

50 ans après Frantz Fanon : les apports de sa pratique clinique en Algérie auprès des victimes de guerre et de torture et comparaison avec les observations actuelles des psychiatres dans les guerres contemporaines

Michel Grappe
Pédopsychiatre, EPS de Ville-Evrard, Neuilly sur Marne

Introduction

Fanon F psychiatre d'origine antillaise, homme engagé dans la lutte contre le colonialisme est un fin observateur des comportements humains quand l'individu est aliéné par la domination d'un système politique (voir le nègre et la psychopathologie : Peau noire masques blancs) et des réactions psychopathologiques de l'homme confronté à la guerre, à la torture.(Guerre coloniale et troubles mentaux :Les damnés de la terre).

Le vaste savoir de Fanon F « comprendre et décrire l'homme qui souffre » est nourri de lectures et d'expérience sur le terrain. Un premier livre a dû le stimuler dans son combat : Les Jacobins Noirs de James CLR publié en 1938 traduit en 1949 en français. Cet ouvrage raconte la libération de St Domingue par Toussaint Louverture victorieux des troupes napoléoniennes en 1802 puis la trahison française qui entraîne sa perte et le rétablissement de l'esclavage (qui avait été aboli en 1793).Fanon F républicain déclaré comme Toussaint Louverture, devra aussi déchanter de la France, en 1940 quand la guerre est déclarée :

Les Antilles accueillent l'Amiral Robert parti de Brest avec une partie de la flotte de guerre française. A la fierté des Martiniquais à cette prestigieuse visite succède vite le désenchantement. L'amiral Robert est dévoué à Pétain,les enfants apprennent à l'école le salut hitlérien et la censure fait interdire la revue *Tropicque*.(Clervoy P 2004).

Fanon F réagit en s'engageant dans les Forces Françaises Libres, lieu où il côtoie le racisme banal, les souffrances de la guerre. Dès 1945 il poursuit ses études de Médecine à Lyon et parallèlement se passionne pour la philosophie,l'anthropologie,le théâtre,très tôt il se spécialise en Psychiatrie.(Cherki A.2000)

Son travail de psychiatre le conduit à l'hôpital de St Alban pendant quinze mois où il rencontre François Tosquelles pionnier de la psychiatrie institutionnelle, une dynamique contre l'enfermement des asiles psychiatriques de l'époque, Fanon F dira « A côté de la phylogénèse et de l'ontogénèse se tient la sociogénèse » (Charles Nicolas A 2006).

A certains moments le socius est plus important que l'homme : Fanon , « *Du prétendu complexe de dépendance du colonisé* » Fanon F (1952) ;Je pense à P.Naville (1946) écrivant : « *parler des rêves de la société comme des rêves de l'individu,des volontés des puissances collectives comme de l'instinct sexuel personnel,c'est retourner encore une fois l'instinct naturel des choses,puisque,au contraire,ce sont les conditions économiques et sociales des luttes des classes qui expliquent et déterminent les conditions réelles dans lesquelles s'exprime la sexualité individuelle , et que le contenu des rêves d'un être humain dépend aussi,en fin de compte,des conditions générales de la civilisation dans laquelle il vit* »

C'est ainsi que Fanon F dans son premier article « le syndrome nord-africain » dans la revue *Esprit* 1952 s'interroge sur l'ouvrier nord-africain,exilé,souffrant d'être « un mort quotidiennement » qui coupé de ses origines et coupé de ses fins,devient un objet,une chose jetée dans le grand fracas.Cherki A (2002)

Même année 1952 le regard des psychiatres sur l'indigène se confond avec celui des métropolitains : Par exemple dans le *Manuel alphabétique de Psychiatrie* en 1952 ,on peut lire « *Noirs :Les indigènes de l'Afrique noire se rapprochent dans une large mesure de la mentalité primitive* »

Reçu en 1953 au Médicat des hôpitaux psychiatriques,Fanon est nommé chef de service à l'hôpital de Blida en Algérie,il se lance dans la rénovation du fonctionnement institutionnel, propose des activités sociothérapeutiques pour les patients. Ces changements dans l'accueil des patients entraîne une métamorphose,une dynamique dans le pavillon des femmes européennes,mais cette approche sociothérapeutique fondée sur un modèle occidental est un échec auprès des hommes indigènes. En 1955 la première demande lui est faite de prendre en charge des maquisards souffrant de troubles psychiques,c'est ainsi , par capillarité entre psychiatrie et engagement politique,que Fanon s'engage dans la lutte des Algériens pour leur indépendance. L'hôpital de Blida devient pour les autorités un lieu de refuge des combattants du FLN, Fanon devant la menace d'une répression présente sa démission le 22 Octobre 1956 et en 1957 il rejoint le FLN à Tunis.

Fanon poursuivra à Tunis une double activité, à la fois psychiatrique et politique,fin 1960 affaibli par une maladie incurable,il dicte à la hâte son livre *les damnés de la terre* où le dernier chapitre est consacré aux troubles mentaux liés aux guerres coloniales. Dans son travail de clinicien avec les victimes « psychiques » de la guerre ,Fanon se veut modeste sans prétention scientifique et pourtant les descriptions sémiologiques,les situations humaines intenable de culpabilité décrites chez les patients ayant subi un traumatisme,des tortures sont pertinentes pour une analyse actuelle des guerres et des souffrances qu'elles engendrent sur le plan psychologique.

Les fondements théoriques et les analyses de Fanon dans l'atmosphère de guerre coloniale.

Fanon F dans son introduction à l'étude de « Guerre coloniale et troubles mentaux » nous avertit de son désaccord avec les classifications de la psychiatrie clinique qui range les différents troubles présentés par nos malades sous la rubrique « psychoses réactionnelles ».

Ce faisant ,on privilégie l'événement qui a déclenché la maladie quoique,ça et là,soient mentionnés le rôle du terrain (l'histoire psychologique,affective et biologique du sujet) et celui du milieu. Il nous semble que dans les cas présents ici, l'événement déclenchant est principalement l'atmosphère sanglante,impitoyable,la généralisation de pratiques inhumaines,l'impression tenace qu'ont les gens d'assister à une véritable apocalypse.

Ainsi Fanon prolonge sa pensée sur la condition du colonisé, sur le racisme analysé dans « Peau noire, masques blancs » : une phénoménologie de la conscience colonisée dit Khalfa J (2006).

Fanon se heurte aux insuffisances d'une psychologie de l'individu dans la situation coloniale : (Fanon F et Sanchez F, 1956)

Le Martiniquais ne se compare pas au Blanc,considéré comme le père,le chef,Dieu,mais se compare à son semblable sous le patronage du Blanc...La comparaison adlérienne comporte deux termes ;elle est polarisée par le moi.

La comparaison antillaise est coiffée par un troisième terme : la fiction dirigeante (c'est-à-dire l'affirmation de soi en vue d'une reconnaissance) n'y est pas personnelle mais sociale.

« Peau noire masques blancs »

La formation du moi du colonisé est donc radicalement perverse dès l'origine.

D'où la référence incessante de Fanon mais aussi son scepticisme constant vis-à-vis de la psychanalyse. Le moi du colonisé est essentiellement névrosé,mais parce qu'il est inexorablement constitué par l'histoire des hommes et non par celle d'une famille.

A.Cherki (2000) note que c'est aussi la position de Lacan dans les années 1950 concernant des patients d'origine africaine :

Leur inconscient n'est pas celui de leurs souvenirs d'enfance, cela se juxtaposait seulement, leur enfance était rétroactivement vécue dans nos catégories familiales (françaises). C'était l'inconscient qu'on leur avait vendu en même temps que les lois sur la colonisation.

Fanon ne limite pas son analyse de la souffrance psychique à ce qu'il appelle « En Algérie foisonne une pathologie d'atmosphère » il ajoute tous les troubles rencontrés en Algérie ont été décrits à l'occasion de guerres « classiques » (bombardements de Londres, siège de Stalingrad), donc implicitement il reconnaît la notion de traumatisme psychique, que nous allons définir.

Le traumatisme psychique dans le DSM IV 1994, *Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders* :

-La personne a vécu ou a assisté, à un ou plusieurs événements impliquant pour soi ou pour autrui, une menace réelle, ou évaluée comme telle, mettant en danger la vie ou l'intégrité physique ;

-Le sujet a alors ressenti un sentiment de peur intense, de désarroi ou d'horreur.

La réaction d'une personne confrontée à une menace vitale, c'est la peur, l'effroi : le corps est transi, pétrifié, il y a une sidération absolue qui empêche le moindre mouvement.

Fanon expose un cas clinique : qu'il nomme contracture généralisée que l'on pourrait nommer : sidération chronique.

Le malade ne semble pas pouvoir « démobiliser ces nerfs ». Il est constamment tendu, en attente, entre la vie et la mort. Ainsi que le disait l'un d'eux : « Vous voyez, je suis déjà raide comme un mort »

Fanon ajoute : il est superflu d'ajouter qu'il ne s'agit pas d'une contracture hystérique.

Ce corps transformé par l'expérience de la guerre décrit à la fin du livre « Les damnés de la terre » s'inscrit dans la continuité de la pensée de Fanon inspirée par Merleau Ponty et Sartre ; la tradition phénoménologique française.

« Un schéma corporel ou postural nous donne à chaque instant une notion globale pratique et implicite des rapports du corps et de notre corps et des choses, et comme son relèvement sur elles. Un faisceau de mouvements possibles ou de projets moteurs rayonne de nous sur l'entourage. Notre corps n'est pas dans l'espace comme les choses : il l'habite ou le hante »

Le schéma corporel, ce corps interrogatif dévoilé par la phénoménologie sont des concepts qui ont séduit Fanon car ils se concentrent sur l'expérience, sur l'immédiété.

Ce corps se perd, se transforme en chose dans le racisme, et quand ce corps ressemble à un cadavre (ce corps déjà raide comme un mort dit un patient), la description phénoménologique de Fanon où surgit la question de la mort, retrouve par cette métaphore imagée de l'anéantissement, la question psychique du traumatisme qui est :

« Soudain la rencontre avec le réel de la mort » Lebigot F (2005)

Fanon par le biais de la sémiologie, de son regard de phénoménologue distingue le corps du colonisé, du corps du traumatisé et ainsi nuance l'impact de l'atmosphère de guerre sur la psyché par rapport à l'impact de la guerre réelle.

Formes cliniques de la névrose traumatique.

Le concept clinique de névrose traumatique est créé en 1888 à Berlin par Oppenheim pour définir des syndromes pathologiques physiques et psychiques survenus dans les suites d'accidents de train. Cette définition est une référence essentielle dans la nosographie des pathologies post-traumatiques répertoriées et étudiées au cours des deux guerres mondiales chez les soldats.

Ferenczi en 1919 au 5ème congrès de psychanalyse à Budapest démontre dans sa présentation sur les névroses de guerre que les paralysies dont souffrent certains soldats après l'explosion d'une bombe ne sont pas dues à une lésion organique ; au contraire il s'agit de réactions psychologiques par débordement du moi. Grappe M (1997)

Puis avec la paix retrouvée, la névrose de guerre tombe en désuétude, disparaît des manuels de psychiatrie. L'intérêt psychiatrique pour la névrose traumatique reste limité quasiment au domaine militaire, voir les traumatismes psychiques de guerre de Crocq L (1999).

Ainsi en 1952 dans la classification américaine des maladies mentales la névrose traumatique n'est pas nommée mais remplacée par une catégorie floue « importante réaction au stress ». En 1968 la même classification parle de troubles transitoires. Kleber R.J et Brom D (1992)

Le renouveau de la névrose traumatique en psychiatrie a lieu en 1980 sous l'appellation d'Etat de stress post-traumatique suite à l'observation de troubles psychotraumatiques chez les vétérans du Vietnam (30 à 40% des combattants). La définition étiologique s'étend à d'autres catastrophes que la guerre comme les catastrophes naturelles, industrielles, les accidents, les agressions...

Aspects sémiologiques de l'Etat de stress post-traumatique

Dans ses nombreuses observations qui peuvent être succinctes sans prétention scientifique, Fanon rapporte dans le désordre tous les critères décrits dans la grille de l'Etat de stress post-traumatique. Chakali M, Ridouh R (2006)

-Un événement traumatique

-Le syndrome de répétition ou de reviviscence : il est pathognomonique de la névrose traumatique. Le patient revit dans les cauchemars et les flash-backs la scène traumatique dans les moindres détails comme une grande angoisse comme si l'événement était en train de se reproduire. Parfois, ces reviviscences prennent une forme hallucinatoire ainsi la personne se croit dans le présent, la scène traumatique est revécue dans la réalité du moment avec une forte adhésion par exemple il y a un risque que cette personne passe à l'acte pour se défendre.

-L'évitement des stimuli associés au traumatisme (odeurs, bruits,) est un autre symptôme spécifique. Un symptôme très fréquent dans les guerres contemporaines (Afrique, Bosnie) est la phobie des uniformes.

-symptômes généraux non spécifiques.

Une hyperexcitabilité neurovégétative : être en état d'alerte, troubles du sommeil, irritabilité, réaction de sursaut. Troubles de la concentration.

Une asthénie physique, psychique, sexuelle.

Des plaintes somatiques : douleurs musculaires, céphalées.

Des manifestations psychosomatiques : hypertension, ulcères, diabète, chute des cheveux, perte de connaissance.

Ce syndrome psychotraumatique typique est le résultat d'un événement unique, limité dans le temps. Terr L (1991) le nomme traumatisme de Type I

Les traumatismes de Type II, il s'agit d'événements de longue durée qui se répètent, se cumulent dans le temps, souvent infligés par un être humain avec une volonté intentionnelle : Les violences sexuelles, les situations de guerre, la torture.

Les conséquences psychotraumatiques sont graves avec une atteinte profonde de la personnalité : perturbation de l'image de soi, et des relations aux autres et au monde.

Dans le Type II le patient réagit souvent à la sévérité de l'expérience traumatique par une « Dissociation péritraumatique » définie par une rupture de l'unité psychique au moment du traumatisme et qui peut se reproduire après, marqué par des accès de dépersonnalisation, déréalisation, perte de connaissance, amnésie partielle ou totale de l'événement. A ces symptômes dans le long terme s'ajoutent une altération quasi constante de l'attention, des somatisations, des modifications du caractère. Ces symptômes sévères se voient souvent chez les victimes de tortures qui ont subi des traumatismes intentionnels présentant un

caractère déshumanisant, Hermann J (1992) propose le diagnostic de *Etat de stress post traumatique complexe* (Desnos).

Sironi F(1999) à propos de son travail en psychothérapie auprès des victimes de torture insiste sur la gravité des troubles de l'attention et la méconnaissance de cette souffrance par les cliniciens

« Les troubles de la pensée sont trop souvent négligés dans l'approche clinique de personnes traumatisées de manière intentionnelle que nous soignons par la psychothérapie »

Les maux de tête, les troubles de la concentration et l'incapacité à penser sont tellement fréquents qu'ils sont quasi pathognomoniques de la torture. Pour les personnes victimes de sévices graves nous ajouterons l'asthénie, cette fatigue insupportable associée à des moments d'irritabilité.

Les cas de Type I peuvent bénéficier de soins psychiatriques en ambulatoire, les cas de Type II nécessitent une hospitalisation et des soins à long terme.

Fanon F aurait fait la même évaluation : il parle de la relative bénignité des troubles réactionnels et de situations exceptionnelles, rares à propos des psychotisations secondaires c'est-à-dire des cas où l'ensemble de la personnalité est définitivement disloqué.

Il ajoute que dans sa pratique c'est tout le contraire :

« La règle est ici la fréquente malignité des processus pathologiques. Ce sont des troubles qui persistent des mois durant, attaquant massivement le moi, et laissant presque toujours comme séquelle une fragilité pratiquement discernable à vue d'œil »

Il donne un exemple :

Un africain résistant d'une trentaine d'années présente à l'approche d'une certaine date de l'année insomnie, anxiété, idées fixes d'autodestruction. La date critique est celle où sur instruction de son réseau il avait posé une bombe faisant 10 morts.

La reviviscence du traumatisme aux dates anniversaires avec une rechute psychologique est typique. Nous avons pu l'observer en Bosnie en Croatie sur un grand nombre de réfugiés par exemple les réfugiés de la ville de Vukovar évacués le 20 Novembre 1991 présentaient autour de la même date de l'année en 1993 une recrudescence des cauchemars.

Fanon F psychiatre hospitalier auprès des victimes de la guerre coloniale.

Fanon F classe ces cas cliniques en quatre séries que nous allons exposer et commenter.

Guerre coloniale et troubles mentaux, chapitre V Les Damnés de la terre.(1961).

Série A

Cinq cas sont rassemblés ici. Il s'agit d'Algériens ou d'Européens ayant présenté après des faits bien précis, des troubles mentaux de type réactionnels.

Cas n°1 : impuissance chez un Algérien consécutive au viol de sa femme (par des militaires à la recherche du mari actif au FLN).

Age : 26 ans chauffeur de taxi.

Symptômes : distractivité, insomnie, dépression, impuissance sexuelle, cauchemars morbides migraines.

Le tableau clinique d'Etat de stress post-traumatique ne fait aucun doute, il est logique dans les années 50 que Fanon utilise le terme : réactionnels.

A noter les troubles de la concentration qui expliquent dans une consultation spécialisée bon nombres de retards dans les rendez-vous. Cela évoque quelques patients réfugiés en France (des guerres au Congo) qui n'arrivent pas à reprendre leurs études en raison de leurs difficultés à suivre un récit à l'oral, à l'écrit ou en regardant la télévision.

Les migraines se sont améliorées pour ce patient, elles peuvent durer des années sous forme de céphalées pulsatiles occipitales ou en casques, elles sont plus fréquentes et tenaces quand la personne a reçu des coups sur la tête ou a été torturé.

Aidé par une psychothérapie l'évolution du patient a été bonne .

Cas n°2 : pulsions homicides indifférenciées chez un rescapé d'une liquidation collective

Age : 37ans,fellah

Événement : seul rescapé d'un massacre de 29 hommes. Blessé au bras et à la cuisse,a perdu connaissance au moment des faits.

Excitation,agitation anxieuse, accueilli dans un service sanitaire, il tire au fusil sans dommage sur des soldats endormis, l'agressivité,les tentatives d'homicide persistent quelques jours dans le service psychiatrique.

Fanon évoque devant le tableau clinique très impressionnant une forme larvée d'épilepsie.

Après une cure de sommeil le calme revient,l'évolution est satisfaisante à six mois.

La perte de connaissance signifie l'intensité du traumatisme,elle objective un accès de dissociation psychique. L'état anxieux avec logorrhée a pu être entrecoupé de reviviscence imagée du massacre à caractère hallucinatoire ce qui explique le passage à l'acte sur des hommes en uniforme dans son unité sanitaire, le patient a revécu dans un temps présent la scène traumatique et son adhésion à la réalité très actuelle du massacre a engendré son attitude d'attaque contre les soldats.

Ces accès de violence grave ont été décrits aux USA chez les vétérans du Vietnam qui revivent des scènes de guerre surtout quand l'ancien soldat mène une vie marginale,isolée dans un décor qui se veut une continuité de la vie d'un GI en opération (par exemple vivre sous la tente en bordure du désert).

Ces crises hallucinatoires chez les combattants revenus à la vie civile sont favorisées par la prise d'alcool et de drogues.

Quelques cas ont répertoriés en 1993 en Croatie : A Osijek un soldat démobilisé est rentré dans un café et a tiré à la mitraillette plusieurs salves avant d'être maîtrisé, un acte qu'il n'a pas pu expliqué.

Cas n°3 : psychose anxieuse grave à type de dépersonnalisation après le meurtre forcené d'une femme.

Age : 19 ans,ancien étudiant

Le crime survient dans un contexte de guerre où le patient se venge de la mort de sa mère tuée par des militaires. Fanon s'interroge :de savoir si nous sommes en présence d'un complexe de culpabilité inconscient après la mort de la mère comme Freud en a décrit dans *Deuil et Mélancolie*.

L'éclosion de la psychose peut survenir après une expérience traumatique sur une personnalité psychotique qui était équilibrée auparavant. Cette hypothèse psychopathologique est acceptée par les spécialistes du traumatisme, le diagnostic de deuil psychiatrique peut être aussi proposé.

Cas n°4 : un gardien de police européen déprimé rencontre en milieu hospitalier une de ses victimes,un patriote algérien atteint de stupeur.

Age : 28 ans,policier.

Événement :exercice de la torture.

Dépression réactionnelle,cauchemars (voix et cris qui l'empêchent de dormir) après avoir assisté à la torture et à la mort d'Algériens.

Amélioration nette ,suivi en ambulatoire.

Cas n°5 : Un inspecteur européen torture sa femme et ses enfants.

Age : 30ans

Événement : exercice de la torture : « Je torture des fois dix heures d'affilée »

Symptômes : sommeil agité, cauchemars, irritabilité extrême, violence sauvage envers ses enfants.

Traitement : traité en activité avec peu d'amélioration compte tenu des contraintes professionnelles.

Série B

La série « B » rassemble des cas et des groupes de cas où l'événement déclenchant est d'abord l'atmosphère de guerre qui règne en Algérie selon Fanon.

Cas n°1 : assassinat par deux jeunes Algériens de 13 et 14 ans de leur camarade de jeu européen. Les deux enfants avouent le meurtre de leur copain et le justifient par la situation de guerre.

Cas n°2 : délire d'accusation et conduite suicidaire déguisée en acte terroriste chez un jeune Algérien de 22 ans qui a développé un état confusionnel avec hallucination auditives très intenses : des voix qui l'accusent d'être un traître.

Le mécanisme et le contenu du délire reflète le regard qu'on a pu porté sur lui : un jeune non engagé dans la lutte mais cela n'explique en rien l'accès psychotique.

Les soldats hospitalisés en Croatie et en Bosnie pour des bouffées délirantes présentaient les mêmes troubles : idées de persécution avec des persécuteurs désignés comme les ennemis du moment dans le conflit.

Le récit délirant puise son contenu dans l'actualité, constat qui ne résout pas la question étiopathogénique du facteur déclenchant.

Cas n°3 : attitude névrotique chez une jeune Française dont le père, un haut fonctionnaire, est tué dans une embuscade.

Étudiante de 21 ans qui consulte pour des troubles anxieux et de nombreux signes névrotiques. Elle affirme que son père a progressivement changé en devenant très répressif vis-à-vis de la rébellion. Jusqu'à assister et couvrir des pratiques de torture. Bien qu'elle ait perdu son père dans une embuscade, elle ne cache pas sa sympathie pour les maquisards.

Cas n°4 : Troubles du comportement chez de jeunes Algériens âgés de moins de dix ans.

Enfants réfugiés, tous fils de combattants ou de civils tués par les français, ils sont accueillis dans des centres au Maroc ou en Tunisie.

Les enfants manifestent un amour très marqué pour les images parentales, ils recherchent avec une grande ténacité une relation avec un substitut maternel ou paternel. Fanon note : une grande soif de calme et d'affection. La demande affective est l'écho de l'angoisse de séparation de ces enfants endeuillés.

Nous ne connaissons pas l'âge des enfants, notons que le travail de deuil se fait en fonction de l'âge de l'enfant, l'élaboration psychique de la perte dépend de l'âge de développement de l'enfant ; pour les plus petits la rupture du lien maternel est une carence affective majeure.

Les enfants victimes de pertes affectives dans les guerres sont souvent exposés à des situations traumatiques où le scénario du traumatisme peut être figuré dans les dessins ou dans les jeux. Grappe M (1997)

Fanon évoque un jeu fréquent à tendance sadique « *Une feuille de papier tendue est percée rageusement de multiples trous* » Un jeu sans plaisir, monotone, répétitif dont le contenu est une cible où l'on tire : c'est un jeu post-traumatique typique Grappe M (2001)

Les enfants ont d'autres symptômes typiques du syndrome psychotraumatique chez l'enfant : insomnie, énurésie, phobie du bruit. Fanon ajoute le somnambulisme, c'est-à-dire que l'enfant semi conscient se lève la nuit et déambule dans la maison, il peut s'agir d'hypervigilance ainsi l'enfant est en état d'alerte et surveille la maison.

Par exemple les enfants rapatriés de la guerre du Sierra Leone en France pouvaient se relever 10 fois par nuit pour surveiller par la fenêtre les alentours de la maison où ils étaient hébergés. Le tableau clinique de ces enfants décrits par Fanon peut être regroupé en deux syndromes : l'angoisse de séparation due à la perte affective et des réactions post-traumatiques dont la séméiologie totale est le deuil traumatique Grappe M (2006).

Cas n°5 : Psychoses puerpérales chez les réfugiées. Pathologie observée à la frontière algéro-tunisienne chez la quasi-totalité des femmes enceintes : agitation, dépression, tentatives de suicide. Les troubles psychiatriques de ces femmes s'expliquent par une atmosphère d'insécurité permanente dans ces camps d'accueil rudimentaires (misère, précarité, malnutrition) qui sont des cibles pour les raids aériens et les mitraillages : les fréquentes invasions des troupes françaises appliquant « le droit de suite et de poursuite »

Série C

Modifications affectivo-intellectuelles et troubles mentaux après la torture. On peut considérer aussi que Fanon fait partie des premiers auteurs modernes à avoir abordé les conséquences psychiques de la torture. En s'attardant autant sur le tortionnaire que sur la victime.

Regroupés en lots, car indépendamment d'une atteinte profonde de la personnalité qui existe chez chaque patient : le Type II selon Terr L, Fanon a estimé que chaque type de torture déterminait des troubles caractéristiques.

Lot n°1 : après les tortures indifférenciées dites préventives. Leur but est de faire parler, selon le principe qu'au-delà d'un certain seuil, tout le monde parle...

Méthodes :

-injection d'eau par la bouche avec lavement à forte pression d'eau savonneuse.

-introduction d'une bouteille dans l'anus.

-supplice de « l'immobilité ».

Il existe deux cas de figures :

-ceux qui savent quelque chose : ils sont rarement vus en consultation dans les unités sanitaires.

Il est habituel que ceux qui avouent soient exécutés, après. Ceux qui n'ont pas parlé ne se présentent pas comme malades ;

-ceux qui ne savent rien : ceux-là vont très souvent consulter.

Les tableaux rencontrés : généralement un sentiment d'injustice prédomine chez ces victimes. Par ailleurs, il existe aussi un sentiment d'indifférence à tout argument moral : il n'y a pas de cause juste, seule la force compte. 4 cas de dépressions agitées, 5 cas d'anorexie mentale, 11 cas d'instabilité motrice.

Lot n°2 : après les tortures à l'électricité procédé parmi d'autres au début ; à partir de septembre 1956, certains interrogatoires ont lieu exclusivement à l'électricité.

Les tableaux rencontrés :

-3 cas de cénestopathies généralisées ou localisées.

-7 cas d'apathie, aboulie, désintérêt.

Phobie de l'électricité : ne touche aucun appareil électrique.

L'aboulie, le désintérêt chez le patient est une incapacité à penser, à entrer en relation avec l'autre, c'est un syndrome qui marque la profondeur de la déstructuration de la personnalité (observé chez des patients africains torturés en Afrique Centrale).

Les cénestopathies (fourmillements sur l'abdomen, sensations de décharges électriques), la phobie des prises électriques sont pathognomoniques des tortures à l'électricité : ces symptômes sont tenaces dans le temps. Une patiente réfugiée d'Afrique me disait avoir aménagé sa vie quotidienne en fonction de sa phobie de tout objet électrique.

Lot n°3 : le penthotal est utilisé pour vaincre les défenses du prisonnier et libérer la parole, des médecins gagnent la confiance des prisonniers en leur proposant une aide...

Les tableaux rencontrés :

-stéréotypies verbales accompagnées d'angoisse, le contenu était souvent : « je n'ai rien dit ... il faut me croire... » ;

-perceptions floues, avec difficulté de distinguer le vrai du faux ;

-crainte phobique du « tête à tête » ;

-inhibition : due au « qui vive » ; le sujet enregistre mot après mot la question posée et élabore mot après mot la réponse projetée.

Il est clair que ces malades refusent toute injection intraveineuse.

Lot n°4 : après lavage de cerveau.

Les conséquences psychiatriques de « l'action psychologique en Algérie » sous la colonisation, Fanon parle de deux types de lavage de cerveau :

1. Pour les intellectuels, à qui il faut faire jouer un rôle en : menant le jeu de la collaboration ; en justifiant le bien-fondé de la colonisation ; en combattant les arguments de la révolution un par un en luttant contre la solitude et l'isolement.

Les tableaux rencontrés :

Fanon cite le cas d'un universitaire interné dans un centre et soumis durant sept mois au lavage de cerveau ; après plusieurs séances d'évaluation, il a été considéré apte à sortir et guéri du virus du nationalisme. Content d'avoir joué la comédie au début, il s'est mis à douter dans un deuxième temps : et peut-être qu'il n'a trompé personne même pas lui-même...

Les patients suivis par Fanon souffrent de phobies spécifiques : peur des discussions collectives et de l'incapacité à s'expliquer, à défendre un point de vue.

2. Pour les non intellectuels : c'est un véritable dressage qui passe par le corps. Les troubles mentaux sont moins graves. C'est le corps souffrant et douloureux qui appelle repos et apaisement.

Série D

Les troubles psychosomatiques :

L'origine de ces troubles dont le déterminisme est psychologique est favorisée par une situation conflictuelle, des pathologies liées à l'atmosphère de guerre pour certaines, et pour d'autres un traumatisme bien réel suite à un internement en camp de concentration.

Tableaux cliniques rencontrés :

a) Ulcères

Très nombreux chez des gens jeunes associés à des symptômes de dépression (tristesse, morosité).

b) Coliques néphrétiques

Des douleurs à paroxysme nocturne. Fanon souligne l'aspect psychosomatique évidemment, il n'y a presque jamais de calcul .

A Sarajevo pendant le siège qui a duré trois ans, les coliques néphrétiques sont devenues la pathologie la plus fréquente avec plutôt des calculs vésiculaires ce qui est rare en temps de paix. Les habitants souffraient d'angoisse et des restrictions hydriques (dûes aux fréquents bombardement dirigés vers les fontaines) un terrain favorable à l'éclosion de symptômes psychosomatiques avec pour substrat l'appareil rénal .

c) Troubles de règles chez les femmes

Cette pathologie est très connue, nous ne nous y attarderons pas comme dit Fanon

d) Blanchissement précoce des cheveux

Chez les rescapés de centres d'interrogatoire, les cheveux blanchissent subitement, par plaques, par région ou totalement.

Les pelades décalvantes sont aussi une pathologie, fréquente que nous avons observé une dizaine de fois en Croatie chez des enfants traumatisés (après des bombardements). Grappe M (1997)

Fanon range ces syndromes dans le registre psychosomatique avec une origine psychique traumatique (il parle de rescapé)

e) Tachycardies paroxystiques

Ces tachycardies s'accompagnent d'angoisse, d'impression de mort imminente, et la fin de la fin est marquée par une importante sudation.

C'est sûrement le symptôme le plus fréquent en cas de conflit où les civils se sentent menacés dans leur vie en permanence, une situation caractéristique des guerres contemporaines où la population est la cible principale.

f) Contracture généralisée, raideur musculaire.

Ces patients de sexe masculin ont de la difficulté à l'exécution de certains mouvements

La cause de cette difficulté réside dans une rigidité caractéristique qui évoque irrésistiblement une atteinte de certaines régions du cerveau (noyaux gris centraux)

Cette pathologie, les médecins en faisaient un stigmate congénital de l'indigène, une originalité de son système nerveux où l'on affirmait retrouver la preuve d'une prédominance chez les colonisés du système extrapyramidal (Les damnés de la terre)

Fanon voyait dans cette pathologie une spécificité de la guerre d'Algérie qu'il interprétait comme une posture de résistance face à l'autorité coloniale.

En fait, pendant la deuxième guerre mondiale, les mêmes réactions existaient chez les soldats.

Deux psychiatres américains Grinker et Spiegel (1945) décrivent des symptômes extrapyramidaux après un « stress aigu au combat » chez les soldats. Visage figé, clignement des yeux réduits, rigidité dans les articulations, rigidité en extension et en flexion, tremblements des extrémités.

J'ai pu observé les mêmes symptômes chez les enfants réfugiés de Vukovar (après trois mois de siège dans la ville bombardée) : les mimiques étaient pauvres sans expression, les enfants avaient un regard fixe et ne clignaient pas des yeux, en marchant ils ne balançaient pas les bras. Grappe M (1993)

Conclusion.

Fanon fait une description phénoménologique de la souffrance psychique en temps de guerre chez des individus qui tous ont vécu des situations extrêmes. L'expression sémiologique de cette souffrance peut être comparée à d'autres groupes humains victimes d'autres guerres où l'on retrouve souvent des symptômes communs. Dans l'œuvre psychiatrique de Fanon nous reconnaissons l'existence de symptômes universaux chez l'homme face à une tragédie. Comment soigner ces patients traumatisés ?

Fanon nous met sur la voie quand il s'intéresse à la psychopathologie du colonisé, à l'atmosphère de guerre ainsi il nous dit que le patient doit être respecté dans ses droits, vivre dans la sérénité, nous traduirons cela par une formule suffisamment large qui englobe des situations différentes : le respect des droits de l'homme.

Fanon le dit dans « le nègre et la reconnaissance dans Peau noire et masques blancs »

« Le moi se pose en s'opposant, disait Fichte. Oui et non. Nous avons dit dans notre introduction que l'homme était un oui. Nous ne cesserons de le répéter.

Oui à la vie. Oui à l'amour. Oui à la générosité.

Mais l'homme est aussi un non. Non au mépris de l'homme. Non à l'indignité de l'homme.

A l'exploitation de l'homme. Au meurtre de ce qu'il y a de plus humain dans l'homme : la liberté »

Ce niveau d'analyse de la situation « politique » du patient n'est pas neutre au sens psychanalytique pour le thérapeute qui doit s'informer sur l'injustice subie.

L'autre niveau est la capacité du thérapeute à établir une relation psychothérapique avec le patient.

Bibliographie

- 1) Chakali M, Ridouh B. (2006) ;Fanon et le psychotraumatisme,VST n° 89.
- 2) Charles Nicolas A . (2006) ; L'actualité de Frantz Fanon,psychiatre martiniquais,VST n°89.
- 3) Cherki A. (2000).Frantz Fanon, portrait.Paris :Seuil.
- 4) Cherki A. (2002). Préface de :Les damnés de la terre de Fanon F ; La découverte.
- 5) Clervoy P. (2004). Frantz Fanon (1925-1961) On raconte pas sa vie : on en témoigne.Perspectives Psy.Vol 43 :n°2 avril-juin, pp152-157.
- 6) Crocq L. (1999).Les traumatismes psychiques de guerre.Ed O Jacob.
- 7) Fanon F. (1952).Peau noire et masques blancs. Paris .Seuil.
- 8) Fanon F. (1961).Les damnés de la terre. La Découverte, »Petite collection Maspero »,Paris
- 9) Grappe M (1993) .L'action humanitaire et les camps de réfugiés. In Vukovar,Sarajevo... La guerre en ex-Yougoslavie sous la direction de V Nahoum-Grappe. Ed Esprit.Cahors.
- 10) Grappe M. (1997). « Troubles psychiques post-traumatiques chez les enfants victimes de guerre,séquelles simples et formes cliniques graves », *la Revue française de psychiatrie et psychologie médicale*,10,pp,38-43.
- 11) Grappe M.(2006). Les deuils traumatiques chez l'enfant et chez l'adulte. In Psychotraumatologie,Dunod ,Paris.
- 12) Grinker RR, Spiegel JJ . Men under Stress.New York,McGraw-Hill,1945.
- 13) Herman JJ(1992). Trauma and Recovery.New York, Basic Books.
- 14) Khalfa J; (2005). Fanon,Corps Perdu In Les Temps Modernes, Pour Frantz Fanon,pp.97-117.
- 15) Kleber RJ and Brom D.(1992). Coping with Trauma, Svet en Zeitlinger, Amsterdam.
- 16) Lebigot F.(2005). Traiter les Traumatismes Psychiques, Dunod,Paris.
- 17) Naville P. (1946). Psychologie,Marxisme,Matérialisme.Ed Marcel Rivière,Paris.
- 18) Sironi F. (1999). Bourreaux et Victimes. Ed O Jacob, Paris.
- 19) Terr LC. (1991). Childhood Traumas :An Outline and Overview.American Journal of Psychiatry N° 148, January.