

## TRAUMA ET CULTURES

Thierry Baubet, Marie Rose Moro

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2000/3 Volume 1 | pages 405 à 408

ISSN 1626-5378

ISBN 2859191674

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-l-autre-2000-3-page-405.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Thierry Baubet, Marie Rose Moro « Trauma et cultures », *L'Autre* 2000/3 (Volume 1),  
p. 405-408.

DOI 10.3917/lautr.003.0405  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Trauma et cultures

Thierry Baubet\*, Marie Rose Moro\*\*

« ...l'essentiel n'était pas l'horreur accumulée, dont on pourrait égrener le détail, interminablement. On pourrait raconter n'importe quelle journée [...] sans pour autant toucher à l'essentiel, ni dévoiler le mystère glacial de cette expérience, sa sombre vérité rayonnante : la ténèbre qui nous était échue en partage. Qui est échue à l'homme en partage, de toute éternité. Ou plutôt, de toute historicité [...] Car la mort n'est pas une chose que nous aurions frôlée, côtoyée, dont nous aurions réchappé, comme d'un accident dont on serait sorti indemne. Nous l'avons vécue... Nous ne sommes pas des rescapés mais des revenants. »

Jorge Semprun, 1994 : 98-91.

La souffrance qui émerge de la confrontation avec les situations de traumas extrêmes ne peut se dire aisément. Elle est tue, souvent, parfois longtemps, mais ses effets n'en sont pas moins présents. Les psychiatres et les psychologues sont amenés à recevoir de plus en plus souvent des patients réfugiés ayant vécu de telles situations traumatiques, expériences radicales au cours desquelles les défenses du sujet sont débordées, et qui le confrontent à l'impensable, à l'indicible. L'exil vient redoubler ce trauma. Ces patients peuvent venir de pays où massacrer et terroriser les populations civiles a représenté une véritable stratégie. Le Cambodge, le Rwanda, l'ex-Yougoslavie, la Sierra-Léone, sont quelques exemples de ces régions dans lesquelles une volonté de destruction a été mise en œuvre envers les individus mais aussi envers ce qui fonde une société au travers de l'attaque des liens communautaires, familiaux, intergénérationnels. Ils peuvent aussi avoir été persécutés pour des convictions politiques, religieuses...

\* Psychiatre, Médecins Sans Frontières, Paris - Chef de Clinique Assistant, Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (Pr M.R. Moro), Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny, Université de Paris 13 (SMBH de Bobigny).

\*\* Psychiatre, Médecins Sans Frontières, Paris - Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Chef du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny, Université de Paris 13 (SMBH de Bobigny).

1. Semprun J., *L'écriture ou la vie*. Paris, Gallimard, 1994.

Comment dire le trauma, comment dire ses effets mortifères ? Que dire, à qui, pour que l'essentiel soit entendu ? Quand le dire et dans quel cadre, afin que cette prise de parole ne risque d'être ni trop précoce, menace de destruction, ni trop tardive, lorsque la douleur, l'impensé, l'insensé se sont enkystés au sein de la vie psychique ?

Dans de telles situations, à la difficulté de soigner les effets de traumas individuels et collectifs s'ajoute la nécessité de prendre en compte la distance culturelle dans le dispositif thérapeutique, ce qui nous confronte ipso facto à la question de nos propres modèles théoriques concernant le trauma, ses effets, les soins à mettre en place.

On connaît les concepts, si pertinents pour la clinique, de « Névrose Traumatique » et de « Syndrome de Répétition Traumatique », issus d'une tradition psychiatrique et psychanalytique européenne<sup>2</sup>.

Au cours de ces dernières années, le concept d'Etat de Stress Post-Traumatique (« PTSD » des anglo-saxons), qui désigne un trouble répondant à des critères diagnostiques précis, a connu un essor important. Des programmes « centrés sur le trauma » ont ainsi vu le jour dans différents endroits du monde, souvent sous-tendus par ce modèle du PTSD. Hors ce terme, tel qu'il a été défini dans le DSM-IV, loin d'être purement descriptif et « athéorique », contient des implicites pour le moins desubjectivants : les troubles post-traumatiques résultent de facteurs purement externes (l'événement traumatique) pour lesquels le sujet représente une sorte de réceptacle passif, dépourvu d'histoire et décontextualisé ; le substratum des troubles serait neurobiologique. L'acte thérapeutique qui découle logiquement de cette manière de voir les choses consiste le plus souvent à « faire parler » le sujet *sur* la scène traumatique.

Les thérapeutes qui vont à la rencontre de patients issus d'autres cultures ayant vécu des situations de traumas n'ont pas toujours conscience d'être munis d'un bagage culturellement codé. En effet, si le « PTSD » tel qu'il est décrit dans le DSM-IV apparaît, à l'analyse de la littérature, assez ubiquitaire, il n'en reste pas moins qu'il n'est pas la seule expression possible des troubles post-traumatiques. D'autres tableaux cliniques, comme le *susto* en Amérique du Sud, le *khal'a* au Maghreb peuvent traduire la même problématique<sup>3</sup>, celle de la frayeur. Il semble bien que la plupart des cultures recèlent leurs propre théories de l'effroi - l'effroi qui peut rendre fou, qui peut modifier la personne -, théories qui, à ce jour, ont été assez peu explorées. Ces représentations donnent forme à la symptomatologie, qui peut sembler, de prime abord, fort différente de celle de la névrose traumatique, même si, dans notre expérience, le syndrome de répétition traumatique peut être retrouvé derrière des manifestations à

---

2. On peut se référer aux travaux de Claude Barrois, Louis Crocq, Guy Briole, François Lebigot, etc.

3. Le numéro 15 de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, paru en 1990 et intitulé « Frayeurs » traite de manière détaillée de cette question.

type d'états d'agitation, d'états de transe ou de possession, de syndromes pseudo-confusionnels. Le risque est grand d'erreur diagnostique, tant le tableau peut faire évoquer un trouble psychotique.

Ces patients sont prisonniers d'un vide de sens, et vivent dans une situation de rupture avec leur communauté, conséquence fréquente de la névrose traumatique, situation qui ne leur permet généralement pas de trouver, au sein de leur groupe familial et social, un interlocuteur à même de fournir du sens au désordre.

L'appartenance culturelle du patient va également conditionner les attentes par rapport aux soins, la possibilité d'adhésion au modèle étiopathogénique qui sous-tend implicitement les manières de faire du thérapeute, la capacité du patient à s'engager ensuite dans un processus thérapeutique dans lequel l'accent est souvent mis sur la nécessité d'exprimer directement ses affects. Ce culte de la catharsis et du mot est profondément occidental et centré sur la notion d'individu comme un tout coupé de ses appartenances.

Dire sa souffrance présente ainsi un risque : celui de ne pas être compris, expérience particulièrement insupportable pour les patients victimes de traumatismes, qui souffrent déjà du caractère indicible et incommunicable de l'expérience qu'ils ont vécu. Dire c'est s'exposer, et en situation thérapeutique, il faudra souvent attendre plusieurs entretiens avant que le patient ne puisse évoquer directement le trauma et ses effets, temps nécessaire pour mettre en place un cadre thérapeutique négocié qui soit suffisamment contenant, et construire une alliance thérapeutique.

Les limites du modèle du PTSD pour le soin en situation transculturelle apparaissent clairement. Ces derniers temps, on voit apparaître, aussi bien dans la littérature que dans les travaux de grandes agences internationales et d'Organisations Non Gouvernementales, un courant critique à l'égard de ce modèle. La question de son inadéquation à la situation transculturelle tient souvent une place centrale. Pour autant, la réponse qui se dessine est étonnante, puisqu'elle consiste à ne plus considérer la souffrance individuelle du sujet, mais son « dysfonctionnement psychosocial », le psychologique étant souvent oublié au dépend d'un social presque comportementaliste. Ce modèle implique une logique d'intervention qui ne met plus la personne au centre mais qui s'intéresse essentiellement à son adaptation à la société. [La différence culturelle est alors un alibi pour intervenir sans soigner tout en se donnant bonne conscience]. Là encore, la subjectivité est escamotée. Le soin psychique ne s'impose pas. Une autre manière de ne pas entendre la souffrance !

La rencontre thérapeutique avec le sujet victime d'un trauma extrême, ce « revenant » pour reprendre l'expression de Semprun, peut être insupportable, mais peut-on prétendre soigner sans que cette rencontre n'ait lieu, sans que la souffrance ne puisse se dire, et d'une manière qui soit culturellement acceptable pour le patient ?

Dans les années qui viennent, il est probable que le débat sur cette question prenne de l'ampleur et qu'il concerne de plus en plus de cliniciens. Entre le modèle du PTSD et le modèle psychosocial, gageons que l'ethnopsychiatrie, la psychanalyse et l'anthropologie participeront d'une complexification de la question et permettront de poser les bases d'une nouvelle clinique du trauma extrême.

*Bobigny le 30 décembre 2000*