

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche**  
**Scientifique**

**Université A. MIRA-BEJAIA**



**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**  
**Département des Sciences Sociales**

**Psychotrauma**

**Polycopié préparé par :**

Dr. BENAMSILI Lamia

## Sommaire

Introduction.....	03
1. Violence et victime.....	03
2. Historique du traumatisme psychique.....	08
3. Etymologie du terme de traumatisme psychique.....	21
4. Définition du traumatisme psychique.....	22
5. Définition de l'événement traumatique.....	24
6. Typologie du traumatisme psychique.....	24
7. La notion de blessure psychique.....	26
8. La notion de névrose traumatique.....	26
9. La notion de psychose traumatique.....	27
10. Approches psychopathologiques du traumatisme psychique.....	28
11. La dissociation traumatique.....	55
12. La mémoire traumatique.....	57
13. Le deuil traumatique.....	57
14. Les troubles associés au traumatisme psychique.....	59
15. Le diagnostic différentiel du traumatisme psychique.....	61
16. L'évaluation du traumatisme psychique.....	63
17. Le traumatisme psychique chez l'enfant, l'adolescent et la personne âgée.....	64
18. Prise en charge du traumatisme psychique.....	69
19. La prévention du traumatisme psychique.....	80
20. Résilience.....	80
21. La résilience chez l'enfant et l'adolescent.....	85
Conclusion.....	86
Liste des références.....	87

## **Introduction**

La thématique du trauma provoque actuellement une fascination que rien ne semble pouvoir limiter. Catastrophes naturelles, attentats, massacres, guerres, violences sexuelles, etc génèrent un nombre incalculable de psychotraumatismes. Les répercussions négatives du stress et du trauma représentent une réalité qui ne peut être mise en doute. Dès lors, les pathologies traumatiques constituent un véritable enjeu de santé publique.

L'objectif de cette matière est d'apporter des connaissances dans le domaine du psychotrauma. Le cours vise à éclairer sur les aspects cliniques, théoriques et thérapeutiques du traumatisme psychique. Ainsi, le cours permettra aux étudiants l'acquisition de connaissances théoriques en matière de traumatisme, offrant une synthèse particulièrement exhaustive mais accessible des réactions traumatiques et leur traitement.

Après un rappel sur des notions fondamentales telles que violence et victime, ce cours se consacrera à un enseignement multifocal de la clinique du traumatisme. Les enseignements psychanalytiques fondamentaux sur les traumatismes psychiques sont donc dispensés à côté des autres modèles théoriques, notamment, le courant cognitivo-comportemental, phénoménologique et athéorique. Les marqueurs biologiques ainsi que l'impact biologique du vécu traumatique seront interrogés. Un enseignement de base sur les dispositifs de soin et de prise en charge sera également assuré. Ces éléments permettront, d'une part, une meilleure compréhension des conséquences multiples du psychotraumatisme et, d'autre part, une meilleure initiation à la prise en charge des personnes présentant des troubles liés à des événements traumatiques récents ou anciens. Le dernier point s'arrêtera sur la capacité à faire face au traumatisme, à savoir, les facteurs de résilience et les facteurs de vulnérabilité, encore appelés facteurs de prédisposition ou de risque.

### **1-Violence et victime**

La violence est devenue un thème majeur de préoccupation et de débat, non seulement dans les champs légal et social, mais aussi dans celui de la santé et plus particulièrement, celui de la santé mentale. En effet, les violences produisent chez les sujets qui les subissent des réactions psychiques multiples et complexes, pouvant aller jusqu'à la réaction traumatique. Les personnes ayant vécu un traumatisme sont qualifiées de « victimes ». La psychotraumatologie et la victimologie ont longtemps été deux disciplines confondues. Aujourd'hui et malgré que la psychotraumatologie s'est affranchie et devenue autonome, la clinique et la recherche sur le psychotrauma ne peut se concevoir sans un accompagnement social et judiciaire. En psychologie, la psychotraumatologie est cette nouvelle discipline qui s'intéresse aux troubles psychiques dus à des événements traumatiques, tels que : acte de violence, agression, accident, abus sexuel, maltraitance, négligence, etc., et aux traitements de ces troubles. (Likongo, 2015, p.27). On conclut que la psychotraumatologie se consacre à l'étude des conséquences et au traitement des traumatismes psychiques.

Ce premier point vise alors, dans la logique des choses, à revenir premièrement sur la notion de violence et en deuxième lieu, à aborder une autre notion, en lien étroit avec le trauma, à savoir, la victime.

## 1-1- La violence :

L'étymologie du mot « violence », tout comme celle de l'adjectif violent et du verbe violer, dérivent du latin « vis » qui signifie « force en action, force exercée contre quelqu'un ». Le pluriel « vires » désigne les forces physiques nécessaires pour exercer la « vis ». (Poujouly, 2012, p.302).

La violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme suit « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* ». (OMS, 2002, p.5).

Par conséquent, cette définition met en avant l'intentionnalité de l'acte, il peut être exercé contre soi-même ou autrui, il peut être dirigé contre un individu ou un groupe et avoir comme conséquence un traumatisme. (Benamsili, 2012, p.45).

Il existe une violence fondamentale qui participe à la structuration du sujet, mais dans le sens le plus courant, le terme renvoie à un abus de force ou de pouvoir, qui vient faire effraction dans l'intégrité physique ou psychique de l'autre. Bien plus que le déchaînement physique, ce qui constitue la violence, c'est un mode de relation fondé sur le contrôle et la domination (Hirigoye, 2013, p.XVI). Disons les choses autrement. Certes, la violence peut être un comportement qui fait partie des remaniements transitoires de la personnalité à l'adolescence. Et même si malheureusement, elle peut parfois faire des dégâts irréversibles, elle s'estompe ensuite. Mais actuellement, nous avons de plus en plus affaire à une violence différente, qui s'est structurée dès l'enfance et qui n'est plus passagère (Berger, 2018, p.2).

Dès lors, les violences sont une atteinte grave aux droits humains fondamentaux des personnes et elles sont à l'origine de graves conséquences sur la santé mentale et physique. Ces conséquences sont directement liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères en particulier d'un état de stress post-traumatique. Ces troubles sont dus à des atteintes psychiques, mais également à des atteintes neurologiques et à des dysfonctionnements neurobiologiques et endocriniens majeurs. Ces troubles psychotraumatiques auront alors un impact catastrophique sur la santé et la vie personnelle, sociale et professionnelle des victimes et seront même un déterminant majeur de leur santé (Salmona, 2012).

Ainsi, un trauma n'est pas une violence mais le produit d'une violence. Des violences équivalentes peuvent laisser des traces traumatiques chez certains, rien pour d'autres : tout dépend de la sensibilité de la personne qui subit la violence, de son rapport avec celle qui l'exerce et du contexte. (Neuburger, 2005, p.19). Les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales des violences. Ils sont une réponse universelle, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme (Salmona, 2012, p.114). Toutefois, le mot violence est souvent utilisé lorsqu'on parle de traumatisme, mais il faut faire attention car s'il y a de la violence dans tout traumatisme, inversement toute violence n'est pas traumatique (Marcelli, 2012, p.342).

Dans ce cadre, la violence, phénomène complexe, est aussi difficile à définir qu'elle est aisée à identifier. Elle suppose l'idée d'un écart ou d'une infraction par rapport à des normes, mais ces

normes sont relatives et varient selon les époques et les cultures. La violence peut s'exprimer aussi bien dans des actes d'agression, de criminalité, de persécution religieuse ou politique, de guerre ou de terrorisme, que dans les formes les plus discrètes d'oppression économique, de contrainte ou d'asservissement psychologique (Bensmail, 2007, p.250).

Aujourd'hui, les tentatives d'explication à l'explosion des actes violents, guerre au Proche-Orient, attentats suicides, dégradations en tout genre, etc. viennent plutôt de la sociologie. La violence serait une réaction à l'humiliation, à l'exclusion, aux difficultés d'intégration, aux questions géopolitiques. Et c'est sans doute une des parties du problème. Mais il me semble qu'on ne prend pas assez en compte dans ces explications ce qui est de l'histoire psychique de chacun. Tout enfant, dans son développement, rencontre des moments de rage, de violence et d'impuissance. Certains, peu à peu, font un travail de mentalisation et de maturation qui leur permet de grandir et de gérer l'agressivité qui existe en chacun de nous. Mais d'autres, peu ou mal accompagnés, gardent en eux ces affects de violence, qui peuvent éclater lorsqu'ils sont confrontés à des situations élastiques de leur enfance (Brécard, 2017, p.58).

Pour comprendre la violence, la société moderne se tourne de plus en plus souvent vers les « psys », leur demandant une explication mais aussi des solutions. Pourtant, il s'agit d'une problématique qui concerne tout autant la sociologie, le droit et la politique. La violence se situe aux confins de l'individuel et du social mais on tend à chercher plutôt une explication psychiatrique concernant l'auteur (Hirigoye, 2013, p.XVI).

Dans ce cadre, Kaes (2016) distingue trois formes principales de la violence : la violence originaire ou violence anticipatrice, la violence fondamentale et la violence destructrice. Les deux premières sont des violences structurantes, elles sont indissociables du processus de vie, de la force vitale. Il y a dans Éros, la puissance qui lie, une violence de vie. La violence est nécessaire à la vie, à sa croissance et à sa protection, à la survie en situation de danger. En construisant le concept de violence fondamentale, Bergeret (1984) la distingue de l'agressivité nécessaire pour aller vers l'autre. La violence fondamentale est une violence archaïque, Bergeret la décrit comme une nécessité primitive absolue, vitale, dès les premiers moments de l'existence, où la survie de l'un est conditionnée par la disparition de l'autre. Ces types de violence n'acquièrent leur valeur fondatrice et leur fonction symbolique que d'être reconnues comme telles. La violence structurante impose un détour, un différé, un renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels destructeurs. Elle propose des voies de dégagement, de déplacement et de substitution à ces buts : ensemble elles sont nécessaires au processus de la sublimation et au travail de culture. Ce détour, ce déplacement et cette substitution sont les moyens du travail de pensée. La troisième forme de violence destructrice et autodestructrice a une autre source, dans la pulsion de mort. La violence destructrice désagrège et tend à ramener à l'« état anorganique » aussi bien les objets internes que les objets externes. La violence destructrice n'est pas en effet dirigée seulement contre l'objet externe. La violence est autodestructrice lorsqu'elle se retourne contre la personne propre ou lorsqu'une communauté, une institution, une association dirige cette violence contre elle-même, dans ce paradoxe qu'il est préférable de mourir plutôt que d'affronter la violence, ou de laisser le pouvoir à une partie du groupe. Je pense utile de faire la différence entre les diverses composantes de la violence ancrée dans la pulsion de mort : les unes ont pour but la pure destruction, l'anéantissement de l'autre, des symboles, des règles et des cadres symboliques qui organisent la vie en commun ;

les autres accomplissent un rôle moteur dans le changement, quelquefois dans l'invention de nouvelles formes de la vie (Kaes, 2016, pp. VII-VII).

Par ailleurs, la violence est une constante de la vie sociale et des relations humaines. Elle a pu recevoir des interprétations très contradictoires en regard des enjeux mobilisés. Le contexte sociétal et les nouvelles technologies en ont livré une théâtralisation, voire une spectacularisation des violences. Ceci souligne que la violence est pour part une construction sociale dans son appréhension. Elle vient se greffer à l'absolutisation de la différence. Les nouvelles discriminations favorisent l'excès de haine avec un déchaînement des pratiques violentes ainsi que les postures sacrificielles mortifères. Les mutations socio-économiques et technologiques, les orientations et enjeux politiques ont transformé ce que l'on nommait auparavant les mentalités. La transformation des économies psychiques, se répercutant sur les vécus de contenance, sur la question identitaire, sur la régulation pulsionnelle, rappelle les modes d'articulation entre les appareils psychiques socio-groupeaux, les appareils psychiques et les appareils institutionnels. Ainsi, Beaucoup mettent en avant que les mutations socio-économiques et technologiques s'accompagnent d'une transformation des économies psychiques. Ces mutations troublent les identités, rendent floues les limites, modifient les contenance, défont les contrats narcissiques et les alliances, perturbent les liens et les psychés, confusent les sexualités, démultiplient les paradoxes entre des exigences surmoïques et des injonctions libératrices. Cette transformation devient source d'un « Mal-être » qui se déduit d'une modification des métacadres psychosociaux dont l'affaiblissement met à mal leurs fonctions structurantes et symbolisantes (Raoult, 2017, pp.2-3).

Les auteurs comme Coutanceau et Lemitre (2017) s'intéressent aux aspects psychopathologiques du passage à l'acte violent (destructivité, troubles de la personnalité, violence fondamentale, passion de détruire...). Ils estiment que la chosification de l'autre et l'indifférence affective absolue, sans culpabilité, viennent donc particulariser certains actes, situés bien au-delà de la haine. Il en est ainsi du sentiment d'exclusion interpersonnelle et sociale qui représente un des facteurs de risque les plus importants pour les comportements de violence extrême. La violence met en duelle la base de sécurité propice à un attachement de qualité versus lien chaotique laissé par un passé traumatique, ou encore le couple de la confiance ou de la défiance éprouvée vis-à-vis d'autrui.

Dès lors, les violences sont une atteinte grave aux droits humains fondamentaux des personnes et elles sont à l'origine de graves conséquences sur la santé mentale et physique. Ces conséquences sont directement liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères, en particulier d'un état de stress post-traumatique. Ces troubles sont dus à des atteintes psychiques, mais également à des atteintes neurologiques et à des dysfonctionnements neurobiologiques et endocriniens majeurs. S'ils ne sont pas pris en charge spécifiquement, ils peuvent se chroniciser, durer de nombreuses années, voire toute une vie et s'accompagner de nombreuses pathologies. Ces troubles psychotraumatiques auront un impact catastrophique sur la santé et la vie personnelle, sociale et professionnelle des victimes et seront même un déterminant majeur de leur santé. (Salmona, 2012, p.113)

De Tychey (2017) estime que La violence subie s'inscrit non seulement au niveau intrapsychique, mais également au niveau neurobiologique et cérébral. Chaque être humain

possède à ce niveau un codage lié aux transmissions intergénérationnelles dont il a hérité, qui vont le rendre plus fragile ou plus résilient face aux nouveaux traumatismes qu'il rencontrera durant son existence.

À la lumière de ce qui a été mentionné en haut, on peut dire que les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales des violences, ils sont pathognomoniques, c'est-à-dire spécifiques et sont une preuve médicale du traumatisme. Ils sont une réponse universelle, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme. Les troubles psychotraumatiques sont générés par des situations de peur et de stress extrêmes provoquées par les violences (Salmona, 2012, p.114).

Toutefois, le traumatisme ne se limite pas à des actes de violences. Les sources de trauma peuvent être liées à des situations simples, voire insignifiantes. On songe à tous ces moments de l'existence marqués d'une rupture brutale avec l'état antérieur : la naissance, le sevrage, le passage à la station verticale, les renoncements et contraintes imposés par les apprentissages éducatifs ou scolaires, la découverte de la sexualité et la différence sexuelle, les multiples séparations et cassures qui jalonnent l'existence (Boukobza, 2001).

Dans ce qui va suivre, on va s'intéresser, même brièvement, à une autre notion, en lien étroit avec la violence d'un côté et le psychotrauma de l'autre, il s'agit de la notion de « victime ».

## **1-2- La victime :**

L'intérêt porté aux victimes en tant qu'objet social est récent. Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que les victimes commencèrent véritablement à intéresser la recherche en criminologie et à constituer un objet socio-politique. En 1947, Benjamin Mendelsohn, un avocat d'origine romaine, baptisera « victimologie » cette science naissante. Ainsi, le terme « victime », emprunté au latin classique « victima », fait son apparition dans la langue vulgaire écrite à la fin du XVe siècle (en 1485). Deux mots ont été empruntés à des dérivés de « victima » : « victimaire » (1555) emprunté au latin classique « victimarius », prêtre qui préparait et frappait les victimes et « victimer » (1600) emprunté au latin impérial « victimare », sacrifier une victime. Victimer a signifié « tuer » (Josse, 2019, p.28).

Audet et Katz (1999) rapportent la notion de créature vivante offerte aux dieux, mais également celle de victime expiatoire (immolée en sacrifice aux dieux), la notion théologique de victime offerte pour le salut des hommes, tel Jésus-Christ et des extensions aux idées de celle qui est sacrifiée aux intérêts du plus grand nombre, celle qui est souffre-douleur, etc.

Dans ce cadre, la victimologie est une science récente, apparue au milieu du XX siècle. Les premiers travaux de victimologie ont vu le jour après la seconde guerre mondiale. En plein effervescence, la victimologie oscille actuellement entre approche juridique, biopsychologique et sociologique (Cario, 2012, p.17).

En effet, la victimologie constitue un champ particulier de la criminologie qui étudie les rapports interpersonnels de la conduite criminelle. (Selosse, 2001, p.242). Dès lors, la victimologie se définit comme suit « *discipline scientifique multidisciplinaire ayant pour objet l'analyse global des victimisations, sous leur triple dimension individuelle, collective et sociale, dans leur émergence, leur processus, leurs conséquences et leurs répercussions, afin de*

*favoriser leur prévention et, dans le cas échéant, la réparation corporelle, psychologique, sociale et/ou matérielle de la victime et/ou de ses proches* » (Cario, 2015, p.16).

La définition internationale de l'ONU (Organisme des Nations Unies) en 1985 propose que :

*« Sont victimes des personnes qui individuellement ou collectivement ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte de leurs droits fondamentaux. »*

On voit bien ici l'importance des mots énoncés : personne (physique ou morale), qui subit (idée de souffrir, d'éprouver), un préjudice ou un dommage, auquel il convient d'ajouter la notion de reconnaissance (par autrui, à défaut de soi-même, car la victime peut ne pas en être consciente) (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, pp. 7-8).

Selosse (2011) considère que la victime est *« toute personne qui souffre d'un préjudice matériel, physique ou moral du fait d'agissements malveillants d'autrui ou d'événements extérieurs préjudiciables »* (Selosse, 2011, p.241). De son côté, Cario (2015) estime que peut être considérée victime *« toute personne en souffrance (s). De telles souffrances doivent être personnelles ; réelle ; socialement reconnues comme inacceptables. Et de nature à justifier une prise en compte des personnes concernées, passant, selon les cas, par la nomination de l'acte ; par la participation processuelle à la manifestation de la vérité ; par des informations d'ordre juridique, des soins médicaux, psychothérapeutiques, un accompagnement psychologique, social et/ou une indemnisation »* (Cario, 2015, p.15).

Dès lors, la reconnaissance de la victime, en tant que personne humaine blessée dans son intégrité physique et/ou psychique, ou comme acteur au procès pénal consécutif à la victimisation subie, apparaît aujourd'hui incontestable. De telles victimisations, pour être sources de perturbations psychiques ou psychologiques, peuvent également engendrer des souffrances physiques profondes. Elles bouleversent encore le quotidien des victimes au plan social. Il est essentiel que la prise en charge des victimes soit globale. À partir du diagnostic posé par les services d'Aide aux Victimes, l'accompagnement social, psychologique et judiciaire de la victime doit être immédiatement mis à l'œuvre (Cario, 2002, p.11).

Nous allons à présent entamer les points relatifs au psychotrauma, en commençons logiquement par un détour historique, qu'on a voulu plus au moins détaillé, dans le but de rendre compte de la genèse de la notion du traumatisme psychique, ses différentes appellations, ses descriptions symptomatiques ainsi que les modalités thérapeutiques inhérentes au trouble concerné.

## **2- Historique du traumatisme psychique**

Toute étude d'une discipline nous incite à nous pencher sur sa genèse et sur son développement (Pewzner, 2000, p.9). Ainsi, L'étude historique d'une entité psychiatrique recèle de nombreux écueils : à première vue, les termes désignant tel ou tel trouble se prêtent évidemment à une approche chronologique (Barrois, 1998, p.13).

Cela étant, la souffrance psychique due à la violence est aussi vieille que l'histoire des hommes ; et ce que la communauté scientifique internationale appelle aujourd'hui « névrose traumatique » ou « état de stress post-traumatique » est mentionné sous d'autres dénominations, ou évoqué dans des écrits anciens depuis des temps immémoriaux. En parcourant notre histoire

ancienne et moderne, nous avons pu ainsi identifier dix jalons qui marquent des avancées successives dans ce que nous pouvons appeler l'histoire du concept de traumatisme psychique ou trauma (Crocq, 2012, p.176).

En effet, les usages actuels aussi multiples qu'hétérogènes de la notion de traumatisme en psychologie, psychiatrie, psychopathologie, psychanalyse, etc., justifient que l'on revienne en détails sur son histoire. Celle-ci permet de mieux appréhender la multiplicité des enjeux théoriques, cliniques, métapsychologiques, politiques, praxéologiques, institutionnels etc., qu'elle recouvre aujourd'hui, ainsi que les controverses auxquelles elle donne lieu (Pignol, 2014, p.415).

Nous allons, à présent, exposer les dix repères historiques cités ci-dessus :

- **1<sup>er</sup> jalon. L'Epopée de Gilgamesh et L'Iliade : Récits légendaires et confrontation avec la mort**

Il est évident que le trouble du traumatisme psychique existe depuis l'aube de l'humanité. Ainsi, l'histoire du trauma est vieille comme la violence et l'angoisse des hommes. On en trouve la trace dans nos plus vieux récits légendaires, telle l'Epopée de Gilgamesh, le héros sumérien qui était angoissé par la perspective inéluctable de la mort et qui, dans sa quête d'immortalité, avait été jusqu'aux portes de l'enfer interroger l'âme de son fidèle serviteur Enkidu pour se faire donner une réponse oraculaire et apaisante d'acceptation de sa condition de mortel ; tel le mythe platonicien du soldat, ce guerrier pamphylien laissé pour mort sur le champ de bataille et se réveillant au dixième jour sur le bucher funéraire, et racontant le voyage initiatique de son âme aux enfers, les visions terrifiantes « traumatiques » ou extatiques qui lui ont été données à contempler, et la leçon de responsabilisation qu'il a reçue ; et tel le poème épique de l'Iliade, dont on peut entreprendre une lecture traumatique : on y voit alors la violence, la cruauté et l'horreur des combats, le courage intrépide et la peur des combattants (Crocq, 2001, p.23).

- **2<sup>e</sup> jalon. Descriptions historiques et mention des rêves de bataille dans l'antiquité**

A côté des récits légendaires, les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité nous livrent de véritables observations cliniques, tel le cas Epizelos, cité par Hérodote : ce soldat qui, à la bataille de Marathon, est devenu aveugle en plein combat, et pour le restant de ses jours, pour avoir vu la silhouette d'un ennemi perse gigantesque et armé passer près de lui sans le voir et aller occire son camarade. Hippocrate, dans son Traité des songes, mentionne des rêves traumatiques : des sujets qui voient en rêves des hommes armés, des combats, ou croient même se battre. Le songe de Xénophon, dans l'Anabase, est un rêve traumatique. Quelques siècles plus tard, dans le *De natura rerum*, de Lucrèce, il est fait état des rêves traumatiques (Crocq, 2001, pp.23-24). Dès lors, il est remarquable de constater l'étroite complémentarité de ces deux textes (le récit de Hérodote et celui de Lucrèce). En effet, celui de Lucrèce n'ajoute rien moins que la description du noyau spécifique de la névrose traumatique, à savoir le syndrome de répétition avec les cauchemars et terreurs nocturnes, et l'évocation d'une phase confusionnelle, voire psychotique, lors du réveil brutal (Barrois, 1998, p.15).

- **3<sup>e</sup> jalon. La mort et le rêve de bataille à l'époque médiévale**

À l'époque médiévale, la *Chanson de Roland* (vers 1100) présente les mêmes caractéristiques de réalisme horrifiant et de mystère face à la mort que l'Iliade, et Froissart, dans ses Chroniques

(1388) mentionne lui aussi des rêves de bataille, dont les cauchemars somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus : « Dans son sommeil, croyant se battre, il se levait et brandissait son épée, risquant de blesser les siens » (Crocq, 2012, p.177).

#### - **4<sup>e</sup> jalon. Les guerres de Religion, Shakespeare et Pascal**

Les guerres de Religion ont été pourvoyeuses d'évènements cruels et horrifiants (Crocq, 2012, p.177).

On va retrouver les rêves traumatiques pendant les guerres de religion, ou le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint Barthélemy, fin août 1572, appelle son médecin Ambroise Paré pour lui dire, qu'il est harcelé par des images de faces hideuses et couvertes de sang qui l'invectivent et le menacent : reviviscence hallucinatoires et cauchemars de répétition des scènes horribles de cette tuerie perpétrée en son nom. En 1577, le poète Agrippa d'Aubigné est resté une semaine entre la vie et la mort, après avoir été blessé au combat, et a alors vécu une véritable épreuve initiatique admis à contempler le paradis et recevant d'un ange la mission de témoigner sur les misères de la guerre (Crocq, 2001, pp.24-25).

Vers 1600, trois tragédies de Shakespeare, Roméo et Juliette, Henry IV et Macbeth, font état de cauchemars de bataille et d'hallucinations terrifiantes chez des personnages ayant vécu des évènements dramatiques ; et, quelques décennies plus tard, notre philosophe Pascal, dans le carrosse avait failli verser dans la Seine au pont de Neuilly, fut tellement effrayé par ce incident qu'il le revivait en hallucinations diurnes et en cauchemars nocturnes, et qu'il changea totalement de vie, délaissant ses fréquentations mondaines, rompant ses fiançailles et s'adonnant entièrement à la méditation (Crocq, Bouchard, 2018, p.306).

#### - **5<sup>e</sup> jalon. Névrose de la circulation (Pinel) et vent de boulet (Larrey) lors des guerres de la révolution et de l'empire**

Il fallut attendre les évènements de la Révolutions et de l'Empire pour que les médecins décrivent scientifiquement cette pathologie traumatique. Pinel décrit les tableaux cliniques des rescapés de la terreur qui ont vu guillotiner leurs parents, et des soldats de l'an II effrayés par l'horreur des combats : « idiotisme », « névrose de la circulation », ou « de la respiration », en fonction de la symptomatologie dominante, tachycardique ou dyspnéique. Le baron Larrey, chirurgien de la grande armée, dénomme « syndrome du vent du boulet » les états stuporeux présentés par les soldats frôlés par un boulet qui a massacré leurs camarades tout près d'eux (Crocq & Bouchard, 2018, p.306).

Desgenettes, Larrey, Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes, ont dénommé « vent de boulet » les états stuporeux aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près sans avoir été blessés (Crocq, 2001, p.27).

Après cette phase « chirurgicale » de l'histoire des traumatismes psychiques, ce sont les neurologues qui précédèrent les psychiatres dans l'étude de ceux-ci (Barrois, 1998, p.17).

#### - **6<sup>e</sup> jalon. Les guerres de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> Siècle ; Henri Dunant et Silas Weir Mitchell**

Les guerres du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, avec l'apparition des canons rayés et des premières mitrailleuses, ont été beaucoup plus vulnérantes que les confits précédents. La bataille de

Solferino fit 20 000 morts dans la seule journée du 24 juin 1859. Et Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole ramassant les blessés abandonnés sur le champ de bataille pour les transporter dans les églises transformées en infirmerie, écrira trois ans plus tard dans son livre *Un souvenir de Solferino*: « Les malheureux blessés qu'on relève toute la journée sont pâles, livides, anéantis ; les uns, profondément mutilés, ont le regard hébété et paraissent ne pas comprendre ce qu'on leur dit ; les autres sont inquiets et agités par un ébranlement nerveux et un tremblement convulsif. » Mais ce sont Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, tous deux médecins dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession américaine (1861-1865) qui vont faire œuvre novatrice en décrivant l'un le « cœur du soldat », sorte d'anxiété cardiovasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, l'autre « l'hystérie post-émotionnelle chez l'homme », avant Charcot mais après Briquet, qui rapporte un cas de conversion hystérique chez un insurgé qui a failli être fusillé pendant les émeutes de juin 1848 à Paris (Crocq, 2011, p.132).

Chez les médecins aux armées, le discours officiel conserve les vieux termes de « vent du boulet », par de Legouest, et de « nostalgie », par Michel Levy, pour désigner les troubles psychiques du combat. Toutefois, dans cette même guerre, on voit émerger deux propositions novatrices formulées par des médecins aux armées ; ce sont le syndrome du « cœur irritable » ou « cœur irritable » par Jacob Mendez Da Costa, et la reconnaissance de l'hystérie post-émotionnelle chez l'homme, par Silas Weir Mitchell (Crocq, 2001).

- **7<sup>e</sup> jalon. Les fondateurs : Charcot, Oppenheim, Janet, Freud et quelques autres, ou la découverte de l'inconscient traumatique**

Le mot « traumatisme » a mis longtemps pour arriver au monde. Les grecs parlaient de *traumatikos*, « bon pour les blessures ». C'est pourquoi les médecins se sont emparés de cette notion pour désigner un choc qui provoquait des déchirures. Les chirurgiens ont précisé l'objet en disant qu'un choc peut briser la protection d'une paroi musculaire ou méningée. Quand, au XIX<sup>e</sup> siècle, les accidents de chemin de fer ont provoqué des accidents physiques, les dégâts ont été faciles à observer, et alors on a ajouté que la vitesse excessive du train pouvait aussi secouer le cerveau et rompre les parois méningées (Cyrulnik, 2016, p.298). Les premières études scientifiques sur le traumatisme remontent à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et portent alors souvent sur les victimes d'accidents de chemin de fer. D'emblée, la question de l'étiologie des troubles se pose : est-elle organique ou psychologique ? Est-ce l'événement lui-même ou son interprétation qui provoque les symptômes ? Certains individus présentent-ils des vulnérabilités ? (Kédia, 2013, p.2). En effet, Le traumatisme psychique, notion très ancienne dont on peut trouver les précurseurs dès l'antiquité, s'est toujours trouvé écartelé entre trois objets de référence principaux : la blessure corporelle et surtout crâniofaciale, les émotions générales parmi lesquelles l'angoisse de mort, les contextes psychosociaux du ou des facteurs déclenchant le trouble (Braconnier, 2013, p.731).

En effet, quand la chirurgie cèdera la place à la neurologie, en naîtront deux grandes constructions : d'un côté la névrose traumatique d'Herman Oppenheim, selon un modèle réflexologique de constitution d'un arc entre un choc périphérique et un choc nerveux central ; de l'autre côté l'hystéro-traumatisme de Jean-Martin Charcot accordant au traumatisme local, quelques soient sa nature et son intensité, tout au plus le rôle d'un révélateur d'une diathèse

héréditaire sous-jacente ayant elle seule véritable valeur étiopathogénique (Villerbu, Pignol, Winter, 2012, pp.41-42).

En 1880, Breuer prend en charge Anna O, une patiente hystérique. Avec elle, il ébauche progressivement une psychothérapie dynamique sans recours à la suggestion. Breuer nomme « méthode cathartique » et en 1893, Freud convainc Breuer de publier les conclusions théoriques et les deux hommes signent conjointement un article où ils développent une étiologie traumatique de l'hystérie (Josse, 2019, p.19).

Oppenheim (1889) est le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». Prenant une position organiciste, il estime notamment que les symptômes traumatiques sont le produit de changements moléculaires au niveau du système nerveux central. Ainsi Oppenheim initie une longue tradition d'association des symptômes post-traumatiques avec les « névroses cardiaques » : on parle alors de « cœurs irritables » ou de « cœurs de soldats ». Mais bien vite, d'autres médecins, et notamment le psychiatre anglais Myers, observent que le shell shock (choc des tranchées) qui sera appelé obusite en France se manifeste chez des soldats qui n'ont jamais été exposés directement aux tirs. Myers (1915) affirme dès lors que les perturbations émotionnelles seules suffisent à expliquer l'apparition des symptômes. Il rejette ainsi la théorie exclusivement organiciste. Comme beaucoup de ceux qui l'ont suivi, Myers rapproche donc la névrose de guerre de l'hystérie (Kédia, 2013, p.3).

Charcot (1887) de son côté parle de « choc nerveux » traumatique qui plonge le patient dans un état second comparable à l'hypnose : il est donc le premier à souligner l'importance des manifestations dissociatives et propose à Janet de poursuivre ses recherches sur le sujet (Kédia, 2013, p.4). Bernheim de son côté rejeta la correspondance bi-univoque hystérie-hypnose de Charcot, et revint à la théorie de Briquet (Barrois, 1998, p.33). Janet (1889) développe alors une théorie proche de celle du neurologue américain Putnam (1881). Selon Janet, le psychisme confronté à une situation terrifiante peut devenir temporairement incapable de gérer ses « schémas cognitifs » préexistants aux émotions associées à cette situation. Les souvenirs de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils en sont alors mis à l'écart, dissociés, et échappent au contrôle volontaire. Le sujet est dissocié parce que ses capacités mentales sont affaiblies par de fortes émotions qui altèrent sa capacité à intégrer les contenus mentaux dans la conscience. La théorie janétienne a un retentissement international considérable. De très nombreux auteurs poursuivront ce courant de pensée : Piaget, Jung, Myers ou encore Hilgard. Ils considèrent la dissociation comme le processus pathogène principal, donnant naissance aux symptômes traumatiques. Dès lors, ils privilégient la synthèse et l'intégration comme méthodes thérapeutiques (Kédia, 2013, p.4). Dès lors, l'œuvre de Janet est essentielle à la compréhension et au traitement des troubles d'origine traumatique, notamment en raison de ses idées sur « la dissociation » (Hart, Nijenhuis, Steele, 2017, p.10).

Contemporain de Janet, Freud intègre l'équipe de la salpêtrière en 1885. Il admire beaucoup Charcot et est très influencé par ses idées. Ainsi, entre 1892 et 1896, Freud suit le principe selon lequel le « subconscient » contient des événements d'une forte charge affective qui sont encodés dans un état de conscience modifié. Il explique, lui aussi, des attaques hystériques comme étant la réminiscence d'un état psychique antérieur, traumatique, et reconnaît l'influence de Janet. Freud et Breuer, dans les études sur l'hystérie (1895), avancent l'idée selon

laquelle le moi réprimerait activement les souvenirs traumatiques douloureux. La dissociation serait donc le résultat d'un mécanisme de défense qui protège la conscience. Puis dans l'étiologie de l'hystérie (1896), il abandonne l'idée que la dissociation est le concept central et privilégie la thèse des désirs réprimés comme origine de la névrose : ce ne sont pas que des souvenirs de faits réels qui sont écartés de la conscience, mais les désirs sexuels et agressifs de l'enfant qui menacent le moi et mobilisent des défenses qui les empêchent d'émerger à la conscience. A la différence de Janet, il explique que l'hystérie ne résulte pas d'un échec à intégrer de nouvelles données aux schémas préexistants, mais d'une répression active des pulsions sexuelles et agressives se concentrant autour du complexe d'Œdipe. Freud a eu beaucoup de difficultés, malgré ses efforts, à réconcilier les notions de sexualité infantile refoulée et de trauma. S'appuyant sur la deuxième théorie freudienne, la psychiatrie a alors eu tendance à ignorer les traumas réels au profit de la théorie du fantasme (Kédia, 2013, p.5).

Dans l'histoire de la psychopathologie, la découverte du préconscient traumatique a donc prélué à celle de l'inconscient, et Janet y a précédé Freud. Mais les deux médecins de marine Bourru et Burot, professeurs à l'école de médecine navale de Rochefort, les avaient précédés l'un et l'autre en publiant en 1888, dans leur ouvrage *Les variations de la personnalité*, le cas Louis V, guéri de ses conversions hystériques par reviviscence sous hypnose de l'évènement traumatique qui les avait déterminées (frayeur pour avoir saisi une vipère dans sa main, alors qu'il croyait empoigner un sarment de vigne) (Crocq, 2012, p.181).

Kraepelin quant à lui consacra huit pages de son traité aux Schreckneurosen, qu'il rattachait à la névrose traumatique d'Oppenheim et qu'il rapprochait de l'hystérie traumatique de Charcot. Curieusement, dans son second volume, Kraepelin n'évoque pas les traumatismes psychiques de guerre. Cliniquement, il insiste d'abord sur les signes d'incapacité, de dépression, et fait une large place aux ruminations répétitives sous forme de représentations torturantes. Parfois se rencontrent des obsessions, de l'agoraphobie et des plaintes hypocondriaques (Barrois, 1998, p.31). Cet auteur considérait que la base fondamentale d'une altération psychique générale est suscitée par le traumatisme (Barrois, 1998, p.32).

- **8<sup>e</sup> jalon. Les continueurs : Les deux guerres mondiales et les guerres post-coloniales, shell shock, névrose de guerre et névrose de guérilla**

Jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle, la médecine/psychiatrie s'intéressait surtout à ce qui a été dénommé globalement les « troubles mentaux endogènes », à savoir la schizophrénie, la mélancolie, la manie et la démence. Kraepelin (1856-1926), Bleuler (1857-1939) et Schneider (1887-1967) furent les personnes les plus influentes durant cette période historique de la psychiatrie. Ils étudiaient des affections qui survenaient non pas en réponse à des causes déclenchantes externes mais plutôt à la suite de causes internes à la personne. Cette approche restreinte commença à évoluer sous l'influence de Freud (1856-1939) qui identifia initialement (en changeant toutefois d'avis par la suite) un facteur exogène – des traumatismes sexuels durant l'enfance – censé entraîner des phénomènes névrotiques. Jaspers (1883-1969), philosophe, psychiatre et fondateur de la phénoménologie, fut le premier à reconnaître que des réactions psychologiques à des événements stressants pouvaient constituer des troubles mentaux (Jaspers, 1913/1997). Il les dénomma « réactions psychogènes » et identifia une relation étiologique claire en ce qui concerne la date de survenue, la teneur et l'évolution des symptômes (Casey, Psych, 2018, p.2).

Le XX<sup>e</sup> siècle a été un siècle de guerres et de destructions massives, et d'occasion de multiples traumatismes tant chez les combattants qu'au sein des populations civiles. Lors de la guerre des Boers (1900-1902), les médecins de l'armée britannique signalent des confusions mentales et des conversions hystériques après émotion violente éprouvée au combat. Il est de même pour la guerre russo-japonaise (1904-1905), au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y participa comme psychiatre volontaire de la Croix-Rouge, crée en 1908 le terme de « névrose de guerre », qu'il considère comme une variété étiologique de la névrose traumatique d'Oppenheim (Crocq, 2012, p.182).

Entre avril et août 1914, débuta d'une des plus grandes catastrophes de l'humanité, dont les conséquences dominent encore l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle. Au cours de la première guerre mondiale, de nombreux psychiatres français et allemands s'attacheront davantage à détecter les soldats simulateurs qu'à les soulager de leurs souffrances traumatiques. L'hystérie de guerre met ainsi en perspective la question de la volonté du patient : en Allemagne en particulier, les soldats traumatisés sont considérés comme des faibles manquant de volonté (on parle même de maladie de la volonté). En Allemagne, dans un entre-deux-guerres au nazisme naissant, l'état décide de ne plus accorder de compensations financières aux soldats traumatisés, estimant que cela revient à les maintenir dans cet état pathologique et que la faiblesse et la lâcheté ne doivent pas être récompensées (Kédia, 2013, p.6).

La pathogénie post-commotionnelle fut abandonnée au profit de la pathogénie post-émotionnelle. (Crocq, 2012, p.182). Sur le plan de l'étiopathogénie toujours, on mettait en avant « l'émotion choc » (Logre), la « peur aux armées » (Brousseau), et aussi les conflits y attendant (combattre ou fuir, idéaux pacifiques versus obligation de tuer), ou même « le saisissement douloureux éprouvé au spectacle horrifiant des camarades tués, blessés ou mutilés devant soi » (Régis). Mais c'est la psychanalyse qui fournira ses lettres de noblesse à ce que l'on s'accordera peu à peu à dénommer les névroses et psychonévroses (pour les cas graves) de guerre (Crocq, 2001, p.34).

L'immense laboratoire que fut cette guerre pour les névroses traumatiques et le traumatisme psychique mit en évidence plusieurs éléments : le déclin des grandes névroses comme entités de référence ; le tableau clinique des névroses traumatiques était devenu parfaitement précis ; la perplexité concernant l'étiologie organique qui fit place au seul rôle du trauma psychique ; l'énorme importance de la terreur de la mort ; la place centrale de l'activité onirique ; les effets à long terme du traumatisme psychique ; le rôle de la formation du psychiatre ; la place du bouleversement socio-historique et sur le plan thérapeutique, à partir de 1916, l'arsenal classique dut faire place à des techniques nouvelles (Catharsis, associations libres, psychothérapies brèves), et les méthodes « disciplinaire » sombrèrent dans le discrédit (Barrois, 1998, p.38).

Au lendemain de l'armistice du 11 novembre 1918, toute la France honora ses morts et glorifia ses survivants, blessés ou indemnes. Mais, si les « blessures physiques » furent reconnues, soignées et pensionnées, il n'en fut pas de même pour les « blessures psychiques », qui demeurèrent méconnues, négligées, voire niées. Une fois la paix revenue, chacun s'en retourna à ses occupations et à ses plaisirs d'avant, infligeant à ces combattants que les épreuves de la

guerre avaient bouleversés ce deuxième trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens (Crocq, 2014, p.7)

Mais qu'en était-il de ceux qui avaient subi un grave choc psychologique au cours des péripéties du combat ? Comment survivaient-ils, ceux qui avaient vécu l'imminence de leur mort sans échappatoire possible ? Quelles nuits passaient-ils désormais, ceux qui s'étaient trouvés ensevelis sous leur abri écrasé par les obus ennemis ? Ou qui avaient assisté, horrifiés, au spectacle insoutenable de leurs camarades déchiquetés par les shrapnells ? Que devenaient-ils ensuite ? Certains, atteints d'une authentique névrose traumatique de guerre, et perturbés au plus profond de leur personnalité, avaient du mal à se remettre, même après leur démobilisation et une fois la paix revenue. Quelques-uns ont souffert de leur traumatisme psychique jusqu'à leur mort, leurs nuits hantées par d'épouvantables cauchemars de bataille. Le temps ne leur procura pas l'oubli bienfaisant (Crocq, 2014, p.9).

On passe à une autre contribution, celle de Dumas, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne et médecin-major aux armées, notamment grâce à son ouvrage « troubles mentaux et troubles nerveux de guerre » paru en 1919. A partir de ses travaux, les états psychotraumatiques sont identifiés, le mythe pseudo-scientifique de la simulation est dénoncé, enfin la psychologie du combattant est parfaitement entrevue (Barrois, 1998, p.42).

Freud (1920), réfléchissant sur la frayeur et sur le cauchemar de répétition, en vint à identifier la « compulsion de répétition » comme moyen de défense antérieur au principe de plaisir, et à postuler, derrière cette compulsion, une « pulsion de mort », fascination pour la mort et l'inanimé, et répondant en symétrie de la libido qui est pulsion de vie (Crocq, 2001, p.35).

Une fois encore, les leçons des guerres précédentes furent oubliées lors qu'éclata en 1939 la Seconde Guerre Mondiale, et les blessés psychiques furent évacués vers l'arrière. Elle prescrivait aussi d'éviter le terme de névrose de guerre au profit de celui d'exhaustion (épuisement), recommandation regrettable car elle gommait toutes les nuances cliniques propres à instaurer des thérapies différenciées et à établir des statistiques exactes (Crocq, 2012, p.183).

On parle également de « réaction au combat », de « fatigue de combat », de « stress de combat » et de « stress de guerre ». Le terme de « névrose de guerre » est réservé au cas les plus graves. Le psychiatre américain Sobel parle quant à lui du « syndrome du vieux sergent » (Josse, 2019, p.22).

Il faut donc attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale. Après la guerre, les sujets exposés au trauma sont extrêmement nombreux, qu'il s'agisse d'anciens combattants ou de survivants des camps de concentration. Les psychiatres américains décrivent, à l'instar de Kardiner, les réactions physiologiques de ces patients et cherchent des thérapies permettant de travailler sur les « souvenirs somatiques ». Ils ont donc recours à l'hypnose et à la narco synthèse pour aider le patient à se rappeler le trauma et faciliter l'abréaction. Ils confirment ce qu'avait dit Janet : l'abréaction sans transformation, sans synthèse, n'est aucune aide (Kédia, 2013, p.6).

Sur le plan étio-pathogénique, outre la violence et la durée de l'exposition au combat, on incrimina le rôle néfaste des conflits intra-psychiques ou extra-psychiques, et de l'isolement. La prédisposition constitutionnelle ou acquise lors d'une enfance névrotique fut aussi subodorée dans de nombreux cas (Crocq, 2001, p.38).

Le psychanalyste Kardiner (1941) élaborera pour sa part l'hypothèse d'une perturbation traumatique de l'ego effectif, typique seraient en jeu dans les névroses de transfert. Par ailleurs, c'est dans deux ouvrages de psychiatres militaires américains que le mot stress apparaît pour la première fois en clinique du trauma (Crocq, 2012, p.183).

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le désir de reconstruction et l'envie de renouer avec les plaisirs ont plongé les blessés psychiques dans l'oubli. Parmi ces blessés, peu ont finalement bénéficié de soins psychiques, malgré la précocité de la psychiatrie militaire dans ce champ (Sebastiao, 2012, p.147).

Toutefois, la seconde guerre mondiale se termina par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis et les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki. Les guerres de l'après-guerre (guerre de Corée, puis les guerres post-coloniales d'Indochine, d'Indonésie, d'Algérie et d'Angola, guerres du Moyen-Orient, guerre des Malouines, guerre d'Afghanistan) apportèrent peu d'éléments nouveaux à l'histoire du trauma, si ce n'est la fréquence des « névroses de guérilla » (Crocq, 2012, p.184).

De son côté, André-Dessornes (2015) rapporte longuement les tragédies et les traumatismes au Moyen-Orient durant un siècle (1915-2015). En effet, le Machrek a connu de longues décennies de violences, pillages, exils qui ont meurtri et continuent de meurtrir les populations. En 1952, le psychologue et psychanalyste autrichien Bettelheim décrit la culpabilité du survivant et en 1957, le psychanalyste allemand Niederland parle du « syndrome du survivant ». En 1954, le psychiatre français Targowla définit le syndrome asthénique des déportés et dix ans plus tard, son collègue norvégien Eitinger développe la notion de « KZ Syndrom » soit le « syndrome des camps de concentration » (Josse, 2019, p.24).

#### **- 9<sup>e</sup> jalon. Les premiers novateurs : Guerre du Vietnam et état de stress post-traumatique**

Lors des guerres du Péloponnèse, quand le psychisme d'un soldat était altéré, on expliquait ce phénomène en affirmant qu'un démon s'était emparé de son âme. Au moyen âge, quand la culture était structurée par le sentiment de faute, c'est le péché, la punition divine qui a expliqué ces troubles. Puis ce fut le chemin de fer, les accidents électriques ou les empoisonnements chimiques qui ont fourni d'autres explications, selon les objets qui marquaient la culture. Le virage anthropologique eut lieu après la guerre du Vietnam, lorsque les blessés de l'âme n'ont plus été considérés comme des possédés, des punis ou des lâches, mais comme des victimes d'un stress qui débordait leur défense, sidérait leur cerveau et leurs fonctions psychiques (Cyrulnik, 2016, pp.301-302).

La recherche sur le trauma reprend donc un deuxième souffle sous l'impulsion de chercheurs qui étaient souvent eux-mêmes des soldats ou des survivants des camps. Par la suite, des cliniciens étudient une catégorie de sujets totalement négligés jusque-là : les femmes et les enfants. La première étude sur le viol date ainsi de 1974 : Burgess et Holstrom décrivent « le

syndrome traumatique du viol » qu'elles rapprochent de la névrose de guerre. À la même époque, d'autres auteurs s'intéressent aux enfants battus, des groupes de paroles d'anciens combattants du Vietnam émergent dans toute l'Amérique (Kédia, 2013, p.7).

En 1974, le psychiatre américain Shatam identifia un « post-Vietnam syndrome » pour désigner les névroses de guerre dont souffraient bon nombre de vétérans à leur retour du Vietnam. Leur nombre (700 000 hommes sur les 3 millions de GI qui avaient été envoyés combattre là-bas entre 1964 et 1973) posait un véritable problème de société, car ils ne parvenaient pas à se réinsérer dans leur famille ni dans leur milieu professionnel (Crocq, 2014, p.11).

L'intérêt du diagnostic de PTSD réside dans la proposition d'une entité à part et d'une préoccupation d'autant plus importante qu'après la guerre du Vietnam, d'autres conflits – guerre du Kippour en 1973, la guerre Irak-Iran (1980-1988), les conflits en Afrique, les guerres en Afghanistan et en Tchétchénie, puis la guerre du Golfe en 1991, le génocide rwandais en 1994, la guerre en Irak actuelle et bien d'autres encore – ont été pourvoyeurs de nombreux troubles psychotraumatiques aigus ou chroniques chez les combattants, mais aussi chez les civils. Cela a donc permis que de nombreuses victimes de catastrophes, d'accidents, d'agressions ou de guerre puissent s'autoriser à consulter et à exprimer leur souffrance (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.15).

En 2003, le président américain George Bush junior voulut reprendre la guerre contre l'Irak de Saddam Hussein qu'avait dirigée son père, le président Bush senior, et, entraînant avec lui une partie des alliés de la veille, renversa le régime du dictateur de Bagdad mais ne put se dépêtrer du « borbier » irakien, écho du borbier vietnamien dans l'opinion publique américaine, le peuple irakien libéré, quoique divisé par des querelles religieuses, faisant chorus contre le soldat occidental libérateur. Malgré les relèves et les dispositifs de confort et de soutien psychologique, l'armée américaine – déplorant quatre mille morts en sept ans – (de même que l'armée britannique, qui en compte près de mille) se trouve partagée entre le sens du devoir et la nostalgie empreinte d'incompréhension, tandis que les opinions publiques de l'arrière sont décontenancées par le sentiment d'échec, le scepticisme et la critique. La nouvelle guerre d'Afghanistan, menée par une coalition de l'OTAN contre les talibans terroristes islamiques, entraînant des pertes humaines dans le camp occidental (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie et Espagne pour l'essentiel), suscite des interrogations dans les opinions publiques des pays concernés, où on redoute l'enlisement et la déconfiture d'un « nouveau Vietnam ». L'opinion publique occidentale du début du III<sup>e</sup> millénaire dans ces pays occidentaux n'est plus celle des deux conflits mondiaux du XX<sup>e</sup> siècle, et ne tolère pas que ses jeunes gens se fassent tuer, ne serait-ce qu'en petit nombre, pour une guerre lointaine dont le motif politique, même étoffé de la noble intention de libérer un peuple du joug de l'extrémisme islamique, demeure obscur. Les mythes du zéro mort et de la guerre technologique (surveillance par satellites, gilets pare-balles et drones) se révèlent illusoire, face à la succession des nouvelles annonçant que, dans telle ou telle embuscade, nos soldats trouvent la mort dans des accrochages où l'ennemi, mieux équipé qu'on ne l'avait cru, reçoit le soutien, ouvertement ou de manière occulte, sincère ou forcé, de la population locale. Chacune de ces nouvelles, répercutée par des médias avides de faits sanglants, est autant de souffrance pour les familles endeuillées et d'embarras pour les instances gouvernementales, qui envisagent le retrait à moyen terme sans perdre la face. Pour l'Occident, le recours à la guerre devient archaïque et

coupable. Pour le combattant, sur le terrain, la noble cause du combat libérateur est minée par le doute et par le sentiment de ne plus être soutenu par l'arrière ; et la « nostalgie » des vieilles armées du XVIIIe siècle réapparaît sous une nouvelle forme. Démotivation, tristesse et dépression menacent le soldat oublié, et la tentation du geste suicidaire s'insinue dans son esprit perplexe (Crocq, 2011, pp.144-145).

Les classifications internationales se développent avec la classification internationale des maladies, d'une part, et le manuel diagnostique et statistique des troubles psychiques, de loin le plus utilisé pour la recherche en santé mentale, d'autre part. Pour l'espace de la psychotraumatologie, la classification américaine introduit en 1952 dans sa première édition les troubles psychiques secondaires à un facteur de stress dans le chapitre des troubles transitoires de la personnalité sous le terme de *Gross stress reaction*, sans qu'il ne soit fait état de reviviscences. Mais la mouture suivante publiée en 1968 supprima cette entité en refusant une place aux conséquences psychotraumatiques. Pourquoi ? Aurait-on craint une contagion psychique parmi les troupes en pleine guerre du Vietnam (1955–1975) ? De retour au pays parmi les leurs, si certains soldats américains étaient accueillis en « héros », ils furent également fustigés par des « mouvements pacifistes » comme étant des « baby killers ». Une partie de l'opinion publique américaine comme nombre de soldats restaient choqués par la guerre et, chacun cherchait issue. Échappant initialement à l'administration par droit de cité dans la presse, la « nouvelle » entité de *post Vietnam syndrome* peut être interprétée telle une première tentative, pour la société, de chercher l'apaisement alors que les compagnies d'assurance demandaient des critères pour indemniser les *Guys* qui ne retrouvaient pas leur vie d'avant. L'existence des troubles post-traumatiques resurgit alors dans l'espace médicopsychologique sous la dénomination de *Post traumatic stress disorder* en 1980 à l'occasion de la parution du DSM-III Simplement rattachée au cadre des troubles anxieux, cette entité est décrite comme réactionnelle à un événement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Mais, quelques années plus tard, la révision de 1987 du DSM-III apparaît. Curieusement, s'opposant aux postulats fondamentaux du DSM prônant l'athéorisme, en tant que trouble réactionnel résultant causalement du stress, l'état de stress post-traumatique s'éloigne volontairement de conceptions psychopathologiques pour rejoindre la neurobiologie. Alors, prenant le contre-pied de la désobjectivation, se rapprochant de la psychiatrie francophone, une première évolution majeure de la définition de l'événement traumatique dans le DSM suivant, dans sa quatrième version de 1994, constitue l'émancipation d'une réaction de stress qui aurait traumatisé quiconque à un événement entraînant une réaction singulière chez un sujet. Ceci est particulièrement bien formalisé dans la version révisée de 2000 (DSM-IV-TR). Enfin, dans cette progression définitoire jusqu'à nos jours, le DSM-5 ouvre pour la première fois une catégorie à part entière se différenciant des pathologies anxieuses : c'est l'apparition des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (Auxéméry, 2019, pp.2-4).

Ainsi, on note que la reconnaissance d'une entité diagnostique spécifique dans le DSM III constitue une véritable victoire. Premièrement, les troubles traumatiques jusqu'alors imputés à une vulnérabilité personnelle, sont attribués à un agent extérieur, la guerre. Deuxièmement, admettre la légitimité du PTSD implique des conséquences financières colossales. Troisièmement, le syndrome de stress post traumatique est fondé sur un facteur étiologique, ce

que le DSM, nosographie descriptive et sans référence théorique, tente d'éliminer. Quatrièmement, le PTSD admet que les auteurs d'exaction puissent être des victimes. Cinquièmement, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des événements liés à la guerre ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à la guerre ainsi qu'à tout événement délétère (Josse, 2019, p.25).

Si la notion de Traumatisme psychique de l'enfant et de l'adolescent n'est apparue que tardivement dans les classifications internationales, elle est depuis longtemps l'objet d'une réflexion clinique au sein des théories freudiennes et post freudiennes. Depuis Freud, le concept de Traumatisme psychique n'a eu de cesse d'être réinterrogé par ses successeurs, de Ferenczi à Roussillon en passant par Anna Freud et Winnicott jusqu'aux auteurs les plus contemporains. La clinique du Traumatisme psychique de l'enfant apparaît aujourd'hui très spécifique avec une symptomatologie à la fois riche et complexe du fait de sa grande variabilité. Cela implique que l'on s'interroge nécessairement sur les facteurs de risque et de protection du traumatisme psychique de l'enfant afin de proposer des dispositifs de soins préventifs et thérapeutiques les mieux adaptés. La réalité politique et sociale actuelle ne nous autorise plus à nier l'existence de troubles psychotraumatiques chez l'enfant et l'adolescent, troubles auxquels les acteurs de la protection de l'enfance et des réseaux pédopsychiatriques doivent aujourd'hui faire face (Kechid, 2007).

Des recherches ont pu être élaborées, tant sur le plan clinique (chez l'enfant par exemple, les pathologies associées ou comorbides), que sur ceux pathogénique (facteurs de risque et facteurs de résilience), biologique (étude des perturbations neurophysiologiques du stress et du trauma), ou encore thérapeutique (tant du point de vue émotionnel, cognitif et comportemental que de celui de l'approche psychanalytique, mais également pharmacologique) (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.15).

- **10<sup>e</sup> jalon. Les seconds novateurs : La réaction des cliniciens francophones ; le trauma comme rencontre inopinée avec le réel de la mort et l'approche phénoménologique**

En Europe, bien que certains auteurs écrivent en anglais aient adopté le point de vue américain sur la clinique et la pathogénie du PTSD, la fidélité aux traditions européennes et l'exigence d'un mode de pensée plus rigoureux en matière de psychopathologie ont amené des auteurs français, belges, suisses et hollandais à se démarquer du concept PTSD et de ses implications théoriques et à promouvoir le concept psychopathologique de trauma, par opposition au concept biophysique de stress (Crocq, 2001, p.55).

En effet, le terme « syndrome psychotraumatique », auquel sont attachés les psychiatres français, permet de se placer dans une perspective qui n'est pas trop marquée par l'idéologie, celle qui fait référence à la psychanalyse comme le concept de névrose traumatique (Freud, Ferenczi, Fenichel) ou d'état de stress post traumatique du DSM qui met l'accent sur la dimension biopsychologique du trouble et introduit une confusion entre stress et trauma (Damiani, 2011, p.7).

Dès les années soixante, le médecin commandant Crocq commençait une série de publications sur le sujet qui font encore référence dans notre pays. Il s'inspirait essentiellement de Janet et

de Fénichel. Le Professeur Juillet et le Docteur Moutin, tous deux de l'École du Val-de-Grâce, publiaient leur manuel de psychiatrie militaire, où la névrose traumatique figurait en bonne place. Les spécialistes des services de santé des armées ont appris à reconnaître et à soigner cette pathologie. Mentionnons à cette place d'initiateur le docteur, puis professeur, Barrois, qui était aussi psychanalyste et dont les travaux eurent pour effet d'orienter les spécialistes militaires vers les conceptions freudiennes du trauma. Disons que cet intérêt ne partait pas de rien, et que la lecture de devanciers de la guerre de 1914, comme Fribour-Blanc ou Hesnard, obligeait les psychiatres militaires à prendre la névrose traumatique au sérieux, en dépit de la méconnaissance où elle était maintenue d'une manière générale (Lebigot, 2005, p.1)

En France, Barrois est le fondateur de la psychotraumatologie en 1988. Le diplôme de victimologie de l'université de Paris-V a popularisé la discipline mais sans individualiser réellement la psychotraumatologie. Emmanuelli, futur secrétaire d'état à l'action humanitaire d'urgence, y enseignait alors la médecine de catastrophe et la médecine humanitaire. Cette heureuse collaboration fit germer l'idée d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), préparée dès 1994 par un groupe de travail dirigé par Lopez, et créée sous la présidence de Crocq quelques jours après l'attentat terroriste du 25 juillet 1995. Depuis, la psychotraumatologie s'est individualisée avec la création d'un diplôme de psychotraumatologie et de plusieurs ouvrages de référence dont psychotraumatologie (2006) (Kédia, 2013, p.9).

Une Revue francophone du stress et du trauma fut créée en commun avec des psychologues et des psychiatres suisses et belges (en particulier Andreoli à Genève et De Clercq à Bruxelles). L'association de langue française pour l'étude du stress et du trauma, créée en 1990 par L. Crocq, fut revitalisée et le docteur Louville créa une association pour la formation des CUMP. Ainsi le courant de la « psychotraumatologie » francophone parvient vite à maturité, des livres et des articles en grand nombre paraissent (Lebigot, 2005, p.2).

Jamais l'homme n'a été à l'abri des traumatismes psychiques. La violence exercée par une partie de l'humanité sur une autre a pris une ampleur extrême au cours du XXe siècle et ce début de XXIe siècle n'est pas épargné par de nouveaux conflits, de nouvelles formes de guerres, de nouvelles souffrances. La pratique au Centre Primo Levi est en prise avec les effets traumatiques de cette violence. Cela a suscité le souhait d'ouvrir un espace de réflexion et d'échanges sur la clinique liée au traumatisme et à la violence extrême. Les questions qui s'y posent relèvent tant de la dimension du singulier que de celle du collectif : elles sont le point de départ de la création de la collection « Centre Primo Levi » (Capogna-Bardet, Champon, 2014, p.11).

Au cours de ces dernières décennies, l'intérêt pour la psychotraumatologie n'a cessé de croître, suscitant de nombreuses recherches, souvent multidisciplinaires. On connaît mieux les soubassements neuroanatomiques et neurobiologiques du trauma. Les facteurs de vulnérabilité et de résilience ont été précisés. Les modalités de prise en charge à visée préventive ou curative se sont diversifiées et leurs résultats ont été évalués. Parallèlement, on a pris la mesure des coûts humains et socio-économiques générés par les « blessures psychiques ». On a promulgué des lois favorables aux victimes et, pour leur venir en aide, on a développé réseaux et services (Lemprière, 2011, p.8)

Le trauma introduit le sujet dans une dimension propre à la tragédie. Peut-être l'intérêt actuel de l'Occident pour la question est-il à entendre comme le retour d'une interrogation sur la finitude historique d'un modèle de civilisation dont rien, de l'extérieur, ne vient plus contester sérieusement l'hégémonie (Doray, Louzoun, 1997)

De cet historique, plus au moins exhaustif, on retient que le traumatisme psychique est une notion à la fois ancienne et récente. En effet, il est certain que le psychotrauma est connu depuis la lointaine antiquité, mais la description scientifique de ce trouble est assez récente. On note également que de nombreuses dénominations ont été utilisées pour qualifier ce trouble, la présence de plusieurs descriptions symptomatologiques, d'hypothèses ou de tentatives d'explication du trouble et une multitude de stratégies de prise en charge quant à ce syndrome.

Ce cheminement historique nous a permis également de reconnaître à côté du traumatisme commotionnel, c'est-à-dire physique, le traumatisme émotionnel et psychologique. Il est alors évident que les événements violents peuvent induire des perturbations psychiques profondes et durables sur les humains.

Dans ce qui suit, les définitions étymologique et opérationnelle seront exposées.

### **3- Etymologie du terme de traumatisme psychique**

Le mot traumatisme apparaît en 1855, selon le dictionnaire Bloch et Von Wartburg (Boukobza, 2001, p.17). *Trauma* vient du grec qui signifie « blessure avec effraction » et qui implique une violence venant de l'extérieur (Croas, 2012, p.27). Au sens étymologique, un traumatisme est « *la trace, la conséquence immédiate et à distance d'un choc physique, isolé ou répété, volontaire ou non, touchant l'intégrité corporelle* » (Neuburger, 2005, p.19).

Transposé à la pathologie chirurgicale, le mot « traumatisme » a conservé sa signification de blessure, parfois sous sa forme abrégée de « trauma ». Transposé ensuite à la pathologie psychiatrique, sous les vocables « traumatisme psychique » et « trauma », il se rapporte aux « blessés psychiques », qui se distinguent des autres malades psychiatriques par le caractère de violence et d'effraction de leur étiopathogénie (Crocq, 2012, p.175).

En effet, il convient de séparer nettement, sur les plans conceptuel et clinique, les troubles liés à un choc émotionnel de ceux qui sont en rapport avec les effets organiques, lésionnels ou fonctionnels d'un traumatisme physique, surtout cranio-cérébral. Ce sont les premiers, dans les traditions cliniques et psychopathologiques germaniques, qui sont qualifiés de traumatiques, et les seconds, de post-traumatiques. Le préfixe post évoque, du reste, dans une perspective neurologique et médicale, un lien étiopathogénique avec la blessure. Cet emploi se retrouve dans plusieurs termes médicaux. Les nosographies et monographies française, fortement marquées par les conceptions mécanistes d'inspiration neurologique, puis par les soucis d'expertise et de réparation du dommage (pensions civiles et militaires), ont de ce fait étendu la dénotation du terme post-traumatique (blessure somatique), au point de recouvrir celui de traumatique (blessure psychique) (Barrois, 1998, p.2).

Ainsi, le terme grec de trauma, jusqu'alors réservé aux atteintes corporelles, malgré un usage parfois métaphorique en littérature, s'est alors psychologisé, indépendamment des courants philosophiques monistes, beaucoup plus anciens (Barrois, 1998, p.4).

#### 4- Définition du traumatisme psychique

Les définitions du psychotraumatisme varient en fonction des théories qui les fondent (Tarquinio & Montel, 2014, p.21). Pour éviter toute confusion avec un traumatisme physique, le terme de traumatisme psychique ou de psychotraumatisme est utilisé pour qualifier « *les effets traumatiques de l'événement sur l'individu* » (Taieb, 2003, p.1).

Nous allons proposer dans ce qui suit, des définitions issues de dictionnaires de psychologie, pour ensuite s'étaler sur celles relevant des différentes approches théoriques du psychotrauma. Il est à noter, que ces définitions, sauf celle relative à Freud, sont précisées à partir d'auteurs contemporains.

Sillamy dans son « dictionnaire de psychologie » (2003) définit le traumatisme comme suit « choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques » (Sillamy, 2003, p.272). Ainsi, trauma ou traumatisme est « *un évènement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations* » (Le petit Larousse de la psychologie, 2013, p.919).

Dans le dictionnaire de la psychanalyse, Chemama et Vandermersch (2009) proposent la définition suivante « *évènement inassimilable pour le sujet, généralement de nature sexuelle, et tel qu'il peut paraître constituer une condition déterminante de la névrose* » (Chemama & Vandermersch, 2009, p.593).

Freud définit le traumatisme psychique dans son livre « au-delà du principe de plaisir » (1920) comme suit : « *nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart d'ordinaire efficace des excitations. Un événement comme le traumatisme extérieur provoquera à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme* » (Freud, 1920/2013, p.71). Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme psychique dans leur « vocabulaire de la psychanalyse » (1967) comme suit « *Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations* » (Laplanche, Pontalis, 1967/1994, p.499).

Pour Barrois, dans son livre « les névroses traumatiques » (1998), le traumatisme est « *un choc violent, inattendu, né d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente* » (Barrois, 1998, p.5). Crocq définit le traumatisme psychique dans son livre « Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes » (2007) comme suit « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé*

*comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq, 2007, p.7). Pour Lebigot dans son livre « le traumatisme psychique » (2011) ce trouble « *résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique : cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation* » (Lebigot, 2011, p.5).

Un traumatisme est « *un événement qui revêt un caractère d'exception, car il constitue une menace subite pour la vie ou la santé physique ou psychique de l'individu. La surprise, la frayeur, la révélation de la vulnérabilité et le sentiment d'impuissance face à la menace sont les paramètres principaux du traumatisme, ainsi que la confrontation à la mort. Les critères d'exception, d'urgence, et de violence confèrent sa spécificité au concept du traumatisme psychique* » (Ivanov-Mazzucconi, Dignonnet, Leyreloup, 2005, p.194).

Le traumatisme psychique est « *la réponse de l'individu à un événement hors du commun et dont le caractère exceptionnel doit être souligné ; il s'agit d'un accident de la vie imprévisible qui ne doit pas être confondu, comme c'est souvent le cas, avec des événements de la vie stressants comme les ruptures, les conflits ou les situations de deuil non traumatiques* » (Chahraoui, 2014, p.12)

Le traumatisme psychique comporte donc plusieurs caractéristiques : *le débordement des défenses psychologiques* : le traumatisme psychique est une réponse à un événement qui présente des aspects de soudaineté, de violence et de surprise, *la situation de violence psychique liée à une menace vitale ou à des visions d'horreur* : le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a vécu un sentiment de menace vitale ou a été confronté à des visions d'horreur, *l'effroi* : la dimension de l'effroi est centrale dans le psychotraumatisme et renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychiques du sujet confronté à la grande violence de l'événement traumatique. L'effroi constitue ainsi une réaction caractéristique faisant suite à une vive émotion et se traduit principalement par un état de sidération ; d'effraction psychique et de suspension de la pensée qui rend le sujet incapable d'agir et de résister, *la rupture de l'enveloppe psychique et l'intrusion d'un « corps étranger »* : le traumatisme psychique se traduit d'un point de vue topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation (Freud, 1920), qui crée une désorganisation psychique durable et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un corps étranger qui ne peut être assimilé. L'incessant retour de ce corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet, *traumatisme relationnel et logique* : des travaux récents ont mis l'accent sur les traumatismes relationnels de type logique et paradoxal, en particulier chez les victimes de tortures ou de harcèlement sexuel chez qui il est important de tenir compte de la nature de la relation entre la victime et son agresseur, qui comporte des aspects d'emprise et des interactions paradoxales de type « double lien » (Chahraoui, 2014, pp.12-13).

Ces débordements des capacités de contenance, la paralysie de la fonction de liaison, d'effraction du système pare-excitation de l'appareil psychique soumis à l'intensité des stimuli internes et /ou externes vont marquer une rupture, pas seulement à travers l'effraction des

enveloppes psychiques mais au niveau du temps (Croas, 2012, p.23). L'effraction peut faire irruption de façon fracassante, en violant et en envahissant un territoire, ou à l'inverse agir en le vidant de sa substance, ne laissant que les traces de son passage. Dans tous les cas la violence est présente d'emblée, dans l'imprévu de l'acte, l'impossibilité de s'en défendre, entraînant l'incapacité de penser l'intrusion. L'effraction cause des blessures qui, ne pouvant être élaborées par l'appareil psychique, s'expriment alors à travers la maladie, les agressions, la toxicomanie (Broquen, Gernez, 1997).

## **5- Définition de l'événement traumatique**

Le concept général de trouble psychotraumatique, et de l'ESPT en particulier, est à relier directement à la présence d'un événement étiologique externe. (Sadlier, 2001, p.7). Insistons sur le fait que c'est bien la massivité et la nature de l'effroi qui inscrivent un événement dans la sphère psychotraumatique (Sadlier, 2001, p.44).

À l'origine de tout psychotraumatisme se trouve un fait fondamental et nécessaire pour son apparition et sa texture même. Dans le langage ordinaire comme dans la pensée philosophique, si l'événement est tout d'abord « ce qui arrive », « ce qui s'impose à l'attention », le terme sort de sa banalité en constituant, par l'enchaînement, l'intrication, la combinatoire complexe des événements, rien de moins que la trame du temps, du devenir historique, humain ou extrahumain. L'événement, c'est, dans son acception la plus large, « ce qui arrive ». Il faut entendre ce qui arrive communément dans l'histoire du monde, dans la sphère publique ou privée (Barrois, 2011, p.94).

Dans ce cadre, deux caractéristiques servent à définir l'évènement traumatique. En premier lieu, cet évènement implique une menace vitale. En second lieu, l'évènement doit susciter une réaction péri-traumatique intense de peur, d'impuissance ou d'horreur, ou encore de sidération et d'effroi (Pilet, Guihard, Obringer, Brice, 2011, p.12). De son côté, Lebigot (2011) cite deux caractéristiques : L'intensité de l'évènement et l'impréparation du moi (soudaineté de l'évènement) (Lebigot, 2011, p.11).

On tend aujourd'hui à parler d'évènement « potentiellement traumatique » ou « traumatogène ». En effet, parler d'évènement traumatisant peut laisser supposer une action presque mécanique de l'évènement sur l'individu, ne tenant pas compte de sa subjectivité. Or, un événement donné n'a pas d'effet traumatique sur tous les individus qui y sont exposés, même si, comme le faisait déjà remarquer Freud en 1920, au-delà d'une certaine intensité de l'évènement, les facteurs individuels comptent peu (Taieb, 2003, p.1). En effet, Vermeiren (2009) estime que les auteurs français préfèrent utiliser le concept d'évènement potentiellement traumatisant plutôt que celui d'évènement traumatique. Cette précision renvoie à la difficulté de définir ce qui a été traumatique pour un individu et ce qui relève du stress. De leur côté, les classifications internationales, DSM et CIM, recours au terme « événement traumatique », signifiant par-là, le poids causal important et principal du facteur environnemental et psychosocial, qu'est l'évènement extérieur, dans l'apparition du TSPT.

## **6- Typologie du traumatisme psychique**

Selon la typologie proposée par Terr (1991), on distingue plusieurs types de traumatismes en fonction de l'évènement vécu. Terr distingue ainsi 3 types de traumatismes :

- Le traumatisme de type I correspond à un événement traumatique unique présentant un commencement et une fin bien définis. Ce type de traumatisme est induit par un agent traumatique aigu, non abusif (ex. une agression, un incendie, une catastrophe naturelle...).
- Le traumatisme de type II correspond à un événement répété, présent constamment ou menaçant de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps. Il est induit par un agent traumatique chronique ou abusif (ex. violence intrafamiliale, abus sexuels...). Soulignons cependant qu'une personne qui a été victime de nombreux traumatismes de type I (ex. subir un tremblement de terre, être pris en otage, échapper à la mort dans un accident de voiture...) ne doit pas être confondue avec celle qui souffre de traumatisme de type II.
- Le traumatisme de type III a été ajouté à la classification originale, par Solomon et Heide (1999). Il implique des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps. Ces derniers sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (ex. camps de prisonniers de guerre, torture, exploitation sexuelle forcée, violence et abus sexuels intrafamiliaux, etc.).

Ainsi, les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III, même si l'agent traumatisant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne. Notons que la distinction entre le traumatisme de type II et III semble extrêmement ténue et sujet à discussion. La littérature sur le traumatisme fait d'ailleurs peu de cas du traumatisme de type III. On distingue également les traumatismes simples des traumatismes complexes (Herman, 1997). On distingue enfin le traumatisme direct du traumatisme indirect. On évoque le traumatisme direct lorsque le sujet a été confronté au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Le sujet peut avoir subi, avoir provoqué volontairement ou involontairement ou avoir été témoin de l'événement traumatique. Un sujet qui n'a pas subi de traumatisme direct peut aussi présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'événement traumatique. On parle de traumatisme vicariant, de traumatisation vicariante, ou de traumatisme secondaire (ex. problématiques transgénérationnelles après une guerre, un génocide...) (Tarquinio, Montel, 2014, p.39).

- Josse (2007) aborde le traumatisme de type IV. Elle écrit à ce propos qu'il y a proposition d'une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes en cours. Ce qui les différencie des traumatismes de type I, II ou III, c'est qu'ils se poursuivent dans le présent. Exemples : une équipe confrontée au kidnapping ou à la prise d'otage en cours d'un des leurs (humanitaires, journalistes, etc.), les faits de guerre, les épidémies mortelles (choléra, SARS, Marburg, etc.), la violence et les abus sexuels intrafamiliaux.

Avant d'entamer le point relatif à la psychopathologie du psychotrauma, nous allons marquer une halte sur trois notions, à savoir, la blessure psychique, la névrose traumatique et la psychose traumatique.

## **7- La notion de blessure psychique**

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

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

Ce n'est qu'en 1992 que le vocable de « blessé psychique » est apparu dans les textes officiels français. En effet, le décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre chez les anciens combattants et victimes civiles de guerre utilise pour la première fois le mot « blessure » pour caractériser le « psychosyndrome traumatique » ou « névrose traumatique ». En fait, pendant la guerre du Vietnam, de 1964 à 1973, les américains employaient déjà couramment le vocable « blessure psychique » pour désigner les troubles psychotraumatiques observés chez les combattants. (Crocq, 2014, p.11). En France, le vocable « blessés psychologiques » avait été utilisé par la grande presse à l'occasion de catastrophes. Par la suite, le mot « blessure » sera couramment utilisé pour caractériser les séquelles psychiques résultant de traumatismes psychiques de guerre comme de paix (Crocq, 2014, pp.10-11).

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

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

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

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

Les névroses traumatiques consécutives à un traumatisme psychique. Le traumatisme est extérieur au sujet. L'apparition des symptômes est ici, liée à un choc émotif violent : accident,

guerre, catastrophe, toute situation dans laquelle le sujet a senti sa vie menacée. La névrose traumatique peut être durable et invalidante (Pewzner, 2000).

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

Quand on emploie l'expression « névrose traumatique », on se réfère à des conceptions différentes de celles du DSM. Cela entraîne une autre clinique et génère nécessairement un axe psychopathologique qui n'a rien à voir avec le stress. L'adjectif « traumatique » nous indique, que les symptômes psychotraumatiques sont au centre de la clinique de cette névrose (Lebigot, 2011, p.163). Dès lors, le terme de « *névrose traumatique* » désigne, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, un « *groupe de troubles psychiques qui surgissent après un temps de latence plus au moins long, au décours d'un choc affectif très intense* » (Barrois, 1998, p.1). Toutefois, la catégorisation de ces troubles dans le groupe des névroses constitue d'emblée un problème ardu. Il n'est pas étonnant que la psychanalyse, née du reste à la même époque que la notion de névrose traumatique, ait trouvé avec le traumatisme psychique non seulement un de ses premiers modèles, mais aussi une véritable épine irritative (Barrois, 1998, p.5).

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

Les troubles psychiques post-traumatiques ne se résument pas à l'unique trouble de stress post-traumatique (Auxéméry, 2019, p.1). La co-occurrence entre symptômes post-traumatiques et symptômes psychotiques est classiquement décrite dans les suites immédiates d'un traumatisme psychique. Cette comorbidité peut également devenir chronique à distance de l'événement traumatisant aigu. Une telle co-occurrence symptomatique est le plus souvent abordée sous l'angle unique de l'état de stress post-traumatique ou de la psychose sans volonté de faire le lien entre les deux entités nosographiques. Une structure psychotique favorise le risque d'être exposé à un événement potentiellement traumatique, d'une part, et un traumatisme psychique peut venir révéler une psychose latente, d'autre part. Si un état de stress post-traumatique (ESPT) s'établit chez un sujet à la personnalité de structure névrotique, les symptômes psychotiques secondaires constituent un facteur de gravité (Auxéméry, Fidelle, 2011).

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

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

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

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

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

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

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

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

## **10-Approches psychopathologiques du traumatisme psychique**

Le traumatisme psychique a constitué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie nous obligeant à penser les liens complexes entre environnement et sujet dans une relation non causale, mais constamment interactive. Sa capacité à transformer radicalement un individu dans son équilibre somato-psychique, ses croyances, son identité, ses relations à autrui, interroge fondamentalement la question de la vulnérabilité psychique et du sens que revêt pour chacun l'expérience traumatique (Chahraoui, 2014, p.1).

Ce point a comme tâche de discuter le statut de la causalité en psychopathologie. Nous entendons par le terme de causalité dans ses implications les plus larges, dépassant les simples enchaînements des faits psychiques. En effet, le traumatisme psychique questionne de façon privilégiée les notions de psychogenèse, de facteurs exogènes et endogènes, d'explication, d'interprétation, de dynamique du changement individuel, etc (Barrois, 1998, p.5). Ainsi, la pathogénie concerne l'explication d'un phénomène pathologique ; la psychopathogénie

envisage les théories psychologiques actuelles qui permettent de comprendre le développement d'un état pathologique (Besançon, 2016, p.85).

Nous allons dans ce qui suit aborder les mécanismes psychologiques et neurobiologiques à l'œuvre dans les psychotraumatismes, et de comprendre les effets du traumatisme au niveau émotionnel, somatique, cognitif et comportemental. Ce point vise donc une description symptomatologique du trouble mais aussi une présentation des hypothèses ou des tentatives d'explication du trouble. Pour le faire, nous avons opté pour l'ordre alphabétique des approches. Nous prôtons ainsi une vision intégrative et heuristique du fait pathologique, à savoir, une vision « scientifique » et « humaine » de la personne souffrant du traumatisme psychique.

### **10-1- Approche athéorique du traumatisme psychique**

Le traumatisme psychique est une pathologie connue depuis des temps anciens : si les premières descriptions remontent à l'Antiquité, sa conceptualisation est plus récente tout comme son inclusion dans les classifications médicales internationales. Les réactions immédiates de stress adapté et de stress dépassé survenant au décours d'un traumatisme psychique se différencient selon le débordement des capacités psychiques du sujet. L'état de stress post-traumatique n'apparaît que tardivement, faisant suite à une phase de latence paucisymptomatique. Sa clinique présente trois axes : le syndrome de répétition, l'altération de la personnalité et les symptômes non spécifiques. Les changements du caractère et de la personnalité dus à un psychotrauma sont grandement marqués par un désinvestissement du monde et des rapports à autrui, troubles auxquels peuvent s'ajouter des emprunts à d'autres types de personnalité. Ces modifications peuvent s'appréhender comme un blocage dans le fonctionnement de la personnalité, une construction d'une nouvelle personnalité ou un déséquilibre d'une personnalité préalablement déficiente (Busson, 2008).

La notion d'état de stress-post traumatique des classifications internationales redéfinit une entité bien connue sous le nom de « névrose traumatique » ou de « névrose de guerre ». Ce sont des réactions psychologiques survenant après des événements très angoissants. Sur le plan psychopathologique, elle pose la question du traumatisme et de ses effets sur le plan psychiatrique et social celle de la reconnaissance de préjudices liés aux aléas de la vie actuelle. Les théories psychologiques explicatives des états de stress font référence à la notion de réaction au stress, selon un modèle classique. La réaction immédiate à l'événement stressant est biophysique et échappe à la volonté du sujet. Les réactions ultérieures dépendent de la violence de l'événement, de sa durée, des soutiens sociaux, des antécédents personnels et familiaux, mais aussi de la vulnérabilité individuelle (Pardinielli, Bertagne, 2010, pp.117-118).

Dans ce qui suit, on va aborder le point de vue des deux systèmes nosographiques les plus connus et les plus utilisés dans le monde. Nous exposons l'approche a-théorique du DSM et de la CIM car elle fournit une description claire du trouble en question, et ce, grâce à ses critères diagnostiques. Rajouter à cela, ces deux classifications ont eu un retentissement mondial considérable, il n'est donc pas possible de les contourner ici dans notre travail.

#### **- Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM**

Le DSM ou *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders* se fonde sur la reconnaissance de groupements de symptômes cliniques en laissant de côté l'hypothèse

pathogénique. En effet, il est incontestable aujourd'hui que diagnostiquer un trouble psychiatrique repose sur la reconnaissance d'invariants, afin d'identifier une configuration de signes et symptômes parmi d'autres configurations, définies selon un système de classification (Schulz, 2016, p.1).

Le système nosographique américain DSM récuse le terme de névrose. Aussi, dès 1952 (DSM I), il avait proposé dans la catégorie des troubles transitoires de la personnalité le diagnostic de Gross Stress Reaction (réaction majeure au stress) pour désigner les états-psychotraumatiques (réaction temporaire des militaires). Quant aux troubles persistants ils doivent être reclassés dans un autre diagnostic du manuel (Josse, 2019). Cette introduction fait suite aux guerres mondiales et de Corée (More, 2006, p.19). Puis, dans sa révision de 1968 (DSM II), il supprima ce diagnostic et refusa une place aux conséquences psychotraumatiques. Toutefois, le diagnostic Adjustment reaction to adult life (réactions d'adaptation à la vie adulte) (réaction toujours transitoire selon le DSM). Hasard ou non, à cette époque, les Etats-Unis sont engagés dans la guerre du Vietnam. La reconnaissance d'une pathologie déclenchée par les traumatismes de guerre contraindrait les hautes autorités à indemniser ou à réformer les soldats atteints. Les enjeux militaires et financiers sont considérables (Josse, 2019).

En 1980, devant le nombre et l'importance des *Post-Vietnam syndromes* (près de 700 000 hommes sur 3 millions), les auteurs réintroduisent la notion de stress dans la nosographie du DSM. Ainsi, dans le DSM-III (1980), le PTSD apparaît avec les critères suivants :

A. Un événement provoquant de la détresse chez tout un chacun. B. Au moins 1 sur 3 symptômes de reviviscence. C. Au moins 1 sur 3 symptômes d'émoussement-détachement. D. Au moins 2 sur 6 symptômes d'hyperréactivité aiguë si début et durée inférieure à six mois, chronique au-delà.

En 1987, le DSM-III-R décrit plus de symptômes dans les critères B (1 sur 4), C (3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement), D (2 sur 6 symptômes d'hyperactivité neurovégétative), et un critère E se rajoute (dure au moins un mois, différé si début après six mois). En 1994, le DSM-IV remanie encore les critères du PTSD :

A1. Un événement violent et menaçant. A2. Vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur. B. Au moins 1 sur 5 symptômes de reviviscence. C. Au moins 3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement. D. Au moins 2 sur 5 symptômes d'activation neurovégétative. E. Une souffrance significative ou altération du fonctionnement social.

La dernière version du DSM-IV-TR parue en 2000 offre pour le PTSD les critères diagnostiques suivants :

A. Exposition à un événement potentiellement traumatique : A1. Le sujet a vécu ou a été témoin d'un événement marqué par une menace réelle ou évaluée, mettant en danger sa vie ou son intégrité physique. A2. Il a ressenti une peur intense, l'horreur ou le désarroi et/ou un sentiment d'impuissance (les deux présents). B. Le syndrome de reviviscence (un des cinq symptômes disponibles). C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (trois des sept symptômes disponibles). D. Symptômes d'activation neurovégétative (deux des cinq symptômes disponibles). E. Durée des symptômes B, C, D de plus d'un mois. F. Détresse importante : souffrance significative cliniquement, ou altération du

fonctionnement social, professionnel ou autres (sinon possibilité de simulation ou bénéfices secondaires).

Ce tableau explique combien un sujet exposé à un événement potentiellement traumatique peut souffrir et la nécessité, dans la mesure du possible, de mettre en place des stratégies de soins avant que ne s'installe le trouble psychotraumatique avéré.

Par ailleurs, ces métamorphoses successives du DSM, effectuées au fur et à mesure que les psychiatres américains redécouvraient la réalité clinique du trauma, traduisent leur embarras à intégrer ces syndromes dans leur système nosographique (Crocq, 1999, p.22). En plus des changements qui affectent les diagnostics individuels, le DSM 5 introduit quelques changements plus larges liés à la classification des troubles. Par exemple, le système axial a été abandonné, bien que les composantes individuelles fassent toujours partie du cadre de l'évaluation clinique. Le DSM5 indique que tous les diagnostics psychiatriques et médicaux pertinents doivent être répertoriés ensemble plutôt que différenciés en axe I, II ou III. L'accent mis sur les problèmes psychosociaux et environnementaux pertinents (axe IV du DSM-IV) reste important dans l'évaluation clinique. L'axe V consiste en l'évaluation globale du fonctionnement mais cet instrument a souffert d'un manque de clarté et des caractéristiques psychométriques contestables, ce qui a conduit le DSM 5, à suggérer à sa place l'utilisation de L'instrument d'évaluation du handicap de l'organisation mondiale de la santé, qui est mise à disposition dans la section III du DSM5. Un deuxième grand changement de classification concerne le regroupement de grandes catégories dans le but de correspondre à des questions de développement et de processus tout au long de la vie. Alors que les critères diagnostiques de la section II du DSM-5 ont subi un examen approfondi, les preuves scientifiques ne sont pas encore suffisantes pour soutenir l'utilisation généralisée des outils, des techniques et des diagnostics discutés dans la section III. Le DSM5 se termine par des annexes, qui comprennent une discussion sur certains des changements entre DSM-IV et le DSM5, un glossaire, des concepts culturels de détresse (DSM5, 2016a, pp.XXXVI-XXXVII).

Dans ce cadre, le chapitre sur les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress est nouveau dans le DSM-5. Les troubles répertoriés dans ce chapitre sont les seuls au sein du DSM-5 à requérir l'identification d'un événement déclencheur extérieur. Les troubles stress post-traumatique (TSPT) et le trouble stress aigu (TSA) ont été déplacés du chapitre sur les troubles anxieux. Le TSPT comme le TSA se caractérisent par des symptômes hétérogènes et non uniquement de l'anxiété ; une des conséquences de ce changement de classification est de souligner l'importance de l'évaluation de l'éventail des réactions face à un traumatisme externe ou un facteur de stress. Dans le même temps, une anxiété importante est présente dans ces deux troubles et une autre conceptualisation du TSPT comme du TSA serait qu'ils se situent dans le spectre des troubles anxieux (Barnhill, 2016, p.119). Il faut noter que le TSA vise à combler un vide nosographique et discriminer les personnes à risque de développer une pathologie à long terme de celles qui n'éprouvent que d'éphémères réactions au stress. Toutefois, dans le DSM 5, cette entité se limite aujourd'hui à identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévère dans la période de latence durant laquelle le diagnostic de PTSD ne peut être posé et ne poursuit plus l'ambition de dépister précocement les sujets à risque de développer une future affection psychotraumatique (Josse, 2019, p.184).

La raison du regroupement de ces troubles dans le chapitre 7 du DSM 5 est que ces troubles ne coïncidaient pas suffisamment nettement à d'autres classes de troubles, comme les troubles anxieux, auxquelles on les supposait correspondre auparavant. La raison en est également que le traumatisme et les troubles liés au stress ont en commun un événement déclencheur stressant suivi de réactions émotionnelles intenses dont l'éventail est plus large et non limité à la peur et l'anxiété, mais la rage, l'horreur, la culpabilité et la honte peuvent intervenir dans la survenue de ces troubles (Barlow, Durand, Gottschalk, 2016, p.155).

Par ailleurs, le DSM-5 décrit trois troubles dissociatifs spécifiques : le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative et la dépersonnalisation/déréalisation. Tous sont fréquemment associés à un traumatisme et à un abus physique, émotionnel et/ou sexuel et ce n'est pas un hasard sur le chapitre sur les troubles dissociatifs dans le DSM-5 se trouve immédiatement après celui dédié aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (Barnhill, 2016, p.137).

Dans le DSM 5, les troubles liés aux traumatismes et aux stress constituent une catégorie distincte. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation. La nouvelle catégorie vise à mettre en évidence des caractéristiques qui distinguent les troubles de stress post-traumatiques et aigus des autres troubles anxieux. Ces deux troubles se développent en réaction à un événement traumatique. Un changement important est la suppression du critère diagnostique du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique (« la réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ») (Tarquinio, Montel, 2014, p.38).

En effet, les facteurs de stress psychosociaux sont importants dans la pathogenèse de tous les troubles du DSM-5, mais ils ont un rôle étiologique spécifique qui entre dans la définition de quelques troubles seulement. Selon le DSM-5, quatre troubles ne peuvent être diagnostiqués que chez des personnes qui ont été exposées à un facteur de stress extrême : le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu, le trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social. Le trouble stress post-traumatique exige l'exposition à un événement qui comporte la mort effective ou une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles (DSM5, 2016b, p.87).

Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique dans le DSM-5 (2015) sont les suivants :

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

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

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

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

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

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

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

**Spécifier le type :**

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

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

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

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

**Spécifier si :**

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

Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. N.B. : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

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

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

N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.

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

N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/ aux événements traumatiques.

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

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

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Évitement persistant de stimuli

1. Evitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

2. Evitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques. Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).

4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.

5. Comportement traduisant un retrait social.

6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

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

2. Hypervigilance.

3. Réaction de sursaut exagérée.

4. Difficultés de concentration.

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

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

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

### **Spécifier le type :**

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

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

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

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

### **Spécifier si :**

À expression retardée : Si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats) (DSM 5, 2015, pp.350-353).

Comme on peut l'observer, le DSM-5 répertorie 20 symptômes pour le TSPT et impose un seuil de 6 pour le diagnostic.

### **- La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM**

Dans la CIM 9 (1979), le trauma est abordé dans la catégorie « troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques (300-316), dans le chapitre V des troubles mentaux (290-319). En voici la partie consacrée au trouble :

**Etats réactionnels aigus à une situation très éprouvante** : troubles transitoires de n'importe quelle gravité ou nature survenant, sans aucun trouble mental apparent, en réaction à une épreuve physique ou psychique exceptionnelle telle qu'une catastrophe naturelle ou une bataille et se résorbant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. Cela comprend :

Délire d'épuisement  
Epuisement dû au combat  
Etat consécutif à une catastrophe  
à l'exclusion de:  
réaction d'adaptation

*Avec troubles prédominants de l'affectivité* : Etats de panique, d'excitation, de peur, de dépression et d'anxiété répondant aux critères ci-dessus.

*Avec troubles prédominants de la conscience* : Fugues répondant aux critères ci-dessus

*Avec troubles prédominants de la psychomotricité* : Etats d'agitation, de stupeur répondant aux critères ci-dessus

*Autres* : Troubles aigus dus à une situation éprouvante

*Mixtes*

*Sans précision.*

C'est en 1992 que la CIM 10 introduit pour la première fois la réaction aiguë à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique dans sa nosographie. Elle décrit d'abord la « réaction aiguë à un facteur de stress » apparaissant dans les minutes suivant l'incident critique et disparaissant en quelques heures, tout à plus, en quelques jours. En plus, dans le chapitre V de la CIM 10, « troubles mentaux et du comportement » (F00-F99), le traumatisme psychique trouve place dans la catégorie intitulée Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48), dans « réaction à un facteur de stress sévère, et trouble de l'adaptation » (F43) et plus précisément sous le code F43.1.

La CIM 10 note ceci « cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie ("life events") peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé. En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu. Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale » (CIM 10, 2012, p.245).

Le trouble état de stress post-traumatique est présenté comme suit :

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

*Comprend* : Névrose traumatique (CIM10, 2012, p.246).

Quant à la CIM 11, le chapitre 6 « troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux » propose dans « Troubles spécifiquement associées au stress » le « trouble de stress post-traumatique » (6B40) et « trouble de stress post traumatique complexe » (6B41). Dans ce cadre, le groupe de travail chargé de réviser la classification des affections post-traumatiques relève le caractère réactionnel normal de certaines de manifestations émotionnelles, somatiques, cognitives et comportementales survenant dans la foulée d'un événement délétère. Le but principal de la catégorie « réaction aigüe à un facteur de stress » est de permettre aux professionnels de la santé de mieux identifier et aider les personnes présentant ce syndrome sans toutefois les considérer comme des cas pathologiques. Il s'agit d'une réponse normale au regard des événements vécus (Josse, 2019).

Pour le trouble de stress post-traumatique, elle écrit « Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit : 1) revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques; 2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre » (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>).

Pour le trouble de stress post-traumatique complexe, elle propose ceci «Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible (par exemple, la torture), esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le SSPT sont remplies. En outre, le SSPT complexe se caractérise par 1) des problèmes graves et persistants de régulation de l'affect ; 2) les croyances sur soi-même comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre » (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>).

La CIM-11 est présentée à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2019, pour adoption par les États-membres, et entrera en vigueur le 1er janvier 2022 (Coq, 2019, p.13). On apprend avant de rendre ce support de cours qu'effectivement la CIM 11 a été adopté lors de la soixante-douzième assemblée mondiale de la santé de l'OMS, tenue du 20 au 28 mai 2019 au palais des nations à Genève, plus précisément le point 12.7 de l'ordre du jour, le samedi 25 mai 2019 (Documents A72/29 et A72/29 Add.1. Résolution WHA72.15).

## **10-2- Approche biologique du traumatisme psychique**

Le stress post traumatique implique des changements cérébraux, changeant la réponse de l'individu à un futur stress (Bowen, Chawla, Marlatt, 2019, p.218).

Pour Levine (2019), le traumatisme n'est pas la conséquence d'un événement, mais la conséquence de la réaction du système nerveux de la personne à un événement qui a dépassé sa capacité à y faire face par une réponse sensori-motrice adaptée. C'est cette réaction, dite de « figement », qui est à l'origine des innombrables symptômes somatiques, comportementaux, relationnels mais aussi émotionnels et cognitifs classiquement décrits dans les troubles anxieux post-traumatiques. Levine nous montre ainsi que, même si nous ne pouvons ignorer ces aspects émotionnels, cognitifs voire spirituels du traumatisme, un être humain est bien entendu « beaucoup plus » qu'un système nerveux, la résolution du traumatisme ne peut se produire qu'au niveau du système nerveux car c'est là que se situe la désorganisation traumatique.

Dès lors, pour comprendre les symptômes post-traumatiques, il est utile de connaître leurs bases neurobiologiques. La peur associée à l'épisode traumatique se traduit au niveau biologique par une libération d'adrénaline, entraînant à son tour une activation du système noradrénaline tout en générant une hypersensibilisation des récepteurs à celle-ci. Le tableau clinique des états de stress se répartit donc entre deux types de manifestations qui peuvent coexister chez la même personne : les symptômes indiquant un dépassement du seuil de tolérance (hyperactivation) et les symptômes relevant de l'engourdissement (hypoactivation) (Smith, Crochet, 2012, p.85).

Ainsi, la biologie des troubles psychotraumatiques est complexe et implique différents mécanismes liés à la survie, aux apprentissages, à la formation de la mémoire et à des phénomènes d'ajustement et d'adaptation modulés par l'environnement. La rapidité de mise en place de ces réactions se compte en termes de fractions de secondes (reflexe de défense tels les

sursauts), en secondes (activation sympathique), en minutes (déclenchement de l'axe hypothalamo-hypophysaire HPA), en heures (expression génique précoce), en jours (consolidation mnésique) et en mois (altération de la structure cérébrale) (Ducrocq, Vaiva, 2012, p.129).

Les violences terrorisantes, incohérentes et impensables créent un tel sentiment d'impuissance et d'effroi, qu'elles vont pétrifier le psychisme. Elles sidèrent et mettent en panne le cortex cérébral de telle sorte qu'il ne pourra plus jouer son rôle de modérateur ou d'extincteur de la réponse émotionnelle. La réponse émotionnelle en situation de danger est déclenchée par l'amygdale cérébrale. Cette dernière est une petite structure sous-corticale qui contrôle la mémoire émotionnelle, ainsi que l'expression des réponses émotionnelles. Elle joue un rôle d'alarme et prépare l'organisme à réagir face au danger en commandant la sécrétion, par les surrénales, d'hormones de stress : l'adrénaline et le cortisol, qui vont avoir pour effet d'augmenter le débit d'oxygène et de glucose dans le sang. En cas de sidération du cortex cérébral, il n'y a ni modulation, ni extinction de la réponse émotionnelle. La réponse émotionnelle monte alors en puissance sans rien pour l'arrêter avec une hyperactivité de l'amygdale cérébrale et atteint un stade de stress dépassé qui représente un risque vital par « survoltage » pour l'organisme : risque cardio-vasculaire et neurologique. Ce risque vital impose la mise en place par le cerveau de mécanismes de sauvegarde neurobiologiques exceptionnels sous la forme d'une disjonction. C'est un court-circuit qui isole l'amygdale cérébrale et permet d'éteindre la réponse émotionnelle, protégeant ainsi le cœur et le cerveau. La disjonction du circuit émotionnel se fait à l'aide de la libération par le cerveau de neuromédiateurs qui sont des drogues dures endogènes. Cette disjonction entraîne une anesthésie émotionnelle et physique alors que les violences continuent, et elle donne une sensation d'irréalité, de déconnexion, d'indifférence, d'insensibilité, de corps mort, de n'être plus dans la situation, mais de la vivre de l'extérieur, c'est ce qu'on appelle la dissociation péri-traumatique. La disjonction est aussi à l'origine de troubles de la mémoire sous la forme d'une mémoire traumatique (Salmona, 2012, p.115).

On a constaté, dans les suites immédiates d'un événement stressant, une insuffisance de production du cortisol. Celle-ci serait en relation avec une réponse exagérée des catécholamines et des neuropeptides, qui elles-mêmes engendreraient un processus de mémorisation anormale de l'événement traumatique. Cela traduirait l'état d'hypervigilance et de détresse, fixé dans le souvenir de l'événement. L'étude des mécanismes d'ajustement au stress met en relief l'intrication des systèmes physiologiques (nerveux, endocrinien, immunitaire) et psychiques, cognitifs et comportementaux (Jeanneau-Tolila, 2012, p.363).

Dès lors, la mémoire émotionnelle des violences va rester piéger dans l'amygdale, isolée elle ne sera pas traitée par l'hippocampe. Cette mémoire traumatique va alors rester vive, bloquée dans l'amygdale cérébrale, en l'état, chargée de l'émotion initiale. Telle une mine, elle est hypersensible et susceptible de s'allumer lors de tout stimulus rappelant le traumatisme. Même des années, voire des décennies après les violences, la mémoire traumatique peut exploser au moindre lien ou stimulus qui rappelle les violences. Elle s'exprime sous forme de réminiscences, de flash-back soudain, de rêves et de cauchemars, d'hallucinations, etc. (Salmona, 2012, p.116).

Par ailleurs, Zammateo et Botman (2019) affirment que les traumatismes peuvent s'inscrire au cœur de nos cellules sur notre ADN et modifier l'expression de gènes impliqués dans la réponse au stress et sa régulation. Cette inscription s'opère par des modifications chimiques (méthylation) sur l'ADN sans toutefois modifier la séquence d'ADN. Ces modifications sont dites épigénétiques et sont d'autant plus nombreuses que les traumatismes sont précoces ou le trauma particulièrement violent. Des modifications épigénétiques ont été rapportées dans certaines psychopathologies comme l'anxiété et l'état de stress post-traumatique. Ces empreintes du stress sont transmissibles sous certaines conditions à la descendance (Zammateo, Botman, 2019, p.113).

### **10-3- Approche cognitivo-comportementale du traumatisme psychique**

Cette approche postule que, suite à l'exposition à une situation stressante, les réactions d'anxiété se maintiennent par l'évitement des sentiments angoissants déclenchés par cette situation, puis par son souvenir et par l'association avec les objets qui y sont liés. Les éléments liés à l'agression, antérieurement neutres (vêtements, particularités physiques de l'agresseur, bruit, odeur, lieu...) déclenchent, en dehors de la situation initiale d'agression, des réactions d'angoisse. La personne qui rencontre cette situation va alors éviter tous ces éléments déclencheurs d'angoisse : elle ne se rend plus dans un parking, elle fuit toutes les personnes portant un jogging... pour y remédier, trois techniques sont utilisées : l'exposition, la gestion de stress et la restructuration cognitive (Damiani, 2011, p.243).

En effet, selon les théories cognitivo-comportementales, l'épisode traumatique submergerait le sujet et conduirait à des pensées automatiques d'incapacité à affronter le trauma, à des réactions d'évitement et à des flash-backs (Lim-Sabbah, 2010, p.39).

Pour des raisons didactiques, les approches comportementale et cognitive ont souvent été distinguées même si les deux sont étroitement liées. Commençons par l'approche comportementale et la notion de conditionnement. Le traumatisme psychique est concerné au premier chef par la notion de conditionnement. Le conditionnement classique est un apprentissage associatif décrit par Pavlov (Pavlov, 1927). L'exemple du chien et de la cloche est suffisamment explicite pour nous aider à bien comprendre ce que ce type d'apprentissage représente. Ce dernier résulte de l'association d'un stimulus qui n'induit au départ aucun comportement particulier (stimulus neutre devenant, après association, stimulus conditionnel), représenté par la cloche, et d'un événement (stimulus inconditionnel), représenté par la nourriture, qui produit toujours une série de réactions particulières (réponse inconditionnelle) comme peut l'être la salivation. Le conditionnement classique consiste en la capacité du stimulus conditionnel d'induire seul, ultérieurement, une réponse dite conditionnée (la salivation). Cet apprentissage associatif se fait naturellement chez les sujets traumatisés, ce qui explique les réactions à priori « étranges » des sujets traumatisés face à des situations, des endroits, des objets qui ne paraissent pas inquiéter la plupart des gens (Tarquinio, Montel, 2014).

Le concept de conditionnement opérant prend une place importante dans la mise en place du psychotraumatisme. Il a été élaboré par le behavioriste américain Skinner (1938, 1948) sur ses rats et ses pigeons. C'est un processus de modification du comportement résultant de l'association en contingence d'un comportement et d'un stimulus. Un comportement exécuté

par un organisme entraîne ou est suivi d'événements particuliers. Les conséquences ou les événements subséquents auront un effet sur la probabilité que ce comportement se reproduise ou non. La répétition de la séquence « comportement suivi des mêmes événements » (mais parfois une seule expérience suffit) modifie la probabilité d'apparition ultérieure de ce comportement en des circonstances similaires. Dans cette perspective, nous avons donc le schéma suivant : Stimulus → Réponse → Renforcement. Un des éléments majeurs de la théorie du conditionnement opérant est le fait qu'il y ait quatre relations de contingence qui s'établissent :

- **Renforcement positif** : augmentation de la fréquence d'un comportement à la suite de l'addition subséquente d'un stimulus.
- **Renforcement négatif** : augmentation de la fréquence d'un comportement à la suite du retrait subséquent d'un stimulus.
- **Punition positive** : diminution de la fréquence d'un comportement à la suite de l'addition subséquente d'un stimulus.
- **Punition négative** : diminution de la fréquence d'un comportement à la suite du retrait subséquent d'un stimulus (Tarquinio, Montel, 2014).

Concernant le psychotraumatisme, l'événement peut être considéré comme un stimulus aversif (événement traumatique) inconditionnel. Le contexte source de stimuli externes et internes devient le stimulus conditionnel, antérieurement neutre qui induit sur l'organisme une réponse conditionnée, la peur. On parle alors de conditionnement de la peur. Fondé sur les théories du conditionnement classique Pavlovien et celles du conditionnement opérant skinnérien, le modèle de Mowrer (1960) stipule que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitivo-comportemental et affectivo-émotionnel. Les stimuli internes ou externes associés au traumatisme vont provoquer la même réponse émotionnelle que l'événement initial (stimulus – réponse) puis développer et maintenir l'ESPT.

Ce modèle permet d'expliquer à la fois le phénomène de réviviscence et celui d'évitement. L'évitement défini par Beck (1971) comme « l'action de se soustraire par anticipation à une stimulation aversive » est une composante majeure du traumatisme psychique. Les conduites d'évitement sont mises en place par l'individu traumatisé dans le but de limiter la réviviscence du trauma. Le sujet souhaite éviter au maximum les stimuli associés au traumatisme. L'évitement peut concerner des lieux, des situations, des personnes, des objets ayant un lien plus ou moins direct avec le traumatisme. Le problème de l'évitement est qu'il ne fait que renforcer le caractère redoutable de la situation redoutée. Ces réassurances renforcent le système de croyances inadapté et laisse s'installer une imagerie anxigène d'anticipation (Tarquinio, Montel, 2014).

Sur le plan comportemental, il se développe, chez ces patients, un processus de conditionnement secondaire au stimulus traumatique. Ce conditionnement se traduit par un ensemble de comportements qui s'imposent au patient et qui comprennent, entre autres, les conduites d'évitement et le syndrome de répétition. Il existe ainsi un tableau d'hypervigilance, avec comparaisons permanentes entre la situation actuelle et les circonstances du traumatisme.

L'univers personnel est donc restreint, réduisant les occasions de satisfaction et d'épanouissement, et pouvant conduire à des affects dépressifs (Braconnier, 2006, p.260).

Les théories cognitives apportent ce qui manquait aux théories comportementales : la prise en compte des processus mentaux (Besançon, 2016, p.88).

Sur le plan cognitif, on observe chez les patients atteints de stress post-traumatique, un ensemble de croyances irrationnelles, qui constituent des distorsions cognitives : impression généralisée de dangerosité du monde (et donc évaluation fausse des notions de danger et de sécurité) ; impression d'avoir une capacité de réponse au danger diminuée ; polarisation de la pensée sur le traumatisme ou des thèmes s'y rapportant ; pensées automatiques négatives, etc (Braconnier, 2006, p.260).

Ainsi, dans l'approche cognitive, le psychotraumatisme est lié à un traitement non approprié de l'information. Les théories cognitives, relatives à la compréhension du trouble psychotraumatique, mettent l'accent sur la métacognition ou la prise de conscience des schémas et des modes de pensées. Les schémas et les croyances de base du sujet se trouvent modifiés entraînant par là même un important bouleversement dans la relation que le sujet entretient avec son environnement. Les processus d'interprétation des causes, des conséquences et des états émotionnels peuvent aussi être impliqués. Ainsi, les informations relatives à l'événement traumatique peuvent être traitées sous la forme d'une chaîne causale inadéquate. Le concept d'attribution est également fondamental dans l'installation du psychotraumatisme. Certains individus ont tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales. Or, un sujet qui adopte ce type d'attribution a plus de risque de développer un psychotraumatisme. Inversement, l'attribution de l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques réduit le risque de développement du psychotraumatisme.

Proche du modèle comportemental, le modèle de Foa *et al.* (1989) avance que les signaux associés au traumatisme activent la structure de peur, provoquant ainsi le phénomène de réviviscence et de répétition, expliquant la permanence de l'évitement de ces signaux. Le modèle de Foa *et al.* (1989) insiste sur l'importance de l'interprétation dans la structure de peur, le traumatisme venant en contradiction avec les croyances communes et les schémas personnels préexistants. Le modèle d'Horowitz (1986) intègre la gestion du stress ainsi que le traitement cognitif de l'information tel que conçu par Piaget. Les symptômes du traumatisme psychique représentent la réponse à l'excès d'information reçue pendant l'expérience traumatique et sont maintenus par la difficulté voire par l'échec dans la capacité à intégrer ces nouvelles données au sein des schémas cognitifs antérieurs. Les représentations de l'événement traumatique reviendraient de façon itérative comme parties du processus de leur intégration et correspondraient aux pensées intrusives, cauchemars, réviviscence du traumatisme. De son côté, le modèle de Jones et Barlow (1992) est un modèle bio-comportemental et intégratif centré sur la réponse du stress qui comprend 4 niveaux :

- La vulnérabilité biologique (prédisposition au stress) ;
- Les événements de vie ;
- Les réactions de stress ou « vraies alarmes » capables par la suite de déclencher des « fausses alarmes » (immédiates ou différées par des stimuli internes et/ou externes) ;

- La vulnérabilité psychologique – l’alarme apprise – le sentiment de non-prévisibilité et de non contrôle aboutissant à un état de résignation (impuissance apprise).

La conjugaison des différents facteurs entraîne une appréhension anxieuse chronique, cause du développement et du maintien du traumatisme psychique. Le modèle cognitif met l’accent sur l’interprétation de l’événement traumatique par la victime. Lors d’une situation potentiellement traumatisante, les schémas de base d’invulnérabilité de sécurité, de prévisibilité et de contrôlabilité peuvent être bouleversés et devenir dysfonctionnels. Les schémas cognitifs, structures cognitives profondes élaborées au fil de nos expériences passées, représentent nos systèmes de valeurs et de croyances fondamentales, et, à ce titre, gouvernent notre manière de voir le monde et d’agir. Si ces schémas sont mis à mal, les processus cognitifs activés peuvent donner naissance à des pensées automatiques inadaptées (Tarquinio, Montel, 2014).

Lorsque l’individu a vécu un événement potentiellement traumatisant, il y a un risque que les processus cognitifs génèrent des pensées automatiques inadaptées de culpabilité, d’incontrôlabilité, etc. En bref et pour conclure sur cette partie consacrée à l’approche cognitive et comportementale, les modèles se complètent en présentant le psychotraumatisme comme une réponse apprise par conditionnement et intégrée dans la mémoire du sujet qui développe tout un système de croyances et de représentations singulières qui ne font que maintenir et renforcer les réponses apprises (Tarquinio, Montel, 2014).

Dans ce cadre, les théories cognitives les plus récentes qui rendent compte de l’état de stress post-traumatique défendent l’idée selon laquelle le trouble résulterait de l’interaction de nombreux dysfonctionnements dont les premiers apparaîtraient dès l’exposition traumatique. Ces dysfonctionnements affecteraient les trois phases du traitement de l’information traumatique : son encodage (ou l’entrée de l’information dans le système cognitif et la formation d’un engramme), son stockage (ou le maintien de la trace mnésique) et sa récupération (ou le processus ramenant la trace mnésique à la conscience). Ils entraveraient ainsi de différentes manières la résolution naturelle du traumatisme. Sur le plan structural, ils toucheraient tout particulièrement la mémoire autobiographique et entraveraient l’élaboration des souvenirs autobiographiques de l’événement traumatogène, les transformant en partie en reviviscences incontrôlables (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.53).

Les trois théories cognitives les plus influentes dans le domaine sont :

- 11- La théorie de la représentation duale de Brewin et de ses collaborateurs (Brewin, 2001, 2003 ; Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996) ;
- 12- Le modèle cognitif de l’état de stress post-traumatique d’Ehlers et de Clark (2000) ;
- 13- Le modèle CaR-FA-X de Williams et de ses collaborateurs (Williams *et al.*, 2007).

**Le modèle de la théorie de la double représentation de Brewin** et al repose essentiellement sur l’intégration de souvenirs conscients ou inconscients. Suite à un traumatisme, deux niveaux de mémoire vont être encodés en parallèle. Dans le premier niveau, les souvenirs sont accessibles verbalement. L’individu peut les récupérer volontairement et donc les intégrer progressivement. Cette mémoire va contenir des informations émotionnelles, cognitives et significatives de l’EPT. Cette mémoire pourrait, en cas de pathologie, expliquer les symptômes de type évitement ou amnésie partielle. Pour le second niveau de mémoire, les souvenirs sont

accessibles uniquement en situation, c'est-à-dire que, pour être activés, ils doivent être amorcés par des indices en lien avec la situation traumatisante. Ils ne peuvent donc pas être récupérés de manière volontaire et ne peuvent pas être intégrés progressivement. Cette mémoire pourrait expliquer les symptômes de type reviviscences ou encore les cauchemars. Ces deux niveaux de mémoire vont être modulés par différentes variables, comme le type d'attribution (préalablement décrit) des facteurs en lien avec la personnalité de l'individu, un sentiment de détresse émotionnelle, l'environnement de l'individu ou encore le soutien social. Le modèle de Brewin et al se concentre sur les processus mnésiques, que ce soit au moment du traumatisme, ou après, lors de l'intégration de ces informations. Selon ces auteurs, ces processus sont modulés par des variables comme l'attribution ou encore l'environnement, et ils seraient responsables du développement de l'ESPT et des symptômes qui lui sont associés. En revanche, ce modèle n'intègre pas les autres altérations, que ce soit au niveau de la cognition, comme le déficit attentionnel, ou les dysfonctionnements cérébraux constatés. De plus, il n'aborde pas les risques de rechute psychotraumatique (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009).

**Dans leur approche cognitive du trauma, Ehlers et Clark (2000)** ont montré comment l'expérience traumatique peut amener l'individu à évaluer de nombreuses situations ultérieures selon un biais négatif (Rimé, 2009, p.285). Ehlers et Clark (2000) ont développé un modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique qui repose sur le principe selon lequel la nature extrêmement bouleversante de l'événement traumatogène interdirait aux individus de traiter sur le coup l'intégralité des informations traumatiques. Dès lors, la façon dont ces dernières seraient traitées en post-immédiat et par la suite jouerait un rôle essentiel dans le développement et le maintien du trouble. Ainsi, le risque de développer un état de stress post-traumatique serait élevé pour les personnes qui s'engageraient dans un traitement de l'information traumatique qui induirait la sensation que le danger présent au moment de l'exposition traumatique est toujours actuel. Dans cette perspective, deux éléments favoriseraient l'émergence de cette sensation de gravité et d'actualité de la menace :

- les évaluations négatives excessives de l'événement traumatogène et de ses conséquences ;
- certaines caractéristiques des souvenirs traumatiques : élaboration conceptuelle et contextualisation pauvres, intense mémorisation associative et attention initiale extrême sur certains stimuli, liens médiocres avec les autres souvenirs autobiographiques.

Une fois activée, la perception d'un danger immédiat déclencherait différents symptômes dont les intrusions et phénomènes de reviviscence, l'hyperactivation neurovégétative, l'anxiété et autres réponses anxieuses par association et provoquerait une série de réponses comportementales et cognitives qui aurait pour but de réduire la menace ressentie et la détresse anticipée. Mais certaines stratégies adoptées auraient pour conséquence d'empêcher tout changement cognitif et de chroniciser les difficultés (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009).

Pour Ehlers et Clark (2000), dans les suites d'un traumatisme psychique, ce qui différencierait les personnes qui sombrent dans un trouble chronique de celles qui se rétablissent naturellement tiendrait en l'incapacité des premières à envisager l'événement traumatogène comme un événement unique, limité dans le temps et dépourvu de conséquences négatives globales pour leur avenir. Ces personnes procéderaient à des évaluations particulièrement négatives de

l'événement traumatogène et/ou de ses conséquences. À leur tour, ces évaluations participeraient à la genèse d'un sentiment de menace actuelle, cette menace pouvant être externe – elle est alors liée à la manière dont la personne perçoit le monde en général – ou interne – elle est alors liée à la manière dont la personne se perçoit et perçoit ses compétences. Elles engendreraient également, outre la peur, diverses émotions comme la honte, la tristesse, la colère, etc. qui pèseraient dans le choix des stratégies d'adaptation post-traumatiques. Dans le cadre du modèle, plusieurs types d'évaluation de l'événement pourraient engendrer un sentiment de menace actuelle. En ce qui concerne la sensation d'une menace interne, les évaluations négatives pourraient porter sur des traits de personnalité ou constitutionnels ou sur les comportements que la personne a pu déployer lors de la confrontation traumatique ou sur les sensations ou émotions qu'elle a pu ressentir. En ce qui concerne la sensation d'une menace externe, les évaluations négatives pourraient conduire à une surgénéralisation des situations menaçantes, surgénéralisation qui conduirait elle-même à percevoir de nombreuses situations relativement anodines comme plus dangereuses qu'elles ne le sont. Elles pourraient également être liées à une exagération de la probabilité de survenue future d'événements catastrophiques préjudiciables pour la personne (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009).

**Le modèle CaR-FA-X (Capture and Rumination, Functional Avoidance and Executive control ; Williams, 2007)** intègre les différentes hypothèses pouvant expliquer ce mécanisme : l'évitement fonctionnel, la capture du rappel lié aux ruminations et le déficit des fonctions exécutives. L'évitement fonctionnel s'apparente à un évitement émotionnel du fait que le rappel de certains souvenirs soit fortement associé à une charge émotionnelle importante. Le rappel de souvenirs spécifiques pourrait générer des émotions négatives. Les souvenirs restent ainsi freinés à l'étape des événements généraux selon le modèle de Conway, afin de bloquer la survenue de l'émotion, on parle ainsi de surgénéralisation. Il s'agirait d'une inhibition du rappel des détails perceptivo-sensoriels du souvenir. Ce processus peut être considéré comme une stratégie permettant à l'individu de fuir l'émotion négative associée au souvenir. A l'origine, ce concept de surgénéralisation a été étudié chez les sujets traumatisés psychiques. En effet, Williams (1996) explique que la survenue d'un événement traumatique précoce déclencherait cette stratégie d'évitement émotionnel. Ainsi, les enfants victimes de traumatismes psychiques mettraient en place un système de rappel général pour tous les souvenirs les aidant à réguler l'intensité émotionnelle. Par conséquent, ces enfants ne parviennent plus à relancer la recherche en mémoire pour retrouver un souvenir spécifique. Une autre théorie est que les personnes appliquant cet évitement fonctionnel auraient la croyance que rappeler l'information spécifique émotionnelle accentuerait cette charge émotionnelle. Il leur semble cohérent que se remémorer un souvenir général n'impliquerait pas une émotion intense. La capture du rappel lié aux ruminations (réponse à une humeur négative, exemple : « j'ai toujours tout raté ») a été constatée chez des sujets dépressifs mais aussi chez des sujets traumatisés psychiques. Ces ruminations entraînent une activation notable des informations liées au soi et freinent la recherche de souvenirs spécifiques. La focalisation sur soi et sur des éléments négatifs favorise une représentation surgénéralisée du souvenir. Enfin, une altération des processus exécutifs conduirait à un déficit d'inhibition des informations non appropriées empêchant la recherche de souvenir spécifique. Comme le rappel génératif nécessite les processus exécutifs, cette théorie pourrait être à l'origine d'une surgénéralisation (Philippot, Feldman, 2004).

**Un modèle général pour les stress post-traumatiques a été proposé par Barlow en 2002.** Il montre comment la submersion émotionnelle du traumatisme qui correspond à un événement d'une violence, d'une soudaineté et d'une incontrôlabilité inhabituelle (viol, inceste, accident, rapt, tentative de meurtre, tremblement de terre, guerre) entraîne une submersion émotionnelle qui est ensuite traitée par les cognitions en fonction de la personnalité et du soutien trouvé dans l'environnement. Un des éléments cardinaux du modèle réside dans les cognitions qui donnent un sens personnel à la situation stressante. En particulier, l'appréhension anxieuse se traduit par des pensées automatiques d'incapacité à affronter le stresser. Des mécanismes de conditionnement expliqueraient également la liaison entre les émotions et des situations qui directement ou symboliquement rappellent la situation du traumatisme initial : c'est le contrôle par le stimulus (Cottraux, 2011, pp.81-82).

#### **10-4- Approche phénoménologique du traumatisme psychique**

Le terme « syndrome psychotraumatique », auquel sont attachés les psychiatres français, permet de se placer dans une perspective qui n'est pas trop marquée par l'idéologie, celle qui fait référence à la psychanalyse comme le concept de névrose traumatique (Freud, Ferenczi, Fenichel) ou d'état de stress post traumatique du DSM qui met l'accent sur la dimension biopsychologique du trouble et introduit une confusion entre stress et trauma. (Lempérière, 2011, p.7).

En effet, dès 1952, on commence à appliquer le terme de stress aux situations qui peuvent être interprétées comme psychiquement traumatisantes, telles que les interventions militarisées. L'application du concept de stress à celui de traumatisme a partiellement servi les intérêts politiques relatifs au statut et aux dédommagements des vétérans de guerre. En effet, ce n'est qu'à partir du moment où la détresse psychique des soldats a été appréhendée comme la résultante d'un phénomène « stressant », que la guerre s'est vue considérée comme l'agent étiologique de leur souffrance. Par conséquent, la question de la responsabilité personnelle, soulevée à travers des jugements négatifs comme la lâcheté, l'avarice ou autre contournée. La responsabilité était davantage imputée à des traits de personnalité péjoratifs consécutifs au combat, plutôt qu'au soldat lui-même. Si la répercussion politique de l'application du stress au traumatisme a largement contribué au respect des soldats psychologiquement accablés, elle n'a eu que des répercussions défavorables au niveau de nos connaissances concernant l'évolution, à moyen et à long terme, des effets de l'exposition aux événements traumatisants. La théorie classique sur le stress reste centrée sur les réponses physiques et psychologiques données simultanément ou immédiatement après l'événement en question. Le trauma va bien au-delà de celle du stress puisqu'elle prend en compte les effets à moyen et à long terme. Le trauma fait appel à des réactions pathologiques qui s'étendent sur une longue période, tandis que le stress implique des processus à court terme. Par ailleurs, tous les événements stressants ne sont pas traumatisants (Sadlier, 2001).

Précisons que la traduction française crée des différences de sens qui n'apparaissent pas dans la version originale de langue anglaise : *post traumatic stress disorder*. De ce fait, le mot *disorder* est remplacé par *état*, quand la traduction correcte est *trouble*, et de la même façon *post traumatic stress* devient de manière erronée stress post-traumatique, faisant ainsi de *traumatique* un complément d'objet direct, alors qu'en anglais il se présente comme un adjectif

qui modifie le nom stress. L'un des avantages de cette approche est qu'elle laisse cliniciens et chercheurs libres de travailler à partir de perspectives théoriques différentes. Cependant, le terme de stress est perçu comme peu approprié par les cliniciens qui lui reprochent une connotation théorique trop comportementaliste. Plus encore, dans le DSM, la quasi-absence des dynamiques sous-jacentes peut être critiquée comme une vision réductrice des troubles psychologiques, puisque cette classification ne prendrait en compte que les signes manifestes de la détresse psychique, sans les relier à l'histoire psychique du sujet et à son expérience subjective. En outre, en combinant les termes de stress et de traumatique, on a pris le parti consensuel d'associer des références classificatoires à la fois physiologiques, psychologiques et intrapsychiques (Sadler, 2001).

Dans ce cadre, le stress est défini comme suit « *la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défens, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée* » (Crocq, 2014, pp.9-10).

Les « syndromes psychotraumatiques » désignent l'ensemble des états séculaires consécutifs à un traumatisme psychique (Barrois, 1988 ; Crocq, 1998). Ils sont décrits classiquement dans les suites d'une catastrophe collective (bombardements de guerre, attentats, tremblements de terre, catastrophes naturelles ou technologiques, déportations) ou individuelle (accidents et agressions physiques ou sexuelles) (Chahraoui, 2014, p.5)

Plus récemment, se référant à Lacan, des cliniciens tels que Briole et Lebigot (1994) ont réhabilité cet aspect. Pour eux, ce qui fait essentiellement trauma, c'est la confrontation inopinée avec le réel de la mort. Dans la vie courante, nous ne sommes pas confrontés directement au réel du monde, mais à la réalité que nous en construisons, dès le stade de la perception, par le biais de nos symboles, de notre langage, de nos représentations mentales et de notre culture. Nous ne percevons du monde qu'une réalité édulcorée, travestie par le fantasme et choyée par le rêve (Crocq, 1999). Or, voici que l'événement violent nous met subitement et directement en contact avec le « réel de la mort », sans que nous ayons eu le temps ni même la possibilité d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant (selon Lacan), et d'habiller ce réel en réalité. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même, ou destruction totale, néantisation, avec ses vécus cliniques de « trou noir », ou de « panne psychique » par défaut de parole et de pensée (Crocq, 2014b, p.13).

Approfondissant la métaphore de l'effraction au travers du pare-excitation, Lebigot (2003 et 2004) dit que l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) nouer des liens avec le maillage des représentations de l'inconscient et se transformer ainsi en souvenir sensé, mais encore le lieu – inaccessible à la conscience – du refoulé originaire. C'est le lieu « d'avant le langage », où sont déposées les premières expériences du nourrisson, expériences brutes de jouissance dans la complétude alimentaire, ou d'anéantissement par défaut du contact maternel. Avec l'acquisition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement, à partir duquel elles constituent le socle d'élaboration fantasmatique de l'« objet perdu », où les angoisses de perte de satisfaction, de perte d'objet, et de castration, référées au principe du plaisir, remplaceront les angoisses

d'anéantissement (d'où l'intitulé de l'essai de Freud Au-delà du principe du plaisir). Or, l'expérience traumatique, court-circuitant le recours au langage, court-circuite aussi le refoulement originare et renvoie le sujet, horrifié et fasciné, à ses expériences archaïques d'anéantissement et de jouissance brute (Crocq, 2014b, p.13).

Le traumatisme psychique résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique : cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation (Lebigot, 2011).

Le traumatisme est une catastrophe personnelle, accompagnée du sentiment que la vie s'est arrêtée. L'effroi face à la menace vitale et les situations de stress majeurs entraînent des réactions immédiates et à long terme, dont certaines aboutissent à une décompensation psychosomatique. Un abord spécifique devrait permettre au sujet de revenir sur l'événement traumatique, d'établir des liens avec d'autres moments de son histoire, afin de faire le deuil de " l'avant " et d'investir à nouveau l'avenir (Ferragut, 2005).

Le traumatisme psychique est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement stressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique et/ou psychique d'un individu qui y est confronté. Il donne lieu subjectivement à une expérience vécue d'effroi, d'horreur et d'absence de secours. Dans les suites immédiates de la confrontation à une situation de "catastrophe", le sujet peut développer un état de stress aigu, réaction bio-physio-psychologique immédiate d'alarme et de défense. Certaines personnes présenteront par la suite un état de stress post-traumatique, d'autres non (Morgan, 2012).

Le traumatisme psychique confronte brutalement l'individu à la mort, sans que celui-ci y ait été préparé. Ce sont toutes les composantes de la personne qui se retrouvent ainsi face à une expérience qui ne trouve pas de système signifiant pour l'accueillir, provoquant une rupture dans l'organisation de la structure globale du sujet (Tchatié, 2007).

Le traumatisme psychique, issu de la rencontre avec la mort et de l'angoisse de néantisation a non seulement des effets désorganisateur directement sur le psychisme individuel, mais aussi sur le sentiment d'appartenance à un groupe social. Il se manifeste à la fois par une effraction des enveloppes psychiques et une effraction des enveloppes groupales (Damiani, 2004).

### **10-5- Approche psychanalytique du traumatisme psychique**

Le traumatisme est historiquement une notion centrale dans le champ de la médecine chirurgicale. Avec les revendications des associations de victimes, il est devenu un syndrome psychiatrique. La psychanalyse va s'efforcer tout au long du siècle dernier d'en décrire son fonctionnement (Rebière, 2014).

Le traumatisme psychique, ou trauma, demeure aujourd'hui encore une question difficile pour la psychanalyse, un lieu de malentendus et de confusions, traversé par de multiples enjeux, relevant tant de l'histoire de la psychanalyse avec et après Freud que de l'état actuel de notre société et de l'histoire du XXe siècle. Cela est certainement renforcé par le succès même du

terme depuis une vingtaine d'années, bien au-delà des cliniciens, succès lié comme toujours à une banalisation de la notion. De ce fait, les questions qui posaient tellement problème à Freud pour définir le trauma, non seulement sont toujours là, mais le sont sous la forme d'alternatives souvent autrement plus figées que les ouvertures proposées par le parcours freudien, qui donne aujourd'hui encore à penser de par son caractère évolutif (Chiantaretto, 2009, p.163).

En effet, la notion du traumatisme a été étendue au domaine psychique, notamment grâce à Freud. La notion de trauma psychique est évidemment métaphorique : on imagine que le psychisme d'un individu est l'équivalent d'un corps physique ; s'il y a des plaies physiques, pourquoi pas de plaies psychiques ? (Neuburger, 2005, p.19). Dans ce cadre, l'approche psychodynamique a proposé une théorie cohérente du traumatisme et de ses différents effets qui reste une référence majeure aujourd'hui pour comprendre ce syndrome (Chahraoui, 2014, p.5). Dès lors, les premiers travaux psychanalytiques sont une référence majeure dans la compréhension clinique des traumatismes psychiques et ils ont été enrichis par de très nombreux apports plus actuels (Chahraoui, 2014, p.9)

Bokanowski (2002) propose un découpage temporel et conceptuel que nous allons adopter dans cette présentation, tout en recourant à plusieurs auteurs dans la présentation de l'évolution de l'approche psychanalytique du trauma :

#### - **Première conception du trauma (1895-1920) : la théorie de la séduction**

Au moment des « études sur l'hystérie » (1895), Freud élabore ce qu'on appelle sa théorie de la séduction : une séduction sexuelle d'un enfant par un adulte semble le prototype qui donne aux névroses leur étiologie. En ce sens, le trauma est toujours sexuel. Le trauma se constitue en deux temps : d'abord l'enfant est immature, passif et non préparé à la scène sexuelle, puis cette scène trouve son sens sexuel dans l'après-coup de la puberté, lors d'un second événement qui ravive les traces mnésiques du premier dont le souvenir avait été effacé. Le premier événement est datable et subjectivement important par les affects qu'il est susceptible d'entraîner. Le second événement, parfois anodin, en ramenant le souvenir du premier déclenche un afflux d'excitations sexuelles qui vont déborder les défenses du moi. Nous voyons ici apparaître la dimension économique du concept, c'est-à-dire l'aspect quantitatif, en tant que cette valeur advient dans l'après-coup (Croas, 2012, p.28).

Dans cette première élaboration freudienne, le traumatisme est essentiellement de nature sexuelle et ne se comprend qu'à la lumière de la théorie de l'après-coup (Chahraoui, 2014, p.9).

Mais un premier virage théorique, quant à la conception du trauma, mène Freud à d'autres développements. En 1897, dans une fameuse lettre à Fliess, il écrit « je ne crois plus à ma neurotica ». Il réalise en effet que les scènes de séduction sont souvent inventées par les patients mais que l'effet des fantasmes inconscients et de la réalité psychique est le même quant au résultat. Loin de nier la réalité de certains traumatismes, Freud trouve que certains traumatismes sont des constructions complétées par le fantasme à partir d'indices de réalité. Si Freud, en 1916, oppose réalité matérielle et réalité psychique, c'est pour pointer le rôle dominant de cette dernière (Croas, 2012, p.28).

« Je ne crois plus à ma neurotica » écrit Freud à Fliess dans une lettre du 21 septembre 1897. Cette phrase bien connue sonne le glas de la théorie de la séduction réelle et systématique d'un

enfant de la part d'un adulte et retrouvée dans l'après-coup chez ses patientes hystériques pour laisser place dans certains cas, et Freud opère là un étonnant rétablissement, à une « fiction investie d'affect ». Ce qui serait constant chez l'hystérique ne serait peut-être pas qu'elle ait réellement subi l'inceste mais qu'elle le dise, le croit sans doute, en tout cas le vive. D'où la naissance du concept de fantasme, concept qui vient prolonger celui d'après-coup, consubstantiel de celui d'une séduction initiale de l'enfant et ravivé dans un second temps par l'activation, à la puberté par exemple et sur les bases laissées par le premier, de l'événement traumatique initial. Le dégagement dès 1916 par Freud de la notion de réalité interne va permettre aussi de se libérer en partie et de dépasser des oppositions interne/ externe, réalité/fantasme. La prise en compte de la réalité psychique permet de travailler sur l'aspect dynamique du fonctionnement psychique et permet de comprendre que la réalité externe ou liée à un événement peut être reprise dans une subjectivité qui lui donne sens, consistance et cohérence, liant de façon indissoluble les deux facettes (Croas, 2012, p.25).

La névrose est donc en psychanalyse un trouble mental qui ne comporte pas d'étiologie organique démontrable. La névrose relève de conflits refoulés dans lesquels les fantasmes inconscients, la sexualité infantile, les traumatismes, les fixations-régressions jouent un rôle majeur dans l'expressivité des symptômes. Autrement dit, le névrosé reste attaché à certaines phases de son développement psychoaffectif, phase au cours desquelles il a reçu des satisfactions excessives ou subi des frustrations cumulatives (ou encore subi des traumatismes d'ordre divers) qui l'ont contraint au recours et retour à un stade antérieur, ou les exigences libidinales étaient satisfaites (névrose infantile) (Pirlot, Cupa, 2012, p.12).

#### - **Deuxième conception du trauma (à partir de 1920) : la perspective économique**

C'est par le biais des névroses de guerre et des névroses traumatiques que Freud continue à spéculer et en arrive à sa véritable conception économique et donc quantitative du trauma. Il s'agit d'un tournant conceptuel : même si Freud reconnaît très tôt la dimension énergétique, la conception de la séduction en termes d'après-coup et de fantasmes laisse maintenant la place à une conception purement économique du traumatisme.

Ce n'est que dans les années vingt que Freud revient sur la théorie du traumatisme. Les dégâts tant physiques que psychiques de la première guerre mondiale, chez les soldats mais aussi dans la population, amènent Freud et un bon nombre de psychopathologues à se pencher sérieusement sur l'étude des névroses traumatiques. Freud reconnaît alors les spécificités de cette pathologie et pose, en 1920, les éléments déterminants d'une métapsychologie du traumatisme. Du point de vue topique, le traumatisme se définit comme une effraction psychique étendue du pare-excitations provoquant au niveau économique un envahissement et un débordement du système par une quantité importante d'énergie non liée. Le psychisme est débordé ici par une absence de préparation par l'angoisse (angoisse signal). Sur le plan clinique, le sujet est fixé psychiquement au traumatisme, en témoignent les phénomènes de répétition (rêve de répétition, ruminations mentales, réactions de sursaut) qui le ramènent inlassablement à la situation traumatique initiale. Pour Freud (1920) la répétition a pour fonction de tenter de maîtriser la représentation de l'événement traumatique et d'abrégier la force de cette première impression (Chahraoui, 2014, p.10).

### - **Le débat Freud-Ferenczi**

Ferenczi, ne cessera au cours de ses travaux de souligner la valeur traumatique des événements violents de la réalité. Concernant les traumatismes sexuels, il critique l'abandon par Freud de sa neurotica et pense que les analystes sous-estiment l'importance des expériences traumatiques réelles de la toute première enfance (1933). Selon Ferenczi, le traumatisme sexuel a bien une origine externe et a des conséquences immédiates au niveau du moi, il fait partie de la réalité et non d'un processus inconscient : il s'agit de la séduction sexuelle par un adulte à l'encontre d'un enfant. Ce traumatisme annihile toute possibilité de réaction chez ces enfants. Pendant la première guerre mondiale, Ferenczi a, du point de vue clinique, une position privilégiée pour étudier les névroses traumatiques puisqu'étant médecin chef d'un service de neurologie ; il a l'occasion d'analyser quelque 200 cas de névroses de guerre. Selon Ferenczi (1916, 1919), le traumatisme psychique à l'origine des névroses de guerre se traduit par sa soudaineté, sa brutalité et l'incapacité du sujet à défendre contre un choc qui implique une menace vitale. Les conséquences narcissiques d'un tel traumatisme psychique sont à nouveau soulignées (Chahraoui, 2014, pp.10-11).

Ferenczi commence à écrire sur le trauma avant la rédaction du journal clinique. Ses notes sont théorisées dans confusion de langue entre les adultes et l'enfant, le langage de la tendresse et de la passion et dans Notes et fragments (1930-1932). Toujours à propos d'un événement traumatisant, dans un article posthume de psychanalyse IV, il parle d'un « choc » équivalent à l'anéantissement de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre, pouvant aller jusqu'à l'écroulement. Dans Journal clinique, il parle d'une « commotion psychique », réaction à une excitation extérieure ou intérieure sur un mode autoplastique (qui modifie le soi) plutôt qu'aloplastique (qui modifie l'extérieur). Cette modification implique « une dissolution du soi précédent ». Un nouveau moi ne peut être formé directement à partir du moi précédent, mais à partir de fragments, produits plus ou moins élémentaires de la décomposition de celui-ci (éclatement, atomisation, fragmentation). La force relative de l'excitation « insupportable » décide du degré et de la profondeur de la décomposition du moi. Selon la force de l'excitation, il peut y avoir changement de l'état conscient, perte de l'état conscient, syncope, ou mort. Ferenczi définit également le mécanisme d'introjection, processus fondamental dans le développement psychique de l'enfant en relation avec les fantasmes d'incorporation. Il décrit ainsi le mécanisme d'identification à l'agresseur dans le syndrome post-traumatique par introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte (Chauvel, 2013, p.21).

### - **Troisième temps du trauma : A la fin de l'œuvre**

Enfin dans « Moïse et le monothéisme » (1939), vers la fin de sa vie, Freud renouvelle le sens essentiellement économique du terme « trauma » et le spécifie en relation avec le narcissisme traumatique de celui de l'hystérie et il définit le traumatique comme une effraction du pare-excitation des excitations externes et le temps de sa constitution (Croas, 2012).

Ainsi, pour le lecteur qui tente de s'introduire à la connaissance de la psychanalyse à l'aide des ouvrages les plus accessibles, les plus populaires, le traumatisme constitue une des premières notions explicatives facilement recevables. Si un sujet souffre de troubles névrotiques plus ou moins importants, il peut sembler concevable que ce soit parce qu'il a été « traumatisé ». Ici, les explications de Freud, au moins celles de ses premiers ouvrages, semblent s'accorder

facilement avec le bon sens ordinaire. À moins que la psychanalyse n'ait déjà influencé nombre de représentations que nous prenons aujourd'hui comme évidentes (Chemama, Vandermersch, 2009, p.593).

En effet, dans les premières œuvres de Freud, et notamment dans ses lettres à Fliess (1887-1902), la théorie du traumatisme est liée à celle de la séduction précoce. Notons par ailleurs que la théorie de la séduction précoce suppose une action traumatique en deux temps : l'incident déplaisant aurait eu généralement lieu dans l'enfance, voire dans la petite enfance. Mais c'est seulement lorsqu'il se trouve réactivé, dans l'après coup, à la puberté, qu'il se montre réellement pathogène. Freud cependant devait abandonner la théorie de séduction précoce. Devant les récits trop systématiques de ses patients, et notamment des hystériques, il se mit à concevoir des doutes, et peu à peu s'imposa l'idée que l'incident sexuel invoqué n'avait pas réellement eu lieu, qu'il appartenait en fait à la sphère du fantasme. La théorie de la sexualité infantile, à laquelle il se trouva alors amené, rendit caduque l'idée d'un enfant introduit de l'extérieur à la sexualité, victime seulement de la perversité des adultes (Chemama, Vandermersch, 2009, p.594).

En conclusion cependant, il semble difficile, dans le cadre de l'élaboration psychanalytique, de donner une valeur trop grande à ce qui est seulement événementiel. Les événements, sexuels ou non, sont toujours réélaborés par le sujet, intégrés au savoir inconscient. Si vraiment nous voulions garder l'idée d'un traumatisme, il serait plus juste de dire que le sujet, en tant que tel, subit en effet un traumatisme : un traumatisme constitutif, qui est l'expérience même du langage, puisque, dès lors qu'il parle, il n'a pas d'accès direct à l'objet de son désir, qu'il doit s'engager dans la demande et en est réduit finalement à faire passer sa jouissance par le langage lui-même (Chemama, Vandermersch, 2009, p.595).

#### **10-6- Autres approches du traumatisme psychique**

Seront présentées ici l'approche transculturelle et l'approche humaniste du trauma. Comme l'indique Godfryd (2002), le fait psychiatrique s'il est individuel et existentiel, il s'inscrit néanmoins dans une matrice sociale, donc dans des valeurs et une organisation régie par des normes (Godfryd, 2002, p.3).

Dès lors, il existe une variabilité interindividuelle très forte dans les conséquences psychologiques et psychiatriques faisant suite à une rencontre avec l'indicible, l'innommable. L'écologie individuelle s'articule à l'écologie collective de la communauté, à ses rites et traditions, à son mode de vie, son système de représentations, de valeurs, et à sa spiritualité. Un événement s'avère alors être traumatique pour un individu en fonction du sens donné à cette expérience de vie, appréciée au travers du prisme de codes culturels qu'il a intégrés et qui font partie de sa vie subjective. Le clinicien se doit alors d'appréhender l'importance des dimensions culturelle et psychosociale dans le processus de traumatisation et d'émergence du TSPT. Il s'agit de donner au patient la possibilité d'élaborer l'événement traumatique dans une démarche active et exploratoire (Nonnotte, 2017).

Dans ce cadre, Moro (2016) écrit que Le psychotraumatisme est transnosographique car il touche tous les champs de la psychiatrie dans son expression clinique, et il est transculturel de par son universalité. Le traumatisme ne se raconte pas ; il s'éprouve et c'est en cela qu'il est

difficile à dire et à repérer, les maux remplaçant les mots. Les comorbidités sont le plus souvent la porte d'entrée pour soigner le psycho-traumatisme si le clinicien pense à le rechercher. Même si la dimension traumatique est davantage pensée chez les migrants de par leur parcours, la dimension transculturelle en déforme l'expression et brouille le repérage pour les cliniciens insuffisamment formés et est source d'erreurs diagnostiques avec les psychoses en particulier. L'introduction d'un guide de formulation culturelle (GFC) en annexe du DSM-IV a pour but de les réduire. Le GFC puis l'entretien de formulation culturelle (EFC) du DSM-5 se basent sur les concepts fondateurs de l'ethnopsychiatrie (Moro, 2016, p.267).

Par ailleurs, une approche humaniste du trauma se concentre sur les agents thérapeutiques de transformation qui aident l'individu à passer de « victime » à « survivant » et « thriver » face au trauma. Une étude qualitative approfondie de ces facteurs de transformation parmi des participants identifiés comme des survivants ou des « thrivers » révèlent la présence de thématiques autour du sens et de la confrontation à la mort. Dans une perspective humaniste, un événement traumatique est une perturbation si sérieuse qu'elle menace notre existence, bouleverse les fondations de ce que nous sommes et de ce que nous avons été. Cela nous met face à la plus basique des impuissances et notre mortalité. Le trauma nous confronte à la réalité de la mort, balayant nos vies aseptisées et notre monumental déni de la mort. Une approche humaniste de la psychologie du trauma peut amener à rapprocher les êtres de leur vérité et de leur humanité. Cela s'opère en soutenant les survivants d'un trauma dans leur confrontation aux problèmes et aux fondamentales questions existentielles de la mort et du sens profond de la vie et en les aidant à atteindre de nouveaux niveaux de croissance spirituelle et psychologique. En transcendant le trauma, les survivants peuvent devenir des « thrivers » (Knafo, 2016).

Ainsi, Alleaume (2019) parle du traumatisme et du continuum des dynamiques adverses/traumatiques dans la perspective de la psychologie humaniste. Il décrit, dans cette perspective, les concepts d'auto-actualisation, de thriving et de croissance post-traumatique, qui constituent des articulations intéressantes entre un positionnement humaniste et une clinique consacrée aux traumatismes. L'auteur plaide en faveur du caractère holistique, non-pathologisant et foncièrement subjectif de la compréhension humaniste des dynamiques adverses et traumatiques.

## **11- La dissociation traumatique**

La dissociation embrasse plusieurs champs de la psychopathologie. La question de la dissociation traumatique est identifiée ces dernières années comme une question de plus en plus centrale dans la prise en charge des troubles post-traumatiques (Smith, 2012, p.207). En effet, les troubles dissociatifs sont une réponse aux traumatismes extrêmes subis pendant l'enfance et ancrés dans la mémoire. Ces troubles se manifestent par une altération de la conscience avec des pertes fonctionnelles (amnésie, troubles de l'identité, paralysie, pertes de sensations...) ou des intrusions (flashbacks, voix...). Souvent confondus avec d'autres pathologies, notamment les psychoses dissociatives, ils sont un concept fondamental en psychotraumatologie (Lopez et al, 2012).

Ainsi, la dissociation traumatique est un sujet qui suscite au niveau international un intérêt croissant dans la compréhension et le traitement de nombreux troubles post-traumatique (Kédia, Vanderlinden, Lopez, 2019, p.XI).

La dissociation est un continuum de non-réalisation : pas réel, pas vrai, pas le mien, pas moi. Cette non-réalisation est l'incapacité à saisir les aspects essentiels de l'expérience externe (Steel, Boon, Hart, 2018, p.27).

Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement. Les symptômes dissociatifs peuvent perturber tous les domaines du fonctionnement psychologique. Les symptômes dissociatifs sont ressentis comme a) des intrusions spontanées dans la conscience et le comportement, accompagnées d'une perte de la continuité de l'expérience subjective (c.-à-d. les symptômes dissociatifs « positifs » comme la fragmentation de l'identité, la dépersonnalisation, la déréalisation) et/ou b) une incapacité à accéder à certaines informations ou à contrôler certains processus mentaux qui sont normalement facilement accessibles ou contrôlés (c.-à-d. les symptômes dissociatifs « négatifs » comme l'amnésie). Les troubles dissociatifs sont souvent rencontrés dans les suites d'un traumatisme, et plusieurs de leurs symptômes, notamment la gêne et la confusion qu'ils provoquent, ou bien le désir de les cacher, sont influencés par la proximité du traumatisme. Le DSM-5 place les troubles dissociatifs après les Troubles liés à un traumatisme ou à des facteurs de stress, sans toutefois les y inclure, pour indiquer la relation étroite qui existe entre ces classes diagnostiques. Autant le trouble stress aigu que le trouble stress post-traumatique comportent des symptômes dissociatifs, comme l'amnésie, des flashbacks, un engourdissement physique et une dépersonnalisation/déréalisation. La dépersonnalisation/déréalisation est caractérisée par des expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation (c.-à-d. des expériences d'irréalité ou de détachement de son esprit, de soi-même ou de son corps) et/ou de déréalisation (c.-à-d. des expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur). Lors de ces expériences, l'appréciation de la réalité est intacte. Il n'y a pas d'argument pour distinguer les sujets qui présentent surtout des symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation. Par conséquent, les individus qui ont ce trouble souffrent soit de dépersonnalisation, soit de déréalisation, soit des deux. L'amnésie dissociative est caractérisée par une incapacité à se rappeler des informations autobiographiques. L'amnésie peut être localisée (c.-à-d. un événement ou une période de temps), sélective (c.-à-d. un aspect spécifique d'un événement) ou bien globale (c.-à-d. l'identité et l'histoire personnelle). Fondamentalement, l'amnésie dissociative consiste en une incapacité à se rappeler des informations autobiographiques qui ne peut pas se réduire à un oubli banal (DSM5, 2015, p.380).

Certains individus ayant subi un traumatisme souffrent à la fois d'un trouble stress post-traumatique et d'un trouble dissociatif de l'identité. De ce fait, il est essentiel de distinguer les individus qui ont uniquement un trouble stress post-traumatique et ceux qui souffrent des deux. Certains sujets ayant un trouble stress post-traumatique ne se souviennent pas d'une partie ou de la totalité d'un événement traumatique spécifique (p. ex. la victime d'un viol ayant une dépersonnalisation et/ou une déréalisation qui ne se souvient d'à peu près aucun des événements survenus pendant toute la journée du viol). Lorsque l'amnésie s'étend au-delà du moment même du traumatisme, il est justifié de porter un diagnostic d'amnésie dissociative comorbide (DSM5, 2015, pp.390-391)

Dès lors, la dissociation est la clé de compréhension de la traumatisation. L'apparition de symptômes dissociatifs pendant et après un événement traumatisant indiquent une insuffisance de la capacité de l'individu à intégrer au moins une partie de l'expérience au moment de l'évènement (Allard-Dansereau, Cyr, Hébert, Tourigny, 2017).

## **12- La mémoire traumatique**

Il est rassurant de penser que la mémoire est une faculté naturelle de l'homme, constituée de processus reposant sur des bases biologiques complexes mais autosuffisantes, allant des organes périphériques perceptifs aux réseaux neuronaux distribués entre le cortex cérébral, le thalamus, l'hypothalamus, l'hippocampe et l'amygdale (Patino-Lakatos, 2019, p.3).

Levine (2016) explore le lien fondamental qui existe entre la mémoire et le traumatisme. En effet si notre corps et notre cerveau n'avaient pas cette capacité de mémoire, le traumatisme n'existerait pas. Traumatisme et mémoire sont donc liés et comprendre le fonctionnement de cette interaction est fondamental dans le traitement du traumatisme.

On considère qu'il nécessite trois étapes pour la mémoire : l'encodage, la consolidation et la récupération. La première étape de mémorisation d'une expérience (ici événement traumatique) est « l'encodage » qui permet de traduire dans un format spécifique les informations de l'environnement perçues au niveau sensoriel. La deuxième phase, dite de « consolidation » ou de rétention, correspond au stockage de l'information sous forme de représentations d'une manière durable dans la mémoire à long terme. Enfin, la troisième étape, dite de rappel (ou de récupération) permet au souvenir d'être extrait de la mémoire et réutilisé dans un contexte donné (Mouchabac, El-Hage, Ferreri, 2016, p.849).

La majorité des hommes confrontés à un événement potentiellement traumatique ne structureront pas de trauma. La plupart des sujets qui souffriront de symptômes post-traumatiques guériront spontanément. Seuls quelques patients garderont une mémoire pathologique. Appréhender la psychotraumatologie par une clinique de la mémoire est complexe car la physiologie précise des mécanismes mnésiques normaux demeure grandement inconnue. La mémoire traumatique resurgit sans cesse au présent en grevant les perspectives d'avenir. Traduisant la complexité anamnétique et clinique du trouble post-traumatique, plusieurs systèmes mnésiques sont impliqués dans sa genèse et sa pérennisation : mémoires explicites et implicites, mémoires sensorielles et émotionnelles, mémoire de travail, mémoires épisodiques et sémantiques. Ces dimensions mnésiques naturellement reliées entre elles, mais dissociées par le trauma, peuvent être frappées de différents mécanismes d'oubli. Favoriser « une amnésie » de la scène traumatique (Auxéméry, 2016).

## **13- Le deuil traumatique**

En France, ce deuil avec traumatisme est souvent appelé « deuil post-traumatique ». La coexistence du deuil et du traumatisme se trouve réalisée lorsqu'un sujet a perdu un de ses proches dans des circonstances où sa mort, provoque chez lui une effraction traumatique (Lebigot, 2011, p.66).

Dans ce cadre, Vitry (2014) considère que le deuil peut être considéré comme traumatique lorsqu'il intervient dans des circonstances potentiellement traumatiques, par exemple lorsque

l'annonce du décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation – crash d'avion, tsunami, attentat –, lorsque les corps des défunts ont disparu ou sont détruits. Cette forme de deuil se caractérise par un impact émotionnel initial qui engendre une intensité et une pénibilité des symptômes ressentis. À la perte vient se mêler l'effroi de ce qui a fait effraction principalement au moment de l'annonce du décès, avec l'effet de confrontation brutale au réel de la mort. Le deuil lié à une mort par homicide est particulièrement douloureux et s'accompagne de peurs diffuses, de colère et de recherches fantasmatiques de vengeance. L'attente du procès met en suspension le déroulement du deuil et le verdict apporte souvent un apaisement (Vitry, 2014, p.103).

Ainsi, le deuil post traumatique survient lorsque la mort d'autrui se produit en même temps qu'une rencontre avec le réel de la mort ou une menace de mort pour le sujet. Dans ce type de deuil, les symptômes compliquent, ralentissent, voire empêchent le travail de deuil. Le travail de deuil, s'il est difficile à ses débuts, se traduit par une nostalgie intense et une recherche de souvenirs. Le deuil s'appuie, au départ sur des objets concrets et sur des témoignages d'autrui, puis sur une évocation des perceptions passés, si désirées qu'elles évoquent parfois des phénomènes d'illusions confondues avec des hallucinations, et enfin par une mise en sens de la situation, généralement aidée par la communauté. A distance de la perte, la reconstruction du lien développée à nouveau, mais conjuguée au passé, donnant finalement lieu à une certaine créativité et inventivité. Le travail de deuil est exemplaire de la mise en place de la mentalisation de la perte, c'est-à-dire de l'articulation progressive du lien affectif à l'objet et de toutes représentations pour aboutir à son intériorisation. Dès lors, l'idée principale du deuil traumatique est donc que la souffrance dans laquelle la perte plonge le sujet est vécue comme traumatique (Bacqué, 2003).

Sur le plan nosographique, le texte de la CIM 10 concernant l'état de stress post-traumatique ne mentionne pas le deuil. Par contre, la CIM 11 ajoute le deuil prolongé, réaction de deuil persistante et envahissante d'une durée de plus de six mois. De son côté, le DSM 5 (2015) aborde la question du deuil traumatique dans le point 7-6 intitulé « *Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié* » en le nommant trouble de *Deuil complexe persistant* et qui consiste en un deuil chronique caractérisé par de l'aigreur, de l'agressivité et des sentiments ambivalent quant à la personne décédée et accompagnée par un retrait intense et prolongé. Il est à distinguer du deuil normal. Ce syndrome de « deuil complexe persistant » (DCP) et fait partie des affections proposées pour des études complémentaires dans le DSM 5. Le but en est sûrement de créer une entité nosographique distincte.

Ainsi, les critères diagnostiques du DCP ont été inclus dans la section III du DSM-5 et référencés dans la catégorie *autre trouble lié à des traumatismes et à des facteurs de stress, spécifié*. Cependant, les données provenant de sources cliniques et communautaires indiquent que ces critères ne sont pas suffisamment sensibles. Par conséquent, nous ne recommandons pas aux lecteurs d'utiliser ces critères. Les caractéristiques essentielles du DCP (voir chapitre 3, « Cadre conceptuel et controverses dans les troubles de l'adaptation ») incluent la persistance des symptômes caractéristiques depuis au moins 12 mois (6 mois chez les enfants) après la mort d'une personne importante (Critère A). Les symptômes du DCP comprennent une détresse de séparation intense et des inquiétudes troublantes concernant certains aspects de la perte (Critère B). La plupart des gens réagissent fortement à la perte d'un être cher pendant les premières

semaines et les mois suivant le décès. Les personnes endeuillées éprouvent une douleur aiguë qui peut être intensément pénible et perturbante. Les deux principales différences entre ce modèle plus typique de deuil et le DCP sont 1) que la détresse liée à la séparation est exceptionnellement forte dans le DCP et 2) que la personne endeuillée est très troublée et concentre beaucoup d'attention sur les facteurs liés à la façon, au moment et à la raison (comment, quand et pourquoi) du décès de la personne ou sur les conséquences de la mort. Le plus souvent, ces symptômes de DC sont chroniques et persistants et causent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement (Critère D) (Patricia, 2018, p.140).

On conclut sur la nécessité d'articuler les théorisations psychopathologiques et les conceptualisations phénoménologique de la mort. Cette dernière doit être comprise avant tout comme une expérience subjective au dépend de toute tentative d'objectivation.

### **14-Les troubles associés au traumatisme psychique**

Il existe une association fréquente entre les troubles psychotraumatiques et de nombreux troubles d'allures somatique, dépressive, pseudo-délirante et des troubles des conduites. On trouve ainsi : Des troubles somatiques avec asthénie physique et psychique, difficultés sexuelles (impuissance, frigidité), conversions, céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcères, aménorrhées, troubles psychosomatiques, plaintes somatiques diverses, des troubles névrotiques avec développement de phobies ou de rituels protecteurs véridictaires, des troubles de conduites avec anorexie, boulimie, tabagisme, alcool, drogue, conduites violentes. Les troubles de l'irritabilité sont très fréquents, des troubles dépressifs qui se manifestent au travers d'épisodes dépressifs majeurs, de deuils traumatiques ou d'idées suicidaires et des délires post-traumatiques que l'on peut retrouver dans des situations très spécifiques (Chahraoui, 2014, pp.17-18).

Selon le DSM 5 (2015), les individus souffrant d'un TSPT ont 80 % plus de risques que ceux sans TSPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique. La comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance et un trouble des conduites est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de l'anxiété de séparation. Enfin, il y a une comorbidité considérable entre TSPT et troubles neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles (DSM 5, 2015, p.361). La CIM 10 (2012) de son côté, note que l'ESPT est « fréquemment associé à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire » (CIM 10, 2012, p.246).

L'étude européenne ESMedD / MHEDEA (2000, 2005) montre la coexistence très fréquente de l'ESPT avec un autre trouble anxieux, sans différence notable entre hommes et femmes. Dans cette étude, les troubles les plus fortement associés à l'ESPT sont la dépression majeure, la dysthymie, le trouble panique, l'anxiété généralisée, l'agoraphobie. Différentes études épidémiologiques retrouvent des taux de 30 à 50 % de dépression chez des patients ayant un état de stress post-traumatique. Ces taux sont encore plus élevés, de 60% à 90% lorsque les

études concernent des populations exposées à des événements traumatiques militaires (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013).

Chez l'enfant, la comorbidité de l'ESPT avec un autre trouble est fréquente. 75% des jeunes présentant un ESPT auraient aussi un autre trouble comorbide ; les troubles les plus souvent notés sont également la dépression et le trouble anxieux (la phobie spécifique représentant un aspect de l'événement traumatique). Le trouble oppositionnel, les idées suicidaires et l'abus de substance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et les difficultés d'apprentissage sont aussi associés et doivent être recherchés attentivement (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013, p.197).

L'appréciation du risque suicidaire doit être systématique lors de l'évaluation clinique d'un patient souffrant d'ESPT. Cliniquement les traumatismes de type II et notamment les agressions sexuelles sont plus fréquemment associées que les autres traumatismes à un risque suicidaire élevé. Le risque suicidaire est lié à l'ESPT lui-même mais aussi aux troubles comorbides associés notamment dépressifs, anxieux et addictifs (De Foucault, 2013, p.201).

Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes, même après des traumatismes autres que des abus sexuels (Schulz, Sartorius, 2016, p.589).

Le traumatisme est une catastrophe personnelle, accompagnée du sentiment que la vie s'est arrêtée. L'effroi face à la menace vitale et les situations de stress majeurs entraînent des réactions immédiates et à long terme, dont certaines aboutissent à une décompensation psychosomatique (Ferragut, 2005). Dans ce cadre, Stora (1999) propose un nouveau modèle mettant en relief l'importance des événements traumatiques dans le déclenchement des maladies somatiques, le rôle des émotions dans la transmission de la charge affective au niveau du corps, la participation du corps dans les troubles psychiques, le rôle de l'équilibre psychologique et affectif, de l'histoire personnelle et de l'environnement dans la maladie, l'influence de la vie spirituelle dans le vécu des événements traumatiques.

Les cliniciens expliquent la présence des troubles comorbides de différentes façons. Premièrement, le trouble comorbide apparaîtrait indépendamment, comme un résultat de l'expérience traumatique. Dans une deuxième explication, le trouble comorbide serait en fait une extension du noyau des symptômes du PTSD. Enfin il est également cliniquement possible que les taux élevés de comorbidité soient liés à une vulnérabilité latente, présente à l'intérieur de l'individu, qui augmenterait la probabilité de développer un PTSD tout comme d'autres troubles mentaux (Zech, Vandebussche, 2011, p.20). À ce sujet, Ducrocq (2011) rajoute d'autres explications, en lien notamment, avec une simple complication, voire chez des sujets vulnérables, comme une évolution naturelle d'un ESPT non repéré ou mal traité ; mais il peut s'agir des troubles qui partageraient des déterminismes, une étiopathogénie ou une vulnérabilité commune quand la dernière hypothèse dénonce des imperfections ou approximations nosographiques à l'origine d'une confusion entre les troubles (Ducrocq, 2011, p.44).

De ce fait et comme le souligne si bien Rothschild (2008), le syndrome de stress post-traumatique « peut ainsi former un cercle très vicieux » (Rothschild, 2008, p.13).

## 15-Le diagnostic différentiel du traumatisme psychique

Le diagnostic permet de « mieux comprendre et traiter les personnes réelles qui viennent à nous en sollicitant l'aide » (DSM5, 2016a, p.XXII). Il est à noter « qu'un jugement clinique expérimenté est souvent nécessaire pour différencier le normal et le pathologique concernant l'établissement d'un diagnostic global, l'évaluation des critères diagnostiques spécifiques et l'identification de comorbidité importante » (DSM5, 2016b, p.XXXV).

Le diagnostic différentiel représente le cœur de notre travail de cliniciens. Quand nous sommes confrontés à des symptômes, notre tâche initiale est de trier, parmi l'ensemble des diagnostics, ceux qui pourraient fournir la meilleure explication aux plaintes du patient. Une fois que nous avons sélectionné une liste de candidats, nous devons dans un second temps recueillir des données complémentaires-à partir de l'histoire personnelle, de ce qui est rapporté par d'autres informants, des dossiers médicaux, de l'examen psychiatrique et des examens biologiques-qui permettront de sélectionner dans cette liste de diagnostics différentiels celui qui est le plus probable et qui deviendra l'hypothèse de travail orientant le choix thérapeutique initial (DSM 5, 2016b, p.XV).

Dans ce cadre, le processus du diagnostic différentiel dans le DSM-5 peut être subdivisé en six étapes fondamentales : 1- éliminer la présence d'une simulation ou d'un trouble factice ; 2- exclure une étiologie en rapport avec l'usage d'une substance ; 3-éliminer une étiologie due à une affection médicale ; 4-déterminer le trouble primaire spécifique ; 5-distinguer un trouble de l'adaptation des autres troubles spécifiés et des troubles non spécifiés ; 6-établir la frontière avec l'absence de trouble mental (DSM5, 2016b, p. 1)

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) et le trouble stress aigu (TSA), caractérisés par l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, puis par le développement de symptômes de reviviscence envahissant, d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, d'altération négatives des cognitions et de l'humeur, et d'altérations marquées de l'éveil et de la réactivité, doivent être différenciés des troubles suivants :

- **Du trouble de l'adaptation** : est caractérisé par un facteur de stress qui peut avoir toutes sortes de niveaux de sévérité, et n'a pas un mode de réponse spécifique (p.ex. symptômes de reviviscence envahissants). Le diagnostic de trouble de l'adaptation est porté quand la réponse à un facteur de stress extrême ne répond pas aux critères du TSPT ou du TSA (ni à ceux d'un autre trouble mental), quand le mode symptomatique du TSPT ou du TSA survient en réponse à un facteur de stress qui n'est pas extrêmement traumatisant.
- **Du deuil complexe persistant (Dans la section III du DSM-5)** : est caractérisé par des pensées et des souvenirs intrusifs concernant le défunt, qui persistent pendant au moins 12 mois après le décès. À la différence du TSPT, ou les symptômes intrusifs et envahissants concernent les événements traumatiques liés à la perte, dans le deuil complexe persistant les symptômes intrusifs se focalisent sur plusieurs aspects du défunt, y compris des aspects positifs de la relation avec autrui, et sur la détresse de la séparation.

- **D'autres troubles mentaux pouvant survenir après l'exposition à un facteur de stress extrême** : sont caractérisés par un mode de réponse qui répond aux critères d'un autre trouble mental dans le DSM-5 (p.ex. Trouble psychotique bref, trouble dépressif caractérisé).
- **Du trouble obsessionnel-compulsif** : est habituellement caractérisé par des pensées intrusives récurrentes, mais ces dernières sont vécues comme inappropriées et elles ne sont pas en lien avec un évènement traumatique vécu.
- **Du trouble panique** : peut-être caractérisé par un hyperéréthisme et des symptômes dissociatifs, mais ceux-ci surviennent durant les attaques de panique et ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
- **De l'anxiété généralisée** : peut-être caractérisé par des symptômes persistants d'irritabilité et d'anxiété mais, à la différence du TSPT et du TSA, ces symptômes ne sont pas associés à un facteur de stress traumatique.
- **Des troubles dissociatifs** : sont caractérisés par des symptômes dissociatifs qui ne sont pas nécessairement liés à l'exposition à un facteur de stress traumatique (mais qui le sont souvent). Des symptômes dissociatifs survenant dans le contexte d'un syndrome complet de TSPT peuvent justifier l'emploi de la spécification « avec symptômes dissociatifs ».
- **Des troubles psychotiques (p.ex. schizophrénie)** : peuvent être caractérisés par des symptômes perceptuels comme des illusions ou des hallucinations. Ces symptômes doivent être distingués de flash-backs du TSPT et du TSA, qui sont caractérisés par des intrusions sensorielles reproduisant des parties de l'évènement traumatique et qui peuvent survenir avec une perte complète de la conscience de l'environnement réel. Les flash-backs ne sont généralement pas considérés comme des phénomènes psychotiques.
- **D'une lésion cérébrale traumatique** : est caractérisée par des symptômes neurocognitifs (p.ex. désorientation et confusion persistante) qui se développent à la suite d'une lésion cérébrale traumatique (p.ex. accident traumatique, souffle d'une bombe, traumatisme par accélération/décélération). Comme ce type d'évènements traumatiques peut également entraîner le développement d'un TSA et d'un TSPT, ces deux diagnostics doivent être envisagés.
- **De la simulation** : est caractérisé par l'imitation de symptômes et doit toujours être éliminée quand des bénéfices légaux, financiers ou autres jouent un rôle (DSM-5, 2016b, pp.220-221).

Enfin, il est à signaler que le diagnostic différentiel est présenté, dans les DSM, et plus précisément dans le DSM 5. Diagnostics différentiels (2016), sous une forme pyramidal d'« *arbre décisionnel pour les étiologies impliquant un traumatisme...* ». Cet arbre est conçu à partir des principaux symptômes mais aussi de l'étiologie possible. Par ailleurs, le DSM 5 propose également à côté de l'arbre de décision, un « *tableau de diagnostic différentiel* ». Ce type de tableau « aide le clinicien à s'assurer que le diagnostic de travail est réellement celui qui explique le mieux le tableau du patient » (DSM 5, 2016b, p.157).

## 16-L'évaluation du traumatisme psychique

Les patients traumatisés cherchent souvent de l'aide pendant une crise. Même s'ils ont besoin d'une assistance immédiate, il est essentiel de ne pas renoncer aux procédures normales d'évaluation, avec un diagnostic complet, des tests psychologiques et un relevé complet de l'histoire du sujet (Allard-Dansereau, Cyr, Hébert, Tourigny, 2017, p.32).

Dès lors, l'évaluation des troubles liés aux événements traumatiques demande aux cliniciens de considérer plusieurs aspects, et ce, à l'aide de différentes méthodes : l'entrevue clinique, l'utilisation des mesures quantitatives ainsi que les différents instruments de mesure validés et les instruments de mesures des conséquences psychopathologiques spécifiques à un événement traumatique (Guay, Marchand, 2006, p.9).

Le questionnaire de stress post-traumatique (QSPT). Cet auto-questionnaire a été réalisé d'après le *Post-Traumatic Stress Disorder Interview* (PTSD-I) de Watson, traduit par Brunet en 1995 et adapté en auto-questionnaire par Jehel et al, en 1996. Ce questionnaire permet d'évaluer la présence d'un état de stress post-traumatique actuel ou passé, selon les critères d'évaluation du DSM-III-R. Le questionnaire est composé de 17 questions réparties en trois dimensions : les items un à quatre évaluent le syndrome de répétition, les items cinq à douze les mécanismes d'évitement et enfin les items treize à dix-sept évaluent les symptômes d'hyperactivation neurovégétatifs. Les symptômes doivent avoir été présents plusieurs fois par semaine sur une durée minimum d'un mois ou au cours des quatre dernières semaines afin de pouvoir être pris en compte. Le seuil pathologique est fixé à 51 si l'on fait la somme des codes associés aux réponses. Seules les réponses cotées au-dessus de « parfois » peuvent être considérées comme présentes (Laurin, Murat, Bescond, Marinescu, 2018, p479).

L'utilisation de ces instruments permet de faire le diagnostic d'état de stress post traumatique et des troubles associés, ainsi que d'en évaluer l'intensité, permettant d'apprécier au cours du temps l'efficacité des thérapeutiques. Parmi les entretiens structurés, on cite le *PTSD-interview* et la *Clinician Administered PTSD Scale*. Ces deux hétéro-questionnaires, comportant chacun dix-sept items, ont été traduits et validés en français (Granger, 2002, p.174). Damiani et Pereira-Fradin (2006) présente de leur côté le TRAUMAQ, un questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique.

Bouvard (2008) de son côté, présente dans son livre « *questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent* » un outil mesurant le traumatisme psychique chez l'enfant sous le titre : Index de réaction au Stress Post-Traumatique de l'enfant (CPTS-RI).

Dans le livre de Bouvard et Cottraux (2010) « *protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* », on retrouve une présentation des outils disponibles en français concernant l'évaluation de l'état de stress post-traumatique. sont cités le PCLS (version stress de l'échelle de stress post-traumatique-Weathers- évaluation de la sévérité du stress post-traumatique) ; échelle modifiée des symptômes traumatiques – Falsetti- évaluation de la fréquence des critères du stress post-traumatique et de l'intensité de ces symptômes ; échelle d'impact de l'évènement révisée (Weiss et Marmar) : évaluation du degré actuel de l'impact subjectif d'un évènement stressant spécifique ; inventaire de détresse péri traumatique (Brunet) : évaluation du critère A2 du stress post traumatique du DSM IV. Il est également à signaler que dans le MMPI 2, deux

échelles, Pk et Ps, sont destinées à évaluer le stress post-traumatique et à différencier les patients présentant ce trouble d'autres sujets psychiatriques et de sujets contrôles.

Par ailleurs, on cite l'inventaire-échelle de névrose traumatique, dite échelle ALFEST, a été étalonnée et validée au cours des années 1989-1992. Elle comprend quatre feuillets : le traumatisme, les antécédents et la personnalité antérieure, la symptomatologie présente, l'autoévaluation par le patient (Crocq, 1999, p.184). On trouve également le questionnaire de stress immédiat de Crocq, Cremniter et Coq, comportant 20 items (symptômes) sur une échelle de 0 à 5 d'intensité (Crocq, 2012, p.44).

Enfin, on attire l'attention sur l'apport incontestable des épreuves projectives dans l'évaluation du traumatisme psychique. Cet apport a été démontré dans de nombreux articles, dans il est malheureusement impossible d'aborder ici d'avantage.

Ainsi, une des raisons pour lesquelles il est nécessaire d'évaluer le type de patient traumatisé est que chacun d'entre eux a des besoins thérapeutiques différents (Rothschild, 2008, p.89).

## **17- Le traumatisme psychique chez l'enfant, l'adolescent et la personne âgée**

Etant donné que l'accent a été mis davantage sur le traumatisme psychique chez l'adulte, nous avons jugé bon de consacrer ce dix-septième point aux autres périodes de la vie.

### **17-1- Chez le nourrisson et le bébé**

Les tableaux cliniques dans cette tranche d'âge sont peu connus car ils ont longtemps été banalisés. Toutefois, les symptômes observés se rapprochent plus de la clinique des carences affectives que de celle de l'état de stress posttraumatique. À cet âge, l'enfant n'est pas encore capable d'identifier et d'évaluer le danger. En revanche, il est sensible aux états affectifs et émotionnels de son entourage familial. La sémiologie est la plupart du temps manifeste avec tantôt une apathie et un retrait, tantôt une hyperexcitabilité avec pleurs et cris incessants. Les troubles du sommeil et de l'appétit ainsi que les manifestations psychosomatiques sont un mode privilégié d'expression de la souffrance chez le nourrisson (n'ayant pas accès à l'introspection ni à la verbalisation des émotions). Les retards du développement psychomoteur, les retards de croissance et, surtout, la régression des acquis sont très fréquents. Des comportements répétitifs reprenant certains aspects du traumatisme vécu ont été décrits sous le terme de « mémoire comportementale » ; comme si l'enfant gardait en mémoire la scène traumatique, qui viendrait s'imposer à lui par le biais de la remémoration sous une forme comportementale sans participation affective observable. Deux facteurs font de cet âge une période critique vis-à-vis des traumatismes : primo, la sémiologie passe souvent inaperçue, elle est négligée ou banalisée par l'entourage familial ; secundo, le pronostic à long terme des traumatismes précoces est souvent réservé (Vilamot, 2014b. pp.56-57).

### **17-2- Chez l'enfant**

La souffrance des enfants a été longtemps minimisée. Seules quelques psychanalystes de l'entre- deux-guerres se sont préoccupées des conséquences dramatiques des événements vécus par les enfants. Mais les descriptions du psychotrauma de l'enfant sont beaucoup plus récentes (Daligand, 2009, p.224). L'enfant peut, comme l'adulte, développer une symptomatologie d'état de stress post-traumatique (Le Heuzey, 1999, p.537).

Il n'y a pas si longtemps encore, on n'imaginait pas qu'un enfant puisse être traumatisé psychiquement. Aujourd'hui, la place de l'enfant a changé et la violence à son encontre, qu'elle soit physique ou verbale, n'est plus acceptable (Belhassen, 2011). Tremblements de terre, incendies, guerres, attentats : les catastrophes naturelles, accidentelles ou créées intentionnellement par l'homme, n'épargnent pas les enfants. En passant en revue la littérature psychiatrique, on pourrait en douter. Très peu de choses ont été écrites sur la question. Récemment pourtant, le thème est devenu à la mode et on voit fleurir les publications, surtout anglo-saxonnes, s'intéressant au traumatisme. Faire le point clinique et thérapeutique sur les conséquences des traumatismes psychiques chez l'enfant et la manière de les soigner s'imposait donc (Bailly, 1996).

En effet, les enfants représentent des proies faciles pour toutes sortes d'agressions. Ils font parfois partie des nombreuses victimes de guerres et des crimes. Ils subissent les effets meurtriers des catastrophes naturelles. Tristement, ils sont également les cibles immédiates d'une violence spécifique à leur position de dépendance vis-à-vis des adultes, la maltraitance physique et sexuelle (Sadlier, 2001, p.3).

Ainsi, les enfants sont vulnérables au trauma au même titre que les adultes. On peut même dire que, dans bien des cas, l'enfant subit deux traumatismes : le sien propre, plus, en miroir, celui de ses parents dont il constate l'épouvante et l'impuissance, notamment l'impuissance à le protéger. En outre, contrairement aux idées reçues rassurantes sur la résilience de l'enfant, que son immaturité empêcherait de concevoir objectivement la mort, et que sa personnalité en devenir armerait de conduites adaptatives novatrices, on doit malheureusement objecter que l'imaginaire de la mort chez l'enfant est différent mais peut-être pire que l'imaginaire de la mort chez l'adulte, et que c'est justement parce que sa personnalité est en devenir qu'elle n'en est que plus fragile, vulnérable aux chocs émotionnels et facilement engagée dans des frayages de conduite morbides. Sur le plan clinique, on va retrouver chez l'enfant traumatisé le même « noyau sémiologique » que chez l'adulte (reviviscences, altération de la personnalité, symptômes non spécifiques), mais avec des différences et des variantes dans le tableau clinique (Vilamot, 2014b, p.53).

Comme le souligne bon nombre d'auteurs, peu d'études ont été conduites sur l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant, les études existantes portant surtout sur les victimes de violences physiques ou sexuelles. Le travail de Terr (1989) a largement contribué à la reconnaissance chez ces jeunes patients d'une souffrance psychologique spécifique survenant après l'exposition à des événements traumatiques (Zuber, Sadlier, 2013, p.46).

L'intérêt pour le bien-être psychologique de l'enfant est assez récent dans les cultures occidentales. Jusqu'au début du XVII<sup>e</sup> siècle, les enfants étaient considérés comme des adultes de taille miniature à partir du moment où ils étaient sevrés. Néanmoins, vers la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, on commence à considérer les besoins développementaux et les centres d'intérêt spécifiques aux enfants. Cependant, il faut attendre le XVIII<sup>e</sup> siècle pour que ces graines prennent racine. L'enfant, déjà perçu comme différent de l'adulte, est désormais appréhendé comme un être vulnérable du point de vue cognitif et émotionnel (Sadlier, 2001, pp.4-5).

Dès lors, la recherche sur les effets des événements traumatiques réels chez l'enfant est assez récente. Toutefois le lien entre l'exposition à des événements violents durant l'enfance et la

psychopathologie de la vie adulte fut mis en avant par Sigmund Freud au début du siècle. Fortement influencé par ses prédécesseurs français, Janet (1889) et Charcot (1887), Freud interprétait initialement les symptômes de l'hystérie chez le patient adulte comme des répétitions symboliques d'événements réels impliquant au préalable un choc brutal et une menace de l'intégrité personnelle. Mais, quelques années plus tard, après avoir suivi plusieurs patientes qui lui décrivaient des incestes subis dans l'enfance, Freud modifia sa position sur l'effectivité des violences comme déclencheur de la souffrance psychique. Par la suite, Freud proposa l'idée que les symptômes hystériques n'étaient pas des répétitions symboliques d'un événement réel, mais l'expression de pulsions agressives et sexuelles refoulées, enracinées dans la crise œdipienne. Dans le cas des enfants, la perte était double : tout d'abord, le désaveu de la théorie de la séduction renforçait de déni psychiatrique concernant la maltraitance sexuelle et physique. D'autre part, la détection des mauvais traitements chez l'enfant et, de ce fait, l'étude des conséquences psychiques infantiles se trouvèrent entravées pour plusieurs décennies (Sadlier, 2001, p.12).

Bien que pour la psychanalyse, les vécus infantiles soient déterminants, les premiers psychanalystes ne traitent et n'étudiaient pratiquement que des adultes. Il fallut donc le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, et plus précisément la Seconde Guerre mondiale, pour voir les psychanalystes s'intéresser à l'étude des réponses infantiles aux événements perçus comme traumatisants. Une génération de femmes ouvrit ce vaste champ de traitement et de recherche. Traitement de façon indépendante, et en dépit de désaccords théoriques, Anna Freud (1928), Mélanie Klein (1932) et Margaret Lowenfield (1935) réussirent à affiner un concept qui marqua un tournant essentiel : d'après elles, l'observation d'un enfant en train de jouer permettait d'éclairer sa dynamique psychique. La Seconde Guerre mondiale vit déferler une nouvelle donne quant aux répercussions des événements traumatisants sur les enfants. Lors des années 1930-1940, les progrès de la technologie aéronautique militaire permirent d'attaquer d'importantes zones civiles, exposant ainsi un grand nombre d'enfants aux bombardements aériens, à des migrations forcées, et à la confrontation directe avec la mort ou la mutilation d'autrui. Dans plusieurs pays européens, des enfants furent séparés de leurs parents et placés dans des institutions à la campagne pour assurer leur sécurité. La présence de pédopsychiatres dans ces institutions créa alors un laboratoire presque naturel pour l'étude du vécu infantile d'une réalité meurtrière et traumatisante (Sadlier, 2001, pp13-16).

Quand un événement potentiellement traumatogène fait irruption dans l'existence d'un enfant, celui-ci vit cet événement en fonction de la structuration de sa personnalité et de son niveau d'organisation de pensée, qui sont chacun en devenir. Certains enfants vont trouver dans leur propre monde interne, ainsi que dans leur entourage, des ressources et un étayage qui vont leur permettre de construire des voies de dégageant face au trauma. Au contraire, d'autres enfants sont aux prises avec les symptômes psychotraumatiques, sans un soutien suffisant de leur famille, parfois elle-même touchée par l'événement. Ces enfants risquent alors de s'installer dans un syndrome psychotraumatique qui peut infléchir leur développement et leur épanouissement de manière péjorative (Coq, 2012, p.137).

Les syndromes psychotraumatiques se manifestent chez l'enfant avec le même caractère de gravité que chez l'adulte. L'enfant brutalement confronté à un événement violent peut réagir par la peur, la frayeur, il peut être traversé par l'horreur d'une blessure qui le touche lui ou son

proche. Il peut être envahi par un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et d'abandon, particulièrement intense lorsque ses parents sont absents ou n'arrivent pas à le rassurer. L'enfant peut s'installer dans un état de prostration ou à l'inverse d'instabilité psychomotrice majeure. L'enfant comme l'adulte peut utiliser le déni et le clivage afin d'échapper à une réalité insupportable pour lui (Coq, 2012, pp.138-139).

Les enfants d'âge préscolaire, de 3 à 6 ans, peuvent présenter des comportements et des dessins répétitifs, des conduites d'évitement, des comportements régressifs (énurésie et/ou encoprésie secondaires), des troubles du sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes), des phobies (peur d'aller seul aux toilettes), des réactions d'agrippement et une angoisse de séparation, une tristesse, des manifestations somatiques (douleurs abdominales, céphalées). Peuvent également être retrouvés des retards de développement (langage, psychomotricité). Chez les enfants en période de latence, des symptômes anxieux, dépressifs ou d'inhibition ainsi que l'expression d'une culpabilité peuvent se rencontrer. Une hypervigilance, des modifications dans les jeux, la perte ou le changement dans les intérêts habituels, les difficultés de concentration sont plus nettes que chez le jeune enfant. Les difficultés scolaires et la baisse des performances peuvent être au premier plan (Taieb, 2003, p.3).

Maladies somatiques et perturbations psychiques sont toujours liées, tout particulièrement chez l'enfant où la survenue d'une atteinte somatique peut même prendre le caractère d'un événement dramatique pour peu qu'elle survienne dans un contexte de crise aiguë ou de gravité qui fait vivre à l'enfant, et à son environnement familial, douleur et souffrance psychique (Miedzyrzecki, 2004, p.414).

### **17-3- Chez l'adolescent**

Ce point propose une réflexion sur la question du traumatisme psychique, ses effets et ses causes à cette période réputée turbulente et douloureuse.

À cet âge, les parents ne filtrent plus guère les événements, mais les adolescents sont encore très sensibles à leurs réactions qui reflètent leur caractère : courage, lâcheté, dévouement, égoïsme... on retrouve comme symptômes : les remémorations, les cauchemars, les peurs, les troubles du caractère, du comportement alimentaire, les conduites suicidaires (Daligand, 2009, p.225)

Maidi (2008) fait du processus adolescent un état traumatique s'appuyant sur Winnicott « grandir est par nature un acte agressif ». Il élargit le traumatique à la nature humaine et estime que l'adolescence est particulièrement favorable aux revitalisations des traumatismes anciens et infantiles originaires d'où l'importance fondamentale de la notion d'après-coup.

Le tableau clinique du trauma chez l'adolescent comporte, comme chez l'adulte, les manifestations de reviviscence, les évitements et l'irritabilité neurovégétative. Parmi les reviviscences, les phénomènes dissociatifs, tels que flash-back, hallucinations ou illusions, sont fréquemment décrits et peuvent être considérés comme symptômes spécifiques de cette tranche d'âge. Il en est de même pour la mise en acte, moyen de défense psychologique prévalent dans cette tranche d'âge. Elle peut s'exprimer sous forme de comportements auto-agressifs (automutilations) ou de conduites suicidaires s'inscrivant souvent dans un vécu de culpabilité (comportement autopunitif). Les comportements agressifs et prédélinquants peuvent également être observés ; ils ont une signification de perte des repères ou de perte de la

confiance accordée aux adultes. La prise de toxiques et d'alcool peut s'offrir comme une alternative permettant à l'adolescent de fuir un vécu douloureux et insupportable. On observe parfois de somatisations douloureuses et des conversions hystériques (fausses anesthésies ou fausses paralysies, aphonies, etc.). On a signalé aussi des perturbations des fonctions instinctuelles, donnant lieu à des troubles du sommeil, des troubles des conduites alimentaires et des troubles du comportement sexuel (précocité des passages à l'acte, hypersexualisation, avec tendance à la prise de risque et à la multiplication des partenaires, particulièrement après les traumatismes par abus sexuel). Enfin, chez les adolescents les plus fragiles, le trauma, venant décompenser un équilibre précaire, peut provoquer des troubles de l'identité et de la personnalité, donnant lieu à la survenue d'états de dépersonnalisation (dits « dissociatifs ») éphémères, et aussi à l'éclosion brutale ou insidieuse d'une psychose (Vilamot, 2014b, p.58).

#### **17-4- Chez la personne âgée**

Le vieillissement constitue une étape clôturée par la perspective de la finitude qui, malgré le fait qu'elle soit irreprésentable, vient petit à petit se dessiner par certains effets de temps. L'expérience de la perte et son impact narcissique le caractérisent et sont ainsi susceptibles de mettre en route un véritable processus de désobjectivation et, par conséquent, de réactiver des vécus traumatiques antérieurs. Dès lors, L'expérience de la perte est ainsi ce qui va traverser chacun au cours de cette étape : professionnelle avec le passage à la retraite, cognitive avec la diminution des capacités mnésiques, corporelle avec la limitation des mouvements ou la fréquence des pathologies somatiques et sociales avec le décès des amis (Sebastiao, 2012, pp.148-149).

En effet, le vieillissement peut représenter un traumatisme par la nécessité d'adaptation qu'il demande et par l'ensemble des pertes cumulées que subit l'individu. Cela nécessite chez l'individu un travail d'élaboration et un travail de deuil. Dès lors, le traumatisme physique et/ou psychique n'épargne pas le sujet âgé et peuvent avoir des conséquences diverses. (Clément, 2010, p.237).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de démences, la question clinique de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez la personne âgée est un enjeu majeur de santé publique. Un ESPT se structure ou se restructure au cours du grand âge selon plusieurs déclinaisons psychodynamiques. La présentation somatisée de l'ESPT est une dimension cardinale de la demande de soins chez le patient âgé : si une blessure organique traumatique majore le risque de structuration traumatique, une nouvelle maladie physique peut être la cause d'un ESPT *de novo* ou faire ressurgir les douleurs psychiques psychotraumatiques anciennes. La clinique de l'ESPT chez la personne âgée possède des spécificités : les reviviscences s'émoussent au cours du temps au profit de l'hypervigilance et des stratégies d'évitement. Ces dernières sont au premier plan du « syndrome post-chute », syndrome envisagé comme un tableau psychotraumatique spécifique de la personne âgée, qu'elle évolue vers un processus de vieillissement normal ou démentiel. Face à une situation potentiellement traumatogène, l'intégrité des capacités cognitives est primordiale pour assurer une résolution psychique non pathologique. Mais si les troubles cognitifs intégrant le processus normal de vieillissement favorisent les expressions psychotraumatiques, réciproquement l'ESPT est le lieu d'affaiblissement des fonctions cognitives. Des stress récents ou prolongés précéderaient une

évolution démentielle dans 80 % des cas en jouant le rôle de facteurs déclencheurs ou facilitateurs (Auxéméry, 2014, p.519).

Chez certaines personnes âgées avec des troubles cognitifs débutants, un évènement douloureux – jusqu'ici non élaboré, enfoui depuis des années – peut soudain réapparaître et demandé à être entendu. C'est alors l'occasion de parler de son histoire. Qu'il s'agisse de traumatismes de guerre, de vécus familiaux traumatisants, du décès d'un enfant ou d'un proche, d'une activité stressante et épuisante de façon répétitive, de nombreux évènements peuvent être alors qualifiés de « stressants », ou de « traumatiques », et sont mis en lien avec des effets délétères irréversibles lors du vieillissement. Ces liens existent, mais la relation de causalité n'est pas établie (Cadet, Mangin D'Ouince, 2011, p.59).

## **18- Prise en charge du traumatisme psychique**

Le traumatisme psychique est une affection chronique. S'ils ne sont pas traités, ils ne guérissent pas spontanément.

Ainsi, diverses prises en charge thérapeutiques (psychothérapies psychodynamiques, TCC, hypnose, pharmacologie, soutien social, etc.) ainsi que les différentes modalités (cellules d'urgences médico-psychologiques, travail en réseau, consultations, associations, expertises) sont apparues. De nombreux exemples issus de l'expérience variée des auteurs sur le terrain (individus, groupes, collectivités) permettent d'aborder des voies nouvelles et des perspectives originales en vue de déterminer les modes d'intervention et les conduites de soins les plus appropriés (Vaiva, 2005).

### **18-1- Prise en charge pharmacologique**

Avant d'aborder les soins inhérents à notre discipline, nous allons faire un bref détour par les soins médicamenteux. Dans ce cadre, (2000) juge que l'aide médicamenteuse permet de mieux gérer au quotidien des symptômes comme l'anxiété, les troubles du sommeil, etc. il ne s'agit en aucun cas d'un traitement étiologique. Toutefois, des recherches ont été menées sur l'efficacité potentielle d'IRS (notamment sertaline) comme traitement étiologique (Pinoit, 2000, p.42).

Dans ce cadre, Millet, Vanelle et Benyaya (2010) estiment que L'utilisation de sédatifs voire d'hypnotiques peut être nécessaire afin de réduire les effets délétères du syndrome de reviviscence et de tenter de restaurer la fonction hypnique. D'autres traitements médicamenteux ont pu être proposés dans les états de stress post-traumatique aigus. L'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) a été démontrée. Ainsi, la paroxétine a obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication (mêmes doses que celles prescrites dans la dépression) ; d'autres ISRS ont reçu cette indication : la fluoxétine, le citalopram et la sertraline. De même, la venlafaxine IRSNA a montré son efficacité dans le traitement de ce syndrome. Les antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine, l'amitriptyline ont montré leur efficacité dans le traitement de l'état de stress post-traumatique dans des études cliniques contrôlées. La durée minimale d'un traitement doit être d'environ huit semaines. Les patients qui répondent de façon satisfaisante à ce traitement doivent continuer le médicament pour au moins un an avant toute tentative de réduction, puis arrêt définitif éventuel. D'autres études contrôlées randomisées disponibles suggèrent l'intérêt des  $\beta$ -bloqueurs comme le propranolol et de certains antihistaminiques comme l'hydroxyzine (Millet, Vanelle, Benyaya, 2010, p.120).

De ce fait, il est clair qu'il n'y a aucun traitement médicamenteux spécifique qui soit reconnu pleinement efficace dans la prise en charge de la pathologie traumatique (Al Joboory et al, 2019, p.6).

On passe maintenant à l'abord psychothérapeutique, en commençant notre présentation par les interventions immédiates puis post immédiates et à la fin les interventions psychothérapeutiques plus éloignées :

### **18-2- Cellule d'urgence médico-psychologique CUMP**

Lorsqu'un événement traumatique survient, des dispositifs de prise en charge doivent se mettre en action sans délai afin de prodiguer des soins immédiats aux victimes quel que soit le lieu (écoles, entreprises, services hospitaliers et judiciaires...) le type d'événement (accidents, attentat, suicide...). Ces prises en charge nécessitent des connaissances cliniques spécifiques (connaissances des processus psychologiques en jeu dans les événements traumatiques du côté des victimes mais également du côté des intervenants), une éthique et un cadre d'intervention précis (Romano, 2013).

Les soins immédiats ont pour objectifs la prise en compte de la crise générée par l'événement, introduire cohérence et espace de pensée dans la gestion des catastrophes, re-humaniser l'événement, prendre en charge la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique et évaluation clinique des blessés psychiques (stress adapté-stress dépassé) et triage (Pouilly et al, 2017, p.117).

En 1995, suite aux attentats de Saint-Michel et Port Royal, le général Crocq met en place les premières cellules d'urgence médico-psychologique afin d'assurer la prise en charge de la blessure psychique à la demande du gouvernement. Le traitement de l'urgence médico-psychologique est basé sur une approche spécifique à l'intérieur même de la spécialité psychiatrique ; il nécessite un savoir-faire alliant un savant mélange de savoir théorique et de savoir-être. Des actions multiples comprennent le tri, l'évaluation, le diagnostic, le soin, la prévention, le conseil et l'orientation sont mis en œuvre au cours des interventions. Les CUMP ont vocation à dispenser des soins dans le cadre de l'urgence, en immédiat, dans les minutes ou les heures qui suivent, ou en post-immédiat, 48 heures à 72 heures après l'événement. (Agar et al, 2012). Sur le terrain, en immédiat, elles visent à prendre en charge, le plus précocement possible, les personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique et à les aider à mieux élaborer cette expérience souvent dramatique. Par ailleurs, elles ont également un rôle plus large, aux côtés des partenaires des secours et des décideurs dans la « gestion psychologique » de la crise générée par l'événement. En post-immédiat, elles interviennent auprès des victimes en individuel, dans le cadre de consultations plus structurées permettant une prise en charge intensive, souvent aussi, en groupe auprès de groupe de professionnels tels que les équipes de secours à l'occasion d'interventions « marquantes » et difficiles (Prieto, Cheucle, 2005, p.115).

### **18-3- Défusing**

Le defusing relève de la même « logique » de soins immédiats. Il prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. La traduction littérale du mot defusing est « désamorçage ». Trois objectifs

principaux gouvernent la pratique du defusing : – favoriser l’ouverture d’un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un « soin psychique immédiat »; – contenir et réguler les décharges émotionnelles ; – ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène (Bessoles, 2006, p.232).

Le soin psychologique immédiat aussi nommé « defusing » consiste à atténuer les effets du stress et de l’angoisse. Il permet aux rescapés d’exprimer leurs sentiments d’impuissance et leur impression d’être sortis de l’humanité (Barrois, 1988). Il s’agit d’aider les rescapés à réordonner et réorganiser leur parole en tentant ainsi de limiter les effets de « blanc de la pensée » que génère chez eux une rencontre avec le « réel de la mort » (Lebigot, 2005). En retrouvant un espace de parole, les victimes peuvent mettre un début d’ordre face au chaos qu’a entraîné l’attentat. Il est important, à cette étape de la prise en charge, de respecter les mécanismes de défense (clivage, identification projective, idéalisation) qu’elles ont mis en place et qui les protègent d’une désorganisation psychique plus importante. Une note d’information décrivant les symptômes pouvant apparaître et des adresses de consultations spécialisées est commentée et remise aux rescapés. Avant qu’ils regagnent leur domicile, il est nécessaire de s’assurer que les rescapés peuvent se projeter dans un futur immédiat, retrouvant leurs repères spatio-temporels et un discours cohérent qui leur assurent une certaine autonomie psychique. Un rendez-vous leur est proposé dans les deux ou trois jours suivants avec l’intervenant qui vient de les prendre en charge. À l’inverse, quand on observe chez les rescapés la persistance d’un vécu de déréalisation et du processus de dépersonnalisation, parfois d’un état de « stress dépassé » ou de détresse majeure, il est alors indispensable de les orienter et les accompagner vers un service d’urgence psychiatrique (Coq, 2018, p.91).

#### **18-4- Débriefing**

La période post-immédiate se situe approximativement du deuxième au trentième jour après l’événement, les soins psychiques qui y sont proposés peuvent être les premiers ou s’inscrire dans la suite des soins immédiats. Il s’agit d’entretiens collectifs ou individuels proposés aux rescapés, aux témoins, parfois aux proches des victimes. Si les interventions immédiates s’insèrent dans le cadre plus large des plans de secours d’urgence, les interventions psychologiques post-immédiates ont des modalités d’organisation autonome qui se situent dans une temporalité différente (Coq, 2018, p.94).

Les mots anglo-saxons briefing et debriefing, sont empruntés au vocabulaire militaire, où ils désignent les réunions techniques de départ et de retour de mission des équipages de bombardiers ; par extension, à la fin de la deuxième guerre mondiale, sur le théâtre d’opérations du Pacifique, Marshal, officier d’infanterie de marine, a transposé l’opération debriefing au bilan psychologique des soldats des petites unités revenant d’un combat éprouvant. Par extension encore, quelques décennies plus tard, ces procédures de debriefing psychologique ont été appliquées à des petits groupes de pompiers ou de policiers ayant été confrontés à un « événement critique » stressant ; et ensuite aux victimes rescapées d’une catastrophe ou d’un accident, individuellement, ou en groupe si elles ont été impliquées dans le même événement « potentiellement traumatogène » (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.VI).

Le débriefing psychologique collectif a été formalisé par Jeffrey Mitchell (1983) sous les termes de « Critical Incident Stress Debriefing », il désigne un dispositif groupal s’inscrivant dans le

courant cognitivo---comportementaliste. Praticué dans les quarante-huit à soixante-douze heures après l'événement, il limite le risque d'apparition de comportements et de schémas cognitifs inadaptés. Cette technique initialement destinée aux sauveteurs a vu son champ progressivement s'élargir aux victimes, à qui elle donne l'opportunité de verbaliser leur expérience et de parler de leurs symptômes. Une approche francophone du débriefing psychologique collectif prenant en compte la subjectivité de la personne s'est par la suite développée (Coq, 2018, p.95).

Nous allons maintenant s'intéresser aux psychothérapies à court, moyen ou long terme, entreprises dans le prolongement des soins immédiats et post-immédiats :

### **18-5- Prise en charge psychanalytique et psychodynamique du traumatisme psychique**

Pour Ferenczi, la thérapie d'un patient traumatisé nécessite de pouvoir remonter avec lui vers les événements eux-mêmes *avec les affects* qui les ont accompagnés, et d'accéder ainsi aux zones tenues jusqu'ici à l'écart de la conscience (clivage) ou hors de portée des affects (dissociation). À la suite de Ferenczi, Torok invite le psychanalyste à devenir le « médium des catastrophes traumatiques » du patient. Ainsi, le traumatisme psychique connaît une signification spécifique dans l'histoire biographique du sujet. Pour se retrouver « entier », un nouveau combat attend le blessé psychique : celui d'une rétrospective sur sa trajectoire de vie qui lui permettra de donner un sens à l'événement traumatique, alors vécu comme insensé. Dans une perspective lacanienne, Auxéméry précise les possibilités thérapeutiques d'une *reconquête de l'intégrité subjective*. De ce fait, la psychothérapie requiert un « engagement actif du sujet ». Ne pouvant effacer la scène traumatique, le sujet lui donne du sens en se situant lui-même dans sa participation au drame qu'il a vécu. Ainsi peut reprendre cours le processus de subjectivation, jusqu'alors suspendu par l'*en-deuil* ou compromis par le trauma en souffrance. Dans le contexte de la cure, le *therapon* est le témoin confiant et empathique, accordant crédit à ce que son patient a vécu et à ce qu'il lui raconte, comme le confirme Douville. Il s'agit effectivement pour le patient de reprendre le chemin de sa subjectivation, c'est-à-dire des ressources personnelles qu'il découvre et des moyens singuliers qu'il invente pour exister, penser et s'exprimer de nouveau en tant que sujet (Tomasella, 2016, pp.250-252).

Les psychothérapies psycho-dynamiques s'inspirent des concepts de la psychanalyse. Dans le contexte de troubles post-traumatiques, elles visent moins à traiter le trauma qu'à amener le sujet traumatisé dans un travail d'élaboration. Elles ne cherchent pas à éradiquer des symptômes mais à mettre le patient sur la voie d'un changement profond. La démarche passe par un réexamen de son histoire et des bouleversements qu'a introduits sa rencontre avec « le réel de la mort ». C'est une entreprise longue et difficile. Elle ne peut être proposée qu'à des sujets ayant la capacité à se laisser porter par leur propre parole sans trop « redouter » les imprévus que leur réservent les voies de l'association. Il ne s'agit pas comme en psychanalyse de la « libre association ». Aucune règle dans ce sens n'est édictée (Lebigot, 2005, p.13).

### **18-6- Prise en charge cathartique du traumatisme psychique**

L'approche cathartique dans la thérapie du trauma : c'est en 1893, dans sa *Communication préliminaire*, que Freud a préconisé pour la première fois la « méthode cathartique » dans le traitement des hystéries traumatiques. Il empruntait le mot catharsis au vocabulaire grec ancien,

ou, précisément, il signifiait : soulagement de l'âme. Cette approche permet d'aborder le trauma et d'accéder à lui. Elle consiste à inviter le patient à se replacer mentalement dans la situation où il était lorsque l'évènement est survenu, et, plutôt que de lui demander un récit factuel des évènements, l'inciter à retrouver son état psychique d'alors et à en faire part au thérapeute. Il s'agit d'une « énonciation », et non pas d'un récit, même si cette verbalisation de l'expérience vécue comporte aussi bien des éléments factuels que des éprouvés émotionnels. C'est son expérience brute qu'il s'agit pour le patient de retrouver cette réminiscence, et de la transformer en souvenirs par la parole révélatrice ou attributive de sens. Cette approche peut constituer une clé pour l'énonciation d'une thérapie plus longue et aider le traumatisé à aborder enfin la question de son trauma (Crocq, 2012).

### **18-7- Prise en charge cognitivo-comportementale du traumatisme psychique**

Les TCC du trauma peuvent soit viser directement (technique d'exposition directe [DET] ou inoculation du stress [SIT], thérapie cognitive ciblée) le trauma (trauma focused-therapy) [TFT], soit s'adresser au handicap fonctionnel du patient, éventuellement sans abord direct de l'évènement traumatique. Il s'agira par exemple de traiter une dépression, une agoraphobie, une phobie scolaire ou une autre phobie traumatique (phobie des transports, phobie des animaux, phobie sociale, etc.). Les TCC du trauma proprement dites sont des thérapies brèves centrées sur le trauma (TFT), éventuellement complétées d'une thérapie plus globale ou sur d'autres cibles. Les psychotropes peuvent jouer un rôle additionnel. Les techniques usuelles en TCC du trauma sont l'exposition en imagination au souvenir traumatique, l'exposition in vivo aux situations évitées, la restructuration cognitive (schémas de danger, culpabilité, etc.), l'affirmation de soi, la gestion de l'anxiété (relaxation, contrôle des stimuli, etc.) et la gestion de la colère. À cause de, et grâce à, l'évitement, les syndromes phobiques sont des indications majeures des TCC. On distingue deux temps dans la thérapie : amener le patient à accepter de se confronter à ce qu'il évite ; réduire le handicap fonctionnel (réduire l'anxiété liée à la confrontation et desserrer le cercle des évitements) (Vila, 2014b, p.204).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) offrent un support théorique et une démarche thérapeutique spécifique dans la prise en compte de la souffrance psychique en lien avec les traumatismes, notamment par l'identification de l'état de stress post-traumatique (ESPT). En complément de l'information et de l'accompagnement psychologique des personnes rencontrées, l'approche comportementale et cognitive va ouvrir sur une analyse fonctionnelle détaillée permettant de comprendre au mieux les mécanismes en jeu et d'adapter la démarche thérapeutique. Les TCC supposent la mise en place d'un système cognitivo-comportemental spécifique en réaction au traumatisme. Ce système, appelé structure de peur, permettrait notamment d'expliquer la reviviscence, l'évitement et la tonalité émotionnelle intense présentée par les patients confrontés à un ESPT. Son interprétation par le sujet aurait également un impact important sur la persistance de la souffrance et la remise en cause des croyances jusque-là investies par le patient. Plusieurs modèles théoriques existent et permettent d'étayer une démarche orientée vers la modification de ce système et de ses conséquences (Bioy, Conradi, Barfety-Servignat, 2014, p.74).

### **L'analyse fonctionnelle**

La première étape des TCC est l'évaluation et l'analyse fonctionnelle, méthode conceptuelle apportant une représentation fonctionnelle de l'ensemble. Elle doit être la plus exhaustive possible et elle est réalisée avec une participation active du patient lui permettant de s'inscrire dans la compréhension des troubles. Cette analyse fonctionnelle aura pour premiers objectifs de : retracer l'histoire de la victime, les traumatismes antérieurs éventuels, sa vulnérabilité psychologique et mettre en place l'alliance thérapeutique nécessaire à ce type de thérapie ; décrire l'expression du trouble actuellement (sur les dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales ainsi que l'enchaînement de celles-ci) permettant une première mise à distance de la souffrance pour le patient ; de mettre en évidence l'ensemble des facteurs de maintien ou de renforcement ainsi que les conséquences. Il est également fortement recommandé d'y associer une évaluation psychométrique des différentes dimensions relevées par l'analyse fonctionnelle, permettant ainsi de confirmer les éléments perçus dans le discours mais également de suivre leur évolution au cours de la thérapie. On peut supposer enfin que l'analyse fonctionnelle apporte un effet thérapeutique et objectivant, ouvrant sur la construction d'un projet thérapeutique conjointement avec le patient. Suivant les liens entre la douleur chronique et la souffrance psychique en lien avec un traumatisme, une ou deux analyses fonctionnelles peuvent être réalisées : une sur la douleur chronique et l'autre sur l'état de stress post-traumatique en utilisant notamment des grilles d'analyse fonctionnelle classiquement utilisées dans l'approche comportementale et cognitive. Les liens entre les deux problématiques seront également à observer le plus finement possible (Bioy, Conradi, Barfety-Servignat, 2014, p.79).

### **Le contrat thérapeutique**

La seconde étape sera l'établissement d'un contrat thérapeutique et sa mise en place. Plusieurs techniques peuvent être sollicitées et l'analyse fonctionnelle nous permettra de définir le déroulement du projet thérapeutique en fonction de la problématique individuelle du patient. Dans le cadre d'un état de stress post-traumatique, en association parfois à des techniques d'affirmation de soi ou à d'autres techniques en fonction des problématiques coexistant parfois avec l'EPST (addiction, dépression...), on retrouve trois grands types de techniques : thérapie d'exposition ; thérapie cognitive ; techniques de gestion de l'anxiété. Elles peuvent être réalisées en individuel ou en thérapie de groupe. Les thérapies d'exposition seront une des étapes thérapeutiques primordiales dans l'évolution de l'ESPT et feront appel notamment à un processus d'habituation permettant une diminution de l'anxiété lorsque le patient sera à nouveau confronté aux stimuli en lien avec le traumatisme. Au préalable, les techniques de gestion de l'anxiété par le recours à la relaxation et/ou la respiration contrôlée seront des éléments importants pour la suite de la thérapie et permettront au patient d'apprendre un certain contrôle des manifestations émotionnelles et physiologiques de l'anxiété. Le principe de base des thérapies d'exposition consiste à aider le patient à s'exposer à la situation redoutée tout en empêchant l'évitement ou la fuite. Il est indispensable de respecter une graduation dans l'anxiété générée pendant la séance et il est nécessaire d'en réaliser au préalable sa définition avec le patient. On peut par exemple recourir à une exposition en imagination, où il est proposé au patient de s'imaginer dans différentes situations en lien avec le traumatisme ou ses stimuli. Il est également possible de travailler sur le récit de la situation traumatique en favorisant des moments d'apaisement afin d'en faciliter la verbalisation. L'exposition peut se réaliser par la

suite à domicile par le patient lui-même. Le but est de permettre de traiter émotionnellement le traumatisme pour diminuer la souffrance liée à son évocation. L'exposition in vivo, quand elle est réalisable, permettra d'inscrire une nouvelle étape dans l'évolution de l'ESPT en confrontant le patient aux stimuli anxiogènes (lieux, objets, situation) dans la réalité, l'amenant ainsi à renforcer l'habituation. On retrouve dans la progression de l'exposition les mêmes principes de graduation que dans l'exposition en imaginaire. La thérapie cognitive, quant à elle, va ouvrir sur le repérage des pensées automatiques et des croyances erronées en lien avec le traumatisme. Elle portera aussi bien sur le vécu du traumatisme en lui-même que sur sa vision de lui-même, des autres et du monde. Des outils comme le tableau à colonnes ou le dialogue socratique vont permettre au patient de repérer ses pensées dysfonctionnelles et de les discuter. On retrouve généralement des thèmes autour de la prévisibilité, la contrôlabilité et la culpabilité. Enfin l'affirmation de soi permettra de travailler sur les modifications relationnelles dans les suites du traumatisme, notamment en termes de capacité à demander ce dont les patients ont besoin ou dans leurs habilités sociales (agressivité, retrait, inhibition). L'approche comportementale et cognitive apporte un cadre thérapeutique étayant, en ciblant plusieurs éléments et en permettant ainsi une évolution intéressante de la souffrance psychique initiale (Bioy, Conradi, Barfety-Servignat, 2014, p.80).

Par ailleurs, les thérapies utilisant la pleine conscience commencent à connaître un réel développement. Il est donc tout à fait opportun de s'intéresser au sujet de la pleine conscience dans le traitement des symptômes post-traumatiques, et peut-être de mieux cerner les facteurs de résilience. La thérapie ACT postule que les processus langagiers et cognitifs sont responsables de la fusion cognitive, des jugements positifs ou négatifs de soi et du monde et de l'évitement. Les tentatives délibérées de changer des événements internes déplaisants semblent ainsi contribuer à la psychopathologie cognitive. La suppression de pensée, fréquemment retrouvée chez les sujets souffrant de PTSD, est souvent inefficace, et augmente la plupart du temps les pensées non désirées. Les survivants du trauma sont amenés à accroître leur contact avec le moment présent, vivre ce qui est interne ou externe sans jugement, reconnaître la nature subjective et fluctuante de leurs pensées et orienter leurs actions autrement. Dès lors, les traits de pleine conscience et d'acceptation semblent faire partie des facteurs prédisposant à la résilience (Liénard, 2012).

Après l'apogée des approches comportementales, puis cognitivistes, nous assistons depuis une dizaine d'années à l'émergence d'une troisième vague de thérapies TCC, associant les théories cognitives et les théories de gestion émotionnelle. Si le fonctionnement de l'hippocampe et du CPF est touché chez les personnes souffrant de SSPT, il semble que ce soit également le cas de l'amygdale signe que l'on ne peut faire l'économie de la prise en compte des émotions lorsqu'on travaille au rétablissement d'un SSPT. Au sein de cette troisième vague de thérapies, nous trouvons la méditation de pleine conscience ou Mindfulness, l'ACT (Acceptation and Commitment Therapy) ainsi que d'autres thérapies telles que la DBT (Linehan's Dialectic Behavioral Therapy, Linehan, 1993) ou certaines thérapies intégratives<sup>1</sup>. Plutôt que de cibler la réduction des symptômes du SSPT, ce type de thérapies viserait davantage la modification de la relation entre la personne et les expériences psychologiques qu'elle a vécues ou vit encore (Devin, 2014, p.142).

## **18-8- EMDR et prise en charge du traumatisme psychique**

L'eye movement desensitization reprocessing (EMDR) est une méthode thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro en 1989 et qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. En une dizaine d'années, l'EMDR a trouvé son indication privilégiée dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), donnant lieu à un grand nombre d'études. Aux États-Unis, il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux. Les recommandations pour l'usage de cette approche thérapeutique ne manquent pas, provenant des plus éminentes sociétés savantes reconnues sur le plan international pour leurs compétences en ce qui concerne la question du syndrome de stress posttraumatique (Tarquinio, 2014b, p.211).

Conçue par Francine Shapiro en 1987, la méthode EMDR est passée en vingt ans du statut de curiosité - qui pouvait penser que faire bouger les yeux permettrait de guérir les traumatismes - à celui de méthode unanimement reconnue comme efficace dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (Shapiro, 2007). Cette thérapie repose sur une découverte majeure : notre cerveau est équipé pour guérir une blessure psychique. Lorsque celle-ci persiste, c'est que le choc traumatique qui l'a causée bloque le traitement des informations douloureuses. L'EMDR consiste alors, grâce à une stimulation des mouvements oculaires, à remettre en route la "digestion" naturelle des souvenirs pathogènes, qui s'intègrent ainsi dans la mémoire. Si cette thérapie ne peut effacer le passé, elle permet qu'il ne fasse plus mal. (Shapiro, Silk-Forrest, 2014). L'EMDR est un traitement de choix pour l'état de stress post-traumatique, dont l'efficacité a été validée par la Haute Autorité de santé et l'OMS. S'appuyant sur les facultés du cerveau pour transformer les informations à l'origine d'un traumatisme, l'EMDR permet de libérer le patient de sa souffrance et de dépasser ses blocages. Cette thérapie repose sur la stimulation alternée de chaque côté du corps par des mouvements oculaires, alors même que la personne se reconnecte à l'événement traumatisant (Marx, 2013).

Cette thérapie vise la résolution de l'impact d'un événement traumatique et de ses séquelles d'ordre émotionnel, cognitif et physiologique, la désensibilisation aux stimuli déclencheurs des états de détresse qui maintiennent le souvenir de l'expérience passée, le développement des comportements adaptatifs reliés à une redéfinition de l'image de soi (Guay, Marchand, 2006, p.217). Elle comporte huit étapes : anamnèse du client, la préparation au traitement ou la stabilisation et relaxation, l'évaluation des souvenirs cibles, désensibilisation, l'installation, le scan, la clôture et la réévaluation (Allard-Dansereau, Cyr, Hébert, Tourigny, 2012, pp.420-422)

En effet, si le mouvement de l'œil revêt effectivement une grande importance dans la gestion neurologique de la mémoire, il n'en est pas l'unique ressort comme on pourrait le croire. D'autres modes complémentaires de stimulation sensorielle alternée du cerveau, mis en œuvre par un thérapeute expérimenté, peuvent activer pareillement le travail de cicatrisation psychique et de guérison (Rocques, 2016).

### **18-9- Hypnose et prise en charge du traumatisme psychique**

L'hypnose est un état modifié de conscience au cours duquel une personne se dissocie temporairement d'une situation, tout est restant en contact avec le monde environnant. Le trauma et l'hypnose sont deux phénomènes psychiques similaires. L'un, le trauma, réalisant

une auto-hypnose négative et toxique, l'autre, l'hypnose, permettant de se reconstruire en sortant de ces phénomènes dissociatifs et réaliser une auto-hypnose thérapeutique positive. Les quelques techniques hypnotiques, simples et efficaces, ne sont qu'une ébauche du processus thérapeutique à mettre en œuvre. Elles permettent de répondre, en urgence, aux manifestations qui polluent la vie des victimes et les rendent impuissantes face à leur bourreau. Il s'agit du temps essentiel du travail psychothérapeutique, celui qui va permettre à la victime de sortir des mécanismes répétitifs qui la font chuter (Simon, 2012).

#### **18-10- Prise en charge narrative du traumatisme psychique**

Les mots font souvent défaut pour décrire réellement ce que l'on ressent, lorsqu'on est frappé directement ou indirectement par une catastrophe. Il peut arriver que les victimes se sentent isolées, abandonnées, submergées par leurs émotions et surtout bien seules avec leur douleur (Noumbissié, 2018, p.7). Dès lors, Bourlot (2018) distingue huit fonctions psychiques de la narration : catharsis, liaison, partage, historisation, construction, créativité, interprétation, subjectivation. Les relations entre ces fonctions ne sont pas d'opposition, mais de complémentarité et de superposition. (Bourlot, 2018, p.627).

#### **18-11- Autres prises en charge du traumatisme psychique**

Bui (2012) plaide en faveur de la psychothérapie de soutien quant à la prise en charge du psychotrauma, et ce en aidant à restaurer les capacités antérieures déstabilisées par le trauma. En effet, Les patients traumatisés se sentent souvent « déconnectés » et incompris des autres. Il a été retrouvé que le fait de percevoir un soutien social faible était propice à la persistance de symptômes un mois après le trauma. Il est ainsi du ressort du praticien de parvenir à approcher psychologiquement ces patients. Il faudra ainsi qu'il s'attache à ne pas se montrer insensible auprès de ces patients prédisposés à se sentir incompris, mais aussi à encourager le patient à ne pas se désinsérer de son tissu social. Parallèlement, le soignant pourra aussi aider à « normaliser » la souffrance du patient en expliquant qu'il s'agit de réactions normales, ce qui l'aidera à se sentir moins déconnecté des autres. Enfin, d'une manière générale, l'alliance thérapeutique qui est importante dans les soins psychiques est encore plus importante chez ces patients qui ont d'énormes difficultés à rentrer en relation avec les autres. Une autre technique est l'explication des symptômes. Cette psychoéducation est essentielle. La prise en charge hygiéno-diététique correspond à celle recommandée dans les autres troubles anxieux. Les encouragements font partie de la psychothérapie de soutien, mais dans le cas des patients traumatisés.

Martineau (2014) aborde trois types de prise en charge du traumatisme psychique, à savoir : hypnose orientée solutions, thérapie narrative, et hypnose et thérapie stratégique par mouvements alternatifs. Elles permettent de remettre le sujet dans une position d'acteur de son devenir et supposent une coopération avec le patient qui amène une co-construction du soin.

Dans leur article, Chesnot et Chidiac intitulé « *la médiation argile : une thérapie innovante dans le traitement du traumatisme et du post-traumatisme* » (2019), ils montrent que l'argile permettrait un premier temps une voie cathartique nécessaire, suivi d'un deuxième temps d'élaboration et d'un troisième de transformation. Un atelier d'art-thérapie par l'argile peut aider les personnes ayant subi un traumatisme. L'argile, en tant que médium malléable, contribue au processus de changement dans un cadre thérapeutique.

Damiani (2010) plaide en faveur d'une réparation psychique. Un sujet victime d'une infraction pénale grave peut-être confronté à un triple traumatisme : psychique, physique et « groupal ». En effet, le traumatisme a non seulement des effets désorganisateur directement sur le psychisme individuel, mais aussi sur le sentiment d'appartenance à la communauté. De ce fait, le sujet victime d'infraction pénale se devra à la fois d'élaborer un questionnement personnel et de parcourir un chemin judiciaire visant à restaurer son sentiment d'appartenance à la communauté. La réparation se joue donc sur deux scènes, celle de l'intime et celle du collectif, ce qui impose une réflexion sur la nécessaire prise en compte de la réalité psychique et de la réalité judiciaire qui confronte à deux positionnements et à deux modes de fonctionnement différents. Après avoir évoqué les fonctions pacificatrices et re-socialisantes du procès, l'accompagnement en trois temps sera abordé : la préparation formelle et psychologique avant le procès, l'accompagnement au procès, les groupes de paroles et l'information post procès.

Dubois (2019) emboîte le pas à Damiani. Il souligne que le parcours de soin médicopsychologique doit intégrer le parcours médico-judiciaire avec le constat médico-légal, et prendre en compte la protection nécessaire de la victime mineure. L'accompagnement pérenne est primordial. Il est soutenu par la psychothérapie qui est le traitement de fond. Celui-ci s'effectue par phases successives dans un souci de continuité et de protection.

Levine (2019) pense la plupart des thérapies du traumatisme cherchent à atteindre l'esprit en utilisant le langage ou les médicaments. Ces deux approches peuvent être utiles. Cependant, le traumatisme n'est pas, ne sera pas et ne pourra jamais être complètement guéri tant que nous ne tiendrons pas compte du rôle essentiel joué par le corps. Nous devons comprendre comment le traumatisme affecte le corps et la place prépondérante de ce dernier dans la guérison. Sans cette base, nos tentatives pour maîtriser le traumatisme se limiteront à un seul de ses aspects.

Dans son article Al Joboory (2019) cite d'autres thérapies comme l'intégration du cycle de vie (ICV), le développement de la mindfulness, la thérapie sensimotrice, le brainspotting, le modèle de l'identité temporelle.

### **18-12- Prise en charge des enfants et des adolescents traumatisés**

Plutôt que de parler de traitement, il vaudrait sans doute mieux parler ; d'une assistance apportée à l'enfant quant à ses possibilités d'intégration du traumatisme. Autrement dit encore, il ne s'agit pas d'effacer ou d'annuler le traumatisme mais d'atténuer ses effets négatifs en lui permettant une inscription psychique qui n'entrave ni ne bloque le fonctionnement de sa psyché. La perspective psychothérapique est donc évidemment centrale et, d'inspiration psychanalytique, elle s'appuie sur le modèle freudien du développement psycho-affectif et sur le concept d'après-coup. La seule visée abréactive ne suffit pas, comme en témoigne l'inefficacité relative des rêves répétitifs de la névrose traumatique. C'est à une reconstruction signifiante du traumatisme, soit à sa mise en sens, qu'il faut s'atteler en redonnant toute leur vigueur aux capacités de liaison et au travail associatif, seuls à même de permettre à l'enfant de se dégager d'une position purement passive (Bailly, Golse, Soulé, 2004, p.2804).

Pour les enfants, les entretiens psychothérapiques sont probablement une des méthodes les plus utilisées et les plus efficaces dans le traitement des séquelles de psychotraumatismes. L'instauration du cadre thérapeutique est déjà un grand soulagement pour l'enfant, qui a enfin

quelqu'un qui consent à l'écouter. Le récit de son histoire s'accompagne parfois de phénomènes cathartiques au cours desquels se déchargent les affects pathogènes. Mais cette abréaction est le plus souvent insuffisante, même si, pour certains auteurs, elle permet au sujet « d'objectiver et maîtriser un événement doté d'une puissance aliénante obscure, en le replaçant dans une situation interhumaine de dialogue ». C'est dans le transfert que l'enfant va pouvoir se dégager de la répétition incessante du souvenir traumatique et reprendre contact avec sa vie affective d'avant le trauma. « Pendant tout ce temps l'analysant sera plongé dans une névrose traumatique de transfert, c'est-à-dire dans Une répétition mortifère, avant d'accéder, grâce à la liaison avec Eros, à une répétition qui débouche sur la mémoire, l'élaboration et la reprise du processus de symbolisation (Bailly, Golse, Soulé, 2004, p.2804).

Face aux difficultés de la communication verbale avec les enfants dans la situation analytique, Klein (1929) eut recours au jeu, lieu d'expression naturel de leur vie imaginaire. À sa suite, d'autres théoriciens, comme Winnicott (1975), puis Dolto (1984), se sont intéressés à l'activité ludique des enfants, soulignant d'une part la place importante occupée par le jeu dès le plus jeune âge dans l'harmonie du développement de l'enfant, et d'autre part sa fonction thérapeutique au cours des évolutions pathologiques de la personnalité. Certes, tout adulte peut se sentir thérapeute, en jouant avec un enfant en difficulté. Mais comme tout outil de soin efficace, le jeu doit être utilisé avec prudence et maîtrise, après une analyse clinique rigoureuse, pour ne pas aggraver la souffrance psychique, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants victimes d'événements traumatiques. Le jeu pourra dans ces contextes retenir l'attention du clinicien, dans la mesure où ses perturbations – qualitatives et quantitatives – peuvent lui donner l'aspect très spécifique du jeu dit « traumatique » et constituer un indice diagnostique précieux. Sur le plan pratique, la conception et la réalisation d'une « mallette » de jeu, portable, pour intervenir auprès des enfants traumatisés sont une innovation qui commence à être très appréciée des psychiatres et psychologues intervenants, tant dans l'immédiat qu'en post-immédiat ou en différé, auprès des enfants rendus muets par le choc ou emprisonnés dans l'indicible du trauma (Gandelet, 2014b, p.231).

L'enfant traumatisé, encore envahi par les éprouvés sensoriels et sous le choc de son expérience du chaos, n'est souvent pas en état de penser ni de dire ce qu'il vient de vivre. Mais, précédant une future verbalisation, il dispose de son geste graphique, « préparole » au bout des doigts pour se dégager de l'indicible. Cette invitation à dessiner encourage l'enfant à s'exprimer et l'arrache à la perpétuation de l'instant figé du trauma. Le psychologue clinicien, ou le pédopsychiatre, devra se garder de faire dessiner d'emblée, crûment, le vécu du trauma, ce qui ne ferait que raviver la souffrance. Il procédera en trois temps successifs, lors d'une seule séance, faisant d'abord dessiner « comment c'était avant », référence à un passé heureux, puis « comment c'était pendant », occasion de libération parfois cathartique des émotions et de mise en ordre signifiante, et enfin « comment tu souhaites pour plus tard », esquisse d'une reconstruction du monde et de soi-même, à partir des réminiscences de l'avant et détourné du chaos du « pendant ». C'est la technique des trois dessins, qui est de plus en plus utilisée comme invitation à l'expression pour l'enfant traumatisé (Hariki, 2014b, p.241).

La résilience peut s'opérer grâce aux vertus de la parole et de la narration et, à cet effet, démontre comment utiliser des outils permettant d'organiser cette mise en mots de la souffrance : récit de vie, génogramme, échelle de mesure permettant d'évaluer le processus que le jeune met en

œuvre pour aller de l'avant après un traumatisme. La dimension narrative, ici développée, est une piste d'accompagnement psychothérapeutique. Dans ce nouveau paradigme, il s'agit pour l'adolescent, non pas de s'enfermer dans un diagnostic ou son histoire de vie traumatique, mais au contraire de trouver et mobiliser ses ressources pour créer une nouvelle perspective de vie (Sajus, Tisseron, 2018).

## **19- La prévention du traumatisme psychique**

Une place de plus en plus importante est accordée à la prévention de la pathologie post-traumatique. Dans les suites immédiates d'un événement traumatisant, pendant la période de latence, ou même de façon prévisionnelle chez des sujets particulièrement exposés, il semble qu'une aide psychothérapique permettant la verbalisation et la neutralisation des risques ou des traumatismes pourrait éviter l'apparition de complications psychologiques. Il s'agit donc de proposer aux traumatisés ou à certaines populations (militaires, policiers, secouristes, employés de banque) des entretiens « abréactifs » précoces, répétés, au cours desquels ils seraient incités à faire le récit des événements tels qu'ils les ont vécus. L'anticipation, l'identification et le contrôle des émotions permettraient ainsi de mieux gérer les situations à risques en limitant leurs impacts à long terme (Debray, Granger, Azais, 2010, pp.182-183).

## **20- Résilience**

Aborder le traumatique avec un message d'espoir, voilà bien l'objectif de ce point. Car il est bien vrai que si les équipes de soin ont l'habitude de travailler avec les concepts de trauma ou de résilience, c'est bien souvent sans rapprocher ces deux notions, tellement les patients victimes de traumatismes qui consultent sont marqués par la souffrance et la reviviscence traumatique. On en arriverait presque à oublier que d'autres personnes victimes de traumatismes graves ont découvert en eux la capacité et à faire face et à se développer en dépit de l'adversité (Senon, 2012, p.XXI).

Ainsi, cela questionne la réalité clinique de la cristallisation de certains tableaux post-traumatiques et également pour interroger l'évolution favorable, parfois spectaculaire, d'autres situations post-traumatiques (Coutanceau, 2012, p.XXIII).

### **20-1- Historique et émergence du concept de résilience**

Pendant des millénaires, la condition humaine n'a pas pensé la psychologie. On expliquait les souffrances mentales par la possession diabolique ou par la dégénérescence. Il a fallu attendre la fin du XIXe siècle pour commencer à penser le traumatisme. Et ce n'est que depuis les années 1980 que l'on travaille l'idée de résilience, la possibilité de se remettre à vivre après une agonie psychique traumatique ou dans des conditions adverses (Cyrulnik, 2014, p.XIII).

Le concept de résilience a pu se développer au XX e siècle parce que la culture contextuelle était structurée par les machines et la médecine qui étaient en pleine expansion. Les agronomes ont été les premiers à faire du mot « résilience » un concept à allure scientifique. La résilience d'un système socio-écologique est sa capacité à absorber les perturbations naturelles comme la sécheresse et l'inondation, et se réorganiser de façon à maintenir ses fonctions et sa structure. Les métallurgistes ont ensuite calculé l'impact nécessaire pour rompre une barre de fer qui, en deçà de cette pression, avait résisté au choc et repris sa forme (Cyrulnik, 2016, pp.298-300).

L'origine du terme résilience se perd dans la nuit des temps, mais il a été utilisé dans une variété de contextes depuis au moins 2065 ans. Son histoire est riche et variée. Il est passé d'une langue à l'autre, d'un pays et d'une culture à une autre et, finalement, d'une discipline à une autre (Alexander, 2016, p.8).

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre » (dictionnaire Robert). Dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne, donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs (Anaut, 2008, p.35).

À l'origine, le terme résilience était utilisé en physique pour caractériser (en joule par cm<sup>2</sup>) la résistance au choc d'un métal. Il fut utilisé pour la première fois, par Francis Bacon (1626) pour désigner le son rebondissant contre un corps et provoquant l'écho. Cette acceptation renvoie donc à un phénomène physique mesurable (Vermeiren, 2012, p.16). La résilience des matériaux est ainsi une des clés d'analyse essentielle des matériaux de la structure. La notion de résilience dans la science des matériaux, appartient à l'étude de la rupture. Elle s'inscrit dans un ensemble plus large qui est celui de l'étude des propriétés mécaniques des matériaux (Blétry, 2016, p.194).

L'utilisation du concept de résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récente en France, ou elle est connue surtout depuis les années 1990. Les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des anglo-saxons et nord-américains. Nous pouvons citer, parmi les précurseurs de cette approche, des chercheurs anglo-saxons comme Werner (1982 ; 1992) ; Rutter (1983 ; 1992) ; Garmezy (1983, 1996) ; Fonagy (1994 ; 2001) ; Haggerty, Sherrod et al. (1996) ; mais également francophones comme Cyrulnik (1999 ; 2001 ; 2006) ; Guedeney (1998) ; Manciaux (1999 ; 2001) ou Lemay (1999) au Québec (Anaut, 2008, p.37).

Au cours de la période qui a suivi immédiatement la seconde guerre mondiale, la résilience est devenue monnaie courante dans des disciplines comme la psychologie et l'anthropologie. En 1973, elle commence sa route vers la gloire dans d'autres disciplines comme résultat des travaux de l'écologue des systèmes Crawford Stanley Holling qui, bien qu'il n'ait pas été le premier écologue à employer ce terme, fut le plus célèbre de son temps. Les études sur les catastrophes ont reçu le terme de résilience à travers les travaux de Peter Timmerman qui, en 1981, l'a relié à la vulnérabilité et ensuite, par Neil Adger qui, en 2000, lui a assuré une large audience dans le domaine des sciences sociales (Alexander, 2016, pp.8-9).

Une revue de la littérature permet de situer l'émergence de ce concept au début des années 1980. Cependant, certains chercheurs considèrent que les racines de ce concept sont plus anciennes, et sont présentes notamment dans les premiers travaux sur l'attachement. Manciaux et al. (2001) font référence à l'utilisation du terme de résilience par Bowlby pour désigner « le ressort moral, qualité d'une personne qui ne décourage pas, ne se laisse pas abattre ». D'autres auteurs, s'inscrivant dans la lignée psychanalytique, considèrent que Freud avait esquissé les bases épistémologiques de cette approche, mais en ayant recours à une terminologie différente,

notamment dans les travaux concernant le concept de sublimation. En psychologie développementale et psychopathologique, Garmezy et Rutter ont posé les bases théoriques et les principes méthodologiques des recherches dans ce domaine. Toutefois, la psychologue américaine Werner (1982) est reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de résilience, à travers la recherche qu'elle a menée auprès des enfants de Kauai (archipel d'Hawaï). Les travaux de cette dernière se sont appuyés sur une recherche longitudinale portant sur l'étude et le devenir d'une cohorte multiraciale de 545 enfants suivis sur une période de 32 ans. La population étudiée était composée de sujets vivant en situation de grande précarité environnementale, du point de vue des conditions socio-affectives (pauvreté, violence, discorde). Werner et al ont observé qu'un certain nombre de ces enfants, dits à risque, s'accommodaient de l'environnement défaillant en témoignant d'une adaptation sociale parfois remarquable (Anaut, 2008, p.38).

Le mot « résilience » apparaît pour la première fois dans une revue scientifique de psychologie ou de psychiatrie en 1942, quand Mildred C. Scoville évoque, dans l'*American Journal of Psychiatry* ; l'étonnante résilience des enfants confrontés, pendant la guerre, à des situations dangereuses pour leur vie. Dans ce texte, Scoville cite l'article publié, la même année, par Dorothy Burlingham et Anna Freud, qui notaient que des enfants qui avaient vécu des bombardements répétés et très destructeurs ne présentaient pas de signes observables de choc traumatique. La résilience psychologique devient objet de recherche avec les thèses de doctorat, soutenues à l'université Stanford, par Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951). Les travaux des époux Block ont fait émerger le concept de résilience du moi dont le sens est précisé en 1980, quand ils le définissent comme l'un des facteurs sous-jacents à l'adaptation. Depuis 1950, la recherche sur la résilience psychologique s'est beaucoup développée et le nombre des publications a connu une croissance exponentielle. En témoigne le fait que le 3 mai 2016, dans la banque de données PsycINFO, figuraient 10 914 documents ayant dans le titre ou comme sujet résilient (Ionescu, 2016, pp.31-32).

L'étude proprement dite de la résilience a commencé avec trois grands projets de recherche visant des enfants qui vivaient dans des conditions considérées comme pouvant affecter leur développement. Il s'agit de l'étude menée à partir de 1955 par des pédiatres, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et en santé publique, sous la direction d'Emmy E. Werner, sur 698 enfants. Cette étude prospective du développement avait pour objectifs de décrire de manière naturaliste le cours de toutes les grossesses et de leur issue ainsi que le développement, jusqu'à l'âge adulte, de tous les nouveau-nés qui ont survécu et évaluer les conséquences à long terme des complications périnatales et des conditions adverses de croissance sur le développement et l'adaptation à la vie des individus respectifs. Les résultats ont montré qu'environ un tiers des garçons et des filles de cette cohorte étaient des enfants à haut risque, en raison du fait qu'ils étaient nés dans la pauvreté, qu'ils avaient vécu des degrés modérés à graves de stress périnatal, et qu'il avait vécu dans un environnement familial perturbé par des conflits chroniques, par l'alcoolisme parental ou la maladie mentale des parents. Deux tiers des enfants vulnérables ont, comme on pouvait s'y attendre, développé des problèmes sérieux d'apprentissage ou comportementaux à 10 ans et présentaient, à 18 ans, des problèmes de santé mentale, avaient des casiers judiciaires et/ou des grossesses à l'adolescence. Un tiers des enfants à risque avaient, toutefois grandi en devenant des jeunes adultes compétents, surs d'eux-mêmes

et attentionnées. Ils avaient réussi à l'école, bien géré leur vie familiale et sociale, et avait exprimé un fort désir de tirer profit de toute opportunité qui s'était présentée dans leur vie (Ionescu, 2016, pp.33-34).

Une deuxième contribution pionnière est celle de Norman Garmezy et de ses collaborateurs. Son intérêt pour l'étude des maladies l'a conduit à investiguer pourquoi certains patients, contrairement à d'autres, se redressent et vont bien dans la vie. Ce travail a permis d'identifier ce qui différenciait les deux groupes de patients. Garmezy a suggéré que la disponibilité des ressources psychosociales pouvait contribuer à contrecarrer l'influence négative d'une adversité comme la schizophrénie et pouvait favoriser une adaptation comportementale. Dans les années 1960, les recherches de Garmezy ont commencé à se centrer sur le concept de compétence chez les enfants à risque de psychopathologie. Par la suite, dans les années 1970, ses recherches ont posé les bases de l'étude longitudinale internationale de la résilience et de la psychopathologie développementale. La troisième série de recherches majeures a été menée par Michael Rutter, à partir de 1964. Il s'agit d'une série d'études épidémiologiques réalisées sur l'île rurale de Wight et dans les quartiers déshérités de Londres. Les enfants respectifs avaient été exposés à des conflits parentaux graves, avaient vécu dans un environnement familial caractérisé par un statut socio-économique bas, dans des familles nombreuses ou l'on pouvait noter de la délinquance parentale, des troubles psychiatriques maternels, des placements dans des établissements d'état de soins. Rutter a trouvé qu'un quart des enfants étaient résilients même s'ils avaient subi l'effet de plusieurs facteurs de risque. Parmi ces facteurs favorisant la résilience, on peut citer le tempérament facile, une bonne maîtrise de soi, l'efficacité personnelle, les capacités de planification, le fait d'être de sexe féminin, un climat scolaire positif et une relation proche, chaleureuse avec un adulte (Ionescu, 2016, pp.36-37).

L'étude de la résilience a progressé, après 1970, en quatre vagues successives qui se superposent partiellement dans le temps. La première vague a permis, de bonnes descriptions de la résilience dans différentes situations. Deux approches se sont précisées dans l'étude de ce phénomène : l'une, centrée sur la personne et l'autre, sur les variables qui interviennent. La deuxième vague a été centrée sur l'étude des processus conduisant à la résilience au cours du développement. La troisième vague marque le passage de l'étude de la résilience telle qu'elle se construit naturellement à la promotion de la résilience chez les personnes qui vivent de l'adversité ou subissent des traumatismes. Les recherches de la quatrième vague conçoivent la résilience psychologique dans une perspective systémique, dynamique (Ionescu, 2016).

## **20-2- Définitions de la résilience**

Toutes ces définitions prennent en compte le fait que malgré une fréquence élevée des événements traumatiques, toutes les personnes qui y sont exposées ne présentent pas de troubles psychotraumatiques par la suite, ou bien ne présentent que des symptômes transitoires ou sub-syndromique. Les événements traumatiques sont assez courants. Pourtant toutes les personnes exposées ne développent pas un trouble psychotraumatique (Sadlier, 2013, p.250).

D'après le Dictionnaire historique de la langue française, le terme *résilier* est étymologiquement constitué de *re* (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire* (sauter, bondir). *Résilier* signifie donc *littéralement sauter en arrière, se rétracter* (Anaut, 2008, p.35). La résilience peut se définir comme « un processus de protection et d'élaboration qui

permet la reprise d'un développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité ». Ainsi, nous pouvons dire que la résilience « fait référence aux ressources développées par une personne, un groupe ou une communauté, pour tolérer et dépasser les effets délétères ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommage possible » (Anaut, 2008).

Le processus de résilience s'engage lorsqu'un individu (ou un groupe), confronté à un traumatisme, réussit à s'activer de manière adéquate des modalités protectrices qui lui permettent de se reconstruire. Le processus de résilience renvoie donc à un potentiel humain, individuel ou groupal, de résister à des situations traumatiques en développant des ressources créatrices pour émerger de l'adversité et reprendre un nouveau développement (Anaut, 2012, p.13).

Le concept de résilience est aujourd'hui incontournable, tant en psychiatrie que dans le langage courant. Il semble avoir émergé de toutes pièces, il y a peu et offrir le chaînon manquant de la compréhension de l'humain confronté à l'adversité, voire au traumatisme, ce qui n'est pourtant déjà pas synonyme. Si l'on conçoit la résilience comme un processus dynamique davantage que comme un état, une prédisposition, on est loin du métal qui résiste ou du son qui rebondit. En d'autres termes, le sujet résistant serait celui qui, face à une expérience potentiellement traumatisante, n'aurait pas été traumatisé (Vermeiren, 2012, pp.15-16).

La mise en évidence de phénomène réputé résilient ne signifie pas que la souffrance du sujet soit négligée ou négligeable. Les individus résilients ne sont pas invulnérables et conservent une cicatrice de leurs blessures. En fait, le sujet qui a été blessé va reprendre un autre type de développement et pourra garder trace du traumatisme, sans pour autant être anéanti par les effets délétères (Anaut, 2008, p.9).

Si la résilience est un processus universel, sa construction et ses manifestations sont teintées par l'environnement culturel des personnes qui vivent de l'adversité. L'étude du processus de résilience ne peut donc être approfondie sans tenir compte de cet environnement. La connaissance des facteurs culturels de protection et de risque nous aide non seulement à comprendre ce processus, mais peut aussi nous aider à le faciliter. Le développement de la recherche sur la culture de la résilience peut avoir d'importantes applications pratiques, notamment au plan sociétal (Ionescu, Jourdan-Ionescu, 2016, p.262)

La résilience est un concept interdisciplinaire par excellence. De nombreuses disciplines, telles que la psychologie, la criminologie, le travail social et l'écologie, ont analysé, documenté, détaillé et expliqué la résilience au cours des dernières décennies (Bourbeau, 2016, p.285).

Dans les sciences humaines est décrite la possibilité de reprendre un bon développement après une agonie psychique traumatique, grâce à ses capacités adaptatives. Il s'agit d'un processus qui permet de retrouver un bien-être à vivre après des chocs destructeurs ou malgré des circonstances adverses (Cyrulnik, 2016, p.300).

### **20-3- Protection et facteurs de protection vs vulnérabilité et facteurs de risque :**

Selon Rutter (1990), les facteurs de protection modifient la réaction à la situation présentant un risque en réduisant l'effet du risque et les réactions en chaîne négatives. Les investigations sur les facteurs de protection font apparaître que la protection résulte à la fois de variables génétiques et constitutionnelles, des dispositions et caractéristiques de la personnalité, des appuis du milieu (familial et extra-familial) ainsi que de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des appuis sociaux (Anaut, 2008, p.40).

La résilience résulte ainsi de la mise en perspective de trois domaines : les éléments d'ordre interne au sujet (particularités singulières, histoire singulière, registre défensif...), les éléments d'ordre familial (contexte psychoaffectif, relations familiales, en termes de protection et de facteurs de risque ...), les éléments issus de l'environnement plus large et du contexte socio-environnemental (apparence communautaires, sociales, religieuses, idéologiques...). Ces trois domaines, en cas de carence grave et/ou de traumatisme vont être sollicités afin de contribuer, selon des modalités propres, à bâtir la trame du processus de résilience (Croas, 2012, p.26).

Similaire à la vulnérabilité psychologique, qui est un état lié aux facteurs et aux processus de risque, la résilience psychologique est un état lié aux facteurs et aux processus de protection (Sadlier, 2001, p.92). Dans ce cadre, la vulnérabilité se définit comme « l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle. La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses patentes ou latentes, immédiates ou différées, et peut être comprise comme une impossibilité (ou incapacité) de résister aux contraintes de l'environnement » (Anaut, 2008, p.14).

### **21- La résilience chez l'enfant et l'adolescent**

Pour se construire, l'enfant a besoin de l'Autre. Seul, il ne peut pas survivre et ne peut pas exister. Les études faites après-guerre par Anna Freud, Spitz, Margareth Mahler auprès de bébés et de jeunes enfants abandonnés ou orphelins nous ont permis de comprendre l'importance de ses proches dans la survie de l'enfant. Apporter exclusivement des soins matériels de nursing (repas, toilette) ne suffit pas pour permettre à l'enfant de survivre. Si personne ne lui parle, ne le rassure, il se laisse dépérir. L'enfant a, avant tout, besoin d'être porté psychiquement par l'autre, c'est-à-dire être pris en charge par quelqu'un qui le reconnaîtra en tant que sujet humain, petit d'homme en devenir, et qui sera en capacité de s'ajuster à ses besoins : lui parler, le réconforter, lui donner confiance en lui et en l'autre, l'autoriser à se séparer et à s'autonomiser, lui transmettre l'envie d'apprendre, l'encourager et le soutenir. Sans le regard de l'autre, sans ses mots rassurants, sans son écoute bienveillante, sans son attention bienveillante, l'enfant ne pourra pas se construire dans un rapport à l'autre sécurisant (Romano, 2016, p.VII).

Certains modèles psychologiques et médicaux suggèrent que l'humanité se divise en personnes « normales » et en personnes « pathologiques » et considèrent que les traumatismes de l'enfance sont à l'origine de troubles persistant toute la vie et extrêmement difficiles à traiter, tels que des troubles de la personnalité. Heller et Lapiere (2015) nous montrent qu'en réalité les traumatismes développementaux, comme tous les traumatismes, font partie de la condition humaine et ne sont pas une « condamnation à vie ». La résilience n'est pas une aptitude innée mais s'enracine dans l'enfance et dans la relation qu'entretiennent les parents avec leur enfant.

Une relation sécurisante avec l'enfant l'aidera à rassembler ses forces pour s'en sortir lors de traumatismes collectifs ou individuels (Fortuna, Chatillon, 2014, p.7).

Dès lors, comprendre la résilience " naturelle " peut nous aider à assister ceux qui ont souffert : les enfants maltraités, les adolescents à la dérive et toutes les personnes touchées par des traumatismes ou des maladies graves. À l'aide d'un professeur, d'un parent éloigné ou même parfois d'un animal, on peut guérir les blessures. Pourquoi le lien, la loi et le sens sont les piliers de leur reconstruction (Lecomte, 2004).

Il est possible que certains enfants soient protégés du développement des troubles par des facteurs associés à la « résilience ». Au cours des quinze dernières années, des chercheurs anglais et nord-américains ont utilisé le terme de résilience, emprunté au vocabulaire de la physique, pour caractériser les enfants qui présentent un bon fonctionnement psychologique en dépit des circonstances effrayantes auxquelles ils sont exposés (Sadler, 2001, p.8).

L'école est une opportunité de « résilience ». On peut difficilement en douter devant la réussite scolaire de sujets soumis à une haute probabilité d'échec, cumulant des risques initiaux et des difficultés objectives qui devraient les condamner à l'insuccès ! Le terme de résilience, qui fait partie aujourd'hui du vocabulaire collectif, nous a appris pourtant combien les effets pathogènes, systématiques, de certains traumatismes psychiques ne sont pas une fatalité, et nous invite à prendre en compte les forces et ressources d'une personne plutôt qu'à nous centrer sur ses troubles ou ses pathologies. L'adversité dans le cadre scolaire se rencontre dès le plus jeune âge, associée à des causes multiples : handicap physique ou intellectuel, maladie chronique, difficultés d'intégration d'origine affective, socio-économique ou culturelle, maltraitance, migration, illustrées ici par de nombreux exemples cliniques. Ils mettent en évidence le soutien particulier, souvent méconnu, apporté par ces « tuteurs de résilience » que l'élève peut rencontrer très tôt et qui marquent de leur empreinte bénéfique toutes ses études. Chacun de nous est concerné, ne serait-ce que par nos souvenirs d'une scolarité qui n'est jamais lisse de difficultés, voire d'humiliations. Face à la lutte actuelle contre les échecs de tous ordres, la notion de « résilience scolaire » apporte une contribution de poids à leur prévention. Elle est source d'espérance, tant au niveau des parents d'élèves que des enseignants, tuteurs de résilience et artisans d'une bienveillance scolaire (Bouteyre, 2014).

## **Conclusion**

Le traumatisme psychique définit le choc émotionnel d'un individu à la suite d'un événement traumatique. Le psychologue clinicien se doit de porter un regard accueillant, sensible, humain, mais aussi rigoureux et objectif sur le traumatisme psychique, pour réunir une dynamique pluridisciplinaire autour du repérage, du diagnostic précoce, de la reconnaissance et de la prise en charge du trouble traumatique.

## Liste des références :

1. Agar, N et al. (2012). CUMP. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.327-337). Paris, France : Dunod.
2. Al Joboory, S et al. (2019). Psychotraumatologie: prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales médico-psychologiques*. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.002>
3. Alexander, D (2016). Préface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblance dans la diversité* (pp.7-13). Paris, France : Odile Jacob.
4. Allard-Dansereau, C., Cyr, M., Hébert, M. et Tourigny, M. (2012). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Paris, France : PUQ.
5. Alleaume, B. (2019). Le traumatisme sous l'angle de la psychologie humaniste et existentielle. *European Journal Of Trauma & Dissociation*. <https://www.em-consulte.com/en/article/1298673>
6. Americian Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5* (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
7. Americian Psychiatric Association. (2016a). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques* (Traduit par M.-A. Crocq et J.-D.Guelfi). Paris, France : Masson.
8. Americian Psychiatric Association. (2016b). *DSM-5 - Cas cliniques* (Traduit par A. Boeher et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
9. Americian Psychiatric Association. (2016c). *DSM-5 - Diagnostics Différentiels* (Traduit par M.-A.Crocq et R.-M. Morau). Paris, France : Masson.
10. Anaut, M. (2008). *La résilience. Surmonter les traumatismes* (2 e éd). Paris, France : Armand Colin.
11. Anaut, M. (2012). Traumatisme, humour et résilience. In R.Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (pp.3-14). Paris, France : Dunod.
12. André-Dessornes, C. (2015). 1915-2015. *Un siècle de tragédies et de traumatismes au Moyen-Orient*. Paris, France : L'Harmattan.
13. Auxéméry, Y. (2014). Le vieillissement traumatique. *Annales médico-psychologiques*, 172 (7), 519-523. <http://10.1016/j.amp.2012.04.007>
14. Auxéméry, Y. (2016). Actualité des mémoires traumatiques. *Annales Médico-psychologiques*, 174(4), 250-256. [http://ch-poitiers.fr/opac\\_css/index.php](http://ch-poitiers.fr/opac_css/index.php)
15. Auxéméry, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *European Journal of trauma & Dissociation*. <http://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
16. Bacqué, M-F. (2003). *Apprivoiser la mort*. Paris, France : Odile Jacob.
17. Bailly, L. (1996). *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris, France : ESF.
18. Bailly, L., Golse, B. et Soulé, M. (2004). Conséquences pour les enfants des crises familiales graves et des événements traumatiques. Dans S. Lebovici (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p.2793-2806). Paris, France : PUF.
19. Barlow, D-H., Durand, M. et Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie : Une approche intégrative*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
20. Barnhill, J-W. (2016). Troubles dissociatifs. Dans J-W. Barnhill (dir.), *DSM-5 cas cliniques* (Traduit par A. Boeher et M.-A. Crocq, p.137-146). Paris, France : Masson.

21. Barnhill, J-W. (2016). Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Dans J-W. Barnhill (dir.), *DSM-5 cas cliniques* (p.119-135). Paris : Masson.
22. Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
23. Barrois, C. (2011). Événement et accident. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir), *Les mots du trauma* (p.94-98). Paris, France : Philippe Duval.
24. Belhassen, M. (2011). *Les traumatismes de l'enfance*. Paris, France : Le pommier.
25. Benamsili, L. (2012). Contribution à l'étude du traumatisme intentionnel. *Psychologie*, 19, 43-60.
26. Bensmail, B (2007). Violence, idéologie et maladie identitaire. Dans Y. Merdji (dir.), *Un pionnier de la psychiatrie algérienne. Belkacem Bensmail* (pp.250-261). Constantine, Algérie : Editions Khyam.
27. Berger, M. (2018). *De l'incivilité au terrorisme. Comprendre la violence sans l'excuser* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
28. Beriault, M. et Turgeon, L. (2008). *Evaluation de l'état de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents* (p.71-81). Dans M. Bouvard (dir.), *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, France : Masson.
29. Besançon, G. (2016). *Manuel de psychopathologie* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
30. Bessoles, Ph. (2006). Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. *L'Information psychiatrique*, 82 (3), 231-237. <http://doi.org/10.3917/inpsy.8203.0231>
31. Bioy, A., Conradi, S., Barfety-Servignat. (2014). Entendre, évaluer et répondre au traumatisme psychique. *Douleur analg*, 27, 75-81. <http://doi.org/10.1007/s11724-014-0387-7>
32. Blétry, M. (2016). Résilience en science des matériaux. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (p.193-214). Paris, France : Odile Jacob.
33. Boukobza, G. (2001). *Face au traumatisme. Approche psychanalytique*. Paris, France : L'Harmattan.
34. Bourbeau, Ph. (2016). La résilience en relations internationales : le côté clair et le côté obscur. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (p.283-297). Paris, France : Odile Jacob.
35. Bourlot, G. (2018). Qu'est-ce qu'une narration ? les fonctions psychiques de la narration. *L'évolution psychiatrique*, 83, 627-645. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.04.009>
36. Bouteyre, E. (2014). *La résilience scolaire. De la maternelle à l'université*. Paris, France : Editions Belin.
37. Bouvard, M. et Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5 e éd). Paris, France : Masson.
38. Bowen, S., Chawla, N. et Marlatt, A. (2019). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
39. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris, France : Masson.
40. Braconnier, A. (2013). Traumatisme psychique. Dans R. Doron. et F. Parot (dir.), *Dictionnaire de psychologie* (3 e éd, p.731). Paris, France : PUF.
41. Brécard, F. (2017). Les racines du mal : aux origines de la violence. Actualité en analyse transactionnelle, 1 (157), 58-69. <https://doi.org/10.3917/aatc.157.0058>
42. Broquen, M. et Gernez, J-P. (1997). *L'effraction. Par-delà le trauma*. Paris, France : L'Harmattan.
43. Bui, E. (2012). Les psychothérapies de soutien dans les traumatismes. Dans L. Schmii (dir.), *Psychothérapie de soutien* (p.81-87). Paris, France : Elsevier Masson.

44. Busson, B. (2008). Le traumatisme psychique : altération de la personnalité et syndrome de stockholm.
45. Cadet, S. et Mangin D'Ouince, V. (2011). Résurgence du traumatisme chez le sujet âgé. *Le journal des psychologues*, 10 (293), 58-60. <http://doi.org/10.3917/jdp.293.0058>
46. Capogna-Bardet, G. et Champon, E. (2014). Introduction. Dans G. Capogna-Bardet (dir.), *Clinique du trauma* (p.11-14). Paris, France : Eres.
47. Cario, R. (2002). *Victimes : Du traumatisme à la restauration*. Paris, France : L'Harmattan.
48. Cario, R. (2012). *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale* (4 e éd). Paris, France : L'Harmattan.
49. Cario, R. (2015). *Droit (s) des victimes* (2 e éd). Paris, France : L'Harmattan.
50. Casey, P.R. et Psych, F-R-C. (2018). Limites entre réponses normales et pathologiques. Dans P.R. Casey (dir.), *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le guide du clinicien* (p.1-22). Paris, France : Elsevier Masson.
51. Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris, France : Dunod
52. Chauvel, E-J. (2013). Sandor Ferenczi. Dans M. Kédia. et A. Sabouraud-Seguin (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd, p.19-25). Paris, France : Dunod.
53. Chemama, R. et Vandermersch, B. (2009). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, France : Larousse.
54. Chiantaretto, J-F. (2009). Le traumatisme psychique : du modèle de l'effraction au modèle de la négativité. Dans F. Marty (dir.), *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (p.161-174). Paris, France : Dunod.
55. Clément, J-P. (2010). *Psychiatrie de la personne âgée*. Cachan, France : Lavoisier.
56. Coq, J-M. (2012). L'enfant dans l'accident : traumatisme et résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.137-145). Paris, France : Dunod
57. Coq, J-M. (2018). Interventions psychologiques d'urgence auprès des victimes d'attentats terroristes. *Dialogue*, 3 (221), 89-102. <http://doi.org/10.3917/dia.221.0089>
58. Coq, J-M. (2019). *10 cas en psychopathologie de l'enfant*. Paris, France : Dunod.
59. Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5 e éd). Paris, France : Elsevier Masson.
60. Coutanceau, R. (2012). Avant-propos. Dans R.Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p. XXIII-XXIV). Paris, France : Dunod.
61. Coutanceau, R. et Lemitre, S. (2017). *Violences ordinaires et hors normes*. Paris, France : Dunod.
62. Croas, J. (2012). Repères métapsychologiques autour du traumatisme. In R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.23-36). Paris, France : Dunod.
63. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris, France : Masson.
64. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. Dans M. De Clercq. et F. Lebigot (dir.), *Les traumatismes psychiques* (p.23-64). Paris, France : Masson.
65. Crocq, L. (2011). La culpabilité du soldat occidental. *Revue des deux mondes*, mars, 129-148. <https://www.revuedesdeuxmondes.fr/article-revue/la-culpabilite-du-soldat-occidental>.
66. Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris, France : Odile Jacob.

67. Crocq, L. (2012). L'approche cathartique dans la thérapie du trauma. In R. Coutanceau., J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.233-245). Paris, France : Dunod.
68. Crocq, L. (2012). Quelques jalons dans l'histoire du concept trauma. In R. Coutanceau., J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p. 175-186). Paris, France : Dunod.
69. Crocq, L. (2014a). *Les blessés psychiques de la grande guerre*. Paris, France : Odile Jacob.
70. Crocq, L. (2014b). Stress et trauma. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.7-16). Paris, France : Elsevier Masson.
71. Crocq, L. et Bouchard, J-P. (2018). Histoire de la psychotraumatologie. Dans *Annales Médico-psychologique*, 176, 305-309. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.007>
72. Culteau, M. (2013). *Trauma et psychose* (Thèse de doctorat en médecine, Université de Paris 7). Repéré à [http:// www.univ-paris-diderot.fr](http://www.univ-paris-diderot.fr), thèses
73. Cyrulnik, B. (2014). Préface. Le sujet résilient. Dans R. Coutanceau. et R. Bennegadi (dir.), *Résilience et relations humaines* (p.XIII-XXIV). Paris, France : Dunod.
74. Cyrulnik, B. (2016). Postface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (p.299-305). Paris, France : Odile Jacob
75. Daligand, L. (2009). Le psychotrauma de l'enfant. *Stress et trauma*, 9 (4), 224-227. <http://www.traumapsy.com>
76. Damiani, C. (2004). *Traumatisme psychique. Thérapie et réparation*. Paris, France : Dunod.
77. Damiani, C. (2010). La réparation psychique. *Médecine & droit*, (100-101), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2010.01.001>
78. Damiani, C. (2011). Syndrome psychotraumatique. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir), *Les mots du trauma* (p.241). Paris, France : Philippe Duval.
79. Damiani, C. (2011). Thérapies comportementales et cognitives. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.243-244). Paris, France : Philippe Duval.
80. Damiani, C. et Pereira-Fradin, M. (2006). *Traumaq : questionnaire d'évaluation du traumatisme : manuel*. Paris, France : ECPA.
81. De Foucault, V. (2013). Suicide. Dans M, Kédia A, Sabouraud-Seguín (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd, p.201-203). Paris, France : Dunod.
82. De Tychev, C. (2017). *Violence subie et résilience*. Paris, France : Editions Eres.
83. Debray, Q., Granger, B. et Azais, F. (2010). *Psychopathologie de l'adulte* (4 e éd). Paris, France : Elsevier Masson.
84. Devin, A-L. (2014). Syndrome de stress post-traumatique et troubles cognitifs associés. In S. Montel (dir.), *Neuropsychologie et santé* (p.123-157). Paris, France : Dunod.
85. Doray, B. et Louzoun, C. (1997). *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Paris, France : Eres
86. Dubois, V-H. (2019). Psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent : définitions, aspects cliniques et principes de soin. *Perfectionnement en pédiatrie*, 2 (2), 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2019.04.018>.
87. Ducrocq, F. (2011). Comorbidité. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir), *Les mots du trauma* (p.44-45). Paris, France : Philippe Duval.
88. Ducrocq, F. et Vaiva, G. (2012). Troubles psychotraumatiques aigus et prévention secondaire. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.129-136). Paris, France : Dunod

89. Ferragut, E. (2005). *Emotion et traumatisme*. Paris, France : Masson.
90. Fortuna, J-F. et Chatillon, C. (2014). *Traumatismes et résilience*. Paris, France : L'Harmattan.
91. Freud, S. (1920-2013). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, France : PUF.
92. Gandellet, J-P. (2014b). Du jeu traumatique au jeu thérapeutique chez l'enfant traumatisé. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.232-239). Paris, France : Elsevier Masson.
93. Godfryd, M. (2002). *Les maladies mentales de l'adulte* (4 e éd). Paris, France : PUF.
94. Granger, B. (2002). *La psychiatrie aujourd'hui : du diagnostic au traitement*. Paris, France : Odile Jacob.
95. Guay, S. et Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux évènements traumatiques*. Montréal, Canada : PUM.
96. Hariki, S. (2014b). Le dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.141-252). Paris, France : Elsevier Masson.
97. Hart, O-V., Nijenhuis, E. et Steele, K. (2017). *Le soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
98. Heller, L. et Lapierre, A. (2015). *Guérir les traumatismes du développement*. Paris, France : InterEditions.
99. Hirigoyen, M-F. (2013). Comment penser la violence. Dans R. Coutanceau (dir.), *Violences psychologiques* (p. XVI-XVII). Paris, France : Dunod.
100. Ionescu, S. (2016). Introduction. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblance dans la diversité* (p. 15-30). Paris, France : Odile Jacob.
101. Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2016). Résilience culturelle et culture de la résilience. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (p.239-267). Paris, France : Odile Jacob
102. Ivannov-Mazzucconi, S., Dignonnet, E. et Leyreloup, A-M. (2005). Traumatisme. Dans M-J. Cottureau (dir.), *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*. Paris, France : Masson.
103. Jeanneau-Tolila, P. (2012). Pathologies traumatiques et réactions pathologiques aux événements de vie. In V. Kapsambelis (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (p.359-376). Paris, France : PUF.
104. Josse, E. (2007). Le traumatisme psychique. Quelques repères notionnels. [http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/reperes\\_trauma.pdf](http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/reperes_trauma.pdf).
105. Josse, E. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
106. Kaes, R. (2016). Préface. Dans D. Drieu (dir.), *Violence et institutions*. Paris, France : Dunod.
107. Kechid, G. (2007). *Le traumatisme psychique de l'enfant : itinéraire d'une clinique réactualisée*. Paris, France : PUF.
108. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd, p.2-12). Paris, France : Dunod.
109. Kédia, M., Vanderlinden, J. et Lopez, G. (2019). *Dissociation et mémoire traumatique* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
110. Knafo, D. (2016). *Une approche humaniste de la psychologie du trauma*. <http://www.psychologue-libourne.com>.
111. Lahutte, B. (2011). Blessure physique. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.29-30). Paris, France : Philippe Duval.

112. Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12 e éd). Paris, France : PUF.
113. Laurin, A., Murat, C., Bescond, Y. et Marinescu, M. (2018). Conséquences psychologiques et état de stress post-traumatique chez les victimes de la tempête Xynthia. *Annales médico-psychologiques*, 176 (5), 477-482. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.06.011>
114. Le Heuzey, M-F. (1999). Le syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. *Arch Pédiatr*, 6, 573-577. [http://doi.org/10.1016/S0929-693X\(99\)80569-7](http://doi.org/10.1016/S0929-693X(99)80569-7)
115. Le petit Larousse de la psychologie. (2013). Paris, France : Larousse.
116. Lebigot, F. (2005). *Le traumatisme psychique* (2 e éd). Paris, France : Fabert.
117. Lebigot, F. (2011). Névrose traumatique. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.163-168). Paris, France : Philippe Duval.
118. Lebigot, F. (2011). Psychoses délirantes aiguës et trauma. Dans C. Damiani et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.185-186). Paris, France : Philippe Duval.
119. Lebigot, F. (2011). Deuil avec traumatisme. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.66-67). Paris, France : Philippe Duval.
120. Lecomte, J. (2004). *Guérir de son enfance*. Paris, France : Odile Jacob.
121. Lempérière, Th. (2011). Préface. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (pp.7-8). Paris, France : Philippe Duval.
122. Levine, P. (2016). *Trauma et mémoire : un guide pratique pour comprendre et travailler sur le souvenir traumatique*. Malakoff, France : InterEditions.
123. Levine, P-A. (2019). *Réveiller le tigre, guérir le traumatisme* (traduit par M. Bourseau). Paris, France : InterEditions.
124. Liénard, Y. (2012). Trauma et pleine conscience. Dans R.Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.248-254). Paris, France : Dunod.
125. Likongo, M-O. (2015). *Guerre et viol : deux faces de fléaux traumatiques*. Paris, France: L'Harmattan.
126. Lim-Sabbah, I. (2010). *Psychiatrie*. Paris, France : Masson.
127. Lopez, G et al. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris, France : Dunod.
128. Maldi, H. (2008). *La souffrance de l'adolescence : trauma et figurations du traumatique*. Franche-Comté, France : Presses Univ.
129. Marcelli, D. (2012). Le traumatisme psychique, un concept frontière entre le neuro-cérébral et le psycho-affectif. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 341-344. <http://doi.10.1016/j.neurenf.2011.12.007>
130. Martineau, W. (2014). Quelles approches psychothérapeutiques dans les ESPT et les traumatismes psychiques ? *EuropeanPsychiatry*, 29 (8), 675. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.087>.
131. Marx, Ch. (2013). *L'EMDR*. Paris, France : Eyrolles.
132. Miedzzyrzecki, J. (2004). Trauma et somatisation chez l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 414-418. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.05.005>
133. Millet, B., Vanelle, J-M. et Benyaya, J. (2010). Etat de stress post-traumatique. Dans B. Millet (dir.), *Prescrire les psychotropes* (119-120). Paris, France : Masson.
134. More, C. (2006). *Les violences sexuelles sur mineurs*. Paris, France : L'Harmattan.
135. Morgan, S. (2012). *L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs*. Paris, France : Mon petit éditeur

136. Moro, M-R. (2016). Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. *Annales médico-psychologiques*, 174 (4), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.024>.
137. Mouchabac, S., El-Hage, W., & Ferreri, F. (2016). La mémoire intrusive dans le trouble de stress post-traumatique : apport de la neuroimagerie. *Annales Médico-Psychologiques*, 174 (10), 848-852. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2016.09.010>
138. Neuburger, R. (2005). *Les Familles qui ont la tête à l'envers. Revivre après un traumatisme familial*. Paris, France : Odile Jacob.
139. Noumbissié, C-D. (2018). *Catastrophe ferroviaire, représentation et troubles post-traumatiques*. Paris, France : L'Harmattan.
140. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Suisse : OMS. <http://www.who.int>
141. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Montréal, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
142. Patino-Lakatos, G. (2019). Trace et mémoire du trauma : de la mémoire du corps à la mémoire symbolique. *Evol Psychiatr*, 84(3), 1-15. Doi : 10.1016/j.evopsy.2018.10.004.
143. Pardinielli, J-L. et Bertagne, P. (2010). *Les névroses* (2 e éd). Paris, France : Armand Colin.
144. Pewzner, E. (2000). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris, France : Armand colin.
145. Philippot, P. et Feldman, R. S. (2004). *The Regulation of Emotion*. London: Psychology Press.
146. Pignol, P. (2014). Préhistoire de la psychotraumatologie. Les premiers modèles du traumatique. *L'Information psychiatrique*, 90 (6), 415-425. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9006.0415>
147. Pilet, J-L., Guihard, C., Obringer, A. et Brice, D. (2011). *Drames en milieu scolaire*. Paris, France : Elsevier Masson.
148. Pinoit, J-M. (2000). *Psychiatrie. Thérapeutique pour le pharmacien*. Paris, France : Masson.
149. Pirlot, G. et Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris, France : Armand Colin.
150. Pirlot, G. et Cupa, D. (2019). *Approche psychanalytique des troubles psychiques* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
151. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C. et Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique*. Paris, France : Dunod.
152. Potamianou, A. (2001). *Le traumatique. Répétition et élaboration*. Paris, France: Dunod.
153. Pouilly, C. (2017). *Urg'Psychiatrie* (2 e éd). Paris, France : Arnette.
154. Poujouly, M-C. (2012). Violence. Dans M. Formarier (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (p.302-304). France : Association de recherche en sciences infirmières.
155. Prieto, N. et Cheucle, E. (2005). Les cellules d'urgence médicopsychologique. Dans F. Lebigot (dir.), *Victimologie-Criminologie. Approches clinique* (p.115-122). Paris, France : Champ social.
156. Raoult, P-A. (2017). *Violences et mal-être*. Paris, France : Dunod.
157. Rebière, D. (2014). *Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique*. Rennes, France : Université de Rennes.

158. Rimé, B. (2009). Pour comprendre les traumatismes émotionnels. Dans B. Rimé (dir.), *Le partage social des émotions* (p.271-286). Paris, France : PUF.
159. Rocques, J. (2016). *EMDR : Une révolution thérapeutique*. Paris, France : Desclée De Brouwer.
160. Romano, H. (2013). *L'aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique*. Paris, France : Dunod.
161. Romano, H. (2016). *La santé à l'école* (2 e éd). Paris, France : Dunod.
162. Rothschild, B. (2008). *Le corps se souvient : mémoire somatique et traitement du trauma* (traduit par F. Ducène et M. Schils). Paris, France : De Boeck Supérieur.
163. Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant*. Paris, France : PUF.
164. Sadlier, K. (2013). Résilience. Dans M, Kédia. et A, Sabouraud-Seguin (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd) (p.249-253). Paris : Dunod.
165. Sajus, N. et Tisseron, S. (2018). *Adolescence : du traumatisme de vie à la résilience*. Montrouge, France : Editions législatives.
166. Salmona, M. (2012). Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (113-120). Paris, France : Dunod.
167. Schulz, P., & Sartorius, N. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM 10*. Paris, France : De Boeck Supérieur
168. Sebastiao, M-P. (2012). Trauma et vieillissement : destin et enjeux psychiques. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (147-158). Paris, France : Dunod.
169. Séguin-Sabouraud, A. et de Foucault, V. (2013). Comorbidité. Dans M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd) (p.193-200). Paris, France : Dunod.
170. Selosse, J. (2011). Victime. Dans Doron, R., Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie* (p.240). Paris, France : PUF.
171. Senon, J-L. (2012). Préface. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.XXI-XXII). Paris, France : Dunod.
172. Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures* (traduit par V.Mégevand). Paris, France : InterEditions.
173. Shapiro, F. et Silk-Forrest, M. (2014). *Des yeux pour guérir : EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes* (traduit par V.Mégevand) . Paris, France : Contempoary French Fiction.
174. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : Larousse.
175. Simon, V. (2012). Du bon usage de l'hypnose, facteur de résilience dans la prise en charge du trauma. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.255-263). Paris, France : Dunod.
176. Smith, J. (2012). Dissociation traumatique : renforcer les ressources. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.207-215). Paris, France : Dunod
177. Smith, J. et Crochet, S. (2012). Evaluation et prise en charge des victimes. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.85-98). Paris, France : Dunod.
178. Sora, J-B. (1999). *Quand le corps prend la relève : stress, traumatisme et maladies somatiques*. Paris, France : Odile Jacob.
179. Steel, K., Boon, S. et Hart, O. (2018). *Traiter la dissociation d'origine traumatique*. Paris, France : De Boeck Supérieur.

180. Taieb, O. (2003). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC-37-200-G-60*.
181. Tarquinio, C. (2014b). EMDR et prise en charge du psychotraumatisme. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p. 211-220). Paris, France : Elsevier Masson.
182. Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.
183. Tchatié, A-N. (2007). *Danse-thérapie et traumatisme psychique*. Paris, France : Université Paris 7-Xavier Bichat.
184. Tomasella, S. (2016). Trauma, deuil et principe d'intégrité. *L'Evolution Psychiatrique*, 81 (3), 641-652. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.05.004>
185. Vaiva, G. (2005). *Psychotraumatismes*. Paris, France : Masson.
186. Vallet, D. (2011). Psychose. Dans C. Damiani et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (pp.184-185). Paris : Philippe Duval.
187. Vermeiren, E. (2012). Analyse critique du concept de résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.15-22). Paris, France : Dunod.
188. Vila, G. (2014b). Les thérapie cognitivo-comportementales du trauma. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.203-210). Paris, France : Elsevier Masson.
189. Vilamot, B. (2014b). Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.53-62). Paris, France : Elsevier Masson.
190. Villerbu, L., Pignol, P. et Winter, A. (2012). Trauma et résilience : quels espaces de théorisation. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.37-47). Paris, France : Dunod.
191. Vitry, M. (2014). Deuil post-traumatique. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (2 e éd) (p. 101-110). Paris, France : Masson.
192. Zammateo, N et Botman, M. (2019). *European Journal Of Trauma & Dissociation*, 3 (2), 119-124. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.06.003>
193. Zech, E. et Vandenbussche, F. (2011). *La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert : Manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur*. Louvain, Belgique : Presses univ de Louvain.
194. Zuber, A. et Sadlier, K. (2013). Etat de stress post-traumatique chez l'enfant. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd) (p.46-58). Paris, France : Dunod.