

## « L'effroi : une pénétration de la Vérité »



Vision première - TAPIES (2001)

« Pour le psychologue, la victime n'est ni concept, ni entité clinique, elle ouvre à un domaine qui ne lui est pas familier, celui des pratiques sociales et judiciaires. On est jamais loin avec les victimes des questions de morale positive, de bien, de mal, de juste, d'injuste, de préjudice, de reconnaissance, de demande de réparation, autant d'enjeux qui semblent appeler à un certain parti pris « dans le réel », lieu où il est supposé ne jamais devoir se rendre car la réalité psychique doit rester son strict domaine d'exercice. » Pascal PIGNOL (*Le travail psychique de victimes : essai de psychovictimologie - Thèse 2011*)

La victime, si elle n'est ni concept, ni entité clinique, serait en premier lieu le produit de la fabrique de la destruction.

### 1 – Le SAVU et la clinique de l'urgence

#### 1 – 1 Présentation du S.A.V.U. de l'ADAVIP 92

Le Service d'Aide aux Victimes en Urgence (S.A.V.U.) des Hauts de Seine créé en 2005 est un service de prise en charge psychotraumatique immédiate au sein de l'Association d'Aide aux Victimes d'Infractions Pénales (A.D.A.V.I.P 92). Il est composé de psychologues formés au psychotraumatisme, réactifs et mobiles qui se déplacent sur tout le département, pour intervenir auprès des victimes, sur saisines des fonctionnaires de police, de la SDPJ, du Parquet, des médecins légistes de l'UMJ de Garches et des juristes de l'ADAVIP.

Le S.A.V.U est saisi obligatoirement par les commissariats pour les homicides volontaires, viols et accidents de la voie publique mortels, mais également pour tout type de violence, telles que agressions physiques et sexuelles, hold up, maltraitements, violences conjugales, harcèlement moral... Les psychologues du S.A.V.U. interviennent également pour les suicides, les accidents mortels (chute mortelle d'un chantier, mort subite du nourrisson, par ex.) et les catastrophes collectives (incendies, accidents transport en commun, attentats...)

Les psychologues prennent en charge individuellement ou en groupe les **victimes primaires** ou directes (les personnes ayant vécu l'évènement traumatique, blessées ou rescapées non blessées), les **victimes secondaires** (l'entourage des victimes primaires : familles et proches des personnes décédées, non impliquées sur les lieux) et les **victimes de 3<sup>ème</sup> niveau** (les témoins sur place choqués).

L'intervention du S.A.V.U. se fait dans l'immédiateté. Le cadre d'un entretien classique avec la victime n'est pas toujours possible. Les psychologues doivent s'adapter à tout type de situation : dans la rue, au domicile avec les policiers lors d'un décès accidentel, d'un suicide ou d'un homicide, dans les commissariats ou au siège de l'ADAVIP dans les locaux du S.A.V.U. Selon le lieu, les psychologues recréent un cadre qui permette d'accueillir dans un regard inconditionnel la parole des victimes plongées parfois dans un vécu d'irréalité et de dépersonnalisation, du fait de leur confrontation au danger ou à la mort. Par leur fonction de contenance des émotions, ils installent un premier sas de décompression et parfois peuvent permettre une première élaboration psychique de l'évènement, avant la ré-introduction dans « la communauté des vivants ». Ils invitent ainsi au retour à la réalité, envisageant les retrouvailles avec les proches qu'ils avaient quittés avant que l'évènement se produise et qu'ils auraient pu dans certains cas ne jamais revoir.

#### 1 – 2 Nécessité de l'intervention psychotraumatique immédiate

La nécessité de l'intervention psychotraumatique immédiate tient à ses différentes missions qui lui sont attribuées:

- Un soutien psychologique immédiat, avec gestion de la crise émotionnelle, éclairage, réassurance, bilan cognitif de l'évènement si possible, première élaboration psychique...
- Une évaluation de l'état mental de la victime, de son parcours biographique, de sa situation psychosociale, ses antécédents psychiatriques, victimologiques ou criminologiques
- Une information, relative à la « normalité » de certains symptômes qui pourraient survenir dans le mois suivant les faits, en raison d'un Etat de Stress Aigu (ESA), auquel l'organisme tente de remédier. Les signaux porteurs en sont : des reviviscences, des peurs, des évitements, des troubles somatiques, attentionnels et émotionnels.
- Une prévention concernant les potentialités d'apparition d'un **syndrome psychotraumatique durable** , qui nécessiterait une prise en charge psychotraumatique et un traitement médicamenteux.
- Une orientation préconisée, selon les besoins de la victime, vers des structures adaptées à une prise en charge médicale ou psychologique ou juridique ou sociale, voir globale.

Les stratégies de guidance et de soin sont très variables selon que la victime se trouve dans une phase immédiate ou post-immédiate, face à des troubles discrets ou à une décompensation franche, dans une situation de deuils multiples ou de trauma psychique sans deuil.

Dans la clinique de l'urgence, le(a) psychologue est amené(e) à repérer certains **enjeux des situations d'urgence et de crises post-traumatiques**. Ces enjeux sont notamment la destruction de la coque psychique qui supporte et transporte l'identité individuelle et psychosociale, l'instauration d'un cadre sécurisant qui maintienne une confiance contenante avec un psychologue gardien de la continuité, porte-pensées, voire prothèse de représentations, et enfin l'évaluation des facteurs de risque d'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique, selon la personnalité, les tendances à l'affectivité négative, les décalages entre la perception du sujet de sa responsabilité à l'égard de l'évènement et l'incontrôlabilité réelle de ce dernier, les antécédents de traumatisme et les situations d'adversité.

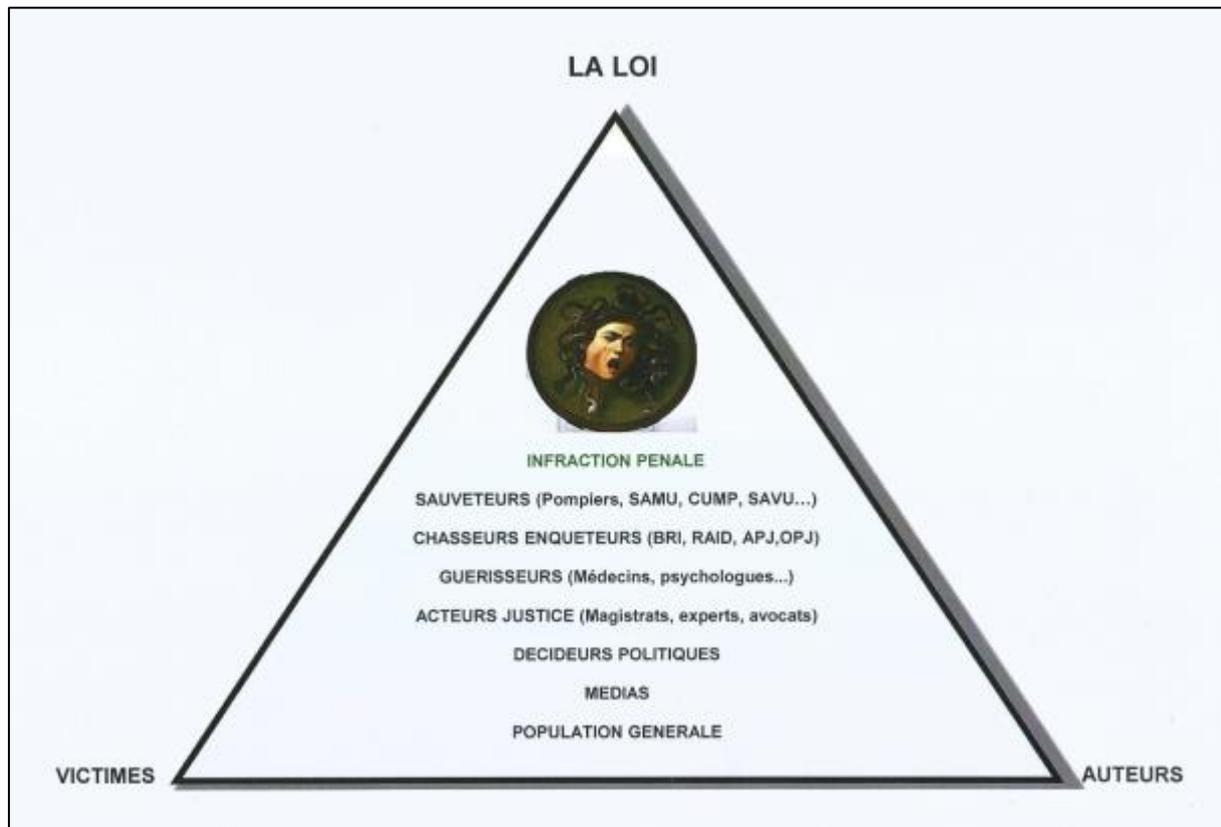
**Les cibles psychologiques des interventions psychotraumatiques** immédiates visent à prendre en charge précocement le dyscontrolé émotionnel, prévenir sur l'altération cognitive consécutée au trauma, normaliser les réactions de perte de croyances ou d'ébranlement des schémas d'invulnérabilité, informer sur les phénomènes de répétitions (images mentales intrusives de la scène traumatique) par conditionnement traumatique, favoriser des processus de deuil, rétablir des informations vraies et réelles à propos de l'évènement et éviter pour la société les effets traumatiques de groupe, de type bouc-émissaires, projections et conduites anti-sociales.

### 1 – 3 Distinction des rôles des psychologues intervenants dans une procédure pénale

Les psychologues du S.A.V.U. sont des psychologues cliniciens psychothérapeutes, qui interviennent auprès des victimes. Ils restent indépendants de tous les acteurs judiciaires de la chaîne pénale dont la victime est un des maillons. Ils peuvent sur demande de l'intéressé(e), produire une attestation de prise en charge psychologique, mentionnant la présence de symptômes post-traumatiques, anxieux ou dépressifs.

Mais ils ne doivent pas être confondus avec les psychologues-experts auprès des tribunaux mandatés par un juge pour réaliser une « expertise psychologique », ni avec les psychologues-évaluateurs du retentissement psychologique des violences, qui réalisent pour le Procureur, des rapports pouvant conclure à un diagnostic d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT), directement lié à l'infraction pénale dont elle a été victime.

## **2 - Architecture de la prise en charge psychotraumatique des victimes**



[Méduse - Le Caravage (1598) Cette œuvre a été montée sur des boucliers de parade en bois de peuplier]

Le rapport victimes/auteurs et la prise en charge psychotraumatique qui peut en découler forment une architecture médico-psycho-socio-judiciaire chapeauté par la loi de la société. Tous les protagonistes (des auteurs à la population générale) auxquels les victimes ont eu, ont, ou auront à faire face, au cours de la procédure pénale, sont des entités à explorer et à travailler dans la prise en charge psycho-traumatique. Ils peuvent produire un impact psychique qui influence positivement ou négativement l'évolution de l'état affectivo-émotionnel des victimes:

#### 2 – 1 Les auteurs des faits

Ils continuent à exercer une emprise au travers des manifestations pathologiques de la victime (reviviscences, images intrusives répétitives, perceptions de l'agresseur, recherche de sens pour la victime et de compréhension de leur profil, de leur personnalité et de leur capacité de transgressivité)

#### 2 – 2 Les sauveteurs (pompiers, SAMU, fonctionnaires de police...)

Ils interviennent au plus près de l'évènement et sont les premiers garants de l'« humanité », au sens où ils assurent aux victimes leur statut d'« être vivant », fermant la porte au monde des morts. C'est le Pouvoir du Sauveteur avant celui du Guérisseur

2 – 3 Les professionnels de santé physique et mentale (médecins légistes, psychiatres, psychologues) chargés de les évaluer et de les guérir

#### 2 – 4 Les intervenants judiciaires (magistrats, experts, avocats)

Leurs actes au cours de la procédure pénale peuvent modifier le travail psychique engagé avec la ou les victimes

#### 2 – 5 Les médias

-La volatilité des informations peut être un danger quand les auteurs n'ont pas été appréhendés. Ils peuvent se servir de ces informations au cours de leur scénario criminel.

-La surexposition des images pornographiques de cadavres ou de violences peut constituer une sur-victimisation pour les victimes qui se voient replonger dans la « scène primitive de meurtre ».

-La mission des médias se doit, au décours d'une catastrophe, d'être « informativo-éducativo-pédago-réflexive » : dans le sens d'un « *vrai bilan cognitif de l'évènement* » (L. CROCQ), permettant une meilleure appréhension des mécanismes, des causes et des conséquences, aux fins d'assimilation, d'intégration et d'acceptation par la population générale.

2 – 6 Les décideurs et responsables politiques à qui reviendra le devoir de défracter le tissu social déchiré dans le cas d'une catastrophe, par des commémorations, des cérémonies, des recherches de symboles, qui participeront de l'ordonnance et de la circonscription de l'évènement, en tant que souvenir, dans la mémoire collective. Par ailleurs, les nouvelles mesures envisagées et les améliorations apportées aux procédures existantes, peuvent contribuer à créer un sentiment de sécurité, pierre d'achoppement de la réparation psychique des victimes

2 – 7 La population générale qui peut être affectée par une catastrophe

### **3 - Les paradoxes du psychologue de la clinique de l'urgence : une distance dans la proximité**

L'intervention psychologique immédiate nécessite de « coller » à l'évènement, alors que le travail psychique des victimes consiste à « s'en décoller ». Les psychologues agissent au plus près de l'évènement potentiellement traumatisant, là où la victime a pu être capturée par le pouvoir des images, afin de saisir dans le détail, ses réactions indicelles face à l'évènement, celles mêmes qui permettront de la tirer hors du piège de la séquestration du trauma.

En effet, il est nécessaire de reprendre les chapitres de l'évènement, non seulement pour décrypter ses stratégies d'adaptation, ses prises de décision, et ses éventuelles sidérations volitionnelles, mais aussi pour appréhender les perceptions qu'elle a d'elle-même (culpabilité, honte, fierté...), de l'évènement, des auteurs et du regard de la société sur l'infraction ou la catastrophe qui vient de se produire.

Selon le caractère que peut prendre ce bilan cognitivo-émotionnel, les psychologues peuvent rechercher ensuite des éléments de sa vie synchroniques ou diachroniques, qui permettront de faire des analogies entre des situations similaires rencontrées. La victime peut, dans certains cas de violences répétées, s'être installée dans des schémas de répétition, qu'il s'agira de déconstruire progressivement dans un suivi psychologique.

Les interventions psychotraumatiques immédiates au plus près du corps affectif et représentationnel du sujet, lorsqu'elles sont soumises à l'urgence de l'actualité parfois extrêmement violente et mortifère, lorsqu'elles se multiplient sous le coup des appels des policiers, peuvent déborder les capacités d'intégration du psychologue.

Il est alors nécessaire de savoir « s'impliquer sans s'impliquer », d'apprendre à « jouer avec les distances ». Il doit pouvoir adhérer au collet émotif du sujet pour comprendre son univers référentiel et sonder son monde, en évitant la « Compassion fatigue » (FIGLEY désigne en 1995 cette fatigue mêlée de découragement avec une perturbation thymique provoquée par l'écoute prolongée et répétée de plaintes émises par les victimes traumatisées). En effet, ce qu'attend la victime n'est pas de la compassion mais un éclaircissement de ses zones d'ombre et un savoir technique qui pourrait l'amener à la guérison, tout du moins, la sortir de son impasse.

### **4 – La confrontation au réel de la mort des victimes traumatisées : la fin de l'humanité ou le début d'une transformation ?**

#### 4 – 1 Le stress et le trauma n’ont pas d’équivalence clinique

Le traumatisme psychologique se définit comme un « bouleversement de l’identité psychique et corporelle, pouvant survenir à la suite d’une réaction de stress, dans la confrontation à un évènement traumatogène ». Il survient lorsque des personnes ont vécu un (agression, viol, accident, tentative d’homicide, attentat...) ou plusieurs évènements traumatiques (abus sexuels répétés dans l’enfance, maltraitements, tortures politiques, violences conjugales, harcèlements...) ayant menacé leur intégrité physique et psychique, ayant provoqué une peur intense et ayant développé des troubles psychiques liés à ce syndrome psychotraumatique.

Le stress et le traumatisme n’ont pas d’équivalence clinique. Le stress, comme réaction biophysique, correspond à une mobilisation des ressources énergétiques du corps, apparentée à un orage neurovégétatif qui se déverse pour faire face à un évènement. Tandis que le traumatisme psychologique est caractérisé par sa dynamique d’effraction dans les défenses psychiques, par son absence de sens et le vécu subjectif du sujet.

#### 4 – 2 L’effroi : une abolition de la distance, une vision-pénétration de la vérité qui anéantit toute impulsion

NIETSCHE écrivait : « La connaissance tue l’action »

Pour comprendre la dynamique d’effraction liée à l’effroi provoqué par l’imprévisibilité, l’incontrôlabilité et l’irreprésentabilité d’un évènement traumatisant, les notions de peur, d’angoisse et d’effroi doivent être différenciées. La peur suppose un objet et suppose de connaître cet objet (peur du noir, des araignées...). L’angoisse fonctionne comme un signal et permet d’attendre et se préparer à un danger. Dans les expériences traumatiques extrêmes, l’effroi naît du manque de préparation au danger, qu’autorise l’angoisse. **Le sujet n’a pas pu se préparer.** L’effraction psychique a lieu lorsque l’organisation cognitive et neurologique ne peut plus faire face à la quantité et l’intensité d’excitation, et lorsqu’elle excède les capacités de représentations du sujet. Le général Louis CROCQ, (1998) caractérise cette notion d’effroi par les 3 « S » : le sujet est Stupéfait au plan cognitif, Stuporeux au plan émotionnel, Sidéré au plan moteur.

Louis CROCQ, psychiatre des armées, décrit les mythes fondateurs du trauma dans « *16 leçons sur le trauma* » (2012), dont celui des trois gorgones et de Persée. Ces trois sœurs sont trois monstres à la tête auréolée de serpents en colère, aux lèvres parées de défense de sangliers, au cou couvert d’écailles de dragon, aux mains de bronze et aux ailes d’or. Elles symbolisent l’ennemi à combattre ou les forces perverses des trois pulsions : sociabilité, sexualité, spiritualité.

La Méduse était la seule mortelle, ses deux sœurs étant immortelles. Qui voyait la tête de la Méduse en restait pétrifié. Son regard terrifiant changeait en pierre celui qui la regardait. Parce qu’elle reflétait l’image d’une culpabilité personnelle ?

Persée, fils de Zeus et Danaé devait rapporter la tête de la Méduse. **Persée s’était préparé**, il était prévenu contre l’effroi, averti du danger mortel et armé pour vaincre la Méduse. Il portait des sandales ailées pour voler au-dessus d’elle, un casque d’Hadès pour se rendre invisible, une serpe d’Hermès effilée pour trancher les écailles du cou de la Méduse et une besace pour cacher son regard et sa tête.

Il n’aborde pas frontalement la Méduse ; il utilise le miroir d’Athéna, son bouclier poli, qui lui permet de ne pas regarder en face la Méduse. En regardant dans le miroir ses mouvements, il parvient à l’affronter de biais. Persée est donc à l’opposé d’un sujet non préparé, pris par surprise et sidéré par un évènement potentiellement traumatisant. Persée utilise les armes de l’adversaire (rapidité, invisibilité, maîtrise du regard) pour triompher de la Mort.

*« ... C’est par le regard que l’homme se voit mort. Lorsqu’il croise le regard de la Méduse, il est pénétré par un autre regard fatal dont il ne peut plus se détacher. Il y aperçoit le mort qu’il va devenir et il commence la métamorphose qui va le faire passer du monde des vivants à celui des morts. Il est pétrifié et passe du règne animal au règne minéral. Frappés dans leurs yeux par le regard de la Méduse, les hommes entrent dans le monde des morts où ils vont devenir des ombres. »* Louis CROCQ

#### 4 – 3 La confrontation au réel de la mort : la mise à distance avec les vivants et le rapprochement avec les morts

F. LEBIGOT, Professeur au Val de Grâce (2009) écrit : « *L'image de la mort est une image brute que le sujet a en lui, mais il n'a pas de représentation pour la porter ; aussi ne peut-il rien en dire. Il n'y a donc pas de mot pour faire comprendre à l'autre ce qui lui arrive.* »

Définir le traumatisme comme une rencontre brutale avec le réel de la mort est même insuffisant. La rencontre est surtout, après l'effroi, avec le « néant », au sens de néantisation, de déréliction psychotique, de liquéfaction de la consistance psychique. Il provoque une angoisse de morcellement avec une impression d'émiettement, telle une désagrégation psychique qui peut s'accompagner d'une déréalisation et d'une dépersonnalisation.

La rencontre avec le néant, plus qu'avec la mort, comme le souligne la formule d'Epicure : « *la mort n'est rien pour nous, car quand elle est là nous ne sommes plus, et lorsque nous sommes vivants, elle n'est pas.* » Le sujet se retrouve à la limite entre le monde des vivants et celui des morts, mais plus proche de ce dernier : en effet le sujet se perçoit après un événement traumatisant comme un **Mort en sursis, avec une mise à l'épreuve**. La mort est une limite qui ne peut se laisser penser car elle est un néant entre deux positivités.

FREUD écrit, dans « *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* » (1915) : « *...la mort ne nous est pas représentable et aussi souvent que nous tentons de nous la représenter, nous pouvons remarquer qu'en réalité, nous continuons à être là en tant que spectateur... Personne au fond ne croit à sa propre mort : dans l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité.* »

Selon P. PIGNOL, **l'idée de la mort** est donc une aporie, car le réel est ce qui résiste et a déjà une consistance ; la mort, elle n'en a même pas puisqu'elle est abolition de notre conscience. Penser la mort est donc proprement impossible, car cet acte suppose une conscience incompatible avec l'idée de mort elle-même.

**Dans la clinique des victimes des attentats du 13/11, la distance avec les vivants et la proximité avec les morts prend une dimension d'autant plus prégnante que les victimes ont pu être au contact des corps agonisants, démembrés, éviscérés et décimés.**

« *La mort physique est bien là...elle est là autour de vous* » confiait une victime présente dans la fosse du Bataclan. La question pendant l'assiègement du Bataclan était adaptative : « *Comment m'en sortir vivant (e) ?* ». La question d'après la libération est plutôt introjective et projective, redonnant poids à la subjectivité : « *Pourquoi je ne suis pas mort(e) comme tous les autres ?* », « *Comment survivre maintenant ?* », « *Que faire de ce témoignage ?* »...

La culpabilité du survivant peut parfois amener les victimes à se réfugier dans le monde des morts, à perdre l'attention sur le monde des vivants, à se dévitaliser et **se nourrir de la pensée de ces morts, dont ils portent désormais la dette : ces morts leur ont sauvé la vie.**

Par ailleurs, les proches (potentiellement inexpérimentés en matière de trauma) peuvent ne pas avoir de « *suffisamment bonnes* » réactions d'écoute, de soutien et de compréhension ; ils peuvent perdre de leur humanité aux yeux des victimes traumatisés. Ainsi, les vivants deviennent des cruels, sans état d'âme, voire inhumains, « *ils ne comprennent rien* » ; l'humanité finissant par n'appartenir qu'aux morts.

Les victimes désaffiliées de la communauté des hommes, recherchent ainsi la proximité avec les victimes ayant vécu la même expérience mortifère, pour former des groupes qui feront émerger un sentiment d'appartenance, de reconnaissance et d'entraide. Ces expériences de groupes encore distants du monde des vivants sont en soi l'ébauche d'un retour progressif vers la vie et le début d'une guérison personnelle.

On ne revient pas immédiatement de la fascination de la Mort. Le travail psychique avec les victimes consistera à rétablir une distance avec le monde des morts et concourra à les défaire de son emprise.

## **5 - Les conséquences psychosociales d'une catastrophe : reconsolider le tissu social distendu**

L. CROCCQ définit la catastrophe comme « *le déchirement brutal du tissu social où chaque individu est frappé dans son moi personnel et dans son sentiment d'appartenance à la communauté des hommes.* »

Je rajouterais après « *le déchirement* », un démaillage progressif du tissu social, qui, s'il n'est pas précocement freiné, provoque des fractures, des divisions et des projections dangereuses. Après l'éboulement, il s'agit de soulever de terre la puissance des idéaux partagés en groupe et de redonner un sentiment de cohésion, de sécurité et d'humanité. Que ce soit après les crashes du WTC, le 11/09/2001 ou après les attentats de Paris du 13/11/2015, il semblerait que ce soit surtout la **perte de l'assurance d'avoir raison sur le monde** qui affecterait avant tout la population. Les actions qui sont mises en place dans l'Après, contribuent à restaurer cette illusion d'invincibilité, d'invulnérabilité, d'immortalité qui coexistent chez l'homme, tant qu'il est vivant.

Des similarités sont apparues entre l'Après 11/09/2001 et l'Après 13/11/2015, dans les réactions immédiates de la population et dans la prise en charge post-immédiate par la société des effets pathologiques des attentats. Ces similitudes sont :

- Des peurs, des alertes, des annonces répétées de l'imminence d'attaques, des colis piégés...et un besoin d'information
- Des récits extraordinaires de survivants, sur leur fuite, leur chance ou leur culpabilité
- Des expériences de groupe qui aident à résoudre les difficultés des réactions paradoxales, des dilemmes, des désirs de vengeance, des réponses sur le même mode, des clivages, des ambivalences identificatoires, en permettant au vécu émotionnel d'accéder par la conscience à un langage plus métaphorique, avec une recherche de symboles, au travers de :
  - *l'investissement du drapeau national comme symbole de l'unité*
  - *l'appropriation des lieux d'hommages (autels, mausolées, photos des disparus sur les murs, écrits...)*
  - *des cérémonies de témoignage et de commémoration*
  - *des événements culturels avec des installations, des expositions*
  - *des élans nationaux de bénévoles*
  - *des créations d'associations (celle du 13/11 et celle de Life for Paris)*

- Un travail psychique en commun comme lutte contre le chaos psychique, social et sociétal

Des actions de sauvetage sont mises en place pour lutter contre l'aggravation des effets traumatiques et contre les phénomènes de bouc-émissaires, de conduites extrémistes anti-sociales ou racistes. La réaction immédiate de toute « victime », personne, groupe, minorité ou société d'individus, étant d'avoir l'impression de revivre l'agression, l'impression qu'elle peut se reproduire à tout moment, à tout endroit. Elle tend à généraliser la situation traumatique à d'autres situations, à maximiser les probabilités de scénarios catastrophes par une vision anxieuse de l'avenir et des autres et cherche la sur-protection, elle-même alimentée par des sentiments de persécution. Cette excès de besoin de sécurité et de protection parfois vire à la cristallisation d'idées radicales, rigides, obsessionnelles, de théories purgatoires et d'idéal de pureté, de perfection avec leurs versants de nettoyage et de purification, pour se débarrasser du mauvais objet identifié, sans connaissance de cause, comme étant la CAUSE du « Mal ».

Ces tentatives de sauvetage qui permettent d'éviter une immersion de la société dans ce registre, sont :

- *des réunions spécialisées* du milieu « psy » sur l'aide aux victimes
- *des conférences sur l'Islam*, mais aussi sur les origines sociales des terroristes, les terreaux de la constitution des cellules, les modes de recrutement des embrigadés...pour éviter les stigmatisations, les préjugés, les confusions entre musulmans, islamisme, djihadistes, terroristes...une terminologie à revoir et à apprendre !
- *des campagnes d'interventions* et de formations aux catastrophes
- *des symposiums électroniques* sur internet avec des analystes pour comprendre l'impensable de la situation
- *les traitements du vécu traumatique* par tous les professionnels de santé mentale, mis sur la sellette pour prendre en charge et soigner les traumas.

La « **tentation létale** » (P. PIGNOL -2011) est la tentation de se laisser aller à ce à quoi nous invite le trauma : l'abandon de soi-même. D'où le problème de tout survivant : comment lutter contre la fascination qu'exerce désormais sa propre mort et quelles nouvelles modalités d'existence inventer en retour ? Carole DAMIANI écrit : « *Toute reconstruction engage la mise en jeu de dimensions normatives et axiologiques qui, pour être portées par chacun jusque dans son inconscient, n'en sont pas moins collectives et font de nous des citoyens : on ne peut se reconstruire que suivant les voies culturellement prescrites et partagées qui font de nous des sujets.* »

Le 08/02/2016 - Cécile THIEBLEMONT

## Références

### Ouvrages

- « **Traumatismes psychiques – prise en charge psychologique des victimes** » Louis CROCQ (2007)
- « **16 leçons sur le trauma** » Louis CROCQ (2012) O. Jacob
- « **Psychotraumatologie : Evaluation, clinique, traitement** » Louis JEHEL, Gérard LOPEZ et al. (2006) Dunod

### Revue

- « **Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels** » CREMNITER (praticien hospitalier et responsable de la CUMP), COQ, CHIDIAC, LAURENT – 2007 – emc-consulte.com
- « **Les victimes du terrorisme** » par Maitre Catherine Pomicou et Stéphane Lacombe - AFVT.org juin 2015
- « **Les victimes d'attentats en ville** » Carli – Télion 2009
- « **Après le 11 septembre 2001** » CAIRN.INFO – Christine Anzieu-Premmereur –  
Revue française de psychanalyse 2002
- « **Clinique de la prise d'otage : cas du détournement de l'airbus Alger-Paris, 1994** » C. DAMIANI et F. LEBIGOT –  
Revue du stress et du trauma / 2009

### Essai

- « **Le travail psychique de victimes : essai de psycho-victimologie** » - Thèse 2011 Université de Rennes  
Pascal PIGNOL (600P), sous la direction de Louis CROCQ