette séparation. La recrudescence à cette occasion de sa détresse, qu'elle ne contient qu'avec difficulté depuis son enfance, ne trouve comme expression qu'une agression suicidaire contre elle-même dans la honte, le silence et le mensonge. Non seulement elle ne peut pas parler, mais elle doit se méfier de la parole. C'est sur le modèle de la violence sexuelle qu'elle a subie dans son enfance qu'elle ne peut trouver comme seule parade, dans son désarroi, que le marquage secret de la flétrissure dans son corps, la coupure avec autrui, et l'absence de parole. La « saleté » qui souille son corps est le dénominateur commun, comme elle pourra le découvrir plus tard dans sa thérapie, entre les viols incestueux subis, et ses actes d'automutilation.

Pour revenir, dans cette discussion, plus précisément sur la question du soin, il faut sans doute préciser au préalable ce qu'on peut entendre par le mot « soigner » ? Bien évidemment, il serait illusoire d'espérer pouvoir extirper l'expérience traumatique pour rétablir un retour à l'harmonie perdue. Le soin ne peut pas effacer, mais par contre, il peut aider la victime à remettre de la pensée, des liens, et des représentations psychiques là où subsiste une zone mortifiée. Dans cette perspective, la fonction et la ligne directrice du soin apparaissent clairement : il s'agit de rétablir les conditions des liens, autant avec l'entourage qu'à l'intérieur de la vie psychique. Ceci veut dire, très concrètement, parvenir à entrer en relation avec cette personne, et s'appuyer sur cette relation thérapeutique pour remettre en lien, avec elle, les fragments de son histoire.

C'est ce qui s'est passé avec cette patiente, et l'histoire de ce soin met bien en évidence les étapes de la réalisation de cette reconstruction. La parole est revenue quand l'environnement soignant a pu proposer une réponse réparatrice et contenant qui lui a permis de sortir du

cercle infernal : violence suicidaire- mensonge- provocation au rejet, dans lequel elle s'était enfermée et tue. La souffrance n'a pas pour autant disparu immédiatement, mais elle pouvait se dire comme telle. Il a fallu que la confiance s'établisse davantage dans la relation et la parole qui s'y faisait jour, pour que puisse être évoquée une sorte de zone interdite, autour d'un secret qui ne pouvait pas encore être dit, alors que les idées suicidaires angoissantes et envahissantes ne cédaient pas.

C'est quand la relation a été assez consistante, et la sécurité qu'elle offrait suffisante, que le secret a pu être dévoilé, et que cette zone interdite a pu être reprise, alors très rapidement et très largement, comme un moment de l'histoire où ce qui avait été vécu pouvait être dit, la colère exprimée, les déceptions mises à jour, et la plainte entendue. Ce dévoilement était une libération, et dans le même temps les idées suicidaires ont disparu, les liens avec la famille ont été renoués sans l'ambivalence qui les altérait, l'identité de grand-mère assumée avec plaisir, et la position sacrificielle quelque peu, quoi que pas complètement, abandonnée. Elle pouvait ainsi se dire fatiguée ou irritée par les tâches dont elle s'était surchargée pour complaire à son voisinage.

Par rapport à son frère incestueux, la crainte et le vécu d'emprise ne sont pas encore dépassés, puisqu'elle a renoncé à se rendre à une fête de famille à laquelle elle tenait pour ne pas avoir à le rencontrer. Mais elle trouve injuste et révoltant d'avoir à se priver, et de devoir trouver des prétextes pour excuser son absence, sans rien oser dire. Elle réfléchit à tout cela.

Au terme de la présentation de ce cas, vous voyez que les choses ne sont pas toujours simples et linéaires. Même si, dans cette histoire, le rôle désorganisateur et pathogène de la violence sexuelle subie dans l'enfance est manifeste, puisque c'est sa révélation qui marque le tournant d'une amélioration spectaculaire. et bien pour autant les conséquences de ce traumatisme, qui ont envahi toute la vie de cette personne, ont pris des formes complexes, parfois paradoxales, et en tout cas toujours liées aux événements ultérieurs et aux personnes que cette patiente a rencontrés par la suite dans sa vie

Les violences sexuelles que Mme T. a subies dans l'enfance ont provoqué une souffrance indicible, tant bien que mal colmatée par le silence, le retrait affectif et social et la répétition des conduites d'échec, jusqu'à ce que les symptômes pathologiques, les comportements d'auto agression et les angoisses suicidaires deviennent lors d'une nouvelle épreuve la seule expression possibles de cette souffrance, faute que celle-ci ait pu être mise en paroles et en pensées. Certains de ces symptômes peuvent à juste titre provoquer la perplexité ou

l'incompréhension de l'entourage, comme cela aurait pu en particulier être le cas pour l'équipe médico-infirmière de chirurgie devant les comportements aberrants de cette malade.

Je voudrais terminer mon intervention sur cette remarque : la victime ne manifeste pas toujours sa souffrance par des symptômes qui suscitent la sympathie ou la compassion, et il ne faut pas non plus oublier qu'un acte suicidaire est certes une détresse, mais c'est toujours également une violence. Il faut dans ces cas, comme l'équipe du service de chirurgie a su le faire, aller au delà des contre attitudes négatives pour rétablir les conditions d'une compréhension clinique de la situation, et d'un cadre thérapeutique. Dans cette histoire, la rencontre a pu avoir lieu, et le soin être manifestement utile, alors que rien ne laissait percevoir au départ la massivité de la souffrance, et l'énormité de la carapace de secret que recélait l'histoire de cette personne.

Pour revenir du particulier au général et pour conclure, je rappellerai que les tentatives de suicide sont souvent le moyen et le moment de la révélation de traumatismes, subis parfois de nombreuses années auparavant. Le lien entre le traumatisme et le geste suicidaire est rarement évident au premier abord, que ce soit pour les soignants ou pour la victime elle-même.

C'est dans les conditions de l'urgence que le processus d'élucidation psychologique doit au moins être amorcé, et ces conditions de l'urgence sont souvent médiocres : surcharge des services, manque de temps, insuffisance de moyens en matière psychiatrique. C'est pourtant dans ce cadre de l'urgence que peut se faire utilement une reconnaissance de la souffrance et une proposition de soins, ce qui ne sera peut être pas possible ailleurs ou autrement. Il y a ainsi un moment à saisir, et il est évidemment indispensable qu'il y ait des équipes compétentes pour le faire. L'histoire de Mme T. montre, avec sa tournure heureuse, l'intérêt vital du soin. Encore faut il que soient accessibles, au bon moment et au bon endroit, des soignants non tant spécialisés en psychiatrie, qu'attentifs aux conséquences parfois atypiques et souvent déroutantes des psycho traumatismes.