Dossier thématique de la Revue Francophone du Stress et du Trauma – Stress & trauma 2009 ; 9(4) : 193-272 :

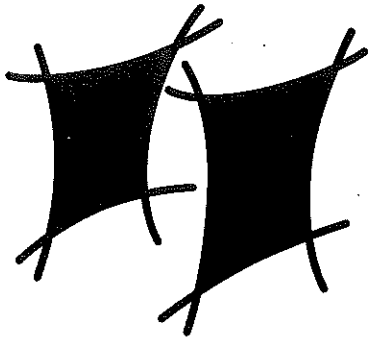
Le psychotrauma en quête de reconnaissance

Ce numéro de la Revue Francophone du Stress et du Trauma a été coordonné par François Lebigot, directeur de la Revue et financé par l'association Trauma Psy (www.trauma.org) que nous remercions.

Revue francophone du Stress et du Trauma

S&T

Le psychotrauma en quête de reconnaissance



Novembre 2009 – Tome 9 – N°4
Trimestriel

PRINCEPS Éditions – ISSN 1626-3375

Revue francophone du Stress et du Trauma

Rédacteurs en Chef
F. Lebigot France
V. Dubois Belgique
A. Andreoli Suisse

Comité de Rédaction
T. Baubet Bobigny
A. Brunet Montréal
D. Cremniter Paris
L. Crocq Paris
L. Daligand Lyon
C. Damiani Paris
N. De Coulon Lausanne
E. De Soir Bruxelles
F. Ducrocq Lille
L. Jehel Paris
P. Louville Paris
C. Mormont Liège
R. Orio Nantes
D. Peter Lausanne
N. Prieto Lyon
J. Roisin Louvain-la-Neuve
F. Sironi Paris
G. Vaiva Lille
É. Vermeiren Bruxelles
G. Vila Paris

Comité de Lecture
J. Barudy, M. Belanger, M. Bellone, P. Bessoles, O. Cottencin, P. Dubelle, C. Duchet, M. Fradin, R. Franc, J.-P. Gandelet, M. Geyer, T. Giger, M. Gilbert, S. Hariki, P. Hoyois, G. Juglard, J.-F. Katz, M. Lassagne, S. Leret, A. Luts, R. Marino, S. Molenda, S. Nashat, C. Navarre, M.-C. Nebout, M.-N. Noirot, P. Papart, D. Papeta, D. Pardoen, A. Payen, R. Pirrotta, F. Pochard, C. Raphel, G. Rubovszky, P.-A. Savary, N. Schepers, O. Serniclaes, C. Tarquinio, O. Tellier, F. O'Thys, S. Van Muylen, J. Vanderlinden, A. Venturini, J.-P. Vignat, C. Viret

Revue francophone du Stress et du Trauma
2009 ; 9 (4) : 193-272
Publication trimestrielle
www.trauma-alfest.com

Éditeur
PRINCEPS Éditions,
64, avenue du Général de Gaulle,
F-92130 Issy-les-Moulineaux

Secrétaire de Rédaction
J.-M. Dumas
princeps.jmd@orange.fr

Abonnements / Promotion
G. Gilkes-Dumas
Fax : 33 (0) 1 40 95 72 15
princeps.gdumas@orange.fr

Impression
Imprimerie Farré, F-49300 Cholet

Dépôt Légal Novembre 2009 n° 275

N° Commission Paritaire 1112T80114

Directeur de la Publication
F. Lebigot

Prix au numéro : 26 €

Sommaire

Le psychotrauma en quête de reconnaissance

M.-C. Millequand 195
Éditorial – Élan vital !

P. Mettoux 197
Préface – Assomption

F. Ducrocq 199
Le psychotrauma en chiffres. Des enjeux multiples

F. Lebigot 201
Le traumatisme psychique
Psychotraumatism

S. Molenda 205
L'état de stress post-traumatique et ses troubles associés
Posttraumatic stress disorder and its associated disorders

G. Vaiva 210
Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Perspectives thérapeutiques
Psychotrauma and cerebral functioning. Therapeutic prospects

É. Vermeiren 214
Les événements traumatogènes
Psychotraumatic events

C. Mormont 218
Deuil et traumatisme
Mourning and psychotraumatism

L. Daligand 224
Le psychotrauma de l'enfant
The psychotraumatism of the child

G. Vila 228
Violences et événements traumatiques en milieu scolaire
Violence and traumatic events in schools

S. Teneul 231
Stress et trauma au travail
Stress and psychotraumatism at work

F. Ducrocq 237
Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme
Immediate and post-immediate therapeutic approaches of the psychotraumatism

O. Cottencin 241
Les traitements du psychotraumatisme
The treatments of the posttraumatic stress disorder

J. Vedrinne 245
Évaluation du dommage psychique. La rencontre avec l'expert
Assessing psychical prejudice

REVUE FRANCOPHONE DU STRESS ET DU TRAUMA

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Pr Adès	France
Pr Agossou	Bénin
Pr Ansseau	Belgique
Dr Bailly	Grande-Bretagne
Pr Barrias	Portugal
Pr Barrois	France
Pr Benyakar	Argentine
Dr Bierens de Haan	Suisse
Pr Bourgeois	France
Pr Carli	France
Dr Chemtob	États-Unis
Pr Darcourt	France
Dr Darves-Bornoz	France
Pr Debout	France
Pr Delage	France
M. Domenech	France
Pr Fajri	Maroc
Pr Favre	France
Pr Ferreri	France
Pr Ferrero	Suisse
Pr Furlan	Italie
Pr Garcia de Leon	Espagne
Pr Kacha	Algérie
Dr Kottler	France
Dr Lamarre	Canada
Pr Loo	France
Pr Mendlewicz	Belgique
Méd. Gén. Noto	France
Pr Olié	France
Dr Orner	Grande-Bretagne
Pr Petrella	Italie
Pr Reynaert	Belgique
Mme Rudetzki	France
Dr Schnyder	Suisse
Dr Smaga	Suisse
Pr Szafran	Belgique
Dr Thomas	France
Pr Tyano	Israël
Pr Vedrinne	France

SOCIÉTÉS DE PARRAINAGE

Société Belge de Psychotraumatologie
Association de Langue Française pour l'Étude du Stress et du Traumatisme
Association Francophone d'Étude et de Recherche sur les Urgences Psychiatriques
Association Internationale des Urgences Psychiatriques
Association pour la Formation et la Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
Centre pour l'Étude du Stress et du Trauma de l'École Royale Militaire de Belgique
Société Française de Victimologie
Société Européenne de Victimologie / VictimONG
Société Française de Médecine de Catastrophes
Société Suisse de Psychotraumatologie
Association Algéroise pour la Recherche et l'Étude du Psychotrauma
Institut Belge de Psychotraumatologie et d'EMDR

X. RAES 250
L'indemnisation du syndrome post-traumatique.
Il n'est jamais trop tard pour agir à l'encontre du responsable...

O. MONS 251
Associations d'aide aux victimes et associations de victimes
Victim support associations and victims' associations

C. DAMIANI 257
Le soutien psychologique au cours de la procédure judiciaire
The psychological support during the judicial procedure

J.-M. DUMAS 261
Les apports d'Internet dans le champ du psychotrauma
The contribution of Internet in psychotraumatism field

C. VAILLANT 266
Secret professionnel et signalement des maltraitances
Professional secrecy and report of ill-treatments

Index des mots-clés 270

Index 2009 271

COMMANDE DE NUMÉROS PRÉCÉDEMMENT PARUS*

princeps.gdumas@orange.fr

Numéros datés de novembre 2000 à novembre 2008 :

- pour un numéro, **15 €** port compris ;
- pour deux numéros ou plus, **10 €** le numéro.

Numéros parus en 2009 :

- **20 €** le numéro ;
- pour deux numéros ou plus, **15 €** le numéro.

Versions sous format pdf disponibles à compter du numéro de février 2004 :

- **15 €** le numéro.

*dans la limite des exemplaires disponibles.

Indexation :
PsycINFO / American Psychological Association ; PILOTS / National Center for PTSD
FRANCIS / CNRS

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Loi du 11 mars 1957. Il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre Français du Copyright.

ÉLAN VITAL !

C'était tout de même embêtant...
De penser être folle à force de revoir passer la petite *Twingo* verte brûler ce stop sur la trois voies [1].
De hurler silencieusement en apercevant ma voiture dans le garage, de ne plus pouvoir conduire et sortir.
D'entendre le médecin expert payé par l'assurance (adverse, ennemie ?) me dire : "*je ne comprends pas pourquoi vous êtes dans cet état ! Moi je suis passé à travers mon pare-brise et j'ai repris mes consultations en voiture l'après-midi !*", et ensuite de passer des années en "tracas et blablas" (notamment du fait de la méconnaissance du psychotrauma).
De ne plus savoir faire un chèque (quand dans le passé on a été chef d'entreprise et obtenu la meilleure rentabilité de France dans son secteur) et d'oublier de payer tous ses impôts (plus 10 % !).
De quitter les présidences du conseil fédéral de l'American Field Service (AFS) [2] et du Comité des fêtes de mon petit village (sans comprendre pourquoi).
D'avoir en permanence mal partout, d'attraper un ulcère et d'autres maux sans arrêt.
De ne plus dormir ou de faire des cauchemars les uns derrière les autres.
De m'affamer pour maigrir, maigrir et encore maigrir, alors que j'avais toujours été une bonne vivante.
De ne plus savoir parler ni répondre à personne.
D'oublier complètement un mari qui m'aime et qui devient désespérément malheureux.
De souffrir tellement que l'idée de se pendre devient une bonne idée, difficilement repoussée...

Cette histoire épouvantable aurait pu mal se terminer si je n'avais eu un époux magnifique qui n'a craqué qu'après mon rétablissement, des amis AFSers qui n'ont pas hésité à traverser la planète pour nous soutenir, une vie sans contrainte de travail ni souci financier, ainsi qu'un indéfectible sens de l'humour et un chien ne s'offusquant pas d'être lavé régulièrement à coups de larmes secrètes (pas besoin de parler pour qu'il comprenne le tréfonds de mon âme).

Et surtout, surtout, j'ai eu l'incroyable chance de "croiser la route", par hasard, d'un psychiatre spécialiste du psychotrauma (certes, mais presque un an après l'apparition des premières *Twingo* et du reste...) qui m'a guidée et ramenée de la Mort vers la Vie avec patience (presque deux années de rencontres régulières) et expérience (soins efficaces, mais douloureux, faisant sortir inévitablement les quelques "cadavres" enfouis dans les placards de nos vies). J'ai dû m'accommoder cependant de sa modeste disponibilité en raison des patients bien trop nombreux, de ses activité hospitalières et des déclenchements de Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui me paniquaient à cause des chamboulements de nos rendez-vous.

Plusieurs années après cette terrible époque, je m'estime particulièrement bénie de pouvoir gérer les séquelles dues à une prise en charge tardive, de n'être pas tombée dans les mains de charlatans ou de sectes et d'avoir depuis lors retrouvé une vie satisfaisante. Est-ce le fait d'avoir conservé les valeurs altruistes de mon aventure avec l'AFS, ou ma curiosité scientifique insatiable, d'origine peut-être atavique (un grand-père chercheur et inventeur de vaccins, tombé sous les balles de la Gestapo) [3] qui m'a poussée à créer

Trauma Psy par la suite ? Je ne sais... Ce qui est certain, c'est que la lecture du rapport Lienemann m'a convaincue de ne pas créer une énième association de victimes, mais plutôt de favoriser l'information sur le psychotrauma (dans l'ensemble méconnu), la formation et les travaux de recherche de professionnels de santé œuvrant dans le champ de cette pathologie.

J'ai découvert entre-temps dans la commune où j'ai emménagé il y a quelques années, et sans toutefois bien connaître ses 200 habitants, plusieurs personnes en grave difficulté dont les symptômes semblent bien être celui d'un état de stress post-traumatique (ESPT) chronique : le commis de mon boucher qui s'est suicidé un an après avoir trouvé son cousin pendu... Une jeune fille et un homme caricaturés asociaux, sans formation, au chômage, et qui ne conduisent pas (suite à des accidents de voiture très anciens). Une famille qui a été violemment "homejackée", et un agriculteur et sa femme très marqués par la mort de leur ouvrier sous leurs yeux lors d'une manœuvre de tracteur.

Mon petit village est normal, je vous rassure. Il est tout à fait dans la norme des études scientifiques : 39 % des personnes ont été ou seront dans leur vie confrontées à un événement potentiellement traumatisant et 1,9 % d'entre elles souffrent d'un ESPT chronique [4]. Cela fait tout de même près de 122 000 personnes en France vivant mal (ou survivant) en raison des conséquences très invalidantes et très coûteuses pour la Nation : une étude scientifique australienne de 2003 [5] a comptabilisé à 3,9 millions d'euros les consommations de "biens médicaux" et le coût économique (réglé par l'assurance) pour 391 victimes d'accidents de la route entre 1996 et 1999. Les 29 % de personnes souffrant d'ESPT ayant coûté le double de celles indemnes du trouble. Il faut y ajouter les coûts sociaux : chômage, divorce avec les répercussions sociales, scolaires, financières qu'occasionne l'éclatement des familles, des pertes de richesse qui sont la cause d'allocations diverses à payer, de moins d'impôts encaissés, etc. Or en France, en 2008, il y a eu 96 900 blessés de la route, soit environ 20 000 ESPT chroniques, qui n'ont pas été dépistés ni soignés, ou ont été pris en charge trop tardivement. Il faut aussi ajouter les témoins de ces accidents ou d'événements horribles, les victimes d'accidents du travail, de la vie, d'agressions diverses, de catastrophes naturelles ou industrielles... (cf. "Le psychotrauma en chiffres", pp. 199-200).
C'est donc un enjeu énorme avec à la clef des économies probablement colossales dans les budgets de nombreux ministères.

Il faut donc dépenser plus pour dépenser moins : dépister et bien soigner rapidement, et pousser la recherche. On ne peut mettre un psychiatre derrière chaque victime ; il faut alors pouvoir cibler les personnes à risque, il faut connaître mieux les implications du trauma dans le cerveau pour élaborer des techniques de soins et des médicaments. Mais pour en être convaincu, il faut savoir...

Je ne doute pas que la préface de Monsieur Philippe Mettoux, Conseiller d'État, ancien magistrat, ne vous donne envie de lire les pages passionnantes que les auteurs, psychiatres, psychologues ou avocats, tous experts de renommée internationale – que je remercie infiniment – ont écrit de manière très compréhensible (avec un index des mots-clés pour vous aider si nécessaire, p. 270) sur tout ce qui se sait à ce jour sur le psychotrauma. Vous verrez, ce n'est pas aussi rébarbatif que cela et tellement instructif !

Marie-Christine Millequand
Présidente de Trauma Psy

Notes

1 - Millequand MC. Le cancer de l'âme et du cœur. www.traumapsy.org.

2 - American Field Service (AFS) : ancien service d'ambulanciers de guerre, oeuvrant depuis 1947 pour la Paix en organisant des échanges de jeunes dans le monde entier.

3 - Dhénin L. Lympho-thérapie. Vaccination lymphatique. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 14, Séance du 26 octobre 1935. Le Dr Louis Dhénin était chef de réseau de l'OCM et de VDN, fusillé à Bondues le 15 mars 1944.

4 - European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), 2004.

5- Chan AOM, Air TM, McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *J Clin Psychiatry* 2003 ; 64 : 175-181.

ASSOMPTION[1]

PHILIPPE METTOUX*

Lorsque le 26 juillet 1995, au lendemain de l'attentat terroriste de la station RER Saint-Michel, le président de la République française, M. Jacques Chirac, rendit visite aux blessés dans un hôpital parisien, il fut frappé de constater leur grande détresse psychologique qui leur faisait vivre et revivre les épreuves traumatisantes qu'ils avaient éprouvées la veille. Agitées ou hébétées, toutes angoissées et prises de sanglots, certaines victimes étaient sujettes à des reviviscences hallucinatoires de l'événement, d'autres avaient passé une nuit d'alerte, ne parvenant à trouver le sommeil que péniblement, réveillées en sursaut par le moindre bruit ou par des cauchemars récurrents.

Le chef de l'État demanda donc au ministre de l'action humanitaire d'urgence, le Dr Xavier Emmanuelli, de prendre des dispositions pour que les blessures psychiques des victimes soient identifiées et prises en charge précocement, au même titre que leurs plaies physiques. Ce dernier donna immédiatement mission à un médecin général, connu pour ses travaux dans le domaine du psychotraumatisme en temps de guerre, le Pr Louis Crocq, de constituer une équipe de travail et de proposer au plus vite un dispositif de prise en charge de ces blessés psychologiques, qui se constituera autour des cellules d'urgence médico-psychologiques. Depuis 1995, celles-ci prennent régulièrement en charge les victimes d'attentats et de catastrophes naturelles, technologiques ou accidentelles.

Mais ce ne sont pas seulement des drames de grande ampleur qui induisent des victimes et traumatisent leur corps comme leur âme. Toutes les agressions (atteintes à la personne ou aux biens) peuvent toucher une collectivité dans son ensemble, mais aussi un individu isolé, que ce soit directement ou par ricochet, physiquement ou affectivement.

Longtemps après Sigmund Freud, Carl Gustav Jung et Léopold Szondi, se détournant de l'intérêt exclusif porté au criminel, on a (re)découvert la victime. Les sciences criminelles et la criminologie ont largement contribué au développement des connaissances sur les victimes, mais elles l'ont fait sous l'angle de la victimisation. Elles ont trop tardivement considéré la victime comme un sujet autonome, distinct de son agresseur, digne d'intérêt et de soins globaux (c'est en 1963 que le principe d'indemnisation des victimes par l'État a été mis en place par la Nouvelle-Zélande). En 1982, le rapport de la Commission d'étude et de propositions dans le domaine de l'aide aux victimes notait modestement que "*l'aide aux victimes ne saurait en aucun cas se réduire aux prestations nécessaires en argent et/ou en services administratifs ; un grand nombre de préjudices entraînent essentiellement une détresse psychologique, la demande de beaucoup sera de considération et de reconnaissance sociale*".

Cependant, les agressions de tous ordres vécues par les personnes qui en sont victimes peuvent revêtir les traits de situations extrêmes ou plus banales et générer plus qu'une détresse, un véritable traumatisme psychologique, indélébile s'il n'est pas soigné. Du fait de la nature humaine, les réactions après de tels événements sont complexes. Consciemment ou inconsciemment, chacun s'applique à mettre en œuvre ses propres défenses pour surmonter le choc qui l'a atteint : l'instinct de vie (de survie, parfois) prend le dessus. Parfois, il ne le prend pas. Ces atteintes portées à l'intégrité psychique sont susceptibles de déstabiliser momentanément ou durablement l'équilibre psychologique d'un individu. À long terme, ces traumatismes peuvent entraîner des remaniements psychiques importants, cristalliser de graves souffrances. Immanquablement, les plaies à l'âme non cicatrisées sont les prémices de déséquilibres psychologiques invalidants et irréversibles, qui affecteront la vie de la victime comme de son entourage (déstabilisation familiale, désorganisation des activités de la vie domestique, désadaptation professionnelle, difficultés financières) et seront une lourde et longue charge pour la collectivité.

Pour retrouver une vie normale, pour revivre, il faut pouvoir parler, s'ouvrir et aller au-delà du sentiment impudique de se confier. Pour guérir, il faut être écouté, aidé, soigné. Pris en compte, évalués, traités à temps, les symptômes s'estomperont et pourront sans doute disparaître.

La prise en charge des victimes ne peut être comprise que dans une stratégie globale. À partir d'un diagnostic généraliste, l'accompagnement juridique, médical et social de la victime doit être immédiatement – et aussi longtemps que les besoins l'exigent – mis en œuvre dans le cadre d'une justice authentiquement restaurative. Le volet juridique est aussi important que le volet médico-psychologique : tous deux concourent à sa restauration, à son rétablissement, bref, à son retour à la vie. Pour mener ses démarches juridiques, pour faire valoir son droit, la vic-

*Conseiller d'État, ancien magistrat, France

[1] *"Assomption" dans le sens d'"assumer", de "prendre en charge".*

time se fait guider, à la manière d'un fil d'Ariane, par un service ou une association d'aide aux victimes, un avocat, un magistrat, pour l'aider à supporter les langueurs de la justice, la froideur et la brutalité de ses procédures. De même, pour aider les plus démunis face aux accidents ou aux catastrophes de la vie, une aide ou un traitement psychologique doit s'organiser, discret, efficace, réparateur, pour les aider à apaiser leurs peurs, dominer leur stress, retrouver une vie normale ou presque, bref, parvenir à l'assomption du trauma, selon la belle formule du Pr Crocq.

Les victimes psychiques doivent donc être rapidement identifiées et traitées pour enrayer la survenue et l'installation d'un processus pathogène. Un rapport parlementaire récemment réalisé sous l'égide de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé [1], estime que "*la psychiatrie, qui devrait être le pivot de la politique de santé mentale, est incapable d'assurer la prise en charge des patients*" et incrimine à cet égard des politiques de prévention et d'information "*presque inexistantes*", une détection "*souvent trop tardive*", des moyens hospitaliers "*insuffisants et mal articulés avec les soins de ville*", des traitements "*agissant plus sur les symptômes que sur leurs causes*", pour conclure que l'état de la psychiatrie en France est "*des plus inquiétants*" sous l'angle de la prise en charge des patients. L'enjeu est donc important pour les victimes de traumatismes qui sont des proies faciles pour les sectes [2] et les charlatans.

La mobilisation doit être générale pour impliquer tous les intervenants dans cette stratégie globale de prise en charge. Au-delà de la responsabilité des pouvoirs publics, il est donc nécessaire de sensibiliser les policiers, les gendarmes, les avocats, les magistrats, de former les pompiers, les soignants, de motiver les assureurs, d'informer nos concitoyens. Je ne doute pas que ce numéro spécial de la *Revue francophone du Stress et du Trauma* les y aidera.

"*La douleur des crimes enlaidit jusqu'aux victimes*" disait Marcel Pagnol. Nous devons tous nous unir pour leur redonner la beauté de l'apaisement !

Références bibliographiques

1 - Milon A. La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. Rapport n° 328 (2008-2009) fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Paris : Sénat, 2009.

2 - Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Le dévoiement des pratiques psychothérapeutiques à des fins sectaires. In : Rapport au Premier ministre pour l'année 2008. Paris : La Documentation française, 2009.

Le psychotrauma en chiffres
Des enjeux multiples

François Ducrocq*

L'épidémiologie appréhende l'état de stress post-traumatique (ESPT) en termes de facteurs déclenchants, de symptômes, de fréquence, de distribution géographique, de répercussions socioéconomique et d'évolution. Descriptive, analytique ou évaluative, l'épidémiologie permet de prendre la mesure de cette question de santé publique et éclaire le chercheur sur ses causes et ses déterminismes (enchaînements de cause à effet).

S'il peut paraître surprenant de quantifier des émotions ou des sentiments, l'évaluation des troubles psychiques est en revanche plus aisée. Elle s'effectue à l'aide de questionnaires élaborés par des équipes de médecins et de chercheurs qui les valident sur de grandes populations. Dans le domaine du psychotrauma et de ses conséquences, la *Clinical administered PTSD scale* (CAPS) est l'un des outils spécifiques de référence, mais le chercheur a également à sa disposition des échelles dites semi-structurées explorant l'ensemble des pans de la vie mentale du sujet, comme le *Minimal international neuropsychiatric interview* (MINI) ou le *Composite international diagnostic interview* (CIDI). La passation de ces questionnaires se fait en général au cours d'entretiens en vis-à-vis ou téléphoniques avec la personne. L'analyse des réponses permet à l'investigateur, professionnel de santé, de "coter" précisément l'état psychique de la personne selon des critères établis par exemple par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV).

Autorisant la comparaison des scores chez un même sujet ou d'une population à une autre, ces questionnaires permettent de cerner avec une rigueur scientifique et statistique le pourcentage de personnes souffrant d'un ESPT complet ou incomplet (ESPT-I : ne présentant pas la totalité des symptômes requis par les classifications comme le DSM-IV) en population générale, dans un pays ou une région, ou au sein de cohortes plus ciblées, par exemple selon l'événement (accident de la circulation, catastrophe...) ou la catégorie professionnelle (pompier...).

Ils permettent également de mesurer l'impact de l'événement en intensité et dans la diversité de ses manifestations (panique, sidération...) et leurs conséquences sur l'état psychique (symptômes d'ESPT complet ou incomplet, chronique, troubles associés : addictions, dépression, suicide...), ou encore de mesurer les impacts directs ou indirects sur la santé physique, sur la vie professionnelle ou sociale.

Les études épidémiologiques dans le cadre du psychotrauma ont été essentiellement américaines jusque ces dernières années. On peut néanmoins relever deux grandes études de santé mentale européenne (ESEMeD, 2003) [1] et française (Enquête SMPG, 2003) [2] dans lesquelles l'ESPT est inclus.

Les événements potentiellement traumatisants les plus évoqués lors de l'ESEMeD sont la mort inattendue d'un être proche (24,6 %), avoir été témoin de la mort ou de la blessure grave d'une personne (20,6 %), être porteur d'une maladie mortelle, et avoir été impliqué dans un accident de la circulation (11,7 %).

Les principales études européennes se rejoignent autour du pourcentage de personnes en population générale qui ont été un jour ou l'autre confrontées à un événement traumatique (30,2 % selon la SMPG), ainsi que du pourcentage de personnes présentant un ESPT chronique (1,9 % selon l'ESEMeD), *soit en France presque 20 millions et 122 000 personnes respectivement.*

Les femmes ont deux fois plus de risque de développer un ESPT, mais elles sont deux fois moins exposées que les hommes à un événement traumatique, ce qui explique l'équilibre du sexe-ratio. Ces études constatent également que l'ESPT est fréquemment comorbide, c'est-à-dire plus souvent associé que ne le voudrait la loi du hasard à une autre pathologie :
- un épisode dépressif (39,1 % des cas) ;
- une dépression récurrente (17,5 %) ;
- un trouble anxieux généralisé (61,5 %) ;
- un trouble panique (18,6 %) ;
- une phobie sociale (15,9 %) ;
- des troubles liés à l'alcool (13,5 %) ou aux drogues (11,4 %)
- et surtout à un risque suicidaire (30,9 %).

Concernant ces comportements suicidaires, l'enquête SMPG révèle que 7,7 % des personnes souffrant d'un ESPT

*Vice-président de Trauma Psy, France

ont fait une tentative de suicide dans le mois écoulé. Cette même étude montre par ailleurs que, comparativement aux personnes ayant un emploi, les chômeurs souffrent deux fois plus d'ESPT (15 % versus 7 %).

Les travaux qui ont étudié le poids de l'ESPT incomplet sont beaucoup plus rares, mais une prévalence instantanée de près de 12 % sur 686 personnes venues consulter pour des soins de routine, "tout venant", a été établie par Stein [3]. La prise en considération de ce concept d'ESPT-I augmenterait significativement la prévalence des diagnostics positifs [4]. Ces personnes ont une vie souvent très perturbée, tant affective que sociale ou professionnelle.

Si l'on projetait les résultats des différentes études sur les 76 700 accidents corporels de la route en France en 2008, voici ce qui pourrait être obtenu :
- 4 450 tués → ± 35 000 endeuillés → ± *8 000 traumatisés psychiques* ;
- 96 900 blessés → ± *45 000 traumatisés psychiques directs chaque année* → 20 000 *ESPT chroniques* ;
- un nombre inconnu de témoins ayant assisté à l'accident ou ayant été présents dès les premiers instants... Si l'on projette sur 50 000 témoins → ± *70 00 traumatisés psychiques* ;
. les intervenants (pompiers, personnel SAMU, gendarmes...) → ± *10-15 % des effectifs*.

Ces études mettent en évidence que ces traumatismes psychiques auront des conséquences importantes aux niveaux :
. *Psychologique et psychiatrique* (± 50 %) avec troubles associés : dépression majeure, abus de substances (alcool, tabac, drogues, médicaments), risque de suicide multiplié par huit, troubles anxieux, phobiques, trouble panique, troubles alimentaires, troubles du sommeil, difficultés de concentration.
. *Somatique* : douleurs diffuses, troubles dermatologiques, digestifs, cardiovasculaires, hormonaux, gynécologiques, diabète, hypertension, migraines...
. *Social, relationnel, familial, professionnel* : fonctionnement quotidien très inférieur à ce qu'il était avant l'événement, sentiments de défiance conduisant à l'isolement, sentiment d'insatisfaction, irritabilité, divorces fréquents, instabilité professionnelle, absentéisme, impossibilité de travailler d'où une perte d'emploi.
. *Économique* : augmentation de 40 à 100 % de la consommation de biens de santé. L'étude australienne de McFarlane [4] a chiffré en 2003 le coût médical et économique à 3,9 millions d'euros pour 391 victimes d'accident de la route. Les accidentés présentant un ESPT chronique ayant "coûté" à la société le double des personnes indemnes de ce trouble. Il faut ajouter à cela le coût de la prise en charge sociale : chômage, reconversion... La perte de richesse de la famille suite à un divorce. Le coût de l'éclatement familial : allocations diverses (parent isolé, logement, frais de scolarité des enfants...).

En conclusion, l'analyse des données fournies par les études révèle l'ampleur du nombre de personnes souffrant d'ESPT, ainsi que du coût médical et social de sa chronicité, en raison de son intensité, de son caractère très invalidant et de son importante comorbidité, dont notamment le risque suicidaire. Ce trouble, dont le dimensionnement est bien cerné, doit maintenant s'inscrire dans une véritable préoccupation de santé publique, car bien qu'insuffisamment reconnu tant en psychiatrie qu'en médecine générale, il est accessible à des soins structurés et efficaces, tant psychothérapeutiques que pharmacologiques.

RÉFÉRENCES

1 - EUROPEAN STUDY OF THE EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS SURVEY. Étude réalisée en France, Espagne, Italie, Allemagne, Belgique et Pays Bas entre 2001 et 2003 sur 21 425 personnes de plus de 18 ans.

2 - SANTÉ MENTALE EN POPULATION GÉNÉRALE. Étude réalisée en France entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes de plus de 18 ans.

3 - STEIN MB ET AL. Posttraumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physician's detection. *Psychol Med* 2001; 31 (3) : 555-560.

4 - MYLLE J. L'ESPT incomplet. concept utile ou futile ? *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2008 ; 8 (3) : 177-184.

Le traumatisme psychique

François Lebigot*

Résumé

Le traumatisme psychique est un phénomène très particulier, dont la réalité clinique n'a été découverte par les psychiatres que très tard, à la fin du XIXème siècle, alors qu'il a existé de tout temps. Au cours de la Première Guerre mondiale, S. Freud et ses élèves l'étudient chez les soldats et en démontrent le mécanisme intrapsychique. Malheureusement, le concept, à quelques exceptions près, est resté confiné dans le cercle étroit des psychiatres militaires. En revanche, le terme de "traumatisme" a connu une fortune croissante dans le public comme chez les spécialistes pour désigner tout choc émotionnel, à l'occasion par exemple de la perte d'un proche, de l'échec à un examen... Il s'agit en fait de tout autre chose.

Mots-clés

traumatisme psychique, névrose traumatique, stress, état de stress post-traumatique, effroi, syndrome de répétition.

Summary: Psychotraumatism

The psychotrauma is a very particular phenomenon, for which the clinical reality was discovered by the psychiatrists very late, at the end of the XIXth century, while it always existed. During the First World war, S. Freud and his followers study it among soldiers and demonstrate the intrapsychic mechanism. Unfortunately, the concept, with a few rare exceptions, remained stuffy in the narrow circle of the military psychiatrists. On the other hand, the term of "traumatism" knew an increasing fortune in the public as at the specialists to appoint any emotional shock, for example on the occasion of the death of a relative, a failure to an exam... It is in fact about quite other matter.

Key words

psychotraumatism, traumatic neurosis, stress, posttraumatic stress disorder, dread, repetition syndrome.

Dix ans après la guerre du Viêt-Nam, les Américains découvrent qu'une proportion très importante de leurs anciens GI – au moins 40 % de ceux qui avaient combattu – souffrait de troubles mentaux sévères. Un grand nombre d'entre eux se suicidaient ou commettaient des actes antisociaux graves. Les psychiatres américains redécouvraient la "névrose traumatique", comme on appelait, à la suite de Sigmund Freud, cette maladie consécutive à un traumatisme psychique. Malheureusement, ils ont affaibli la portée de leur redécouverte en faisant du traumatisme une variété de stress et en regroupant les troubles sous l'appellation *posttraumatic stress disorder* (PTSD), "état de stress post-traumatique" (ESPT) en français. Mais ils ont eu le grand mérite de donner au traumatisme dans leur nosographie (classification des maladies), élaborée par l'Association américaine de psychiatrie dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III, 1980), un statut que l'on pourrait dire officiel... Dès lors, le trauma a été peu à peu reconnu partout dans le monde et admis dans la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cela ne veut pas dire qu'aujourd'hui tous les psychiatres et psychologues sachent exactement ce dont il s'agit.

*Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Consultant à l'Institution nationale des Invalides, Paris, France, Président de l'ALFEST

Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ?

La compréhension de ce phénomène nécessite d'abord, en suivant les pas de Freud, que nous nous fassions une représentation de l'appareil psychique [1]. Comme tel, celui-ci n'est pas représentable, à l'inverse du corps qui en est le support. Il va falloir nous servir d'une métaphore, qui d'ailleurs s'inspire de la réalité de celui-ci, qui est d'être un contenu protégé par une enveloppe protectrice. Imaginons l'appareil psychique comme un volume sphérique contenu dans une peau, c'est-à-dire une membrane qui le protège des agressions extérieures. À l'intérieur de la sphère se trouvent les représentations reliées entre elles par des filaments pour former un réseau sur lequel vont circuler de petites quantités d'énergie. Ainsi est métaphorisé notre "appareil à penser". Quand Freud avait proposé son schéma, le neurone n'avait pas encore été découvert et, d'une certaine façon, il a anticipé l'architecture du cerveau. Les petites quantités d'énergie qui assurent le fonctionnement de l'appareil et qui circulent entre les représentations doivent être à l'abri de l'irruption

d'importantes quantités d'énergie qui dérégleraient le fonctionnement de l'appareil psychique. Aussi, la membrane protectrice est imaginée chargée d'une énergie positive qui repousse à l'extérieur les énergies en excès qui voudraient la franchir. Freud appelle cette membrane le "pare-excitation". Avec cette figuration de l'appareil psychique (figure 1), nous allons pouvoir distinguer deux phénomènes qui sont trop souvent confondus : le stress et le trauma [2].

Lors du stress, une action extérieure – une menace de mort par exemple – presse sur la membrane. La "vésicule vivante" – comme Freud appelle sa sphère – est partiellement écrasée, mais rien ne pénètre à l'intérieur (figure 2). L'énergie positive augmente, ce qui se traduit cliniquement par de l'angoisse. Lorsque la pression se relâche, l'appareil psychique reprend sa forme initiale et continue à fonctionner comme avant. Il tient compte seulement de l'événement qu'il a rencontré, la perte d'un être cher par exemple.

Le traumatisé psychique n'a pas les mots – parce qu'il n'y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive

Il n'en va pas de même avec le trauma. Là, l'événement, dont nous verrons les caractéristiques, ou plutôt son image, pénètre dans l'appareil psychique en traversant le pare-excitation. Freud parlait d'effraction (figure 3). L'image traumatique va s'incruster au milieu des représentations et sa charge énergétique va bouleverser le fonctionnement psychique du sujet. Il y aura un avant et un après le trauma, au point que la première demande de la victime soit "je veux redevenir comme avant".

Dans la réalité, il faut tenir compte du fait que les événements traumatisants sont souvent aussi des événements stressants et que c'est de l'angoisse qui se manifeste d'abord. D'où la confusion de la nosographie américaine qui, dans le DSM-III, fait du traumatisme un stress. L'effraction traumatique, elle, ne s'accompagne pas d'angoisse, mais d'effroi, d'une disparition complète de toute activité psychique. Quant à l'image traumatique incrustée, elle fait d'abord l'objet d'un déni, et ce n'est que plus tard qu'elle réapparaîtra à la conscience du sujet, des jours, des mois, voire des années après. En attendant, elle peut produire de l'angoisse d'origine interne, contrairement au stress dont l'angoisse est d'origine externe (figure 4).

Qu'est-ce qu'un événement traumatique ?

C'est une rencontre avec le réel de la mort. Celle-ci est ce que nos représentations font du réel, un peu comme nos appareils sensoriels transforment immédiatement des longueurs d'ondes en couleurs ou en sons [3]. Freud faisait remarquer que nous savons que nous allons mourir, mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est. Seule l'effraction du pare-excitation permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme, sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. C'est une image brute que le sujet aura maintenant en lui, mais il n'aura aucune représentation pour la porter ; aussi ne pourra-t-il rien en dire. La présence de cette image, que l'on peut figurer dans notre métaphore comme chargée d'une grosse quantité d'énergie, va entraîner d'importants troubles du fonctionnement psychique. Mais le traumatisé psychique n'aura pas les mots – parce qu'il n'y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive, l'origine de sa souffrance. Il se sentira alors isolé de la communauté des hommes.

Une fois installée dans l'appareil psychique, l'image traumatique y demeure, parfois seulement quelques jours, plus souvent des mois, des années, ou toute la vie du sujet. Elle réapparaît à la conscience avec une périodicité variable, soit la nuit dans des cauchemars, soit le jour dans de brèves réviviscences. À chaque fois, l'image est identique au

Figure 1
L'appareil psychique

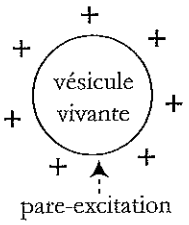


Figure 2
Le stress

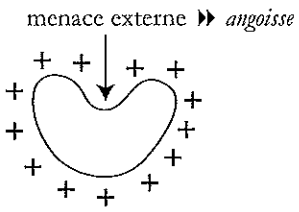


Figure 3
Le trauma

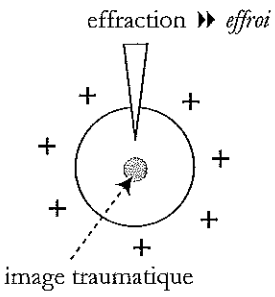
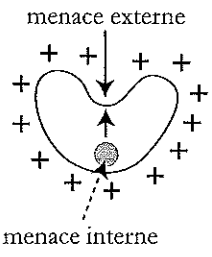


Figure 4
Le stress post-traumatique



détail près à ce qu'elle était le jour où elle a fait effraction, et elle s'accompagne du sentiment que l'événement est en train de se produire. Aussi, les troubles psychotraumatiques peuvent-ils durer longtemps, voire très longtemps, et l'incompréhension de l'entourage, familial ou professionnel, s'accroit-il avec le temps.

Les circonstances au cours desquelles peut se produire un traumatisme sont de trois types : le face à face solitaire avec la mort ; le réel de la mort rencontré chez un autre ; la mort horrible.

Le face à face solitaire avec la mort

Le sujet voit la mort arriver sur lui, "il se voit mort", "cette fois-ci c'est fini !". Nous citerons les accidents de la circulation, suivis ou non de coma, mais où avant la perte de conscience, s'il y en a une, une ultime image qui précède le choc se grave dans l'appareil psychique. Il peut s'agir aussi d'accidents du travail, d'agressions (particulièrement avec une arme, avec le regard meurtrier de l'agresseur fixé sur sa victime), d'attentats à l'explosifs, de situations rencontrées par les soldats au cours d'une bataille, de catastrophes naturelles : tremblements de terre, raz-de-marée, etc.

Le réel de la mort rencontré chez un autre

Cet autre est le plus souvent quelqu'un de proche. Citons deux exemples qui nous épargneront un long discours. Deux soldats sont de garde devant leur camp situé en zone de guerre. Appuyés sur des sacs de sable, ils se font face et discutent tranquillement, la période est calme. Tout à coup, l'un d'eux voit une tache rouge (l'impact d'une balle !) qui s'agrandit sur le front de l'autre qui s'écroule mort. Quand le survivant rentrera en France, commenceront les cauchemars et les reviviscences diurnes. Autre scénario du même type : deux sœurs sont assises à l'arrière d'une voiture qui file à grande vitesse sur l'autoroute. Un obstacle se présente, le choc est brutal. Trois des passagers ont leur ceinture attachée, mais pas l'une des femmes qui est assise à l'arrière droit. Sa portière s'ouvre brutalement et elle est éjectée à l'extérieur. Sous les yeux de sa sœur, elle a la tête tranchée sur le rail de sécurité de l'autoroute. La survivante sera littéralement persécutée par la reproduction de la scène et nécessitera une psychothérapie qui durera deux ans.

La mort horrible

Elle est horrible parce qu'elle a frappé un grand nombre de personnes et/ou que les corps des victimes sont en très mauvais état. C'est le cas chez des soldats qui découvrent des charniers dans des situations de guerre civile, chez des sauveteurs qui interviennent sur des grands accidents autoroutiers ou ferroviaires, chez des pompiers qui s'activent sur à un immeuble en flammes...

Les événements potentiellement traumatogènes sont abordés plus avant dans l'article d'É. Vermeiren (pp. 214-217), mais soulignons qu'il s'agit toujours d'une perception ou d'une sensation directe. La même scène vue au cinéma ou à la télévision, à plus forte raison racontée ou lue, ne fera pas effraction. Elle pourra provoquer un choc émotionnel, mais ne sera pas à l'origine d'un traumatisme. Tous les sens peuvent être concernés, mais le plus souvent c'est la vue qui fournira l'image traumatique. Il y a des cas où cette image est auditive, olfactive, cénesthésique (conscience confuse de sensations émanant de la profondeur du corps).

Les troubles engendrés par le traumatisme

Il faut d'abord savoir que les troubles pathognomoniques (ce qui veut dire qu'on ne les rencontre dans aucune autre affection) – ici ce sont les éléments que nous décrirons dans le syndrome de répétition – n'apparaissent qu'à distance du traumatisme : des heures rarement, parfois des jours, plus souvent des semaines ou des mois, voire des années après. En revanche, les autres troubles apparaissent généralement plus tôt, mais ils sont plus difficiles à rattacher à un traumatisme en l'absence d'un syndrome de répétition. Cette période est appelée la "phase de latence".

Le syndrome de répétition

Il s'agit essentiellement de cauchemars et de réviviscences diurnes. Les uns comme les autres ont la caractéristique de replonger le sujet dans son expérience traumatique, comme si elle était en train de se produire. Il en ressort avec la même angoisse. La gravité de la maladie se mesurera souvent à la fréquence avec laquelle ces phénomènes se produisent. Signalons que les cauchemars et les reviviscences peuvent parfois changer de scénario, mais ils gardent toujours la caractéristique d'horreur du modèle, et ils déclenchent la même angoisse.

L'angoisse

Elle est constante, plus ou moins invalidante. Elle est souvent émaillée de crises aiguës au cours desquelles le patient a le sentiment qu'il va mourir ou devenir fou. Toutes les formes de l'angoisse se rencontrent, surtout les phobies de la foule, des espaces clos, des transports en commun...

La dépression

Elle va de la simple tristesse avec rumination de mort, dont rien ne peut tirer le sujet, jusqu'à la mélancolie délirante qui présente un important risque de suicide.

Les troubles du caractère

Repli sur soi et isolement, sentiments de honte et d'abandon, sentiment d'agressivité des autres à son égard, parfois accès de violence... Ce sont eux qui sont principalement à l'origine de ces situations d'exclusion de toute vie sociale dont sont victimes beaucoup de traumatisés. On observe aussi des troubles des conduites : alcoolisme, toxicomanie, suicide, passage à l'acte grave sur autrui.

Plaintes somatiques et maladies psychosomatiques

Elles sont multiples dans leurs expressions : affections cutanées, ulcère gastrique, hypertension artérielle, diabète, trouble hormonal thyroïdien, douleurs diffuses...

L'évolution du traumatisme

Elle est celle du syndrome de répétition. Celui-ci peut disparaître rapidement, soit spontanément, soit à la suite de quelques entretiens. Nous avons vu qu'il peut perdurer des semaines, des mois ou des années. Naturellement, un traitement adapté raccourci sa durée d'évolution, mais il peut être présent pendant toute la vie du sujet. Il existe beaucoup de formes cycliques où les symptômes apparaissent aux dates anniversaires, dans des moments difficiles de la vie du sujet, ou si l'actualité est faite de grandes catastrophes, de guerres... On observe des formes diverses selon la gravité, depuis une capacité relative de mener une vie normale jusqu'à des états gravement invalidants ; nous avons mentionné les suicides, mais il existe des situations d'exclusion totale de la vie sociale, surtout si le sujet recourt à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives (médicaments, drogues) pour combattre ses insomnies, ses cauchemars, son angoisse.

Le traitement

Le traitement du traumatisme psychique, à la fois pharmacologique et psychothérapeutique, est détaillé dans cet ouvrage par O. Cottencin (pp. 241-244). Soulignons simplement ici que ce traitement aura d'autant plus de chances de réussir qu'il sera entrepris plus tôt [4].

Conclusion

Jean-Paul Mari, journaliste, grand reporter de guerre et écrivain, a récemment publié un livre sur le sujet, à propos notamment des soldats américains en Irak. Il l'a intitulé : *Sans blessures apparentes* [5]. Avec juste raison, il a insisté sur le drame de ces personnes qui est leur impossibilité de communiquer aux autres la tragédie intérieure qu'ils vivent. Ce silence les confine dans leurs souffrances et peut les mener à la mort. Il appartient à l'entourage, aux médecins, aux psychologues, aux juges... non pas de les comprendre mais de les écouter.

Nous avons abordé sommairement dans cet article ce qu'il est convenu d'appeler dans le monde francophone la "névrose traumatique". C'est à partir de cette représentation de la maladie que nous pensons notre mode de prise en charge en fonction de chaque malade. Toutefois, nous n'oublions pas que sous l'influence de la classification médicale américaine, la clinique de référence (c'est-à-dire l'observation et la description des symptômes présentés par les patients) est actuellement presque partout dans le monde celle du PTSD (ESPT) assez différente de la nôtre. L'article de S. Molenda (pp. 205-209) qui suit décrit cette autre approche clinique des troubles post-traumatiques.

Références bibliographiques

1 - Freud S. Au-delà du principe de plaisir (1920). In : Essais de psychanalyse. Paris : Petit Bibliothèque Payot, 1981 : 42-115.

2 - Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2004 ; 4 (1) : 5-11.

3 - Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1915). In : Essai de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 7-39 et 255-267.

4 - Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Paris : Dunod, 2005.

5 - Mari JP. Sans blessures apparentes. Paris : Robert Laffont, 2008.

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SES TROUBLES ASSOCIÉS

SYLVIE MOLENDA*

RÉSUMÉ
Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie, l'état de stress post-traumatique (ESPT) est répertorié au sein des troubles anxieux. Il se caractérise par trois groupes de symptômes : reviviscences, conduites d'évitement/anesthésie émotionnelle et signes d'hypertonie neurovégétative. Son développement coïncide également avec l'apparition de profonds bouleversements qui affectent la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et du monde. Enfin, il est souvent associé à d'autres manifestations psychiatriques, voire psychosomatiques.

MOTS-CLÉS
état de stress post-traumatique (ESPT), reviviscence, conduite d'évitement, hypertonie neurovégétative, comorbidité.

SUMMARY: POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND ITS ASSOCIATED DISORDERS
According to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders *of the American Psychiatric Association, the posttraumatic stress disorder (PTSD) is listed within the anxious disorders. It is characterized by three groups of symptoms: reexperiencing, avoidance and hyperarousal symptoms. Its development also coincides with the appearance of profound turnovers which affect the perception which the persons have of themselves and of the world. Finally, it is often associated with the other psychiatric, even psychosomatic demonstrations.*

KEY WORDS
posttraumatic stress disorder, PTSD, reexperiencing, avoidance, hyperarousal, comorbidity.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) – *posttraumatic stress disorder* (PTSD) – est un trouble relativement fréquent. De récentes données épidémiologiques précisent pour l'Europe un taux de prévalence sur la vie entière de 1,9 % de la population générale [1]. Sur le plan nosographique, il est répertorié dans la dernière version révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV-TR, 2000) [2] au sein des troubles anxieux. Il se caractérise par trois groupes de symptômes – reviviscences, conduites d'évitement/anesthésie émotionnelle et signes d'hypertonie neurovégétative (hyperéveil, hyperréactivité) – qui reflètent les difficultés à réguler le retentissement émotionnel du traumatisme psychique ainsi que les souvenirs qui lui sont attachés [3]. En deçà du plan visible de ces symptômes, son développement coïncide également avec l'apparition de profonds bouleversements cognitifs et émotionnels qui affectent, parfois de façon sévère, la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et du monde. Enfin, l'ESPT présente une comorbidité importante, c'est-à-dire qu'il est souvent associé à d'autres manifestations psychiatriques, au point que l'on sait aujourd'hui que plus de 80 % des personnes qui souffrent de ce trouble présenteront au cours de leur vie une autre pathologie psychiatrique [4], voire psychosomatique (trouble physique). Cet article se propose d'éclairer le lecteur sur ces deux groupes de données.

*Psychologue, Docteur en psychologie, Cellule d'urgence médico-psychologique, SAMU régional de Lille, et Consultation du psychotraumatisme, Hôpital Fontan, CHRU de Lille, France

L'ÉVÉNEMENT TRAUMATOGÈNE ET SES CONSÉQUENCES CLINIQUES

La plupart des personnes soignées au sein de notre consultation du psychotraumatisme rencontrent pour la première fois de leur vie un "psy". Jusqu'alors, elles parvenaient à faire face aux vicissitudes de leur existence. Certes, avec plus ou moins de facilité et de réussite, mais sans jamais avoir ressenti la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique. Cependant, un jour, elles se sont trouvées confrontées à un événement qui a provoqué une véritable fracture dans leur histoire et a fait basculer leur vie, engendrant chez elles souffrance et détresse. Que s'est-il passé à ce moment-là pour elles ? Quelles sont les caractéristiques de cet événement capable d'engendrer tant de bouleversements néfastes ? Qu'est-ce qui fait que

ces personnes qui jusqu'alors parvenaient à faire face, n'y parviennent plus et finissent par s'effondrer ? Comment cette souffrance s'exprime-t-elle alors ?

Lorsque l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que l'événement responsable de tous ces changements préjudiciables présente plusieurs caractéristiques bien spécifiques qui le définissent comme traumatogène et l'élèvent au rang d'événement "extraordinaire" (cf. É. Vermeiren, pp. 214-217).

L'événement traumatogène véhicule une menace de mort et expose les individus à leur propre vulnérabilité et mortalité

La première caractéristique d'un événement traumatogène – qui est d'ailleurs un critère diagnostique de l'ESPT – est qu'il véhicule une menace de mort ou d'atteinte à l'intégrité physique pour soi ou pour autrui. Que ces ressentis soient purement subjectifs ou fondés sur la réalité importe peu : leur impact a la même puissance délétère dans les deux cas. L'événement confronte les personnes à leur propre vulnérabilité et/ou mortalité. Même si elles se savent mortelles, jamais avant l'événement elles ne se levaient le matin en pensant qu'il pouvait s'agir du dernier jour de leur existence. Ce type de fonctionnement leur offrait un confort psychologique certain dans la mesure où il leur procurait une relative sérénité et leur permettait de se projeter sans trop de difficultés dans l'avenir. Or, la confrontation traumatique détruit souvent tout cela.

L'événement traumatogène est imprévisible et incontrôlable et engendre impuissance et résignation

La deuxième caractéristique d'un événement traumatogène est que sa survenue est souvent imprévisible et son déroulement incontrôlable, de sorte qu'il mène à des conséquences que les personnes se sentent incapables de contrer, et surtout à des conséquences dont elles ne veulent pas. D'où, chez l'immense majorité d'entre elles, un profond sentiment d'impuissance au moment de l'impact traumatique, voire un état de résignation dont elles auront par la suite des difficultés à se départir. Et plus la survenue de l'événement est imprévisible et son déroulement incontrôlable, plus l'état de désarroi qu'il engendre est profond, affaiblit les capacités d'adaptation post-traumatique et nuit à la résolution du traumatisme [5-7].

L'événement traumatogène frappe à l'aveugle et bouleverse les individus dans leurs convictions les plus profondes

La troisième caractéristique d'un événement traumatogène est qu'il frappe généralement de manière aveugle et arbitraire. Il place ainsi les individus dans l'impossibilité d'établir de quelconques liens de causalité logiques et cohérents, les bouleversant dans leurs convictions les plus

Verbatim

◈ La confrontation à sa propre vulnérabilité et mortalité...

"Je me suis vu mourir."

"Je me suis dit que j'allais rester paralysé ou mutilé pour le restant de mes jours."

"C'est terrible, j'ai attendu ma propre mort."

"À ce moment-là, j'étais mort. Il a fallu plusieurs secondes avant que je prenne conscience que je vivais toujours."

"Je l'appelais et il ne me répondait pas. Je me battais contre l'idée qu'il puisse être mort."

"Elle est morte dans mes bras. Jamais je n'oublierai son regard qui exprimait son inexorable enfoncement dans la mort."

◈ Impuissance, résignation...

"Je voyais le canon du pistolet braqué sur la nuque de ma femme agenouillée, et je ne pouvais rien faire. C'était difficile car je n'avais qu'une envie : casser la gueule au braqueur."

"Il me tenait fermement agrippée et je sentais la lame de son couteau sur ma gorge. J'avais mal et je ne pouvais que subir."

"Je vivais un véritable cauchemar. Je voulais que cela s'arrête, et pour cela j'étais prête à mourir."

"Après la chute de l'arbre, je ne sentais plus ni mes jambes ni mes bras. À ce moment-là, j'ai voulu mourir. À quoi bon lutter ?"

◈ Incompréhension, sentiment d'arbitraire

"Je n'ai jamais rien fait de mal dans ma vie. Au contraire, je suis très investie dans cette association caritative où je ne compte ni mon temps ni mes efforts pour aider les plus démunis. Et qu'ai-je en retour ? Ce terrible viol ! Qu'ai-je donc fait pour mériter un tel châtiment ?"

"Je ne parviens pas à me faire accepter ce qui m'est arrivé. Pourquoi ? Pourquoi a-t-il fallu que cela tombe sur moi ? Pourquoi dois-je payer le prix fort alors que je n'y suis pour rien ?"

"Depuis cet événement, j'ai l'impression d'avoir perdu tous mes repères. Comment puis-je y faire face sans me perdre moi-même ?"

◈ Comportements inhabituels, altérations de la perception de l'environnement...

"Étonnamment, alors que je voyais ma collègue pleurer et trembler, je ne ressentais rien. Comme si j'étais spectateur d'un film qui racontait une histoire qui ne me concernait pas."

"J'étais figé. Les flammes se rapprochaient de moi. Il me suffisait de faire quelques mètres pour me mettre à l'abri du danger, et pourtant je ne bougeais pas."

"Je me suis sentie sortir de mon corps et m'élever dans les airs. Pour moi, à ce moment-là, c'était mon âme et cela prouvait que j'étais morte. Quand j'étais en hauteur, je me voyais à genoux, lui face à moi. Je voyais qu'il mettait son sexe dans ma bouche et qu'il faisait des va-et-vient avec ma tête qu'il tenait à deux mains. J'étais comme un pantin, je ne bougeais pas. En même temps, je ne ressentais rien. J'avais l'impression d'être totalement indifférente, comme si ce n'était pas moi."

intimes et les laissant souvent très ébranlés et dans l'incompréhension. Par la même occasion, il rend obsolètes toutes les stratégies d'ajustement qu'ils avaient l'habitude d'utiliser pour faire face aux aléas de leur vie, les acculant à inventer une nouvelle façon d'aborder les choses pour tenter de donner un sens à ce qui leur arrive. Or, l'établissement de ces remaniements ne survient jamais sans douleur ni efforts conséquents. D'abord, parce qu'il oblige à revenir sans cesse sur le drame vécu. Ensuite, parce qu'il peut être contemporain de pertes et de deuils (d'objectifs de vie personnels ou professionnels ou d'une certaine façon d'être, par exemple).

L'événement traumatogène est extrêmement stressant et déclenche chez les individus des phénomènes perturbateurs

Enfin, la quatrième et dernière caractéristique d'un événement traumatogène est qu'il est pourvoyeur de réactions de stress parfois très intenses, qui elles-mêmes peuvent avoir deux conséquences majeures. D'abord, elles peuvent engendrer des comportements inhabituels tels que la sidération qui laisse la personne totalement figée dans un état associant stupéfaction cognitive (incompréhension de ce qui se passe) et stupeur affective (vide émotionnel), ou une réaction de panique qui se traduit, par exemple, par un comportement de fuite affolée, effrénée et irréfléchie au mépris de tout danger. Ensuite, elles peuvent provoquer une altération de la perception de l'environnement, phénomène connu sous le terme de dissociation péritraumatique (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240). Cette forme de dissociation se définit comme une altération des fonctions d'identité ou de perception de l'environnement et se traduit par une impression de détachement ou d'anesthésie émotionnelle, la réduction de la conscience de l'environnement et/ou l'altération de la perception de la réalité, de son corps ou du temps [9, 10]. Or, par la suite, ces comportements ou manifestations sont ré-analysés et sont souvent alors perçus comme le signe d'une atteinte réelle à l'équilibre mental.

Le trouble chronique et son expression clinique

Du point de vue clinique, l'installation de l'ESPT coïncide avec l'apparition de profonds bouleversements aux plans tant émotionnel que cognitif.

Les bouleversements cognitifs

Au niveau cognitif – enchaînements d'opérations mentales en relation avec la saisie des informations, leur stockage et leur traitement dans une situation donnée ; processus qui s'appliquent particulièrement à ce qui relève de la perception, de la mémoire, de la pensée, du langage, de la résolution de problème, de la prise de décision...–, les bouleversements affectent la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et du monde. Ils se traduisent par une remise en question, parfois profonde, du sens de la vie et de la logique de fonctionnement du monde et aboutissent à la destruction d'un sentiment de cohérence et de sécurité interne. Dans ces conditions, le monde devient un espace incohérent, imprévisible et incontrôlable dans lequel on devient soi-même vulnérable, de façon arbitraire et aléatoire, à tout événement de vie négatif ou à tout acte de malveillance [11-15]. Ce phénomène a été décrit par Janoff-Bulman et ses collaborateurs sous les termes de *transformation of meaning* [16, 17]. Il est contemporain de l'ébranlement de la confiance que les personnes pouvaient avoir en elles et de la naissance d'un sentiment nouveau d'incompétence personnelle [5]. Enfin, à ce tableau clinique s'ajoute l'impression de changements négatifs irrémédiables tant au niveau de la personnalité qu'à celui des buts de vie et aspirations profondes [18]. Très souvent, non sans douleur, les personnes souffrant d'un ESPT posent le terrible constat non seulement qu'elles ne se reconnaissent plus, mais également qu'elles se trouvent dans une impasse, ne sachant pas comment revenir à leur état initial et craignant de devoir subir ces transformations de façon permanente.

◈ Bouleversements de la perception de soi et du monde...

"Du plus loin que je me souvienne, j'ai toujours été une battante. J'ai créé ma propre boîte, je me battais pour décrocher des marchés. Rien ne me faisait peur, j'allais toujours de l'avant, fidèle au quand on veut, on peut. Or, depuis mon agression, rien ne va plus. J'ai perdu toute confiance en moi et en l'autre et je ne supporte plus la moindre forme de violence. Du coup, je suis devenue incapable d'affronter la moindre tension ou dispute, je baisse les bras dans les négociations, je fuis mes employés dès que je soupçonne un mécontentement. Cela ne me ressemble pas. J'ai l'impression que désormais il y a deux Martine en moi : l'ancienne qui était audacieuse, fonceuse et ferme et la nouvelle qui est faible et nulle, et que je n'aime pas."

Les bouleversements émotionnels

Au niveau émotionnel, les individus souffrant d'un ESPT présentent un large éventail d'émotions négatives allant des sentiments de colère et de révolte face aux autres ou au monde [19, 20] aux sentiments d'impuissance, de culpabilité, de honte, de dégoût et de tristesse [21-25]. Mais ce qui les définit peut-être le mieux sont les manifestations anxieuses et le sentiment de peur. Cette peur est présente de manière intense au moment de l'exposition traumatique [26, 27] et se retrouve, souvent au premier plan, dans le tableau clinique. Dans ce dernier cas, elle est souvent contemporaine d'un sentiment d'insécurité, d'une impression de vulnérabilité accrue liée à la conviction nouvelle que le monde est imprévisible et incontrôlable [28]. Sur le plan comportemental,

elle naît de la confrontation à des éléments évocateurs de la situation traumatogène qui deviennent en la circonstance anxiogènes sinon effrayants. Dans ce contexte, le risque de généralisation de l'anxiété à de multiples situations est majeur. Ainsi en est-il de cet homme victime d'un carambolage sur l'autoroute par temps de brouillard, qui progressivement a peur de prendre le volant sur l'autoroute, quelles que soient les conditions climatiques, puis sur le réseau secondaire et finit par être submergé d'angoisse à la vue de son véhicule, ou encore de cette femme victime d'un braquage alors qu'elle se trouve dans une agence bancaire, qui craint de retourner dans cette agence, puis de s'approcher d'un distributeur automatique de billets, puis d'aller au supermarché qu'elle fréquente d'ordinaire, et enfin de se rendre dans un lieu public.

Les troubles psychiques associés

D'autres troubles psychiques se retrouvent souvent associés (comorbidité) à l'ESPT. Selon les résultats d'une étude conduite en Europe sur 21 425 habitants de six pays différents (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Italie, Espagne et France) [29], celui qui arrive en tête est la dépression majeure (caractérisée). Suivent la dysthymie (trouble chronique et variable de l'humeur, essentiellement à tonalité dépressive), le trouble panique, l'anxiété généralisée et l'agoraphobie (peur irrationnelle se manifestant dans des endroits publics et/ou des espaces découverts). Ces données valent aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Différentes études américaines confirment ces résultats dont, en particulier, l'importance de la dépression majeure comme trouble comorbide. Certaines d'entre elles [4] soulignent également que plus de 50 % des hommes et 25 % des femmes souffrant d'un ESPT présentent des taux importants d'abus d'alcool et/ou de drogue, de médicaments psychotropes, ainsi que de dépendance à ces produits après la survenue de l'événement traumatogène. Enfin, parmi les études les plus récentes [30, 31], un bon nombre souligne l'importance du lien qui unit le risque suicidaire à l'ESPT, mais aussi aux autres troubles qui lui sont associés, notamment dépressifs, anxieux et addictifs. Cependant, les résultats de l'étude d'Oquendo et de ses collaborateurs [32] montrent que le risque suicidaire reste élevé chez les personnes atteintes d'ESPT, et ce, même en l'absence de dépression majeure ou d'autres troubles anxieux.

Les troubles psychosomatiques

Ils ne font pas partie du tableau clinique de l'ESPT décrit dans le DSM-IV-TR, mais nombre d'observations font assez souvent état de la survenue plus ou moins rapide au décours d'un événement traumatogène de diverses maladies d'expression somatique : eczéma, ulcère gastrique, hypertension artérielle, diabète, trouble hormonal thyroïdien, douleurs diffuses..., ce qui soulève des problèmes de relation de cause à effet au plan médico-légal (imputabilité).

Conclusion

Parmi les conséquences psychopathologiques dont peut souffrir une personne confrontée à un événement au cours duquel sa vie ou son intégrité physique ou encore celles d'autrui sont menacées, l'ESPT représente une modalité évolutive souvent sévère, tant en termes de souffrance psychique qu'en raison des troubles qui peuvent lui être associés. Si le tableau clinique dressé est assez sombre, une note d'espoir vient du rôle primordial du soutien social qui, lorsqu'il est de bonne qualité, se révèle être un excellent levier pour dépasser le traumatisme et reprendre sa vie.

◈ Peur, angoisse...

"Depuis le cambriolage [au cours duquel le sujet a été pris en otage et violenté], je me mets à avoir peur de tout. Chez moi, je me sens tellement en insécurité que j'ai fait installer des tas de dispositifs de surveillance et de protection. Cela n'a rien changé, j'ai toujours aussi peur, et le soir, c'est terrible : l'angoisse ne me quitte pas. Dehors, ce n'est guère mieux. Je vois le mal partout, même au supermarché que je fréquente depuis 20 ans. Au quotidien, je suis incapable d'aller promener le chien ou d'aller chercher le pain à la boulangerie du coin tant l'angoisse m'étouffe. J'ai peur dès que ma femme doit se rendre seule dans un endroit, je dois me faire violence pour ne pas l'appeler 20 fois sur son portable pour savoir si tout se passe bien. Je suis également inquiet pour ma fille qui fait ses études à Lille et qui vit seule dans un studio."

Références bibliographiques

1 - Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 ; 109 (Suppl. 420) : 38-46.

2 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4th edition). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.

3 - Yehuda R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004 ; 65 (Suppl. 1) : 29-36.

4 - KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E ET AL. Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1995 ; 52 : 1048-1060.

5 - FOA EB, STEKETEE G, OLASOV-ROTHBAUM B. Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 1989 ; 20 : 155-176.

6 - FOA EB, JAYCOX LH. Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In : Spiegel D, Ed. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1998 : 23-62.

7 - HEMBREE EA, FOA EB. Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000 ; 61 : 33-39.

8 - CROCQ L, DOUTHEAU C, LOUVILLE P. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encylopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie* 1998 ; 37-113-D-10 : 8 p.

9 - BRYANT RA. Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders* 2007 ; 21 : 183-191.

10 - VAN DER KOLK BA, VAN DER HART O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 1989 ; 146 : 1530-1540.

11 - CALHOUN LG, CANN A, TEDESCHI RG ET AL. Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology* 1998 ; 138 : 789-791.

12 - MAGWAZA AS. Assumptive world of traumatized South African adults. *Journal of Social Psychology* 1999 ; 139 : 622-630.

13 - PRAGER ES, SOLOMON Z. Perceptions of world benevolence, meaningfulness, and self-worth among eldery Israeli Holocaust survivors and non-survivors. *Anxiety, Stress and Coping* 1995 ; 8 : 265-277.

14 - SOLOMON Z, IANCU I, TYANO S. World assumptions after disaster. *Journal of Applied Social Psychology* 1997 ; 27 : 1785-1798.

15 - ULLMAN SE. Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse* 1997 ; 6 : 1-19.

16 - JANOFF-BULMAN R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York : Free Press, 1992.

17 - JANOFF-BULMAN R, FRANTZ CM. The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life. In : Power MJ, Brewin CR, Eds. The transformation of meaning in psychological therapies: integrating theory and practice. Chichester : Wiley, 1997 : 91-106.

18 - Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000 ; 38 : 319-345.

19 - FOA EB, RIGGS DS, MASSIE ED ET AL. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 1995 ; 26 : 487-499.

20 - PITMAN RK, ALTMAN B, GREENWALD E ET AL. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1991 ; 52 : 17-20.

21 - ANDREWS B, BREWIN CR, ROSE S ET AL. Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology* 2000 ; 109 : 69-73.

22 - DALGLEISH T, POWER MJ. Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2004 ; 42 : 1069-1088.

23 - GREY N, HOLMES E, BREWIN CR. Peri-traumatic emotional 'hotspots' in traumatic memory: a case series of patients with posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001 ; 29 : 367-372.

24 - JAYCOX LH, FOA EB. Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1996 ; 3 : 176-184.

25 - REYNOLDS M, BREWIN CR. Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, posttraumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy* 1998 ; 36 : 135-147.

26 - BREWIN CR, ANDREWS B, ROSE S. Fear, Helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress* 2000 ; 13 : 499-509.

27 - ROEMER L, ORSILLO SM, BORKOVEC TD ET AL. Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology: a preliminary retrospective analysis of the DSM-IV criterion A2. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1998 ; 29 : 123-130.

28 - FOA EB, ZINBARG R, ROTHBAUM BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin* 1992 ; 112 : 218-238.

29 - Équipe scientifique de l'ESEMeD/MHEDEA. 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 ; 109 (Suppl. 420) : 28-37.

30 - SAREEN J, COX BJ, STEIN MB ET AL. Physical and mental comorbidity disability and suicidal behaviour associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine* 2007 ; 69 : 242-248.

31 - TARRIER N, GREGG L. Suicide risk in civilian PTSD patients. Predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004 ; 39 : 655-661.

32 - OQUENDO M, BRENT DA, BIRMAHER B ET AL. Posttraumatic stress disorder comorbide with major depression: factors mediating the association with suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry* 2005 ; 162 : 560-566.

Psychotrauma et fonctionnement cérébral
Perspectives thérapeutiques

Guillaume Vaiva*

Résumé
Les recherches récentes permettent d'appréhender la réalité du psychotrauma en termes de neuroanatomie (structures incriminées), de neuropsychologie (productions cognitives) et de neurobiologie (circuits de neurones et neuromédiateurs). Ces nouvelles données ouvrent la voie à des applications thérapeutiques pour la prévention et le traitement du traumatisme psychique.

Mots-clés
psychotrauma, neuroanatomie, neuropsychologie, neurobiologie, prévention, traitement.

Summary: Psychotrauma and cerebral functioning. Therapeutic prospects
The recent researches allow to apprehend the reality of the psychotrauma in terms of neuroanatomy (involved structures), neuropsychology (cognitive elaborations) and neurobiology (neuronal circuits and neurotransmitters). These new data open the way to therapeutic applications for the prevention and the treatment of the psychotraumatism.

Key words
psychotraumatism, neuroanatomy, neuropsychologie, neurobiology, prevention, treatment.

Neuroanatomie du psychotrauma

La pathologie psychotraumatique apparaît essentiellement comme étant à la fois un trouble de la mise en mémoire (encodage mnésique) et un trouble de la remémoration (le retour en pensées et en émotions d'événements passés). Le trouble de la mise en mémoire semble de deux ordres. Tout d'abord, une mémorisation massive (excessive ?) des aspects émotionnels de la confrontation avec l'événement traumatisant, mais, dans le même temps, il semble que les éléments contextuels (le lieu et les circonstances de l'événement, avec leur cortège d'images, de bruits, d'odeurs...) dans lesquels ces émotions ont envahi le sujet soient également sur-mémorisés. Dans les deux cas, d'un point de vue neuroanatomique, les structures cérébrales incriminées sont localisées sur des structures précises du lobe temporal du cerveau : l'amygdale pour la mémorisation émotionnelle, l'hippocampe pour la sur-mémorisation (figure 1). Il semble aujourd'hui reconnu que chaque moment de remémoration traumatique (reviviscence) soit l'occasion pour le sujet de réactiver les mêmes circuits nerveux. D'où l'instauration d'un cercle vicieux, qui alimente à son tour celui des évitements que met en place le sujet (évitement de tout ce qui pourrait rappeler le trauma – situation, lieu, moment... – avec des conséquences délétères dans les actes de la vie courante).

Mais le trouble le plus caractéristique des atteintes de la mémoire est appelé "trouble de l'extinction" ; il accompagne les formes constituées et chroniques de psychotrauma. Pour certains spécialistes, s'il peut paraître physiologique d'être "marqué" par ce type de confrontation à un événement exceptionnel, le problème réside dans la non-extinction du "souvenir", en tout cas, la non-désescalade émotionnelle liée au souvenir : "pourquoi ça ne s'éteint pas ?". Alors, la neuroanatomie renvoie à "l'intégrateur" du cerveau, celui qui lie les perceptions et les représentations, en puisant dans les expériences stockées, globalement au niveau du lobe frontal, et plus particulièrement sa partie médiane, centrale et profonde, le cortex préfrontal médian et cingulaire (figure 1). Certaines thérapies très novatrices sont à l'étude, notamment une technique de reconditionnement émotionnel du souvenir traumatique : le sujet est replongé dans son scénario traumatique après la prise, trois fois à une semaine d'intervalle, d'un médicament bêta-bloquant (le propranolol) qui interférerait sur

*Professeur de psychiatrie, Département universitaire de psychiatrie et Pôle des urgences, CHRU de Lille, France

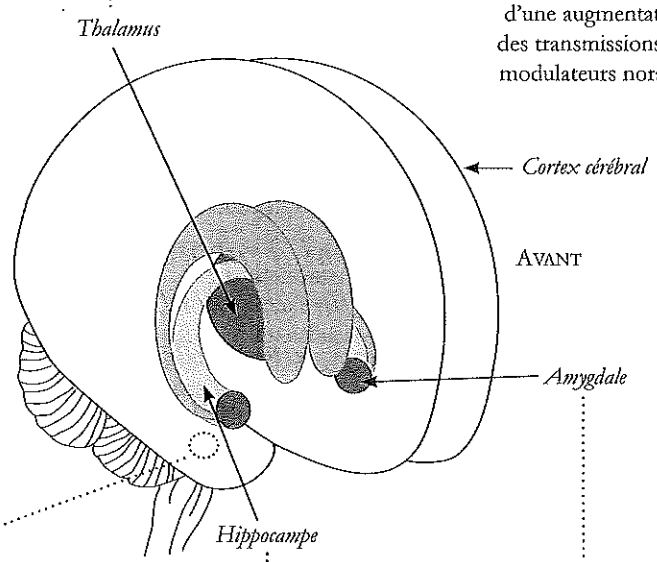
FIGURE 1

Localisation schématique de structures du cerveau impliquées dans le traumatisme psychique, trouble de la mise en mémoire lors de l'événement traumatisant et trouble du rappel mnésique (retour en pensées et en émotions d'événements passés) lorsque l'état de stress post-traumatique est installé

Le thalamus transmet à l'amygdale une perception rapide et grossière des caractéristiques de l'événement sans passer par le cortex qui traite préalablement la représentation, la conceptualisation des informations reçues par les sens.

Le cortex préfrontal médian et cingulaire n'intègre pas les perceptions et les représentations en puisant dans les expériences stockées d'où une non-extinction du souvenir traumatisant par la suite. Reviviscences, flash-back, cauchemars, hyperéveil sont le fait d'une augmentation anormale des transmissions des neurones modulateurs noradrénergiques.

Les neuromédiateurs font circuler l'information entre les neurones, principalement le GABA qui "freine" et le glutamate qui "excite".



Le locus cœruleus (en profondeur) est en relation étroite avec l'amygdale, l'hippocampe et le cortex. Il contient la moitié de tous les neurones modulateurs qui sélectionnent les structures cérébrales en fonction des événements et des réponses à y apporter : les neurones sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques.

L'amygdale sur-mémorise les aspects émotionnels de la confrontation traumatique. Par la suite, l'impulsivité, l'irritabilité, les évitements, l'anxiété sont le fait d'une insuffisance des transmissions des neurones modulateurs sérotoninergiques. On peut corréler l'hyperactivité de l'amygdale et les symptomes d'état de stress post-traumatique grâce à l'imagerie par résonance magnétique en demandant à des sujets de penser à l'événement qui les a traumatisés.

Lorsque le trauma se compliquepar la suite d'abus de substances (alcool ou drogues), les transmissions dopaminergiques seront perturbées et le circuit de la récompense touché (neurones limbiques).

L'hippocampe sur-mémorise les éléments contextuels dans lesquels les émotions ont envahi la victime. La taille de l'hippocampe mesurée en imagerie par résonance magnétique pourrait être soit un facteur de risque, soit une conséquence d'un état de stress post-traumatique.

le stockage du souvenir. Ce traitement est actuellement le plus prometteur pour ces sujets si chroniquement installés dans la maladie.

Approche neuropsychologique

En neuropsychologie (base du cognitivisme et des thérapies associées), le psychotrauma peut s'inscrire dans le cadre d'un modèle de conditionnement de la peur. Initialement, l'individu est exposé à une situation profondément marquante, autant quant aux faits qui se déroulent et auxquels il est confronté, qu'aux émotions associées. Par la suite, des indices contextuels (par exemple : couleur, lieu, odeur) ou symboliques (par exemple : date anniversaire) suscitent des reviviscences psychologiquement douloureuses. Ainsi, l'évitement de tout ce qui rappelle le trauma se trouve "récompensé" par une relative diminution de la détresse. Ceci maintient le conditionnement de peur, même dans un contexte n'évoquant pas le trauma, et confine le sujet à une existence marginale. Pour qu'il y ait rémission (ou extinction dans la terminologie du conditionnement de peur), la personne doit se confronter aux indices contextuels et symboliques reliés au trauma afin de dénouer les associations établies lors de l'événement traumatisant. En thérapie, c'est bien sûr l'objectif poursuivi par les stratégies de décharge émotionnelle (abréaction), voire d'hypnose. Des travaux récents suggèrent en fait que l'empreinte mnésique laissée par le conditionnement de peur dans le cerveau soit indélébile, et que l'extinction ne consiste pas réellement à dénouer les associations, mais plutôt à en créer de nouvelles, se superposant aux anciennes : "on n'efface rien, on ne peut qu'éventuellement réimprimer". C'est alors le rôle avoué des thérapies cognitives et comportementales (TCC) ou de l'*Eye movements desensitization and reprocessing* (EMDR) (cf. O. Cottencin, pp. 241-244).

Ce modèle théorique de conditionnement et d'extinction de la peur permet de rendre compte autant de la phénoménologie que de la biologie des psychotraumas. Cependant, il n'explique pas les différences individuelles et doit être complété par la reconnaissance de certains facteurs de risque environnementaux et développementaux, tels qu'un événement traumatique dans l'enfance, l'hérédité, la présence d'autres troubles psychiques, le sens accordé à l'événement, la qualité du soutien social ou des conditions de vie particulièrement difficiles.

Dans les psychotraumatismes constitués, les réactions de sursaut, cauchemars et reviviscences sont à rapprocher d'une augmentation anormale des transmissions noradrénergiques

Approche neurobiologique

En neurobiologie, le cerveau est conçu comme un ensemble complexe de neurones qui s'organisent en circuits, puis en réseaux pour traiter les "entrées sensorielles" (les perceptions), les relayer jusqu'au cortex – les représentations et les affects (sentiments) –, puis les traduire en "sorties comportementales ou psychiques". Le signal qui connecte deux neurones est un signal chimique faisant appel à des molécules appelées neuromédiateurs ; la grande majorité des neurones concernent deux d'entre eux, le GABA, qui exerce un frein, et le glutamate, un excitateur. La grande variété des réponses comportementales nécessite que certains réseaux, et par conséquent certaines structures cérébrales, soient sélectionnés en fonction de chaque situation vécue par le sujet. Cette sélection est réalisée par un autre ensemble de neurones dits modulateurs, superposé au premier circuit. Ces neurones modulateurs sont minoritaires dans le cerveau puisqu'ils représentent moins de 1 % de l'ensemble ; ils concernent trois neuromédiateurs : la noradrénaline est le neuromodulateur des rapports avec le monde externe au sujet, la sérotonine celui des rapports d'un sujet avec son monde interne, et la dopamine tiendrait le rôle de modulateur/intégrateur final de l'essentiel des sorties motrices ou psychiques. Enfin, le fonctionnement global du cerveau aboutit souvent à des sécrétions d'hormones qui sont alors les vecteurs des réponses de l'organisme au signal perçu ; à leur tour, ces hormones exerceront une rétro-régulation sur les cascades biologiques qui ont présidé à leur sécrétion (l'exemple le plus connu dans le psychotrauma est celui du cortisol).

Dans chacune des expressions du trauma, l'un de ces systèmes peut être incriminé. Dans les psychotraumatismes constitués (c'est-à-dire évoluant depuis plusieurs mois ou années), l'hyperéveil neurovégétatif (réactions de sursaut), les cauchemars, les reviviscences sont à rapprocher d'une augmentation anormale des transmissions noradrénergiques ; dans le même temps, l'impulsivité du sujet, son irritabilité, les difficultés qu'il connaît à endiguer ses évitements, son niveau d'anxiété résiduelle sont classiquement mis en lien avec l'insuffisance pathologique des transmissions sérotoninergiques. Enfin, si le psychotrauma se complique avec le temps d'abus de substances (alcool, cannabis...), c'est alors le plus souvent un réseau particulier de neurones, appelé le "circuit de la récompense", qui sera touché et les transmissions dopaminergiques perturbées.

Le trauma touchant bien sûr un sujet donné, il rencontre par là même un terrain de vulnérabilité, et de résilience d'ailleurs... En neurobiologie, ces aspects sont souvent traduits en termes génétiques et principalement épigénétiques (ce qu'un sujet dans un environnement donné fait de l'expression de sa carte génétique). Les deux neuromédiateurs principaux que sont le GABA et le glutamate sont souvent cités : le premier très engagé dans le frein apporté à certaines cascades biologiques, mais très variable en quantité d'un sujet à l'autre ; le second, engagé dans la mise en mémoire des phénomènes biologiques, mais connaissant une multitude de variants moléculaires. L'apport de la génétique s'étend également à la sécrétion de neurohormones, à la quantité et à l'affinité de protéines qui véhiculent les neuromédiateurs, etc. Bref, la génétique moderne nous éclaire un peu plus chaque année sur ces notions souvent avancées de "vulnérabilité", innée et héritée, ou sur les effets de la mise en mémoire ou du cumul des expériences antérieures. Surtout, cette approche neurobiologique a pour but d'éclairer chaque jour un peu mieux l'emploi ou le non-emploi de tel ou tel médicament psychotrope, d'en définir la dose, voire le moment et la durée de la prescription, dans l'éclosion puis l'évolution d'un trauma.

LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT

Il faut accorder un temps particulier aux stratégies utilisées au décours immédiat des confrontations psychotraumatiques, dans le but de tenter de limiter l'éclosion, ou du moins l'intensité – voire la durée – d'éventuels psychotraumas ultérieurs : c'est le champ de ce que l'on nomme la prévention secondaire. Bien que tous les cliniciens s'accordent à reconnaître l'intérêt de telles stratégies, ni le mécanisme, ni le type, ni le délai d'intervention initiale ne font l'objet d'un consensus. Le débat éthique n'est pas absent non plus, car il s'agit également de proposer des stratégies de soins, éventuellement à des sujets, exposés certes, mais qui n'auraient pas développé de psychotraumatisme.

Il existe tout d'abord des techniques d'intervention psychothérapique, dont la plus connue est l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI), encore appelée ailleurs débriefing, qui vise à prévenir et à atténuer les effets potentiellement traumatiques d'un événement (sa mise en mémoire à long terme) par l'expression cognitive et émotionnelle du vécu subjectif de celui-ci (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240). Sur le plan pharmacologique, contrôler, maîtriser, voire amender les phénomènes d'hyperéveil neurovégétatifs contribueraient à diminuer le risque de survenue ou l'intensité de troubles ultérieurs. Cette thèse a été vérifiée dans quelques travaux qui ont clairement démontré qu'un traitement pharmacologique prescrit chez des sujets récemment traumatisés diminuait significativement la survenue ou l'intensité d'un psychotraumatisme. Ainsi, un niveau élevé d'anxiété péritraumatique, reflété par une élévation significative de la fréquence cardiaque dès la salle d'urgence, a été contrôlé par le propranolol. Un mois plus tard, seulement 10 % des patients ayant reçu ce médicament bêta-bloquant présentaient les réactions neurophysiologiques d'un syndrome de stress post-traumatique contre 30 % dans le groupe ayant reçu un placebo. Dans une autre étude menée chez 19 sujets exposés à un événement traumatique civil, dans un délai de deux à 20 heures après l'exposition, 11 sujets ont pris du propranolol pendant huit à 12 jours, et l'observation de l'évolution clinique a permis de constater chez ces derniers une sévérité clinique psychotraumatique significativement moindre que chez les témoins.

Les benzodiazépines, qui sont largement prescrites par les intervenants de première ligne au décours immédiat de l'événement, sont actuellement remises en question. Elles pourraient favoriser la survenue de troubles psychotraumatiques séquellaires, ou aggraver ceux-ci. Une étude utilisant un médicament d'une autre classe pharmacologique (l'hydroxyzine) a été menée en France sur un peu plus de 100 patients ; ses résultats prêtent à discussion.

Présentée, préparée et programmée, la démarche médicamenteuse peut parfois être interprétée par le sujet comme un échec de ses capacités d'adaptation (culpabilisant pour lui) face à un événement imputable à l'extérieur. Ses représentations pourront également l'amener à se demander si ses plaintes sont fondées, au point d'encombrer la démarche psychothérapique, comme, à l'opposé, nous rencontrons des patients dans une position d'attente magique de "gommage" de la trace traumatique, honteuse et encombrante.

L'approche neurobiologique du trauma apporte le rationnel à bien des interventions thérapeutiques proposées à ce jour (psychothérapiques et chimiothérapiques) ; néanmoins, elle n'a vraiment de sens pour les victimes que dans un échange humain qui replace cette belle mécanique comme un outil – de mieux en mieux "objectivé" – à la disposition du Sujet.

Les événements traumatogènes

Étienne Vermeiren*

Résumé
On pourrait décliner à l'infini les événements qui peuvent s'avérer traumatogènes : viols, agressions, attentats, guerres, catastrophes naturelles, catastrophes industrielles, incendies, accidents... Le problème est de savoir s'ils sont potentiellement traumatisants (confrontation directe) ou non (confrontation indirecte), et de distinguer le sujet qui a vécu cette expérience sur un mode traumatique de celui qui a "seulement" été stressé. Pour le clinicien, seule la blessure résultante sera à considérer.

Mots-clés
traumatisme psychique, événement traumatogène, stress.

Summary: Psychotraumatic events
We could decline in the infinity the events which can be traumatic: rapes, aggressions, attacks, wars, natural disasters, industrial disasters, fires, accidents... The problem is to know if they are potentially traumatizing (direct confrontation) or not (indirect confrontation), and to distinguish the subject which lived this experience on a traumatic mode of the one who was put under stress "only". For the clinician, only the resultant wound will be to consider.

Key words
psychotraumatism, psychotraumatic event, stress.

La distinction entre stress et trauma, présentée dans cet ouvrage par F. Lebigot (pp. 201-204), est fondamentale. Au-delà des caractéristiques objectives de l'événement, c'est donc bien le vécu subjectif qui rendra compte ou non du caractère traumatique de la rencontre. Depuis de longues années maintenant, les auteurs francophones préfèrent ainsi utiliser le concept d'événement potentiellement traumatisant plutôt que celui d'événement traumatique. Cette précision renvoie à la difficulté de définir a priori ce qui a été ou sera traumatique pour un individu et ce qui relève du stress. Ce n'est souvent qu'au cours de la prise en charge post-immédiate (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240) ou de la psychothérapie (cf. O. Cottencin, pp. 241-244) que l'on pourra déterminer ce qui s'est joué d'un point de vue subjectif, au-delà de la gravité objective de l'événement. A priori donc, pour peu qu'il renvoie à la rencontre avec le réel de la mort, tout événement est susceptible d'être traumatogène.

Progressivement, les différentes nosographies (classifications des maladies) ont intégré le caractère subjectif de la confrontation à l'événement. Dès lors, il ne s'agit plus que le sujet ait été confronté à un événement exceptionnel – ce qui est très relatif – mais qu'il ait vécu cette rencontre sur un mode que l'on peut rapporter à l'effroi. Il est toutefois indéniable qu'une expérience qui n'aurait pas traumatisé le sujet au sens strict, peut néanmoins entraîner une souffrance et nécessiter des soins. Le stress en est une illustration, le deuil en est une autre. Dans le registre du deuil, celui-ci peut, en outre, être compliqué d'un trauma, lorsque le sujet est témoin de la mort d'autrui. La question du deuil traumatique est traitée dans cet ouvrage par C. Mormont (pp. 218-223) et nous n'aborderons pas celle du psychotrauma de l'enfant, dont les circonstances de survenue, la clinique et l'évolution particulières sont développées par L. Daligand (pp. 224-227).

Une confrontation directe

La première distinction en ce qui concerne les événements de vie douloureux est donc bien de savoir s'ils sont potentiellement traumatisants (confrontation directe) ou non (confrontation indirecte), et s'ils ont ou non été vécus sur un mode traumatique. *La difficulté est alors de distinguer qui a vécu une expérience sur un mode traumatique et qui a "seulement" été stressé.* Seul un travail d'évaluation en immédiat et en post-immédiat permettra, le plus souvent, de faire cette distinction pour la mise en route du processus de soins le plus approprié. Ainsi, par exemple, le recours à un débriefing n'a de sens que si l'on pense qu'il y a pu avoir traumatisme.

Pour le reste, on pourrait décliner à l'infini quels événements peuvent s'avérer traumatogènes :

*Psychologue, Unité de crise et d'urgences psychiatriques, Centre de référence pour le trumatisme psychique, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

viols, agressions, attentats, guerres, catastrophes naturelles, catastrophes industrielles, incendies, accidents... Pour le clinicien, seule la blessure résultante sera à considérer. En effet, il ne faut pas oublier que toute personne n'est pas ipso facto traumatisée au sortir d'une expérience de vie extrême. D'aucuns traversent des expériences objectivement horribles sans pour autant que ne plane le spectre du trauma. A contrario, et c'est parfois plus difficile à comprendre pour les non-initiés, des événements "mineurs" peuvent être à l'origine de complications psychopathologiques indéniables. Ce n'est qu'en allant à la rencontre du sujet, au sortir de l'événement et dans les temps qui suivent, que cette souffrance pourra être identifiée le cas échéant.

La multiplicité des réactions consécutives à l'événement est telle qu'il est effectivement bien difficile d'établir un pronostic a priori : ce n'est pas forcément ceux qui expriment le plus d'émotions juste après l'événement qui sont les plus touchés, et il n'est pas rare de voir des sujets très bouleversés les premiers jours, récupérer ensuite et vice-versa. Les facteurs rendant compte de ce qui va s'avérer traumatogène pour l'un et pas pour l'autre dépassent le cadre de ce chapitre, mais on comprend que certaines caractéristiques de l'événement et de son déroulement peuvent entrer en ligne de compte. Ainsi, à titre d'exemple, l'incendie d'une maison pourra psychiquement être vécu de façons très différentes si le sujet :
- est surpris par l'incendie ou pas ;
- peut y faire face ou pas ;
- est seul impliqué ou accompagné de sa famille ;
- se sauve seul, sauve les autres ou est lui-même secouru ;
- voit finalement ceux qu'il n'a pas pu sauver l'être ou non...

On voit déjà que la prévisibilité, la maîtrise, le comportement du sujet et la présence d'autrui, par exemple, colorent l'expérience différemment. Cela doit nous faire penser à l'importance d'une investigation clinique précise, incluant des éléments qui n'apparaissent pas toujours à l'avant-plan, notamment en ce qui concerne le vécu péritraumatique (comportement du sujet au moment et dans les heures qui suivent l'événement). Toutefois, il est parfois de mise de différencier divers types d'événements, au-delà de leur potentiel traumatique. Classiquement, on compare les événements :
- micro- et macro-sociaux ;
- accidentels ou intentionnels ;
- récents ou anciens ;
- uniques ou répétitifs ;
- imprévisibles ou prévisibles.

Sans entrer dans les détails qui dépasseraient le cadre de ce chapitre, l'abord thérapeutique peut en être affecté de différences parfois importantes, ou recouvrir beaucoup de similitudes. Nous tenterons de donner au lecteur quelques indications en ce sens. Nous renvoyons également le lecteur à la littérature qui regorge d'éléments épidémiologiques concernant les différents types d'événements et leurs "risques traumatiques" respectifs.

Les événements micro- et macro-sociaux

C'est à Michel De Clercq [1] que l'on doit cette distinction qui a le mérite de réhabiliter la place de l'individu et de sa souffrance, même si l'événement ne se voit pas reconnaître aux yeux de la société. En effet, les catastrophes de grande ampleur, notamment de par le nombre de victimes et d'impliqués, focalisent aujourd'hui l'attention de tout un chacun, au point que personne n'oserait plus mettre en doute la nécessité d'une réponse sociale, tant du côté de la reconnaissance de la société que de la mise en place de soins. On pense aux tsunamis, aux tremblements de terre, aux catastrophes industrielles, aux attaques terroristes ou aux épidémies par exemple. Or, souvent, les personnes touchées par un événement de vie potentiellement traumatisant le sont individuellement ou en petit groupe et ne reçoivent pas toujours l'attention qu'elles méritent dans leur entourage le plus proche, ni même de la part des soignants. On pense aux accidents de la voie publique, aux agressions ou aux viols par exemple.

Les événements accidentels ou intentionnels

De même, la participation d'un être humain à l'occurrence de l'événement peut également colorer le vécu traumatique différemment et éventuellement interférer sur les ressources dont dispose le sujet, notamment si le trauma est intrafamilial, privant alors le sujet de ressources relationnelles importantes et compliquant sa souffrance de conflits de loyauté. Mais c'est aussi au niveau des représentations que le trauma lui-même peut être un frein à la guérison. Comment intégrer en effet que le mal dont je souffre me soit ou m'ait été infligé par autrui, intentionnellement ? Comment retrouver foi en l'être humain ? Comment trouver du sens au déferlement de la violence ? Comment restaurer un sentiment de sécurité si, a contrario, l'événement qui me blesse est incontrôlable, puisque lié à des facteurs qui dépassent ce que l'humain peut contrôler (catastrophes naturelles) ? Comment ne pas chercher dans une explication divine punitive d'avoir vu un peuple frappé par un si grand malheur ?

Ici encore, il n'est pas question de définir a priori si un événement est plus ou moins traumatogène selon qu'il est ou non intentionnel, mais de s'approcher au plus près de ce en quoi il heurte les convictions et les représentations du sujet au point de le meurtrir profondément et/ou durablement.

Les événements récents ou anciens

La distinction entre événements récents ou anciens ne renvoie pas non plus au caractère plus ou moins traumatogène, mais plutôt à la manière dont les soins vont s'organiser. Force est de constater en effet qu'il y a lieu de différencier l'abord thérapeutique peu après un événement de l'abord à plus long terme ou longtemps après les faits. Sans entrer dans le détail, le clinicien sera tantôt confronté à un événement "frais", où les réactions de stress et de queue de stress teintent le vécu et les comportements du sujet, dans une première démarche pour se "débrouiller" avec ce qu'il vient de vivre, parfois en étant totalement dépassé et noyé dans un trop plein d'émotions, parfois en se croyant quitte pour la peur, parfois même dans une euphorie initiale liée au fait d'avoir survécu. Tantôt, il rencontrera un sujet dont le trauma est enkysté, chronicisé, et dont le quotidien est réorganisé autour de l'évitement. L'énoncé du vécu traumatique se répétera à l'identique au fil du temps, mais le sujet lui donnera une signification à la lumière de ses expériences plus anciennes (en particulier de l'enfance et de l'adolescence). Son discours sera alors parfois, au moins au début, focalisé par l'interprétation qu'il donne dans son parcours de vie à l'expérience traumatique. Au-delà de l'expérience vécue, la prise en compte de la souffrance et de son contexte sera d'autant plus importante et, dans ce cas, la psychothérapie se rapprochera dès lors d'une démarche plus classique, contrairement aux soins immédiats et post-immédiats, davantage spécifiques.

Souvent, les personnes touchées psychologiquement le sont individuellement ou en petit groupe et ne reçoivent pas toujours l'attention qu'elles méritent

Les événements uniques ou répétitifs

Une différence importante doit également être faite entre la confrontation à un événement unique (le plus courant) et les situations où le sujet est exposé à plusieurs événements successifs ou encore à un événement répétitif. La question du trauma se rapporte plus communément à un événement unique, ne serait-ce que parce que l'on considère souvent que le caractère inattendu et imprévisible, doublé d'une perte de maîtrise par le sujet sont les éléments constitutifs de ce qui peut être vécu comme un trauma, le sujet étant brutalement confronté au réel de la mort.

Toutefois, certaines personnes vivront plusieurs traumas au cours de leur vie et la thérapeutique en sera d'autant compliquée, surtout s'il s'agit d'un même type d'événement. Si l'on s'accorde généralement à dire que le fait d'avoir été traumatisé dans le passé constituerait un facteur de risque pour un sujet, on comprend que cette affirmation prend tout son sens lorsque celui-ci rencontre à nouveau un événement similaire dans un contexte similaire. Nous pensons notamment aux agressions liées au travail (hold-up, attaques de fourgons, agressions de postiers...), mais aussi aux accidents de la voie publique ou aux traumas qui touchent les intervenants (désincarcérations, incendies, défenestrations, pendaisons...). Plus que jamais, le suivi post-événement devrait être réalisé avec le plus grand soin, le risque étant pour le sujet d'être conforté dans ce qu'il avait appréhendé lors du premier trauma.

Cela pose aussi la question de la réactivation de traumas anciens et/ou d'une reconstruction après coup avec redéfinition traumatique a posteriori et trauma actuel. Nous pensons également aux situations de maltraitances physiques et/ou sexuelles qui se répètent dans le temps, de même qu'aux personnes exposées parfois pendant de longues périodes à des situations de conflits armés. Dans ce dernier cas, ce n'est souvent qu'une fois une sécurité relative retrouvée que le sujet va décompenser. Ce point doit attirer l'attention des cliniciens qui pourraient considérer trop vite qu'une personne est exempte de souffrance, alors qu'elle est encore en phase de latence.

Les événements imprévisibles ou prévisibles

Nous avons rappelé ci-dessus que le caractère imprévisible de la survenue de l'événement est considéré comme un critère nécessaire – mais non suffisant – d'un vécu traumatique et de son cortège de symptômes. Il nous faut toutefois relativiser cela dans le cadre d'événements répétitifs, prévisibles, mais auxquels le sujet ne peut échapper. Nous pensons, entre autres, aux viols et abus sexuels intrafamiliaux, de même qu'à la maltraitance ou au racket. L'impossibilité de faire face à une menace, même connue, peut mener à un vécu traumatique ou encore renforcer le trauma initial. Dans ce contexte, des symptômes dissociatifs – altération de la conscience, dépersonnalisation, déréalisation, comportement moteur automatique...– (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240 et C. Mormont, pp. 218-223) ou d'identification à l'agresseur ne sont pas rares, seuls mécanismes de défense à la disposition du sujet. Rappelons aussi, comme nous le soulignions en introduction, que même si un sujet n'est pas

toujours traumatisé stricto sensu, il n'en est pas pourtant ipso facto exempt de souffrance et doit ainsi retenir toute l'attention des soignants.

Conclusions

À la lumière de ce qui précède, on comprend aisément que les types d'événements potentiellement traumatisants sont légions et ne peuvent faire l'objet d'une lecture exhaustive. Plus intéressant, il convient de s'entendre sur le fait que, sans doute, il importe peu, puisque c'est à la question de la blessure psychique résultante qu'il y a lieu de s'intéresser, quelle qu'en soit l'origine. Bien entendu, certains types de traumas auront une influence spécifique sur les soins. Nous pensons notamment aux situations qui nécessitent un abord familial ou encore aux interventions en entreprise. Notons également les situations qui impliquent des groupes constitués et qui amènent parfois à réaliser des interventions post-immédiates collectives, comme un débriefing psychologique ou un groupe de parole.

Cela ne doit pourtant pas nous faire oublier que le travail thérapeutique, à la rencontre du sujet, de sa souffrance, mais aussi de ses ressources tant intrapsychiques que relationnelles, est à considérer comme un cheminement dans un processus de soins qui se construit de la rencontre, parfois au plus près de l'événement, jusqu'au terme de ce qui pourra être aidant. Au-delà de l'événement en lui-même, il convient de rencontrer le sujet dans sa singularité, en positionnant l'expérience traumatique autour de tout ce qui le constitue en pré-, péri- et post-traumatique, y compris dans ses relations aux autres et dans son fonctionnement au quotidien.

Référence bibliographique

1 - De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.

Deuil et traumatisme

Christian Mormont*

Résumé
Le deuil et le traumatisme sont des phénomènes distincts. Si le deuil apparaît comme une expérience douloureuse et transitoire consécutive à une perte, le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable. Il n'est pas rare, toutefois, qu'une perte brutale provoque un traumatisme, ou qu'un événement catastrophique cause une perte, si bien que deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement. Pour la personne, il s'agit d'ailleurs d'une expérience unique dont les aspects deuil et traumatisme sont initialement indissociables.

Mots-clés
deuil, traumatisme.

Summary: Mourning and psychotraumatism
Mourning and psychotraumatism are distinct. Mourning is the painful and transient reaction following a loss. Psychotraumatism is the psychic injury produced by the exposition to a too stressful event. A cruel loss can induce psychotraumatism and critical event can result in loss and mourning. So, psychotraumatism and mourning can coexist and interact. For the person, it is moreover a unique experience aspects of wich mourning and psychotraumatism are initialy inseparable.

Key words
mourning, psychotraumatism.

Bien que pouvant être associés, deuil et traumatisme sont des phénomènes distincts. Le mot "deuil" désigne premièrement la perte, deuxièmement la peine que celle-ci provoque, et troisièmement les signes conventionnels qui la manifestent. Le dictionnaire indique que l'expression "faire son deuil" signifiant "renoncer" est d'un usage seulement familier. Enfin, ces dernières années, sous l'influence, sans doute, du langage psychologique, l'expression "faire son deuil" désigne le travail psychique consenti pour se détacher de l'objet perdu. L'émotion du deuil est la tristesse.

Si le deuil apparaît comme une expérience douloureuse et transitoire consécutive à une perte, le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable. Le traumatisme n'est pas l'événement mais son impact sur le psychisme. Et la souffrance qui en découle relève de sentiments de menace (retour de l'événement critique), d'impuissance, de vulnérabilité. L'émotion de l'expérience traumatique est l'effroi.

Ainsi, le décès d'un être cher n'engendre pas nécessairement un traumatisme alors qu'assister à la mort violente d'un inconnu peut être traumatisant sans que cela ne déclenche un deuil. Il n'est pas rare, toutefois, qu'une perte brutale provoque un traumatisme, ou qu'un événement catastrophique cause une perte, si bien que deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement. Pour la personne, il s'agit d'ailleurs d'une expérience unique dont les aspects deuil et traumatisme sont initialement indissociables.

*Professeur honoraire de psychologie, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Liège, Belgique

Les premières réactions à l'événement

Les premières réactions qui combattent l'intrusion d'un réel intolérable (perte et/ou événement critique) se confondent et visent à protéger le moi de la douleur.

Le déni

Le déni au sens strict est une réaction exceptionnelle. Il consiste en la suppression de la perception de la réalité douloureuse et en son remplacement par une pseudo-réalité moins pénible.

◈ Une jeune fille d'une vingtaine d'années se tue en voiture après avoir fait la fête avec ses condisciples à l'occasion de leur diplôme de fin d'études. Le jour de son enterrement, la foule se réunit à la maison des parents. Là, le père, euphorique et agité, accueille les visiteurs interloqués en leur annonçant qu'il a organisé une grande fête en l'honneur de sa fille (et à son insu). Il se réjouit de voir sa surprise quand elle va rentrer. Et il remercie tout

le monde d'être là en une circonstance aussi heureuse. Peu de temps après, le père sombrera dans une grave dépression mélancolique.

◈ Une mère demande à chaque personne qui vient chez elle d'attendre le retour de son fils. Il ne saurait tarder. L'heure du repas approche. La table est mise. Le couvert du fils est dressé. La mère a préparé un plat au goût de son garçon... mort plusieurs années auparavant dans un accident de moto. Cette femme est sereine et souriante.

La dénégation

La réalité est tellement dure à supporter que l'on tend à la mettre en doute, à la nier. On peut ainsi, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, penser que ce n'est pas possible, qu'il doit y avoir une erreur, que des faits la contredisent.

◈ Suite à la noyade de son mari lors d'une opération de sauvetage, l'épouse, une femme d'une trentaine d'années, scientifique de formation et de profession, raconte une expérience étrange. À certains moments, et bien qu'elle sache pertinemment bien que cela n'est pas possible, elle a l'impression que "son mari est dans son chien et qu'il lui parle". À l'examen, il ne s'agit ni de délire, ni d'hallucination, mais de la lutte contre la perte intolérable. Cette impression est fluctuante, critiquée mais récurrente et incoercible.

La dissociation

Elle correspond à l'expérience banale du "C'est un cauchemar. Je vais me réveiller". La personne a l'impression d'être étrangère à la situation, d'en être un spectateur distant, non concerné. Ou que ce n'est pas vraiment elle qui se trouve là (dépersonnalisation). Ou encore que la situation n'est pas réelle (déréalisation).

◈ Un homme âgé et malade décède. Son fils, adulte, n'est pas choqué par ce décès car bien qu'il aimât ce père, "c'est dans l'ordre des choses qu'il parte". Pourtant, il rapportera plus tard qu'il a vécu la période du décès dans une espèce de brouillard d'insensibilité : "Je ne ressentais rien. Je n'arrivais pas à me sentir concerné". Il confiera qu'aujourd'hui il se sent coupable de ne pas avoir éprouvé plus de peine et de ne pas avoir pleuré, ce qu'il ne comprend d'autant moins que, plusieurs mois après, il est beaucoup plus attristé qu'au moment du décès.

L'amnésie

Si nous avons vu que l'on peut supprimer la perception de la réalité pénible (déni), ou en refuser le sens (dénégation), ou la mettre à distance (dissociation), on peut aussi en occulter la trace. Le souvenir est effacé ou du moins indisponible.

◈ Une dame est prise en otage lors d'un hold-up dans un bureau de poste et retenue prisonnière pendant quatre heures. Lorsqu'elle est libérée, elle ne sait plus rien de ce qui s'est passé entre son entrée dans le bureau de poste et sa libération. On peut supposer qu'il s'agit là d'une amnésie post-traumatique classique. Toutefois, lors du suivi psychologique qui lui a été proposé, elle bute sur l'impossibilité de se souvenir de la mort de son grand-père. Ce "trou de mémoire" dénote par rapport au souvenir assez clair qu'elle a de son enfance, y compris pour des faits embarrassants tels que les abus sexuels commis sur elle par son père et les violences de ses frères à son égard. Par une source extérieure, on apprend que ce grand-père est mort alors qu'elle avait huit ans. Elle y était très attachée et on craignait qu'elle réagisse mal à ce décès. Or, si elle a semblé peinée, elle n'est pas choquée et sa conduite n'attire pas l'attention, sinon qu'au fil des semaines, elle est de plus en plus repliée sur elle-même, ne mange plus, puis fait des crises pathétiques de désespoir. Finalement, un médecin diagnostique un véritable état dépressif. Recueillie par des membres de la famille qui lui assurent une ambiance stable et chaleureuse, l'enfant se remet progressivement. Cet épisode pénible de sa vie se révèle aujourd'hui inévocable et donc indolore.

L'altération de la conscience

L'évanouissement est le modèle de l'échappement par perte de conscience. Une fois évanoui, on ne souffre plus. Il existe d'autres formes d'altération de la conscience comme les deux cas suivants l'illustrent, l'un concernant une réaction immédiate à un événement critique, l'autre une atténuation chronique de l'acuité de la conscience par absorption excessive de psychotropes.

◈ Lors d'une descente hivernale de rivière à la nage, un jeune homme est emporté par le courant et disparaît. Les recherches sont vaines ; on le croit mort. Cinq heures plus tard et dix kilomètres en aval, on le retrouve, en combinaison de plongée, confus et désorienté, quand il sonne à la porte d'une maison inconnue. Il ne peut répondre à aucune question ni sur lui-même, ni sur ce qui lui est arrivé. Il ne garde aucun souvenir des cinq heures pendant lesquelles il a pourtant parcouru une longue distance dans une eau impétueuse et glacée. Durant le suivi psychologique subséquent, il rapporte un autre épisode de dissolution de la conscience et d'amnésie : alors qu'il avait huit ans et assistait à une battue, son père a été tué (balle perdue) à côté de lui. Il n'a aucun souvenir de cette scène au cours de laquelle il s'est comporté "normalement", selon les témoins.

◈ Un père est anéanti par la mort de ses deux enfants dans un accident de voiture. Très déprimé, il va gravement abuser de psychotropes associés à de l'alcool pendant 12 ans. Quand, sans raison précise, il cesse de consommer ces

substances, "il reprend conscience", dit-il, et se retrouve dans l'état qui était le sien la nuit de l'accident. Les 12 ans pendant lesquels il s'est anesthésié (modification de la conscience), bloquant son activité psychique, n'ont apporté aucun réel apaisement puisque la douleur est retrouvée intacte.

La colère

Au-delà de cet échantillon de défenses non spécifiques, on observe encore une réaction commune au deuil et au traumatisme : la colère. La perte ou l'événement traumatisant est vécu comme une agression injuste qui engendre l'émotion de colère et des comportements hostiles. Souvent, ces réactions ne sont pas rationnelles et leur cible aléatoire. C'est pourquoi il est prudent de laisser la colère s'exprimer jusqu'à son épuisement, sans en valider l'argument.

◈ Lors d'un entraînement de descente de rivière à la nage, cinq membres du groupe sportif sont pris dans un tourbillon et se noient. Le lendemain, lors de la première rencontre avec les survivants, l'évocation de l'événement est dramatique et met en scène des faits très lourds. De façon inattendue, la colère va envahir le groupe et se focaliser sur un élément marginal et futile : la manière dont le journal télévisé a rendu compte de l'accident. Des propos très hostiles sont exprimés à l'égard des journalistes. Le psychologue propose de transmettre à ces derniers les griefs du groupe. Ce qu'il fait, sans aucun résultat d'ailleurs. À la séance suivante, il rend compte de sa démarche et perçoit que ça n'intéresse déjà plus le groupe qui s'est recentré sur l'événement et la douleur.

◈ Un enfant de deux ans décède d'une maladie infantile apparemment bénigne. La grand-mère, profondément croyante, développe une colère intense à l'égard de Dieu et passe par une phase où elle affirme être athée.

L'état traumatique

Toutes les personnes ne réagissent pas de la même manière à un événement potentiellement traumatogène. Les intervenants connaissent bien les réactions immédiates qui peuvent aller de l'émotion discrète aux désorganisations spectaculaires : panique, désorientation, sidération, agitation, cris, indifférence... Dans les jours qui suivent, le sentiment d'insécurité, la répétition de la scène critique, les troubles du sommeil et de l'appétit, les cauchemars, l'angoisse, l'hypervigilance, les difficultés de concentration et de mémoire, les évitements sont prévisibles.

Même extrêmes, ces réactions sont considérées comme "des réactions normales à une situation anormale", si elles ne durent pas trop longtemps. Elles peuvent constituer un syndrome dit d'"état de stress aigu" (DSM-IV-TR) qui, pour être diagnostiqué, doit remplir strictement les critères définis et ne pas perdurer plus de quatre semaines (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240). Ce diagnostic ne peut être posé que si la personne a "été exposée à un facteur de stress traumatique extrême" et présente un nombre déterminé de symptômes de plusieurs catégories. On relève ainsi les symptômes dissociatifs (émoussement, détachement, déréalisation, dépersonnalisation, amnésie), la reviviscence persistante de l'événement (flash-back, cauchemars, répétitions, pensées intrusives), l'évitement des stimuli (sons, odeurs, atmosphère, lieux, objets, personnes) susceptibles de réactualiser la situation traumatique, les manifestations d'anxiété et d'hypervigilance (sursauts, irritabilité, sudation, état d'alerte). Ce syndrome ne se présente pas chez toutes les personnes exposées à un événement potentiellement traumatogène, loin s'en faut. Mais il est habituel, que certains symptômes au moins apparaissent chez la plupart.

L'état de deuil

La perte, indéniable et inacceptable à la fois, s'accompagne de tristesse, de désespoir. L'avenir paraît sombre à jamais. Retrouver, un jour, de l'intérêt, du plaisir semble impossible. Les regrets et la culpabilité se nourrissent des manquements, réels ou imaginaires, vis-à-vis du défunt, manquements désormais irréparables. Le défaut d'énergie rend toute entreprise difficile. La concentration, le sommeil (insomnie ou hypersomnie), l'appétit (anorexie ou boulimie), la sexualité (inhibition) sont perturbés. Les idées de mort ou de suicide, en particulier pour rejoindre l'objet perdu, sont fréquentes. Les hallucinations visuelles (voir la personne disparue) ou visuelles (entendre sa voix), brèves et critiquées, ne sont pas exceptionnelles.

Ces réactions normales sont comparables à celles que l'on observe dans un état dépressif pathologique que l'on pourrait décrire comme un état de deuil sans objet (conscient, du moins). Mais la personne en deuil ne se dit pas déprimée : elle est souffrante, pas malade. Et le travail psychique naturellement engagé suite à la perte va la sortir peu à peu de son état douloureux pour la ramener vers le monde des objets à (ré)investir.

L'état de deuil traumatique

La perte d'un être cher peut survenir dans des conditions traumatisantes ou être, en soi, traumatisante, si bien que l'état de deuil et l'état traumatique s'enchevêtrent. Ces deux états, nous l'avons vu, sont des expériences pénibles dont le psychisme tente de se protéger par divers mécanismes dont certains leur sont communs.

Ils se distinguent pourtant par leur orientation opposée : le deuil tend vers le détachement alors que le traumatisme contraint à l'attachement (répétition de la scène traumatique). Dans l'économie du deuil, ces deux mouvements se contrarient et peuvent compliquer le dépassement de la douleur.

L'état de choc s'accompagne des symptômes dissociatifs déjà décrits (sidération, incrédulité, dépersonnalisation, etc.), de pensées intrusives concernant le défunt, de sentiments d'imprévisibilité, d'insécurité et d'incontrôlabilité, d'angoisse (réaction à quelque chose qui est advenu) plutôt que d'anxiété (réaction d'anticipation), d'irritabilité ou de colère.

Outre la détresse et le désespoir, la perte déclenche des sentiments de vide, de solitude, de vanité et d'absurdité de la vie. La nostalgie donne lieu à des comportements d'imitation et de recherche du défunt. Selon Vitry, dans ce tableau de deuil traumatique, se superposent "*la détresse de séparation, avec les préoccupations nostalgiques concernant le défunt, et la détresse traumatique, caractérisée par un état de choc, de stupéfaction et un sentiment de vide*" [1].

L'acceptation de la réalité

L'acceptation de la réalité s'opère par l'assimilation du traumatisme d'une part, et par le travail du deuil d'autre part.

L'assimilation du traumatisme

Les séquelles traumatiques et post-traumatiques vont, sauf cas pathologique, se résorber progressivement : le traumatisme (la blessure) cicatrise en laissant une trace mnésique inoffensive. Cette résorption passe par l'apaisement de la tempête émotionnelle liée à l'événement traumatisant, par le traitement cognitif de celui-ci, par la restauration d'une vision du monde plus ordonnée, par l'atténuation du sentiment d'isolement et d'incommunicabilité.

Les pompiers et les ambulanciers qui prennent en charge une personne traumatisée savent que, dans l'immédiat, il faut la mettre en sécurité, lui épargner les sollicitations complexes, lui offrir une protection, prendre soin d'elle de façon tangible. Il faudra aussi supporter les crises émotionnelles extrêmes et leur laisser un espace expressif suffisant. L'autorité, la détermination, le calme de l'intervenant sont des éléments favorables. Dès cette phase dépassée, les modes d'action psychologique usuels en cas de pychotraumatisme ont leur place. Leur but est de libérer de la fixation à l'expérience traumatisante et de rendre son autonomie au traumatisé, notamment en respectant ses choix et décisions (cf. infra le fait de voir ou non le cadavre).

L'assimilation par le travail du deuil

Le traitement de "l'expérience de perte" commence par la reconnaissance de la réalité de la perte, ce qui entraîne douleur et tristesse, se poursuit par le désinvestissement progressif de l'objet perdu et s'achève par le renoncement à cet objet.

Il est rare que la réalité concrète de la perte soit vraiment ignorée (sauf s'il y a déni ou circonstances particulières), alors qu'il est régulier qu'une partie de soi veuille continuer à croire que "ce n'est pas vrai, ça n'est pas arrivé". En général, il ne s'agit pas de l'incrédulité que l'on peut nourrir à l'égard d'un fait non avéré, mais d'une résistance psychique à l'intégration d'un fait douloureux. Et ce n'est pas la confrontation à la matérialité de la mort (voir le cadavre) qui atténue cette résistance, comme certains l'ont hâtivement déduit des difficultés observées dans l'entourage de personnes disparues. Dans ces cas, l'absence de cadavre nourrit les spéculations conformes au désir qu'il n'y ait pas eu mort, et retarde le processus de renoncement. Mais il s'agit là d'une situation d'exception à partir de laquelle il ne faudrait pas généraliser la pratique de la confrontation considérée comme un préalable nécessaire à l'acceptation de la réalité. Nombre de personnes racontent que des idéologues bien intentionnés les ont forcées à voir le corps de leur proche "pour pouvoir faire leur deuil". Voir ou ne pas voir le cadavre d'un être aimé est une affaire très individuelle. Pour les uns, il est impératif de voir la personne proche une dernière fois, pour d'autres, cette vision viendrait en gâcher le souvenir, pour d'autres encore, le cadavre n'est plus un être humain mais une chose désaffectée. Certains ont une peur phobique ou une profonde répulsion à l'égard des morts. Peu ont besoin de vérifier la réalité de la mort de cette façon. Les intervenants devraient s'interdire toute attitude dogmatique sur ce point et aider chaque personne à assumer sa position plutôt qu'à lui en imposer une.

◈ Un homme consulte un psychologue auquel il explique qu'il a perdu ses deux enfants dans un même accident. La police l'a réveillé en pleine nuit et l'a conduit à la morgue où on avait amené les corps. Là, le médecin lui déconseille de voir le cadavre de sa fille complètement défigurée et mutilée. Le père acquiesce mais estime qu'il doit traiter ses deux enfants de la même façon et décide que puisqu'il ne peut voir sa fille, il ne reverra pas son fils. Quand il consulte des années plus tard, il exprime d'emblée son tourment quant à son attitude vis-à-vis de ses enfants morts. Il souffre de ne pas les avoir vus une dernière fois mais, en même temps, adhère toujours au raisonnement qui a justifié sa décision.

◈ Le corps d'une fillette assassinée est retrouvé enterré dans le jardin de son meurtrier. Après être resté sous terre pendant plusieurs mois, le corps est très délabré. Les parents sont partagés entre la crainte et la curiosité. Des in-

tervenants les persuadent qu'ils doivent voir le cadavre de leur fille pour pouvoir ensuite faire leur deuil. Les parents se rendent donc à l'institut médico-légal et le spectacle de leur enfant en état de décomposition les plonge dans l'effroi. Les deux parents souffrent d'un grave psychotraumatisme qui les perturbe encore des années plus tard et qui empêche le travail du deuil.

La résistance psychique à l'intégration d'une réalité pénible n'est pas essentiellement d'ordre perceptif et intellectuel. C'est un processus dynamique de défense contre la douleur. Mais – hormis dans le cas du déni au sens strict que nous avons rappelé plus haut – se défendre d'une perte suppose que, d'une façon explicite ou implicite, on la reconnaisse et qu'on la pense. On ne se défend pas d'une chose qui n'existe pas. Cette activité psychique de défense est animée par deux courants différents, l'un qui consiste à combattre la perte "physique" en assurant la survie symbolique de l'objet par le souvenir, l'autre qui cherche à se débarrasser de la source de la peine par l'oubli. Une défense adéquate forge précisément un compromis entre ces deux mouvements, compromis grâce auquel un certain désinvestissement de l'objet est possible sans que ce détachement ne soit ressenti comme un rejet agressif, générateur de culpabilité. S'engager à ne jamais oublier, garantir la pérennité du souvenir par des rituels de commémoration, par des signes, par des monuments tempèrent la perte en assurant qu'elle ne sera jamais totale, tout en la confinant dans un espace temporo-spatial et psychique limité. Toutes les stratégies qui tendent vers ce but ne conviennent pas à chacun, et il est important que l'intervenant facilite ce travail sans en imposer autoritairement les manières.

L'acceptation de la réalité s'opère par l'assimilation du traumatisme d'une part, et par le travail du deuil d'autre part

Il s'agit en fait d'aider à dénouer les liens qui attachent à l'objet de façon à le libérer et à se libérer soi-même d'une relation qui ne sera plus jamais qu'imaginaire et non réciproque. Le détachement rend la perte plus sensible ; la peine est avivée et combattue par le culte du mort qui donne à celui-ci une présence envahissante. Ce culte allège aussi la responsabilité que se sent le survivant d'être le garant de la survie symbolique du mort. Ayant rempli son devoir vis-à-vis de celui-ci, le survivant peut commencer à reprendre pied dans d'autres domaines de son existence. Dans cette dernière phase, on pourrait parler de réamarrage à de nouveaux objets. La personne recommence à s'intéresser au monde, à investir des relations, à désirer, ce qui lui paraissait invraisemblable au moment du décès.

Les rituels traditionnels entourant la mort, aujourd'hui désuets, offrent un modèle de déroulement et de facilitation de ce processus consécutif à une perte. Jadis, la présence du cadavre dans la maison pendant plusieurs jours, la visite des apparentés et des connaissances, la participation du voisinage, les veillées, la cérémonie d'enterrement, la mise en terre imposaient fortement la présence du mort. Le port des vêtements de deuil, les prescriptions et interdits comportementaux très stricts pendant un temps, les célébrations périodiques continuaient de maintenir le lien avec le mort. Et le respect de ce lien n'était pas tributaire d'une volonté personnelle puisque dicté par l'usage. L'usage fixait aussi la fin du deuil et enjoignait le retour à la vie normale. Durant toute cette période, le va-et-vient entre le culte du mort et les contraintes de la vie quotidienne permettaient la constitution d'une image-souvenir qui se substituait progressivement à une image-perception. L'obligation de penser au mort et d'assumer la douleur qui en découle protège, par ailleurs, de la culpabilité qu'engendre le désir de se débarrasser de cette douleur en se débarrassant du mort. L'immortalité du mort ne réside que dans l'imaginaire des vivants.

Le mode de vie contemporain a entraîné la disparition des ces usages et du cadre qui les justifiait. Le service psychologique qu'ils rendaient a disparu en même temps, sans que les besoins, eux, se soient effacés. Maintenant, la primauté de l'épanouissement personnel le plus grand obtenu dans les plus brefs délais rend urgente la suppression de la douleur. Il faut faire vite. Et sans grand soutien collectif. Les pompes funèbres, anonymes et vite expédiées, ne méritent plus guère leur nom, si même en certaines circonstances leur théâtralisation médiatique frise l'obscène. La pharmacologie est appelée à la rescousse pour soulager artificiellement l'angoisse et la dépression. Et des intervenants professionnels pallient le délitement du lien social.

Il ne s'agit pas ici de nostalgie ou de rejet du changement mais d'un constat dont il faudrait tirer les conséquences quand on est soi-même intervenant. L'endeuillé d'aujourd'hui a, comme celui d'hier, besoin de soutien, de chaleur humaine, de compréhension, d'aide qui ne se manifestent évidemment pas de la même manière à chaque moment et par chaque intervenant. L'accompagnement de l'endeuillé devrait avoir pour but de faciliter l'action des mécanismes de défense : il ne faut pas opposer de contradiction rationnelle au refus de la perte, alors qu'il est judicieux de soutenir les efforts de traitement symbolique de l'expérience de perte (cérémonie, acte de mémoire comme planter un arbre...). Il n'est pas davantage opportun de vouloir calmer la douleur par des propos lénifiants qui aggravent le sentiment d'isolement et d'incompréhension de la personne souffrante. Mais les défenses et les manœuvres autothérapeutiques ne sont pas les mêmes pour chacun et il n'y a pas de prescription universellement bonne. Par

exemple, certaines personnes tiennent à afficher des photos du défunt, ou à aller régulièrement sur la tombe, ou à s'interdire des loisirs, alors que d'autres retirent toutes les reliques du mort et tâchent d'effacer de leur vie les traces du défunt. L'intervenant peut aider la personne à réfléchir, à peser le pour et le contre, à faire des expériences pour tester ses solutions.

Et sans doute, est-il essentiel que l'intervenant puisse entendre et faire entendre que perdre un être cher est une expérience profondément blessante dont la guérison demande du temps. La souffrance qui en découle n'est pas une maladie à soigner mais le corollaire de l'attachement. On ne peut faire l'économie du deuil.

Référence bibliographique

1 - Vitry M. Les deuils post-traumatiques. In : Crocq L. Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. Paris : Elsevier-Masson, 2007 : 73-86.

Le psychotrauma de l'enfant

Liliane Daligand*

Résumé
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 et en ont fait de fines observations cliniques, en particulier du "jeu" post-traumatique. Mais les descriptions du psychotrauma de l'enfant sont beaucoup plus récentes. Toutes les études permettent d'affirmer que l'âge ne protège pas l'enfant des conséquences d'un événement traumatique. L'enfant face à la violence d'une situation peut être dans une détresse qui se manifeste par des symptômes classiques de psychotrauma.

Mots-clés
psychotrauma, enfant, jeu post-traumatique.

Summary: The psychotraumatism of the child
The children' suffering was minimized for a long time. Only some psychoanalysts during inter-war period worried about dramatic consequences of the events lived by the children and made it of fine clinical observations, in particular the "posttraumatic game". But the descriptions of the child's psychotrauma are much more recent. All the studies allow to assert that the age does not protect the child of the consequences of a traumatic event. The child in front of the violence of a situation can be in a distress which shows itself by classic symptoms of psychotraumatism.

Key words
psychotraumatism, child, posttraumatic game.

Pour qu'un psychotrauma advienne chez l'enfant, il faut, comme pour l'adulte, qu'il ait vécu ou ait été témoin d'un événement impliquant un risque de mort ou de blessure grave avec menace à l'intégrité physique. L'enfant est envahi alors par l'effroi, la terreur, un sentiment d'impuissance. Ceci implique que le concept de mort soit intégré par l'enfant. Or la question de l'âge de l'acquisition de ce concept est souvent posée. Pour certains ce ne serait que vers dix-11 ans. Pourtant, l'expérience clinique nous apprend que la maîtrise de ce concept est progressive et souvent précoce. Des enfants de quatre-cinq ans parlent de la mort comme d'un phénomène irréversible et universel : "alors moi aussi je peux mourir tout de suite, maintenant et pour toujours", dit un petit garçon de cinq ans qui ne présente aucune maladie qui pourrait lui faire redouter une mort prochaine ; "je ne voudrais jamais mourir. Je voudrais être un livre car les livres ne meurent jamais", dit une petite fille de cinq ans, également en bonne santé.

En cas d'atteinte à son intégrité physique, ou de menace à cette intégrité, un enfant en bas âge peut croire à l'existence possible d'une réparation, à la manière dont un jouet peut être réparé, un ours recousu, une jambe recollée. L'impossibilité de ce type de réparation pour un corps humain peut avoir un effet traumatique chez l'enfant qui la découvre.

*Professeur de médecine légale, Université Lyon 1, Psychiatre des hôpitaux, CHU de Lyon
Expert près la Cour d'appel de Lyon, France

Le développement psycho-intellectuel de l'enfant intervient sur sa prise dans l'événement. Des facteurs jouent un rôle sur cette perception : la maturité des organes des sens, le développement des capacités motrices et langagières. Si la perception auditive est très fine chez le bébé, la vision ne l'est qu'à faible distance, ce qui peut le protéger de l'envahissement par des images visuelles traumatiques, alors que de faibles sons peuvent générer des images sonores traumatiques.

L'acquisition de la marche, des capacités motrices, permet à l'enfant de ne plus être totalement dépendant ; il peut se mouvoir, se cacher, bouger, éloigner des objets dangereux, trouver ce qui lui manque. L'enfant qui peut se déplacer, écarter le danger, ne percevra plus une situation comme terrorisante.

L'enfant qui a acquis le langage peut se faire entendre, comprendre ce qui lui est dit alors que le bébé ne peut que crier son désarroi, sa peur. Lorsqu'il est capable de dire quelques mots, il peut appeler à l'aide, dire ce qui s'est passé. La mise en mots lui permet de sortir du chaos traumatique.

La présence ou l'absence des parents lors de l'événement traumatique est un facteur important à

prendre en considération. En effet, l'absence des parents met l'enfant dans l'isolement, sans protection, ce qui aggrave l'effraction traumatique ; le sentiment d'abandon peut être intense et le priver de tout recours. Si les parents sont présents, leurs réactions émotionnelles, le calme ou l'angoisse, se transmettent à leur enfant. Il vit ce que vit l'adulte tutélaire. Le trauma parental peut être en partie le vecteur du trauma de l'enfant. Mais l'adulte qui n'est pas anéanti, qui reste dans le langage et la parole tout au long de l'événement en présence de son enfant, le protège de la néantisation. C'est le cas des mères soumises au viol, leur bébé dans les bras, qui n'arrêtent pas de lui adresser des paroles d'apaisement et qui restent ainsi avec l'enfant dans l'humanité.

L'absence des parents aggrave l'effraction traumatique : le sentiment d'abandon peut être intense et priver l'enfant de tout recours

La clinique selon l'âge de l'enfant

Lionel Bailly a décrit quatre phases cliniques chez l'enfant victime, selon son stade de développement [1-3].

De la naissance à un an, un an et demi

L'enfant ne marche pas, ne parle pas ; il a une pensée conceptuelle peu développée, en particulier en ce qui concerne la mort ou l'intégrité physique. Une séparation brutale prive l'enfant de tout recours, de toute protection, de toute consolation. Il est dans une totale impuissance. L'expérience du chaos laisse l'enfant débordé par des perceptions sensorielles violentes, non filtrées par des adultes. Les bruits assourdissants, les cris, la douleur, la faim, la chaleur, le froid intense, sans mots, peuvent être traumatogènes. Les manifestations se perçoivent dans le retrait, les pleurs, les troubles du sommeil, de l'appétit, les retards dans le développement ou la régression.

Les jeunes enfants

L'enfant parle, marche, ne maîtrise pas encore la pensée abstraite et est très sensible à la réaction parentale. Le trauma est la conséquence de l'effroi vécu par l'enfant, mais aussi de la terreur de l'adulte impuissant. La perte de la croyance en l'invulnérabilité parentale, en l'infaillibilité de sa protection, aggrave l'impact traumatique. Les symptômes sont multiples, touchant l'appétit, le sommeil, le jeu, l'humeur, et s'accompagnent de honte, de retard du développement.

Pour les enfants de la naissance à trois ans, une liste de symptômes de stress post-traumatique a été établie par un groupe de cliniciens américains selon une classification diagnostique de symptômes liés à un seul événement, à une série d'événements traumatiques connexes ou à un stress chronique, durable :

A – Reviviscence du traumatisme qui se révèle par : jeu post-traumatique (jeu dont la dimension de plaisir est absente, jeu qui répète directement ou indirectement l'événement), souvenirs fréquents de l'événement traumatique en dehors du jeu, cauchemars répétés, détresse aux rappels du traumatisme, reviviscence ou conscience dissociée.

B – Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement : retrait social accru, registre émotionnel limité, perte momentanée de capacités développementales acquises auparavant, diminution du jeu.

C – Symptômes d'éveil augmenté : terreurs nocturnes, difficultés à s'endormir, réveils nocturnes répétés, troubles significatifs de l'attention, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.

D – Symptômes non présents antérieurement : agression envers les pairs, les adultes ou les animaux, angoisse de séparation, peur d'aller seul aux toilettes, peur du noir, autres peurs nouvelles, comportement défaitiste ou provocation masochiste, comportements de nature sexuelle et agressive, autres réactions non verbales, par exemple symptômes somatiques, reviviscences motrices (raideur, pseudo-paralysie, chute...), stigmates cutanés, souffrance ou maintien de positions douloureuses.

L'enfant qui a accédé à la pensée abstraite

Chez cet enfant, le caractère mortifère d'un événement à le même pouvoir traumatique que chez l'adulte. L'enfant est confronté à la possibilité de destruction de certaines valeurs : la justice, la bonté, la vérité. On retrouve souvent chez ces enfants un état dépressif avec culpabilité, difficultés scolaires, asthénie (fatigue).

L'adolescent

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.

Les formes cliniques selon le type de trauma

Certains auteurs, dont Lenore Terr [4], distinguent deux tableaux cliniques selon le type d'événement unique ou multiple. Mais cette distinction paraît

souvent artificielle et parfois trompeuse. Il serait dangereux d'affirmer la nature d'un événement à partir d'un symptôme.

Le trauma de type 1

Il survient chez l'enfant après un événement unique, soudain, brutal, limité dans le temps : agression, accident, prise d'otage, catastrophe naturelle par exemple. L'apparition des troubles est souvent rapide : reviviscence, évitement, hyperactivité neurovégétative. La reviviscence de l'événement se manifeste par des jeux répétitifs, des remémorations quasi hallucinatoires, des cauchemars à thème non spécifique. L'évitement des stimuli associés au traumatisme est fréquent : l'enfant s'efforce d'éviter les pensées et sentiments liés à l'événement L'hyperactivité neurovégétative associe troubles du sommeil, irritabilité, impulsivité, difficultés de concentration, hypervigilance, accompagnés souvent de maux de tête ou de douleurs abdominales.

Le trauma de type II

À la suite d'une exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs, il se manifeste de manière particulière avec refoulement, dénégation, dissociation (les symptômes dissociatifs se caractérisent par une réduction de l'état de conscience, une focalisation ou un émoussement émotionnel avec un sentiment de détachement par rapport à l'environnement), selon la typologie clinique dégagée par Terr. Il se rencontre dans la maltraitance physique ou sexuelle, mais aussi chez les enfants témoins ou victimes de violences conjugales parentales, chez les enfants qui ont vécu la guerre, la torture, l'internement dans des camps. On peut retrouver les symptômes classiques du trauma psychique, avec des troubles associés : dépression, silence obstiné par respect du secret concernant ces violences pouvant aller jusqu'au déni massif de tout ce qui concerne le trauma, inhibition intellectuelle, émoussement affectif, détachement, restriction des intérêts et des relations. Les plaintes somatiques sont fréquentes (douleurs, eczéma, asthme, pelade...), ainsi que l'amnésie avec absence de tout souvenir d'enfance, indifférence à la douleur, automutilation, tentative de suicide, troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), toxicomanie, prostitution, conduites antisociales, délinquance.

Évolution

Tous les enfants exposés à un événement ne développent pas un syndrome psychotraumatique ; une réaction adaptée au stress ne signifie pas que l'évolution se fera vers la pathologie. Mais l'intensité et la nature de la réaction immédiate peuvent être prédictives de symptômes psychotraumatiques durables qui se chronicisent en fonction des capacités de l'enfant, de son histoire, de son entourage, du soutien familial et social. Parmi les facteurs de risque, on trouve des antécédents traumatiques chez l'enfant ou chez ses parents, l'absence d'un adulte masculin à la maison, une mère hyperprotectrice, une famille conflictuelle, désunie, mal intégrée socialement.

Le devenir à long terme du psychotrauma de l'enfant peut être marqué par la persistance des symptômes sous la forme de séquelles parfois invalidantes : dépression, suicide, douleurs chroniques, addictions, modifications durables de la personnalité. Les complications psychosociales sont fréquentes : isolement, errance, délinquance, marginalisation, difficultés d'acquisition scolaire et professionnelle.

Conclusion

Contrairement aux idées reçues, le psychotrauma de l'enfant est fréquent, peut être grave et donner lieu à des séquelles maintenant mieux identifiées par les cliniciens et confirmées par des études récentes. Il est donc indispensable d'être attentif aux symptômes psychotraumatiques chez l'enfant, même bébé, et de mettre en place une prise en charge précoce tenant compte de sa souffrance et de celle de son entourage.

Si les faits à l'origine du psychotrauma constituent une infraction, un processus judiciaire peut débuter après leur révélation même tardive, si le délai de prescription l'autorise. Le traitement judiciaire peut alors s'articuler au traitement médico-psychosocial, accélérant ainsi l'évolution et la réparation. Ce n'est pas l'indemnisation qui est première dans la réparation des victimes, mais le processus judiciaire qui leur permet de ne pas se confondre avec l'auteur des faits. Seule la justice pénale tranche entre victime et coupable. ■

Références bibliographiques

1 - Bailly L. Les catastrophes et leurs conséquences traumatiques chez l'enfant. Paris : ESF, 1996.

2 - Bailly L. Psychotraumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques. *Neuvure* 1999 ; 12 : 20-25.

3 - Bailly L. Les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant. In : Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR. Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire. Paris : Dunod, 2003 : 193-202.

4 - Terr L. Childhoot traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.

Autres références consultées

- BAUBET T, LACHAL C, OUSS-RYNGAERT L, MORO MR. Bébés et traumas. Grenoble : La Pensée sauvage, collection Trauma, 2006.

- DALIGAND L. L'enfant et le diable. Accueillir et soigner les victimes de violences. Paris : l'Archipel, 2004.

- DALIGAND L. La parole de l'enfant en justice. In : Françoise Dolto aujourd'hui présente, 10 ans après. Actes du Colloque de l'UNESCO, 14-17 janvier 1999. Paris : Gallimard, 2000.

- DALIGAND L. La dépression post-traumatique chez l'enfant. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2000 ; 1 (1) : 27-31.

- DALIGAND L. La parole de l'enfant victime, entre crédibilité et crédulité. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2006 ; 6 (2) : 63.

- DAMIANI C (sous la direction). Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ? Revigny-sur-Ornain : Éditions Hommes et Perspectives, 1999.

- DE CLERCQ M, LEBIGOT F (sous la direction). Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.

- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, traiter, prévenir. Conférence de consensus, novembre 2003. Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext, 2004.

- HAESEVOETS YH. L'enfant en questions : de la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuels. Bruxelles, Paris : De Boeck Université, 2000.

- LAMBRICHS L. Puisqu'ils n'en diront rien. La violence faite au bébé. Paris : Bayard, 2009.

- MANCIAUX M. L'enfant et la résilience. *Bulletin des Médecins Suisses* 2000 : 81 (24) : 1319-1322.

- PORCARA-RIPPOL E. La parole de l'enfant dans le processus judiciaire [Mémoire Master II recherche]. Montpellier : Faculté de droit de Montpellier I, 2004-2005.

- ROSENCZVEIG JP, VERDIER P. La parole de l'enfant. Aspects juridiques, éthiques et sincérité. Paris : Masson, 1996 : 150.

- SADLIER K. Exposition chronique des enfants à la violence socio-politique. *Psychologie Française* 1997 ; 42-43 : 229-236

- SPIEGEL D, PALESH O. Trauma dans l'enfance et désir de vivre à l'âge adulte. *Revue francophone du Stress et du trauma* 2008 ; 8 (3) : 197-204.

- VILA G, MOUREN-SIMEONI MC. États de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsy News* 2003 ; (Spécial, mars).

Violences et événements traumatiques en milieu scolaire

Gilbert Vila*

Résumé
L'école est souvent présentée comme un lieu d'agressions fréquentes ou spectaculaires, en particulier par les médias et certains responsables politiques. Si les adultes peuvent être frappés, harcelés et intimidés par des élèves, les victimes et les auteurs seraient surtout ces derniers (80 %), et c'est sur eux que portera notre propos. Au-delà de l'anecdote et du sensationnel, la réalité de la violence à l'école est difficile à préciser, notamment son importance et son évolution au fil des générations. La violence n'est pas un fait de société propre à notre époque, ni aux plus jeunes, mais la démocratisation de l'enseignement et l'importance acquise par les diplômes ont permis sa focalisation entre école et cités. Au-delà d'une analyse des faits, les mesures d'intervention en urgence et de suivi psychothérapeutique en cas de trouble constitué sont ici abordées.

Mots-clés
école, violence, agression, événement traumatique, suivi psychothérapeutique.

Summary: Violence and traumatic events in schools
The school is often presented as a place of frequent or spectacular attacks, in particular by media and certain politicians. If the adults can be struck, harassed and intimidated by pupils, victims and authors would be especially these last ones (80%), and it is them that will concern our comment. Beyond the anecdote and beyond the sensational, the reality of the violence at school is difficult to specify, in particular its importance and its evolution in the course of the generations. The violence is not a social phenomenon appropriate for our time, nor for the youngest, but the democratization of the education and the importance acquired by diplomas allowed its focus between school and cities. Beyond an analysis of the facts, the measures of intervention as a matter of urgency and psychological follow-up in case of established disorder are approached here.

Key words
school, violence, bullying, traumatic event, psychological follow-up.

Les violences scolaires prédominent dans les collèges. La médiatisation a mis l'accent sur des techniques d'éducation parfois "musclées" ou sur des crimes commis par des pédophiles dans la sphère scolaire, qui peuvent constituer autant de sources de psychotraumatisme. Des adultes peuvent être frappés, harcelés et intimidés par des élèves, mais les victimes, de même que les auteurs, seraient surtout les élèves (80 %), bien plus que le personnel. Selon l'Éducation nationale, 240 000 incidents en moyenne sont déclarés par les établissements scolaires chaque trimestre. Une majorité serait d'importance bénigne. Cependant, certaines agressions sont préoccupantes, par leur nature ("jeu" violent, bizutage, agression avec arme, racket) ou leur fréquence sous-estimée (abus sexuel, harcèlement, intimidation ou *school bullying* que nous développerons en raison de sa fréquence et sa gravité). D'autres voient la même augmentation que dans la société en général et chez les jeunes en particulier, comme les vols avec violences.

*Pédopsychiatre, Unité de psychopathologie et d'accueil des jeunes victimes, Centre de victimologie pour mineurs, Hôpital Armand Trousseau, Paris, France

Selon une étude de l'Inserm [1] portant sur un large effectif (de la 6ème à la Terminale, en CAP et BEP), un élève sur cinq présente des conduites violentes habituelles. Il s'agirait surtout de garçons (28 % des garçons et 14 % des filles), mais on relève la montée de la violence et de la délinquance féminine, contre-pied dans les représentations sociales, qui laisse sans voix les adultes qui la subissent et la supportent... Les "incivilités", les comportements d'intimidation commencent à un jeune âge (on les signale dès la maternelle) et la violence prédomine au collège.

N'importe qui peut devenir un agresseur

Le harcèlement et l'intimidation ne sont pas des comportements prédéterminés chez certains individus ; il s'agit de comportements appris. N'importe qui peut devenir un agresseur si un déclencheur se présente : un sentiment de frustration, une

perception erronée, l'influence des pairs, le pouvoir sur autrui ou une occasion de regagner un pouvoir considéré comme perdu. Certains opposent la loi des adultes et "la loi du plus fort", sévissant entre jeunes : ne jamais se laisser faire ! Être dur, être fort pour ne pas subir les dominations ou oppressions des autres. Cette logique vise l'obtention d'une reconnaissance, d'un respect, d'une considération : une identité respectable, crainte et valorisante, obtenue en tissant un "pouvoir urbain de proximité", système de socialisation juvénile régissant les codes comportementaux et l'univers normatif des pairs. Pour conserver sa position réputée et respectée au sein des pairs et jouer dans les rapports de dominance, il faut poser des actes violents, déviants ou délictueux, toutefois cohérents au vu de la "loi du plus fort", dont l'exploit devant témoins semble la règle première.

Selon l'Éducation nationale, 240 000 incidents en moyenne sont déclarés par les établissements scolaires chaque trimestre

Souvent issus de milieux défavorisés (mais pas exclusivement), en corrélation avec des difficultés scolaires, les agresseurs sont fréquemment dans la même classe ou année que leurs victimes (30 % sont plus âgés et 10 % plus jeunes). 38 % ont des idées suicidaires et 9 % ont fait une tentative de suicide ; l'environnement familial est violent ou perturbé (famille instable, autoritarisme, violence familiale). Agresseurs (*bullies*) et victimes (*bullied*) rencontrent souvent les mêmes types de problème (dépression, idées suicidaires, parents violents...).

Les mêmes observations sont retrouvées en France et dans l'ensemble des pays industrialisés. La violence scolaire est accrue dans les zones de conflits armés ou de grande instabilité politique. Elle peut prendre une allure dramatique (attentat, prise d'otages, suicide...) [2, 3]. Les facteurs socioéconomiques et l'échec scolaire joueraient un rôle déterminant. Les interactions entre victime et agresseur se situent dans l'espace social qui constitue le troisième agent de l'interaction. Au niveau local, la culture d'établissement face au non-respect des règles, aux différences et aux élèves en difficulté joue un rôle important. Le milieu scolaire, parfois dans une actualité dramatique comme aux États-Unis [2], illustre l'intrication des statuts de victime et d'agresseur.

La victime ne présente pas une personnalité type

Le taux d'agresseurs s'accroît nettement chez ceux qui ont subi des agressions, victimes de violence physique ou surtout de violence sexuelle, en particulier les garçons et les 11-13 ans. La répétition des "victimations" faciliterait le passage à un statut d'agresseur. Selon certaines enquêtes, de 20 à 46 % des victimes d'agression (*bullying*) ont été ou sont des agresseurs. La victime est aussi susceptible de devenir agresseur et de rencontrer de sérieuses difficultés à s'intégrer une fois adulte (délinquance, trouble psychologique, comportement agressif, difficulté à aller vers les autres, repli sur soi).

Un élève victime ne présente pas une personnalité type. N'importe qui peut devenir victime de harcèlement. Une victime dans une situation peut devenir un témoin lors d'un autre incident et un agresseur en d'autres circonstances. Les enfants qui subissent de l'intimidation sont habituellement plus sensibles, plus réservés et plus nerveux que les autres. Ils se retirent lorsqu'il y a confrontation. Leur isolement social les rend vulnérables, et c'est aussi la conséquence la plus néfaste de l'intimidation. Cet isolement les prive d'occasions d'acquérir et de mettre en pratique des habiletés (compétences) sociales saines.

Toute la gamme des conséquences est possible pour les victimes de violence scolaire et de *bullying*, des plus faibles aux plus graves [4, 5] : une diminution de l'estime de soi, une baisse des notes ou le décrochage scolaire, un sentiment d'isolement, le rejet par les anciens amis, l'inaptitude à se faire de nouveaux amis, des symptômes de stress et d'anxiété (troubles du sommeil, manifestations neurovégétatives, céphalées, douleurs abdominales...), des troubles anxio-phobiques (phobie scolaire, état de stress post-traumatique...), le désespoir et l'impression de ne pas pouvoir s'en sortir, la dépression, les addictions et le suicide... Au Japon, on a montré que bon nombre de victimes de brimades scolaires (*Ijime*) deviendront ensuite des *Hikikomori*, ces adolescents reclus, coupés de leur famille et du monde extérieur.

Enfin, il faut insister sur le fait que si l'école peut être un milieu violent, elle représente aussi un lieu privilégié et même un modèle pour des interventions de crise sur le terrain, ainsi que pour des opérations de prévention, offrant la possibilité de réparation et de progression [6].

Les mesures d'intervention et de suivi

Depuis 1995, des Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) ont été mises en place auprès des SAMU pour des intervention sur le terrain auprès d'un groupe après un traumatisme collectif (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240). Des collaborations avec des unités de pédopsychiatrie ont permis de gérer les incidents collectifs affectant aussi de jeunes victimes. Certains événements gérés par les CUMP concernent spécifiquement

l'école et peuvent faire l'objet d'une prise en charge particulière, comme par exemple un suicide dans une classe, le viol d'une élève ou d'autres violences à l'égard d'élèves ou d'un professeur. Avec une prise en otage d'une classe dans une école de Clichy en 1995, le milieu scolaire a été en France le premier exemple d'application d'une intervention de crise sur le terrain, selon le modèle des CUMP, à l'occasion d'un événement collectif affectant des enfants.

À partir de l'école, outre le débriefing psychologique précoce des enfants impliqués et la rencontre avec les parents, on peut proposer, au sein de la classe, des activités de groupe permettant l'expression verbale et non verbale des enfants au sujet de l'événement traversé (jeux de rôle, écrits, dessins et autres activités d'expression artistique...) afin de surmonter la crise collective. La fréquence, la durée, l'importance et la répétition de violences dépendent de la culture d'établissement et de l'application d'un certain nombre de directives fixées par l'Éducation nationale, en collaboration avec les professionnels impliqués (recherche, santé, justice, police, services sociaux...). Le cas ponctuel affectant un élève ou un groupe d'élèves devrait être l'occasion d'une réflexion étendue aux divers types d'incidents survenus dans l'établissement, aux mesures mises en œuvre, aux relations entre élèves et entre élèves et adultes, permettant, au décours de stratégies d'analyse de l'incident, des aménagements utiles en vue d'une prévention et d'une meilleure qualité de vie dans nos écoles.

Les interventions de crise sont de plus en plus utilisées. À ce jour, la preuve de l'efficacité préventive du débriefing psychologique n'a pas pu être faite, et l'on peut penser que de mauvaises indications ou une technique inadaptée vont jouer un rôle aggravant, élevant le niveau de stress, culpabilisant les victimes et renforçant le trauma. En revanche, il a été montré des effets préventifs significatifs de thérapies brèves à deux semaines de l'événement. Ces interventions psychothérapeutiques précoces demandent à être validées pour les jeunes victimes.

Quand des troubles psychopathologiques sont constitués, il est indispensable de consulter un spécialiste (cf. L. Daligand, pp. 224-227). L'école est un lieu privilégié pour dépister les enfants en difficulté et les orienter. L'essentiel du traitement est psychothérapeutique, avec souvent un temps de thérapie focale, ciblée sur les symptômes de psychotraumatisme, puis une thérapie plus globale visant les failles antérieures et tentant de réinscrire le sujet dans son histoire. Les méthodes les plus employées sont systémiques (c'est-à-dire familiales), d'inspiration psychanalytique ou cognitivo-comportementales, en particulier les techniques d'exposition, de gestion du stress et de restructuration cognitive, les seules validées à ce jour. Une partie du traitement peut être faite en groupe, en particulier pour des événements scolaires présentant une homogénéité du groupe par l'âge ou le type d'incident. Dans tous les cas, il faut s'assurer que l'enfant a retrouvé, dans son école, une certaine sécurité ; dans ce sens, il est important d'assurer un suivi des cas à distance de l'événement et d'instaurer un dialogue et une collaboration entre la famille et les professionnels de l'école ; dans les cas sévères, un signalement ou un dépôt de plainte doit être envisagé.

Références bibliographiques

1 - Choquet M, Hassler C, Morin D. Violences des collégiens et lycéens : constats et evolutions. Paris : Inserm (U 472), 2005.

2 - Schwarz ED, Kowalski JM. Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *J Am Acad Child Psy* 1991 ; 30 : 936-944.

3 - Yule W. Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the "Jupiter". *Psychother Psychosom* 1992 ; 57 : 200-205.

4 - Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiat* 1991 ; 148 : 10-20.

5 - Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. L'enfant victime d'agression. Paris : Masson, 1998.

6 - Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school. *Psychosomatic Medicine* 1999 ; 61 : 746-754.

Stress et trauma au travail

Sylvie Teneul*

Résumé

Aujourd'hui, le syndrome post-traumatique n'est plus uniquement associé à la conséquence exceptionnelle d'une situation extrême, susceptible de toucher une population ciblée. Ses effets nocifs et le vocabulaire associé – terreur, effraction... – n'appartiennent plus seulement aux militaires, otages et rescapés de catastrophes, mais à tout un chacun soudainement et brutalement confronté à la mort, la sienne ou celle d'autrui. Le monde du travail a bénéficié de cette extension en simplifiant le recours aux services de psychologues, du moins dans les grandes entreprises. Ceci ne doit cependant pas évoluer vers une banalisation, voire une utilisation abusive des concepts de la psychologie et de la psychopathologie. Une extension langagière, qui passerait outre le sens originel et banaliserait le traumatisme, nuirait à la légitimité des victimes de stress professionnel qui, à peine reconnues, pourraient retomber dans le domaine de l'ordinaire. L'accompagnement psychologique mis en place à la SNCF auprès des agents victimes d'événements à caractère stressant et/ou traumatisant illustrera cette réflexion.

Mots-clés

traumatisme psychique, stress, travail, entreprise, soutien psychologique, SNCF.

Summary: Stress and psychotraumatism at work

Nowadays, the posttraumatic stress syndrome is not only associated any more with the exceptional consequence of an extreme situation, susceptible to affect a targeted population. Its harmful effects and the associated vocabulary – terror, burglary... – do not belong only to the servicemen, the hostages and the survivors of disasters any more, but to everyone suddenly and brutally confronted with the death, his/her one or the others' one. The workplace benefited from this extension by simplifying the appeal to psychologists' services, at least in the big companies. This does not however have to evolve towards an everyday acceptance, even an excessive use of the concepts of the psychology and the psychopathology. A linguistic extension, which would pass besides the original sense and would trivialize the traumatism, would damage the legitimacy of the victims of professional stress who, hardly recognized, could fall again in the field of the ordinary. The psychological support program set up to the French National Railways' agents victims of events with stressful and\or traumatizing character will illustrate this reflection.

Key words

psychotraumatism, stress, work, firm, psychological support, French National Railways.

Certaines professions particulièrement vulnérables, comme le secteur bancaire par exemple, avec son lot de braquages et de prises d'otages, ont été précurseurs dans la démarche d'accompagnement psychologique. La psychologie, jusque-là plus particulièrement réservée au secteur du recrutement, est ainsi entrée dans les entreprises. Aujourd'hui, après des actes de violence perpétrés envers leurs salariés, la plupart des grandes entreprises font appel aux services de psychologues et psychiatres spécialisés dans l'accompagnement des victimes. Les métiers considérés comme étant "à risque" sont principalement ceux qui sont au contact du public, avec une majoration lorsqu'il y a des convoitises marchandes et financières (commerces et banques), un rapport d'autorité, de punition, de responsabilité et, de façon générale, un contrôle sur autrui (Police et Gendarmerie, éducation, transports en commun...). Il faut rajouter à cela des facteurs aggravants qui tiennent à la fragilité des victimes, aux situations à risque, à la violence des agresseurs : la frustration (attente, retards, changements), la peur (manque d'information sur les conséquences d'un accident), l'isolement (aire d'autoroute, station service) et le moment de la journée (nuit). Certaines professions cumulent les risques et leurs salariés doivent être davantage préparés. Néanmoins, il est important de distinguer les différentes sortes d'agression, celles pouvant occasionner un stress psychotraumatique et les autres pouvant déboucher sur du stress cumulatif, voire une dépression réactionnelle. La fatigue, voire l'épuisement professionnel, l'irritabilité, la démotivation sont alors les principaux symptômes associés. Ces signes méritent bien évidemment d'être pris en considération par les employeurs. Cependant, le traitement pour les prévenir et les soigner est différent de la prise en charge du syndrome post-traumatique et sort du cadre qui est le nôtre ici.

*Responsable du Pôle de soutien psychologique de la SNCF, Paris, France

La prise en charge psychologique à la SNCF

Il a fallu attendre 1993 pour que le traumatisme du conducteur de train confronté à un accident soit réellement pris en considération par l'employeur SNCF. Un événement particulier a été à l'origine de cette décision : un conducteur, confronté à ce que l'on appelle communément un "accident de personne" (600 cas chaque année de collision d'une personne avec un train du fait de son imprudence, de son manque de vigilance ou de sa volonté délibérée de mourir), a commis dans l'heure qui a suivi et sans raison objective une erreur de sécurité qui aurait pu avoir de graves conséquences. Fortement interpellés, les dirigeants de l'entreprise décident, après avoir pris l'avis d'un spécialiste en psychotraumatologie de prendre davantage en compte les éléments psychologiques. Dès lors, des mesures sont prises : après un accident de personne, le conducteur se voit proposé une relève, l'événement est qualifié en accident du travail, permettant ainsi au salarié de ne pas être financièrement lésé en cas d'arrêt, même prolongé. Préventivement, lors de leur formation, les élèves conducteurs sont sensibilisés à ce risque professionnel par des psychologues.

"Le XXIème siècle doit donc être à la santé mentale au travail ce que le XXème siècle a été à la santé physique des travailleurs" (1)

Il y avait une réelle urgence à effectuer ces démarches : non pour éradiquer le traumatisme, mais pour prendre conscience de la nécessité d'en parler et rompre ainsi l'isolement dans lequel les conducteurs se trouvaient. Le Pôle de soutien psychologique de la SNCF a donc été créé pour accompagner les agents de l'entreprise confrontés à des situations à caractère stressant et/ou traumatisant, et pour assurer des formations préventives auprès de ces mêmes agents. Outre les accidents de personne, les grands événements professionnels qui impactent les agents sont les agressions (environ 1 000 par an) et les accidents de travail parfois graves et mortels.

Prévenir les effets de la rencontre traumatique

Les entreprises se doivent de veiller au bien-être psychologique de leurs salariés, mais ne peuvent éviter toutes les rencontres potentiellement traumatiques. Certains actes de violence en sont un exemple, les accidents du travail propres à chaque métier de la SNCF un autre. Ces phénomènes ne sont pas nouveaux, mais pendant longtemps le sujet était à peine abordé ou seulement sous l'angle technique et juridique : procédures de sécurité, temps d'arrêt, suites de l'affaire... Pourtant, de la qualité de l'accompagnement proposé et mis en place par l'entreprise dépendra en grande partie la santé psychologique de demain des salariés concernés. En effet, le choc traumatique, en plus des risques susceptibles de marquer psychologiquement le salarié, peut également favoriser une mise à l'écart, une démotivation et, de façon générale, un climat de tension et de malaise.

Si nous ne pouvons établir des probabilités fiables sur la survenue ou non d'un syndrome post-traumatique après un événement de nature à le provoquer, nous pouvons toutefois en limiter les répercussions. L'information en amont, la prise en charge humaine au plus près de l'événement par un responsable, l'écoute et la prise en charge psychologique n'empêcheront certes pas la souffrance du conducteur ou la peur du contrôleur, mais pourront limiter les dégâts psychologiques. Cet accompagnement ne se fait pas naturellement, il convient de le préparer, et c'est pourquoi la première forme de prévention psychologique à la SNCF consiste à former tous les managers de proximité à l'accompagnement de leurs agents victimes d'une situation de stress intense.

Sur les chantiers SNCF, quand un accident mortel touche un agent dans une équipe, l'entreprise applique une procédure d'accompagnement psychologique : groupe de parole et organisation d'un rituel collectif pour les agents qui le souhaitent, débriefing pour les agents témoins de la scène. Elle engage également des procédures médicales et administratives : visite chez le médecin, déclaration d'accident de travail. Cependant, il y a encore aujourd'hui une forte inégalité entre les salariés, tous les employeurs n'assurant pas la prise en charge de la même façon. Ainsi, sur le même site, bien souvent, les ouvriers non cheminots appartenant à des entreprises privées ne se voient rien proposer.

Braquage, agression, suicides, accidents mortels : des chocs psychotraumatiques

◈ Mme M. est vendeuse de billets dans une petite gare. En plus des opérations commerciales, elle veille au bon fonctionnement des équipements de la gare. Elle aime son métier et ne craint pas d'être seule à son poste. Une fin d'après-midi, alors qu'elle revient à son guichet, elle est brutalement poussée à l'intérieur par un individu qu'elle n'avait pas remarqué. Elle l'entend lui dire d'un ton rauque qu'il est armé (elle sent le canon d'une arme dans son cou) et qu'il veut l'argent, tout l'argent. Sa première pensée est autocritique : "je n'ai pas fait assez attention, avant de regagner mon local, c'est de ma faute !". Quand Mme M. voit son agresseur en partie masqué par un foulard et l'arme braquée sur elle, elle sent alors une décharge fulgurante la pétrifier : tremblements, suées, nausées. Elle perçoit d'emblée la gravité de la situation : comment faire ? Elle ne sait pas, elle est perdue et se contente de regarder sidérée l'arme

pointée sur elle. Tout tourne au ralenti, elle montre l'argent dans la caisse et voit dans les yeux de l'inconnu un monde terrifiant. Elle ne comprend rien, s'entend le supplier et se dit que tout est fini pour elle. Elle s'affale alors sur sa chaise.

◈ M. J. est conducteur depuis 15 ans. Une nuit de conduite, il aperçoit au loin une forme jaune qui bouge sur la voie, il klaxonne et freine d'urgence. Quand il parvient à identifier une personne maintenant bien plantée au milieu de la voie, il se dit "ca y est, c'est mon tour !". Il tourne la tête mais pas assez vite. Il a le temps de voir un visage rebondir sur le pare-brise, c'est un garçon aux cheveux courts. Le train n'en finit pas de ralentir. Alors que sa seule envie est de partir en courant de sa cabine, il applique de façon automatique les procédures adaptées à cette situation et appelle les relais. Le moment tant redouté est encore devant lui : descendre du train pour situer le corps. Heureusement, le contrôleur est sorti et lui propose de l'accompagner. Ils limitent le plus possible la vison du cadavre déchiqueté. À leur retour en cabine, les forces de l'ordre sont arrivées, le conducteur va être longuement entendu. Sa déposition doit permettre de déterminer la nature de l'événement : accident ou suicide. Le contrôleur doit, quant à lui, prendre en charge des centaines de voyageurs qui vont subir plusieurs heures d'attente.

◈ M. B. est contrôleur de train. Un jour de grands départs, lors d'un arrêt dans une petite gare, il est pris à partie par un groupe de jeunes alcoolisés qui souhaitent monter à bord sans billet. Il s'entretient avec eux pour les dissuader de monter et, malgré son expérience des situations de ce genre, ne voit pas venir le coup de poing qui le projette tête la première sur les rails. Sa première pensée concerne l'organisation : "à cause de moi, cela va être une grande pagaille !".

Dans bon nombre des métiers de l'entreprise et même si les précautions sont multiples, il arrive qu'un concours de circonstances malheureux expose les agents à l'accident mortel : dans les ateliers, lors du maniement d'appareils très lourds, sur les voies, par les heurts de trains, les chutes et les risques électriques. Parfois, cet événement tant redouté intervient devant les collègues qui assistent impuissants au décès d'un des leurs.

Du stress à l'effraction psychique

Ces événements – agression, accident de personne ou de travail – ne sont pas anodins dans la vie professionnelle d'un agent. Bien que différents, ils ont en commun d'être imprévus, exceptionnels et de confronter les agents à la mort, la leur ou celle d'autrui. À chaque fois, l'action de ces agents a été "empêchée" par la volonté d'autrui. Par ailleurs, les caractéristiques de la situation n'ont pas permis une réponse préparée, évidente, logique. Les capacités de raisonnement ont été polluées par des bizarreries dans l'attitude et le regard de l'agresseur ou par les aspects incongrus de la situation : par exemple, se retrouver à marcher en pleine nuit à la recherche d'un corps peut conduire, après la réalisation des procédures, à des réactions parfois insolites, lourdes en conséquences psychologiques. Dans tous les cas, la mort est au rendez-vous, réelle avec le suicidant, possible pour l'agression, les obligeant à faire appel à des ressources exceptionnelles.

La confrontation à la mort

Face à l'arme, Mme M. sait que "s'il appuie, je vais disparaître, mes enfants ne me verront plus..." ; le conducteur, que la personne ne pourra en réchapper. De plus, ce dernier assiste bien malgré lui au passage de la vie à la mort d'un enfant qui a l'âge de son fils. En un bref instant, ces agents font l'expérience de l'intimité avec la mort et de leur finitude possible. Ils entrevoient également des parties méconnues d'eux-mêmes qui peuvent les surprendre, les effrayer ou les déranger. C'est un bouleversement des équilibres psychiques, des défenses habituelles, de l'image que l'on a de soi et de celle que l'on renvoie à autrui. Dans le cas des accidents de travail mortels, en plus d'avoir échappé à la mort et assisté à celle d'autrui, s'ajoute la tristesse de la perte d'un collègue.

Les signes invalidants

Dans les articles précédents, les signes du syndrome post-traumatique ont été largement traités ; nous nous contenterons donc de citer ceux dont se plaignent le plus les agents au point d'appeler les psychologues de l'entreprise à l'aide (cf. S. Molenda, pp. 205-209).

La culpabilité : "c'est de ma faute...", "pourquoi ai-je...", "si j'avais..."

Alors qu'elle est menacée par un inconnu armé, ce que ressent Mme M. est bizarrement de la culpabilité. Dans le cas des agressions, ce sentiment fait souvent défaut à l'acteur et, paradoxalement, c'est souvent la victime qui le ressent fortement. Par ailleurs, en étant poussée et menacée, elle est devenue l'objet d'autrui. Se donner un rôle même critique, c'est une façon de rester actrice, de redevenir un sujet pensant et ressentant. L'expérience auprès des personnes agressées montre que la marge de manœuvre, si petite soit-elle, pendant l'agression est déterminante pour dépasser ce sentiment dégradant d'avoir été sous l'emprise de l'autre. Après un accident de personne, les conducteurs sont souvent enclins à des questionnements sans fin : "et si j'avais freiné plus vite", "si je n'avais pas de retard"... De plus, il y a une tendance à personnaliser le heurt. Il est difficile de dire "le train a percuté", et souvent la hiérarchie, les policiers et même l'agent disent "il a / j'ai percuté...". Dans le cas de M. B., contrôleur, le sentiment de culpabilité porte sur le fait de ne pas avoir su se protéger. Il s'en

veut d'avoir privilégié des points secondaires : ne pas retarder les circulations alors que sa propre vie était en jeu, sa femme enceinte et lui bientôt responsable de famille.

Suite à un accident de travail mortel d'un agent, la culpabilité des agents de l'entreprise, de la hiérarchie et bien évidemment de l'équipe est telle que la souffrance de tous a longtemps été refoulée, voire déniée, les obligeant à supporter leur peine en silence. Ne rien faire après un événement de cet ordre, c'est prendre le risque que l'effroi causé par la scène psychotraumatique fige le temps, enkyste l'élan vital dans un jeu sans fin de questions sans réponses. Les affres de la culpabilité peuvent alors perdurer (l'accident de la gare de Lyon à Paris en 1988 est un exemple douloureux) et des relents de "projections" polluer le terrain professionnel pour longtemps (la projection est un mouvement psychique qui transforme la culpabilité ressentie en une mise en accusation d'un autre, généralement un supérieur hiérarchique qui est alors considéré comme responsable de l'événement).

Les réviviscences : "je ne pense qu'à cela !"

Lorsque l'on a vécu une situation intense, exceptionnelle même si dangereuse, on ne passe pas à un autre registre aussi facilement. D'abord, parce que notre appareil psychique a besoin de temps pour traiter l'ensemble des données qui sont dans cette situation denses, complexes et "indigestes". Ensuite, parce qu'il y a une multitude de détails relégués au second plan par l'action principale, qui ont échappé à la première évaluation et qui reviennent au compte-gouttes : odeurs, couleurs, expressions, émotions, sensations, bruits. Tous ces souvenirs (résurgences mnésiques) bloquent l'accès de la mémoire à court et moyen terme. Les victimes disent souvent qu'elles ne pensent qu'à cela ! Cela durera le temps nécessaire au traitement complet de la situation, empêchant l'exercice de certains métiers ou de certaines tâches. En effet, l'irruption de flashes, c'est-à-dire des bouts de l'événement s'imposant intensément à la conscience, ne permettent pas de se concentrer et de réagir de façon adéquate.

L'évitement : "je ne veux plus y aller !"

Tout le temps des réviviscences, des flashes et du traitement des souvenirs associés à l'événement, la scène traumatique reste émotionnellement chargée. Quitter au plus vite la cabine de conduite et ses vestiges de l'accident de personne, la voiture, le guichet où ont eu lieu l'agression, est un conseil de bon sens donné aux victimes. Souvent, dans les jours qui suivent, les personnes expriment très clairement leur désir, la plupart du temps respecté, de ne plus y retourner (il arrive qu'une reconstitution oblige l'agent à retourner sur les lieux).

L'évitement de la scène est un indice significatif de souffrance qu'il convient de prendre en considération. Il n'est pas rare que la victime se voit proposer un changement de site le temps de sa convalescence psychologique. Si ces mesures adoucissent la reprise, il est très important de ne pas alimenter ce symptôme. En abondant trop dans le souhait de l'agent (parfois, des mutations géographiques sont acceptées), on légitime l'évitement en accréditant le fait d'avoir peur dans cette gare par exemple. C'est pourquoi, lors de la formation des supérieurs hiérarchiques à l'accompagnement de leurs agents, ce signe clinique est longuement abordé. Il convient de le repérer sans le moraliser – "il cherche à se faire muter avant les autres", "il en profite" – et de mettre en place un accompagnement jusqu'à la reprise. Souvent, en accord avec l'agent, un partenariat entre le médecin, le manager et le psychologue se met en place pour aider l'agent à dépasser doucement son appréhension. Pouvoir reprendre son travail (comme avant) est indispensable pour la préservation de l'estime de soi. Il y a une différence entre quitter son travail parce qu'on le souhaite ou parce qu'on ne peut plus le faire.

L'accompagnement

La mise en marche de la machine administrative et judiciaire

Si l'entreprise a failli dans son rôle de protection vis-à-vis de l'agent, elle doit maintenant témoigner de son soutien et, à la SNCF, cela commence par l'arrivée sur place, auprès de l'agent victime, d'un cadre chargé de l'accompagner dans toutes les démarches, de l'épauler, de veiller à ses besoins. En effet, en quelques instants, les victimes passent d'une sensation d'extrême solitude, mêlée à une forte intensité émotionnelle, à une multitude de stimuli relationnels et une alternance de temps vides et pleins (attente au commissariat et dépôt de plainte, attente au cabinet médical et aux urgences médico-judiciaires, puis les examens et interrogations), tout en devant se répéter, toujours relater l'histoire. Être accompagné par un représentant de son entreprise connaissant les différentes étapes du stress et les facteurs aggravants est indispensable. Il convient aussi d'informer sans dramatisation sur les risques psychologiques possibles et le besoin d'avoir des relais relationnels pendant quelques temps.

Pendant les heures qui suivent l'agression, les agents ne réalisent pas vraiment la situation, ils sont encore en surcharge émotionnelle, pas encore revenus à un état de tension habituel et confortable. Quand ils se retrouvent en sécurité, chez eux et qu'ils pensent que "enfin, c'est fini !", ils ne savent pas qu'il leur faudra du temps pour que cette histoire intègre une juste place dans leur passé. Pour l'équipe endeuillée par l'accident mortel de l'un des leurs, il va leur falloir remettre de la distance avec les règles de sécurité qui redeviennent tellement présentes qu'elles rendent le métier perpétuellement menaçant. Il leur faudra gérer l'absence de l'un des leurs et accepter que le collègue remplaçant occupe le casier du défunt.

Quand Mme M. est menacée par une arme, M. B. pris à parti par un groupe dangereux ou l'équipe de logistique témoin du décès d'un collègue happé par un train, ils sont

en droit de se "plaindre". Certains iront le faire auprès des instances représentatives de la Loi, accompagnés de leur cadre d'astreinte. Même si l'agresseur n'est pas arrêté et que l'on entre dans une spirale juridique complexe, longue et déroutante, cette démarche est primordiale. Elle pose la limite de ce qui est autorisé ou non, limite le sentiment de culpabilité et témoigne du respect que l'on se porte. L'agresseur n'avait pas le droit de faire ce qui a été commis. L'entreprise ne peut pas porter plainte à la place d'un salarié, mais peut et doit l'accompagner et l'aider. À la SNCF, la Direction juridique est très impliquée dans la défense des agents et veille à limiter les désagréments : avocat payé et choisi par l'entreprise, avancement des frais et du montant des dommages et intérêts si l'agresseur n'est pas solvable. Ceux qui sont rescapés, survivants, témoins malgré eux ne peuvent se plaindre aussi "facilement". Pour le conducteur qui repense sans arrêt au garçon qui s'est jeté sous son train, l'agent de la voie qui a failli être happé et l'agent du service électrique qui a assisté au décès de son collègue, l'apaisement des émotions nocives viendra de la qualité de la prise en charge institutionnelle.

La chaîne de solidarité

Après les signes de stress et sauf cas particuliers où la personne manifeste d'emblée les signes d'un syndrome post-traumatique, une période de latence, d'incubation pourrait-on dire, commence plus ou moins silencieusement, au point de laisser parfois penser aux personnes qu'il ne se passera rien. Pour les employeurs, cette situation est complexe à gérer, en particulier pour des métiers exercés de façon très autonome où la sécurité est primordiale. C'est le cas du conducteur, par exemple, mais également du contrôleur. Tous deux ont des responsabilités considérables vis-à-vis des clients qu'ils transportent. L'employeur doit donc proposer un sas de décompression permettant d'attendre le retour à un état compatible avec l'exercice du métier, ainsi qu'un système de contrôle professionnel efficace et bien supporté par les agents. Quelques jours d'arrêt de travail sont souvent proposés, mais c'est loin d'être une réponse suffisante. C'est même parfois une solution facile et inadaptée. En effet, se retrouver isolé chez soi si l'on ne bénéficie pas d'un entourage étayant risque de renforcer le sentiment d'exclusion par le collectif. Pour les employeurs, la complexité de la prise en charge tient au caractère urgent et à la nécessité de faire du "sur mesure". Il y a en quelque sorte une trame commune de prise en charge et, grâce au travail de liaison entre les différents acteurs un accompagnement personnalisé le plus adapté à la situation et aux besoins de l'agent.

La prise en charge du salarié présentant un syndrome post-traumatique se met en place au plus tôt de l'événement et continue le temps nécessaire au rétablissement de l'agent qui doit être au cœur d'une chaîne humaine. Le manager pour l'accompagner jusqu'à son retour au travail et favoriser les retrouvailles avec les collègues. Le médecin pour estimer la pertinence de la reprise professionnelle et ses conditions : accompagnement sur le terrain par un responsable, changement de site, travail en double, changement temporaire de fonctions... L'agent peut également joindre un psychologue 24 heures sur 24. Ce dernier, psychologue, cheminot (psy-collègue), qui répond au téléphone est un allié de l'agent qui se retrouve isolé après un événement douloureux ou qui vit une période de sa vie plus difficile. Il est là pour écouter ce que l'on ne peut pas dire à son chef, à son collègue ou à son épouse. Souvent, l'entretien téléphonique suffit à remettre du lien entre les émotions dispersées. Parfois, il est suivi de plusieurs entretiens pour permettre à l'agent de se retrouver dans le fatras émotionnel. L'entretien vise aussi à remettre les acteurs à leur place : "ce n'est pas moi qui ai tué, c'est la volonté de l'autre et c'est le train !". Il permet de relier les affects et les représentations, c'est-à-dire en redonnant du sens à ce qu'on a ressenti et à ce que l'on a pensé pendant l'événement.

Ce n'est que depuis quelques années que les dirigeants appellent le numéro vert d'astreinte psychologique pour requérir une aide et des conseils pour un collectif d'agents témoins de l'accident de travail d'un collègue. Ce faisant, ils autorisent l'accès à la douleur, ce qui représente en soi le premier acte thérapeutique. En invitant les agents à se réunir pour échanger sur l'événement, c'est la parole qui est invitée à circuler à nouveau. Dans ces cas de figure, les psychologues viennent rencontrer l'équipe sur leur site professionnel. La préparation de ces interventions est assez complexe. Il s'agit de ne pas "mélanger" les genres : les traumatisés qui ont assisté à la scène, les endeuillés, organiser des groupes plus ou moins homogènes, respecter le volontariat, ne pas oublier les chefs, mais pas dans les groupes d'agents... Si l'on reste très accroché aux bonnes pratiques, organiser un collectif dans les règles strictes peut rapidement devenir un vrai casse-tête, presque dissuasif. Au fil du temps, les psychologues se sont montrés plus souples, plus réactifs afin de mieux correspondre au cadre de l'urgence et du fonctionnement de l'entreprise. La hiérarchie de proximité a besoin d'aide et de conseils au plus près de l'événement. Bien souvent, le passage du psychologue dans le service au sein des équipes et sa mise à disposition si besoin rassurent et "dédramatisent" l'action du débriefing. Si les psychologues interviennent plus vite et dans des conditions moins organisées, ils gardent en revanche le contact plus longtemps dans l'après coup en restant disponibles pour les membres de la hiérarchie. Certains moments sont particulièrement délicats : celui de la reprise du travail des agents qui ont été blessés, l'arrivée d'un nouveau collègue qui vient "remplacer" l'agent décédé par exemple.

Respecter la singularité de chacun. Halte aux idées reçues

L'un s'est arrêté trois jours après le braquage, l'autre huit jours ou n'a jamais repris son travail... "Certains exagè-

rent..." "Il a vu le corps / il n'a pas vu..." "Il est fragile..." "C'est moins grave..." Il est compliqué de quantifier une souffrance ! Il arrive aussi que l'événement ait lieu à un mauvais moment de la vie du salarié, un deuil récent, une séparation et qu'il prenne alors plus de place, augmentant la charge morbide. Certaines réactions sont parfois incomprises par l'entreprise, l'entourage et l'agent lui-même, qui peut ressentir une méfiance et un manque de patience à son égard. Dans ce cas de figure, il est important que l'agent soit épaulé et qu'un travail de liaison entre les professionnels se mette en place pour éviter la mise à l'écart et le jugement.

La prise en compte du stress au travail a représenté une bouffée d'oxygène dans un monde de procédures et de logiques bureaucratiques, parfois injustes. Enfin, on reconnaît des souffrances jusque-là niées, critiquées, traitées par le jugement et le mépris. Enfin, on s'occupe de ceux qui ont perdu un collègue ou ont failli eux-mêmes perdre la vie. "Chanceux" (un mot à ne pas prononcer), ils ont quand même le droit de ressentir colère, peine et chagrin.

Respecter le traumatisme

Certains concepts longtemps utilisés par les professionnels des soins psychiques (faire son deuil, syndrome du survivant, identification à l'agresseur, deuil pathologique, bénéfices secondaires, réparation psychique...), d'autres utilisés par des médecins, des psychiatres, des psychologues spécialistes en psychotraumatologie (traumatisme psychique, stress, épuisement professionnel, harcèlement, effraction psychique...) sont entrés dans le langage usuel. Ceci témoigne d'une nouvelle prise en considération sociétale. La dynamique psychique et ses pathologies ne sont plus seulement l'apanage des "psy". Tout un chacun s'est approprié ce vocabulaire pour illustrer ce qui appartient au monde de la souffrance mentale. C'est donc logiquement que les concepts psychologiques sont entrés dans le monde du travail et des entreprises. Ils sont aujourd'hui employés par les salariés pour illustrer une souffrance, nommer un ressenti, décrire une injustice, et par leurs responsables pour qualifier un acte, poser une limite, dicter une sanction, établir un barème de réparation. Compte tenu de la rapidité de propagation des "virus" stress, harcèlement, usure mentale..., il n'est guère étonnant que les études fleurissent pour en repérer les facteurs déclenchants et les traiter. En effet, le coût psychique mais aussi financier de cette souffrance est immense.

Le risque pour ces concepts, et surtout pour les personnes qui souffrent de leurs effets, serait de les vider de leur substance théorique, de leur singularité. À trop vouloir les accommoder à la réalité, ils pourraient perdre leur consistance et se transformer en un adjuvant insipide, juste bon à donner une couleur ou une apparence. Si l'on veut que les maladies psychiques professionnelles soient réellement prises en considération et ne finissent pas dans la corbeille des arguments de contestation et de revendications multiples, il convient de les traiter avec tout l'égard que mérite leur complexité. Il ne s'agit pas bien sûr de nier les efforts réalisés pour qualifier certaines situations professionnelles en accidents de travail et faire bénéficier les salariés de prises en considération particulières, mais de veiller à les utiliser à bon escient. En catégorisant certaines situations de stress professionnel, de chocs potentiellement traumatiques, on a admis que ces rencontres ne font pas partie du métier et sont susceptibles de provoquer des signes psychiques, comportementaux, physiologiques invalidants. Parfois, les salariés se plaignent de douleurs psychiques consécutives à une organisation de travail malsaine, de conditions de travail détériorées, d'un management désinvolte, voire maltraitant. Ces véritables souffrances doivent cependant se traiter sur une autre scène que celle de la psychotraumatologie.

Conclusion

Pour accompagner au mieux le salarié victime d'une situation professionnelle stressante, voire traumatisante, il convient d'abord de repérer les situations à risque, de faciliter la compréhension des réactions et de mettre en place des mesures d'accompagnement adaptées. Pour défendre au mieux le salarié victime, il est indispensable d'utiliser à bon escient le vocabulaire de la psychotraumatologie et de veiller à de pas l'utiliser hors de propos. Aujourd'hui, si ce n'est pas et heureusement un acte banal de téléphoner à un psychologue pour exprimer son désarroi, les temps ont beaucoup changé où appeler était signe de faiblesse ! Mais, pouvoir joindre un "psy" 24 heures sur 24, comme cela est proposé à de nombreux salariés, ne doit pas dédouaner l'entourage professionnel et les référents métiers – hiérarchie, service médical et social, représentants des salariés – de leurs missions indispensables de management, d'entraide et de solidarité.

Références bibliographiques

1 - Debout M, Larose C. Violences au travail : agressions, harcèlements et plans sociaux. Paris : Les Éditions de l'Atelier, 2003.

Autres références consultées

- Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris : Dunod, 1988.
- Clot Y. La fonction psychologique du travail. Le travail humain. Paris : PUF, 1999.
- Damiani C. Les victimes. Violences publiques et crimes privés. Paris : Bayard Centurion, 1997.
- Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Paris : Dunod, 2005.

Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme

François Ducrocq*

Résumé
La confrontation à un événement traumatique entraîne des réponses psychologiques et des réactions biologiques destinées à la survie et à l'adaptation, qui se développent sans intervention ni contrôle délibéré du sujet. Elles sont souvent adaptatives, mais elles prennent parfois la forme d'un stress dépassé et peuvent être le prélude à une évolution pathologique. En effet, des liens clairs se dessinent actuellement entre le type et l'intensité des réactions immédiates et le développement de pathologies au long cours telles que l'état de stress post-traumatique. Compte tenu du nombre de sujets confrontés au cours de leur vie à un ou plusieurs événements traumatiques, du nombre de patients souffrant d'un trouble psychotraumatique constitué, de la présence fréquente de troubles associés (comorbidité), et du retentissement social, familial, affectif ou professionnel du trouble, le repérage de facteurs de risque et la mise en place de stratégies de soins spécifiques représentent un véritable enjeu de santé publique. Complexes et encore en plein développement, les stratégies de soins représentent un continuum qui va de l'intervention pré-hospitalière, la plus généraliste, aux traitements médicamenteux les plus innovants.

Mots-clés
psychotrauma, cellule d'urgence médico-psychologique, débriefing, défusing, pharmacothérapie.

Summary: Immediate and post-immediate therapeutic approaches of the psychotraumatism
The confrontation with a traumatic event entails psychological answers and biological reactions intended for the survival and for the adaptation which develop without intervention nor control deliberated on the subject. They are often adaptive, but they sometimes take the shape of an exceeded stress and can be the prelude to a pathological evolution. Indeed, clear links are at present outlined between the type and the intensity of the immediate reactions and the development of long-term pathologies such as a posttraumatic stress disorder. Considering the number of subjects confronted during their life with one or several traumatic events, the number of patients suffering from a psychotraumatism, the frequent presence of comorbidities, and the social, family, emotional or professional echo of the disorder, the location of risk factors and the implementation of strategies of specific care represent a real stake in public health. Complex and still in full development, the strategies of care represent a continuum which goes from the intervention meadow hospitable, the most non-specialized, to the most innovative medicinal treatments.

Key words
psychotraumatism, posttraumatic stress disorder, medical and psychological emergency unit, debriefing, defusing, medicinal treatment.

L'intervention pré-hospitalière : les CUMP

À la suite de l'attentat de la station RER Saint-Michel le 25 juillet 1995 à Paris, et à l'initiative du Secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli, une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) a été constituée avec pour mission de définir les objectifs et les modalités de la prise en charge psychique des victimes d'attentats ou de catastrophes en France. Depuis, des CUMP ont été mises en place aux niveaux régional et départemental, dotées de moyens humains spécifiques, généralement rattachées aux Service d'aide médicale urgente (SAMU).

*Psychiatre, Cellule d'urgence médico-psychologique et Clinique universitaire de psychiatrie, CHRU de Lille, France

La circulaire du 28 mai 1997 a défini les conditions du déclenchement d'une intervention d'ur-

gence médico-psychologique : "*en cas de catastrophe ou d'événement majeur ou lorsque le préfet juge que la situation est suffisamment grave pour justifier l'intervention d'équipes de volontaires de l'urgence médico-psychologique, il charge le médecin responsable du SAMU départemental de les mobiliser, en liaison avec le psychiatre coordonnateur de la cellule régionale ou le psychiatre référent départemental*". Cette définition, bien qu'imprécise quant aux indications des interventions, situe bien celles-ci dans le cadre des secours d'urgence à de nombreuses victimes, organisés au niveau départemental par les plans de secours.

Ainsi, en cas de catastrophe, aux côtés des équipes médicales dites "somatiques" qui centrent légitimement leur intérêt sur le secours physique, la CUMP est dirigée par un psychiatre, responsable médical d'intervention. Intégrée aux éléments d'intervention du SAMU, et placée sous son autorité, sa mission est d'évaluer et de trier les blessés psychiques, de leur prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats, et de les faire évacuer, si nécessaire, vers des hôpitaux. Tous les patients pris en charge au Poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) reçoivent une note d'information décrivant, en termes accessibles au grand public, les symptômes immédiats ou tardifs qu'ils peuvent ressentir et mentionnant les coordonnées des consultations spécialisées auxquels ils pourront s'adresser ultérieurement.

Le temps de l'urgence en milieu hospitalier

Comme l'intervention sur le terrain, l'intervention post-immédiate vise à prendre en charge les manifestations aiguës de stress ou les premiers symptômes psychotraumatiques qui peuvent survenir pendant cette période. Elle se situe à l'arrivée aux urgences et surtout, dans les jours qui suivent, dans les services hospitaliers pour ceux qui restent hospitalisés, ou dans le cadre de consultations spécialisés.

Le repérage des facteurs de risque de développement d'un psychotrauma

Dès l'accueil des sujets venant d'être confrontés à un événement traumatique, il est déterminant de repérer les éléments qui "signent" le traumatisme, car bien heureusement tous les sujets exposés n'ont pas été traumatisés au sens médical ou psychologique du terme (sentiment de mort imminente, rencontre manquée avec la mort...) (cf. F. Lebigot, pp. 201-204). Trois grands groupes de facteurs de risque sont classiquement distingués :
- ceux liés au sujet lui-même : femmes, sujets présentant un trouble psychiatrique au moment du trauma (en particulier dépression ou trouble anxieux), faible niveau socio-économique ;
- ceux liés à l'événement : trauma causé par une main humaine (on oppose classiquement agression et accident), proximité géographique de l'événement, menace vitale réelle, présence de blessés physiques et/ou de décès ;
- le type de réactions émotionnelles immédiates.

Ce dernier point mérite d'être détaillé. En effet, pour être qualifié de "traumatique", un événement doit avoir généré chez le sujet une réaction de peur intense, d'impuissance ou d'horreur. Souffriront ainsi davantage de troubles psychotraumatiques les sujets ayant connu des réactions de détresse ou de dissociation péritraumatique (altération de la conscience, dépersonnalisation, déréalisation, comportements moteurs automatiques...), et plus généralement les sujets ayant présenté une réaction de stress intense, prolongée et durable. À ce titre, la mesure de la fréquence cardiaque est un bon reflet de ce niveau de stress prolongé et, bien que cela soit encore dans le domaine de la recherche médicale, une fréquence cardiaque supérieure à 90 ou 95 pulsations par minute à l'arrivée aux urgences semble être pour certains un signe d'alerte en faveur d'une réaction traumatique qui risque d'évoluer de manière pathologique.

Les soins immédiats

Les soins auprès de personnes victimes, légitimement considérés comme une affaire de spécialistes reconnus, associent des approches très spécialisées (défusing, débriefing) et une attitude plus générale d'accompagnement (soutien psychologique de base) qui n'est pas exclusivement du ressort du spécialiste.

Le soutien psychologique de base ou accompagnement

Il s'agit tout d'abord de prendre acte le plus authentiquement possible de la souffrance ressentie en posant des questions simples et ouvertes, notamment sur les faits eux-mêmes (quand, comment, où...) en prenant soin de ne pas trop faire verbaliser sur l'événement si la personne est en état de stress dépassé (sidération, agitation, comportement automatique, panique, déréalisation...) car cela peut réactiver l'événement et avoir un effet dommageable en l'absence de prise en charge spécialisée. Il convient également de donner des repères dans le temps et l'espace, d'assurer des besoins physiologiques, de rassurer la personne sur sa sécurité et de donner des informations dont on dispose sans pour autant "étouffer" le dialogue. Il faut se méfier d'une tendance spontanée qu'ont beaucoup de secouristes non spécialistes de dédramatiser ou de déculpabiliser de manière "sauvage" au risque d'handicaper la nécessaire appropriation de l'événement traumatique par le patient encore en état de choc. Chercher à rassurer la victime en minimisant ce qui lui est arrivé ou en faisant référence à d'autres situations plus "graves" peut être assimilé à un véritable déni du caractère réactionnel du ressenti de la personne, voire d'un déni de sa souffrance.

L'intervenant doit donc être bienveillant, attentif et chaleureux, tout en assurant une contenance suffisante sans hésiter à passer la main s'il est lui-même débordé par ses propres émotions ou déstabilisé par une réaction du sujet nouvelle pour lui ou qu'il juge inappropriée. Voir défaillir un intervenant de la chaîne des secours renvoie le patient à toute l'horreur de ce qu'il est en train de vivre, alors qu'à l'inverse, des réactions perçues comme témoignant d'une indifférence voire d'un mépris s'avèrent tout aussi dommageables en altérant le sentiment d'appartenance ou la perception du soutien social.

Le repérage au plus tôt des manifestations cliniques survenant dans les suites immédiates d'un événement hors du commun est un enjeu majeur pour le clinicien et pour le patient

Le défusing

Il s'agit schématiquement de la verbalisation émotionnelle immédiate en termes de vécu (émotions, pensées) chez les sujets en état de stress adapté. Il se veut non intrusif, le vécu de l'événement devant être rapporté par le sujet de manière la plus spontanée possible. Cette approche thérapeutique, réservée aux spécialistes, est souple et les entretiens sont généralement de courte durée, en individuel ou par petits groupes. Le défusing vise à favoriser la décharge émotionnelle et à "lier" le vécu traumatique par le langage pour permettre ce que les spécialistes appellent "l'élaboration" qui est une forme d'intégration de l'événement. Les soins immédiats sont aussi l'occasion d'informer le sujet, et parfois son entourage, sur les symptômes susceptibles de survenir, de l'orienter vers un accompagnement social et juridique, et enfin d'évoquer avec lui l'intérêt d'un suivi psychothérapique spécialisé à plus long terme.

Le traitement de l'anxiété (anxiolyse) et la prescription de sédatifs dans les situations les plus aiguës

Lorsque le niveau d'anxiété est important, ou pour faire face à certaines manifestations de stress bruyantes ou qui mettent le sujet, voire les secours, en danger, une anxiolyse ou une sédation médicamenteuse peut s'avérer nécessaire. Elle ne sera qu'exceptionnellement imposée et prendra généralement la forme d'une prise unique d'un médicament anxiolytique et sédatif de la classe des benzodiazépines. Cette prescription médicale devra être à posologie thérapeutique standard, un sous-dosage risquant d'amplifier les réactions émotionnelles de peur.

Les soins post-immédiats

Le débriefing

Dans la chronologie de la démarche de soins auprès des victimes d'un événement traumatique, l'étape suivante est représentée par le débriefing, que nous regroupons maintenant avec le défusing sous le terme générique d'interventions psychothérapeutiques post-immédiates (IPPI). Réalisées dans les jours qui suivent la survenue de l'événement, mais qui comme nous l'avons vu plus haut peuvent débuter dès l'arrivée des patients aux urgences, ces stratégies de haute spécificité visent à repérer puis prendre en charge des manifestations cliniques liées à la persistance de la réaction de stress ou les premières manifestations psychotraumatiques susceptibles de survenir pendant cette période. À l'inverse d'un débriefing psychologique à l'anglo-saxonne élaboré à partir de la notion de stress et qui a été l'objet de critiques elles-mêmes très critiquables, les IPPI s'appuient fortement sur les bases conceptuelles du traumatisme psychique et sont considérées comme un temps particulier qui s'inscrit dans un processus thérapeutique à moyen et long terme. Soutenues par l'idée d'une verbalisation spontanée qui favorise ce que les experts nomment "abréaction cathartique", ces prises en charge sont organisées par des thérapeutes spécialisés en trauma et familiers du travail psychothérapique. Ces IPPI sont parfois associées à des approches pharmacologiques qui permettent de contenir, maîtriser ou contrôler des manifestations cliniques dont la présence et l'intensité représentent un facteur de risque de développement d'un état de stress post-traumatique ultérieur.

Les pistes pharmacologiques

Bien que représentant l'un des enjeux majeurs de ces prochaines années en psychotraumatologie, la question de l'attitude pharmacologique devant des sujets qui viennent d'être confrontés à un événement traumatique demeure encore peu abordée. Sans rentrer dans les détails neurobiologiques, et en rappelant bien qu'il s'agit encore davantage de voies de recherche que de pratique clinique quotidienne, la pharmacologie se donne pour double but d'aider le sujet dans son contrôle émotionnel pour réduire l'impact de l'événement sur la mémoire et diminuer le développement de troubles ultérieurs (cf. G. Vaiva, pp. 210-213). Ces aspects respectivement considérés comme curatif et préventif s'inscrivent dans une stratégie dite de prévention secondaire. Celle -ci s'inscrit entre une improbable prévention primaire qui viserait à éviter l'apparition de l'événement (!) et une prévention tertiaire plutôt bien balisée qui a trait au repérage le plus précoce possible et la prise en charge la plus adéquate du trouble lorsque celui-ci est installé (cf. O. Cottencin, pp. 241-244).

À côté des nécessaires approches psychothérapiques post-immédiates, il devient possible maintenant de proposer, dès les premiers temps qui suivent l'événement, des stratégies médicamenteuses dont l'efficacité est attestée par un nombre croissant de travaux et étayée par des arguments neurobiologiques. Ainsi, si une grande prudence

est de mise sur une utilisation trop large ou systématique des benzodiazépines, émergent d'autres anxiolytiques tels que l'hydroxyzine ou des agents d'autres classes médicamenteuses comme le propranolol, quand des agents sérotoninergiques, des antagonistes du CRF, certains agents GABAergiques ou des anticonvulsivants représentent des voies prometteuses en cours d'exploration. Quelle que soit la piste privilégiée par le prescripteur, il s'agira de contrôler, de maîtriser, voire d'amender les phénomènes d'hyperéveil neurovégétatif, ou plus simplement la réaction intense et durable de stress, pour contribuer à diminuer le risque de survenue ou l'intensité de troubles ultérieurs. Si de nombreuses voies sont encore à exploiter, plusieurs travaux scientifiques ont clairement démontré qu'un traitement pharmacologique prescrit chez des sujets récemment traumatisés, généralement dans les 12 à 24 premières heures, diminuait significativement la survenue ou l'intensité d'un état de stress post-traumatique.

Conclusion

Repérer au plus tôt, par exemple dès l'admission dans un service d'urgence ou dans des soins de première ligne en médecine générale, certaines des manifestations cliniques survenant dans les suites immédiates d'un événement hors du commun est un enjeu majeur pour le clinicien et pour le patient, car il est maintenant possible, sur des bases scientifiques cohérentes et avec un bon recul clinique, de proposer des stratégies de soins dédiées, psychothérapiques et médicamenteuses. L'efficacité curative et préventive des approches psychothérapiques est manifeste, malgré la permanence de certains débats sur un certain débriefing. Parallèlement, les développements les plus récents dans le domaine de la psychobiologie servent de base scientifique à la détermination de pistes pharmacologiques. L'ensemble de ces stratégies prend tout son sens au quotidien dans une double dimension : curative lorsqu'il s'agit de diminuer l'intensité de la souffrance psychique aiguë et préventive dans le but d'éviter avec le plus d'efficacité possible l'apparition des séquelles psychotraumatiques, ou au moins d'en diminuer l'intensité et la durée.

Les traitements du psychotraumatisme

Olivier Cottencin*

Résumé

Le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) est aujourd'hui mieux codifié. Il associe traitements pharmacologique et psychothérapeutique. Les objectifs sont précis et répondent à la souffrance exprimée des patients : diminuer les symptômes de répétition traumatique (flash-back, cauchemar) et d'hyperéveil (réaction de sursaut), améliorer l'évitement (impossibilité de faire certains actes de la vie courante) et l'émoussement affectif (indifférence aux autres), mais aussi traiter les comorbidités (troubles associés) très fréquentes, dont les addictions (alcool, médicaments, drogues). Les conclusions des études contrôlées sont formelles, le traitement doit être précoce, structuré et focalisé sur le traumatisme. Les médicaments de référence appartiennent à la classe des antidépresseurs, mais des pistes nouvelles sont à l'étude.

Mots-clés

état de stress post-traumatique, psychothérapie, thérapie cognitive et comportementale, EMDR, hypnose, pharmacothérapie, antidépresseur.

Summary: The treatments of the posttraumatic stress disorder

The treatment of the posttraumatic stress disorder (PTSD) is better codified today. It associates pharmacological and psychotherapeutical treatments. The objectives are precise and answer the suffering expressed by the patients: decrease the symptoms of reexperiencing (flashback, nightmare) and of hyperawakening (reaction of surge), improve the avoidance (impossibility to do certain acts of the current life) and the indifference in the others, but also to treat the comorbidity very frequent, among which addictions (alcohol, medicines, drugs). The conclusions of the controlled studies are formal, the treatment must be premature, structured and focused on the traumatism. Reference medicines belong to the class of anti-depressants, but new tracks are under study.

Key words

posttraumatic stress desorder, psychotherapy, cognitive and behavioral therapy, EMDR, hypnosis, pharmacotherapy, anti-depressant.

D'un point de vue historique, le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) a longtemps été fondé sur des soins psychothérapeutiques. Ce sont les psychiatres militaires confrontés aux blessés psychiques qui ont été les pionniers en ce domaine, et si la Première Guerre mondiale a marqué une prise de conscience, ce sont véritablement la Seconde Guerre mondiale et la Guerre du Viêt-Nam qui ont ouvert les pistes thérapeutiques les plus prometteuses [1].

Nous ne reprendrons la clinique de l'ESPT que pour comprendre les cibles thérapeutiques. En effet, elle associe à l'issue d'une rencontre avec un événement traumatisant un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un syndrome de répétition (flash-back diurne ou cauchemar de la scène), des comportements d'évitement de toute situation rappelant le traumatisme, l'émoussement des affects (sentiments) en lien avec l'incommunicabilité de l'expérience et des réactions de sursaut [2]. Mais il est bien établi aujourd'hui que le retentissement de cette maladie est considérable sur le plan psychosocial, car elle peut évoluer sur trois à cinq ans en l'absence de traitement et parce que l'on retrouve une forte association à d'autres troubles psychiatriques tels que les abus de substances psychoactives – alcool, tabac, cannabis, etc. – (40 à 50 % des cas), une dépression (50 à 80 %), un risque suicidaire important (45 %), lequel est multiplié par 3,5 à sept fois selon les études, pour ne citer que les troubles associés (comorbidités) les plus fréquents [3].

Ainsi, on sait aujourd'hui que la prise en charge thérapeutique d'un ESPT constitué doit non seulement cibler les symptômes dont souffre le patient, mais également prendre en compte toute maladie associée en raison du fait qu'elles s'aggravent mutuellement et sont des facteurs de mauvais pronostic.

*Psychiatre, Service d'addictologie, CHRU de Lille, France

Abord pharmacologique

Le trauma, c'est plus que du stress. C'est un niveau élevé, prolongé et répété du niveau d'alarme qui entraîne une hypersensibilisation au stress. Ainsi, l'hypothèse biologique du trauma est le dépassement des mécanismes d'adaptation au stress – qui assurent normalement alerte, vigilance, orientation vers la nouveauté..., augmentation de la fréquence cardiaque face à un événement menaçant – au sein d'une structure cérébrale bien identifiée (le locus cœruleus) [4].

Les médicaments de référence aujourd'hui reconnus dans le traitement de l'ESPT sont les antidépresseurs dits sérotoninergiques. En effet, ces médicaments en inhibant la recapture de la sérotonine (IRS) augmentent sa transmission dans les neurones. Mais pourquoi traiter l'ESPT avec des antidépresseurs alors que l'hypothèse du stress est centrale dans cette maladie considérée comme un trouble anxieux ? La réponse tient au fait qu'en plus de l'efficacité démontrée sur le plan clinique, il a été montré que les récepteurs à la sérotonine sont impliqués dans la neuromodulation des troubles anxieux et les voies sérotoninergiques dans certains symptômes associés à l'ESPT : impulsivité, comportements suicidaires ou addictifs. L'hypothèse la plus communément partagée est que la sérotonine modulerait l'hyperstimulation du circuit de la peur du fait de son effet régulateur noradrénergique au niveau du locus cœruleus [1].

La neutralité bienveillante, qui est une sorte d'impératif de la psychanalyse, est particulièrement mal adaptée

L'efficacité des antidépresseurs de première génération (tricycliques et IMAO) a été validée par de nombreuses études [5]. Mais leur usage est aujourd'hui limité en raison de leur effets secondaires mal supportés par les patients et de leur faible index thérapeutique (en d'autres termes, la dose létale est trop proche de la dose efficace). Aujourd'hui, ce sont donc les antidépresseurs sérotoninergiques qui sont le traitement de première intention depuis le consensus d'experts de 1999. Trois antidépresseurs sont indiqués dans le traitement de l'ESPT : la sertraline, la paroxetine et la fluoxetine. Mais la littérature scientifique rapporte également une efficacité notable d'autres antidépresseurs de nouvelle génération ou non : trazodone, nefazodone, venlafaxine, bupropion, mirtazapine [5].

Il est communément admis que les anxiolytiques et les hypnotiques n'ont pas leur place dans le traitement de l'ESPT. Il faut donc ne les inclure dans la prise en charge qu'en tant que traitement adjuvant d'une anxiété trop importante ou d'un trouble du sommeil. Toutefois, étant donné le risque de dépendance chez certains patients ayant présenté des antécédents d'abus de substance, il est recommandé d'éviter les benzodiazépines au long cours et de leur préférer des anxiolytiques dérivés pipéraziniques (hydroxyzine) [1].

En cas d'échec ou de mauvaise réponse au traitement antidépresseur, il est recommandé, malgré la fragilité des études, d'associer d'autres thérapeutiques. Ainsi, tous les régulateurs de l'humeur ont été proposés (une seule étude contrôlée avec la lamotrigine). Des pistes plus intéressantes concernent les antiadrénergiques (prazosine pour les troubles du sommeil en association avec les antidépresseurs), la buspirone (proposée en association en cas de cauchemars) et plus récemment des antipsychotiques de nouvelle génération (proposés surtout comme traitement des symptômes associés et des ESPT réfractaires) [6].

Abord psychothérapeutique

L'abord psychothérapeutique est considéré comme la pierre angulaire du traitement de l'ESPT. De nombreuses approches ont été proposées, des plus structurées aux plus fantaisistes. Toutefois, les trois grands courants psychothérapeutiques – psychodynamique, systémique et comportemental – sont aujourd'hui bien représentés au sein de la prise en charge, et les plus récentes techniques ont pu être évaluées au sein d'études contrôlées [7].

Pour bien comprendre les différents abords psychothérapeutiques, il faut se pencher sur quelques fondements théoriques :
- d'un point de vue psychodynamique, le sujet est devenu "objet" face au trauma. Confronté à l'irreprésentable de sa propre mort (le néant), il devient impossible de mettre en mots un réel dont il ne peut rendre compte [1]. Ainsi, les symptômes dont il souffre sont des tentatives de solution (déni, refoulement, inscription dans le psychisme) ;
- d'un point de vue cognitiviste, les représentations mnésiques (souvenirs) activées pour traiter les informations traumatiques sont inexistantes et la vision préalable du monde s'effondre [8]. L'activation des mécanismes naturels de défense ou de fuite est dépassée : l'information traumatique dépasse ce qui est connu [9].

Les thérapies psychodynamiques

Le point commun de l'ensemble des thérapies étant la focalisation sur les symptômes, les premières thérapies psychodynamiques furent centrées sur l'abréaction (réduction de la tension émotive) pour permettre au patient la verbalisation de l'événement traumatique afin d'en revivre l'expérience émotionnelle dans une visée cathartique (libération des passions). Pratiquées sous analgésie (prise de calmant) ou non, elles présentent le risque de se limiter à la ver-

balisation et d'enfermer le patient dans les symptômes de répétition (flash-back, cauchemar). Dans le même esprit, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique ont été proposées pour travailler de façon spécifique sur le vécu de l'événement traumatique.

Les thérapies psychodynamiques se distinguent des autres techniques psychothérapeutiques qui, elles, visent les symptômes, en se donnant pour but la modification des rapports qu'entretient le sujet avec son traumatisme. Le destin de ces thérapies psychodynamiques est de deux ordres selon qu'elles sont pratiquées précocement ou plus tardivement après l'événement. Précocement (en termes de semaines), elles peuvent intégrer très vite les éléments qui composent la structure du sujet et rendre ainsi inutile le rôle de l'image traumatique en tant que source de satisfaction ; la guérison peut alors être obtenue en deux à trois semaines à la condition que la prise en charge soit intense et requière entièrement l'attention du sujet sur la scène de ses processus inconscients. Pratiquées plus tardivement (en termes de mois ou années), le lien d'attachement inconscient entre le sujet et son image traumatique fait obstacle à un décentrement de son intérêt pour sa souffrance liée à l'événement. Il lui faudra peu à peu, dans le récit de ses rêves et de ses fantasmes, découvrir que sa souffrance a des allures de satisfaction, de retrouvailles inconscientes avec l'objet perdu du nourrisson, c'est-à-dire avec le corps fantasmé de la mère. Expérience qui est à l'origine de son angoisse de néantisation et que l'on ne retrouve habituellement que dans la psychose (essentiellement la schizophrénie). Bien sûr, tout patient n'est pas capable d'effectuer un tel travail, lequel n'est possible qu'au moyen du transfert – au sens freudien du terme – qui nécessite une confiance totale dans sa propre parole adressée à un Autre (le thérapeute) supposé savoir l'origine de sa souffrance.

Il convient de se méfier de techniques de soins marginales qui confinent au charlatanisme, voire à l'emprise sectaire

Sur le plan pratique, le problème est que la méthode psychodynamique suppose des praticiens spécialement formés et qu'elle peut demander un temps jugé excessif par les compagnies d'assurance et la Sécurité sociale, voire par le sujet lui-même et son entourage, d'autant plus qu'en aucun cas la guérison ne peut être promise, même s'il s'avère qu'elle peut être obtenue. Aussi, cette méthode reste assez confidentielle et son intérêt tient plus dans ce qu'elle apporte à la recherche sur la question du trauma qu'à son effectivité. Il faut souligner par ailleurs que peu de psychanalystes savent engager un travail avec ce type de patients. La neutralité bienveillante, qui est une sorte d'impératif de la psychanalyse, est particulièrement mal adaptée à une personne qui sort d'un abandon extrême et pour laquelle le silence des analystes ne peut pas être compris comme un espace dans lequel elle peut dérouler sa propre parole, voire peut être ressenti comme un nouvel abandon, ou encore comme une attitude critique ou agressive.

Les thérapies cognitives et comportementales

Les principes des thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont clairement codifiés ; ils s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme (le traitement cérébral de l'information). Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT constitué car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes [7]. Il est possible de les associer aux thérapies psychodynamiques ou d'inspiration psychanalytique lorsque certains symptômes persistent, ou sont insuffisamment améliorés, ou sont liés à un trouble de la personnalité.

L'*Eye movement desensitization and Reprocessing*

Développé récemment par Shapiro à Palo-Alto, aux États-Unis, l'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est une technique thérapeutique de découverte fortuite [10]. En effet, alors qu'elle est en proie à des difficultés personnelles, Shapiro découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs. Elle expérimentera cette découverte auprès de témoins sains, puis de victimes de traumatisme avec un certain succès. Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout ou partie du trauma, pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'événement traumatique. Controversée en France en raison de son aspect magique (et hypnotique), cette technique est aujourd'hui recommandée dans les instituts américains les plus sérieux.

L'hypnose

Enfin, parce que Freud et Janet remarquaient les liens entre hypnose, dissociation et traumatisme (considérant que le sujet se plaçait dans un état hypnoïde au moment de l'événement), l'hypnose peut être un outil efficace dans le champ du traumatisme psychique [11, 12]. Même si l'hypnose aujourd'hui a changé et appartient au champ des thérapies stratégiques brèves [13], sa conceptualisation comme phénomène naturel et protecteur autant que comme outil

thérapeutique par Milton Erickson trouve sa justification dans ses parentés cliniques avec l'ESPT [14]. En effet, dans la confrontation au traumatisme comme dans l'état hypnotique, on retrouve de nombreux éléments cliniques utiles dans la thérapie tels la modification de l'état de conscience, l'altération de la perception du temps, la suspension de la conscience, la dissociation physique et psychique, la focalisation de l'attention, les troubles de la mémoire et de la perception, etc. L'hypnose utilisée dans la pathologie psychotraumatique est focalisée sur le trauma en ce qu'elle vise la stabilisation et la réduction des symptômes, le traitement des souvenirs traumatiques et le travail sur la personnalité et son contexte. L'objectif principal du travail thérapeutique est de "casser le monolithe" que représente le trauma en entrant avec prudence dans la bulle hypnotique qui s'est constituée (laissant le patient fixé à l'événement traumatique) pour pouvoir ponctuer la crise psychique, apprendre au patient l'autohypnose et lui offrir des suggestions spécifiques concernant le contexte et le vécu du trauma [15]. Peu évaluée, sinon par des études de cas, l'hypnose reste une possibilité thérapeutique ouverte qui a l'avantage d'être non invasive en utilisant un état de conscience que le patient connaît déjà.

Conclusion

A la question de savoir s'il existe une thérapie meilleure qu'un autre, force est de constater qu'il est difficile de répondre. En effet, la thérapie est affaire de subjectivité et consiste en une rencontre définie dans une relation thérapeutique qu'il est difficile de mesurer. Toutefois , la récente analyse de Bisson et Andrews confirme que plus une thérapie est focalisée sur le trauma, plus elle est efficace dans le traitement de l'ESPT [7]. Dans tous les cas, le thérapeute devra avoir été dûment formé. Enfin, il convient aux patients comme aux praticiens habilités de se méfier de techniques de soins marginales qui confinent au charlatanisme, voire à l'emprise sectaire.

Ainsi, le traitement de l'ESPT constitué est aujourd'hui mieux codifié et il associe pharmacothérapie et psychothérapie. Les objectifs thérapeutiques sont précis et répondent à la souffrance exprimée des patients : diminuer les symptômes de répétition et d'hyperéveil, améliorer l'évitement et l'émoussement affectif, mais aussi traiter les troubles associés, très fréquents, dont les addictions qui sont un problème trop souvent laissé au second plan. Tant en pharmacologie qu'en psychothérapie, des études sont engagées et leurs résultats sont attendus étant donné l'impact considérable de ce trouble très invalidant.

Références bibliographiques

1 - Vaiva G et al. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris : Masson, 2005.

2 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition, Text revision (DSM-VI-TR). Washington, DC : APA, 2000.

3 - Wittchen HU et al. Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums* 2009 ; 14 (1 Suppl.) : 5-12.

4 - Ducrocq F, Vaiva G. From the biology of trauma to secondary preventive pharmalogical measures for post-traumatic stress disorders. *Encephale* 2005 ; 31 (2) : 212-226.

5 - Bisson JI. Pharmacological treatment to prevent and treat posttraumatic stress disorder. *Torture* 2008 ; 18 (2) : 104-106.

6 - Hamner MB, Robert S. Emerging roles for atypical antipsychotics in chronic posttraumatic stress disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2005 ; 5 (2) : 267-275.

7 - Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; (3) : CD003388.

8 - Janoff-Bullman R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New-York : Free Press, 1992.

9 - Foa E, Riggs D. Posttraumatic stress disorder in rape victims. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1993.

10 - Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. New York : The Guilford Press, 1995.

11 - Janet P. L'automatisme psychologique (1889). Paris : Société Pierre Janet Édition, Alcan, 1973.

12 - Breuer J, Freud S. Studies on hysteria (1895). Paris : PUF (traduction en français), 1956, 1981.

13 - Haley J. Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, MD. New York : Ballantine Books, 1973.

14 - Lynn SJ, Cardeña E. Hypnosis and the treatment of posttraumatic conditions: an evidence-based approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2007 ; 55 (2) : 167-188.

15 - Cottencin O et al. Hypnose et traumatisme psychique : aspects cliniques. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2002 ; 2 (3) : 163-168.

16 - Doutrelugne Y, Cottencin O. Thérapies brèves : situations cliniques. Paris : Masson, Coll. Pratiques en Psychothérapie, 2009.

Évaluation du dommage psychique
La rencontre avec l'expert

Jacques Vedrinne*

Résumé
De l'événement traumatique à l'expertise, le parcours est jalonné de multiples rencontres que ce soit dans le domaine des soins ou des démarches juridico-administratives, le tout sur fond de la souffrance d'une victime en quête d'un soulagement, d'une reconnaissance, d'une réinclusion dans le groupe familial et social. Une des rencontres parmi les plus éprouvantes est sans conteste celle résultant de la demande judiciaire ou administrative d'une expertise par un médecin mandaté pour effectuer une évaluation du dommage psychique.

Mots-clés
psychotrauma, expertise, consolidation, chef de préjudice.

Summary: Assessing psychical prejudice
Long is the path from trauma assessment of prejudice, punctuated as it is with a number of encounters concerning medical treatment or resulting from legal or administrative proceedings, but always within a context of distress on the part of an individual seeking relief, acknowledgement or his/her way back into family or social environment. One of the most testing experiences in this respect is undoubtedly the meeting resulting from a request by legal or administrative authorities for a medical assessment of the psychical prejuce suffered.

Key words
psychotraumatism, assessment of prejudice, consolidation, chapter of prejudice.

La rencontre visant à évaluer un dommage psychique, qui devrait constituer une reprise, une synthèse des différentes manifestations psychiques et de leurs conséquences, un moment fort dans l'histoire personnelle du sujet, survenant plus ou moins longtemps après l'événement traumatique, est trop souvent un rendez-vous manqué :
- parce que l'attente du sujet est trop massive et la faille, la brisure, impossible à colmater, quelle que soit la compétence de l'expert ;
- parce que l'expert est figé sur des positions doctrinales méconnaissant la réalité et l'importance de ces troubles ;
- parce que l'expert est aussi parfois mal informé, mal "documenté" par le dossier qui lui est présenté, même si la parole de la victime constitue la pièce maîtresse de cette rencontre.

Aussi, n'est-il pas inutile de rappeler quelques principes qui devraient guider ce travail très particulier de l'expertise. L'expert doit rester un clinicien dans une situation soumise à des contraintes importantes. Il lui appartient de signifier suffisamment clairement qu'il est indépendant des parties (encadré 1), à la différence des experts anglo-saxons, et donc qu'il n'est pas là pour s'enfermer dans une logique de conviction, mais comme "témoin et médiateur", celui qui écoute et est le seul en capacité de faire entendre au juge. Ce principe d'indépendance est la garantie d'un statut d'extériorité qui seul peut fonder une qualité clinique à cette rencontre, et maintenir ouvert un dialogue entre pôle juridique et pôle clinique.

*Professeur émérite,
Laboratoire de médecine légale, Lyon, France

Il n'est pas question d'opposer ce qui serait une caricature de l'expertise, dépersonnalisante et figée dans une logique de barème, à ce qui serait la pureté de l'approche clinique empathique et compréhensive. L'expert doit pour atteindre ce but effectuer un véritable travail de réajustement par rapport à sa pratique soignante habituelle : c'est une étape préalable indispensable à l'évaluation que d'être au clair sur ses propres réactions face à un sujet dont le discours, l'attitude risquent d'induire des comportements de rejet ou d'adhésion excessive. Il convient également d'éviter que le regard clinique se transforme en emprise sur le sujet (par l'intermédiaire d'un recours excessif à la nosographie – classification des maladies – ou par la formulation de conclusions péremptoires, etc.).

Le recueil de l'information

La qualité de la rencontre expertale constitue la condition du recueil d'une in-

formation la plus authentique possible. En effet, dûment "missionné", le médecin expert, tenu par la nature des questions posées, risque de se figer dans une recherche inquisitoriale d'une "vérité" objective. Une telle démarche centrée trop exclusivement sur l'interrogatoire "check-list", sur l'examen corporel, les examens spécialisés (imagerie médicale, enregistrements en tous genres), privilégiant l'aspect purement technique du recueil de l'information, fait souvent écran aux signaux et messages signifiés par la parole, mais aussi par l'attitude et l'expression des émotions. Il pourrait être intéressant d'ailleurs d'évoquer quelques points importants concernant l'émergence et la circulation de la parole, par exemple "qui parle ?" lorsqu'un conjoint, un parent, se fait le porte-parole d'un sujet dont la souffrance est difficile à individualiser de celle de l'entourage, ou encore les interférences avec les réflexions de certains médecins conseils.

Dans le domaine de la psychopathologie post-traumatique, encore plus que dans les autres, l'écoute et le maintien d'une position la plus proche possible de celle de la relation de soin s'avèrent indispensables. L'expert qui cherche avec le malade, mais aussi avec l'entourage et les autres médecins, à évaluer un dommage de perception complexe, qui autorise la libre expression du sujet souvent déjà déformée dans des rapports antérieurs, doit avoir pour objectif de cette "rencontre expertale" de restituer au sujet une reconnaissance et une réappropriation de son corps et de son psychisme atteints par l'accident à défaut de restauration de leur intégrité. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille entériner tout le contenu manifeste du discours et en déduire à la lettre les conséquences médico-légales, mais cette reconnaissance préalable de la souffrance est la condition nécessaire à une véritable analyse critique du rôle de l'accident. D'un point de vue clinique, il est clair en effet que toute atteinte à l'intégralité de l'image de soi provoquée par un traumatisme est une blessure narcissique dont il ne faut pas seulement mesurer les implications en termes d'évaluation d'une réparation, mais aussi estimer l'impact sur la dynamique de la conduite de l'entretien. La remise en perspective historique, dans la relation clinique, de la perte subie peut permettre au sujet de rétablir des liens entre réalité événementielle et réalité vécue (encadré 2).

Encadré 1
De l'indépendance de l'expert vis-à-vis des parties...

Dans la réalité, il est certain que le médecin conseil délégué par une compagnie d'assurance (par exemple en cas de traumatisme consécutif à un accident de la voie publique) ne peut être considéré par la victime comme indépendant de la compagnie qui le mandate. Ainsi est-il souhaitable que la victime soit accompagnée par un médecin, mais il est vrai aussi qu'il n'est pas facile pour elle de trouver un praticien qui soit compétent en matière d'expertise du trauma psychique (à même d'évaluer le préjudice sans induire un traumatisme additionnel et une intrusion délétère dans le parcours des soins) et accepte de jouer ce rôle, pour des raisons de temps généralement, car même s'il est rémunéré par le Fonds de garantie, ce travail (entretien avec la victime, préparation du dossier, rapport de synthèse) lui prend au moins une journée.

Le rapport d'expertise

Reste le problème de la transcription écrite dans le rapport d'expertise. Cette transcription, qui est le point d'orgue du travail d'évaluation, fait appel à différents éléments, en dehors bien sûr de celui essentiel de l'état actuel du sujet : il s'agit du problème du pronostic et de celui de l'état antérieur, donc de la reprise de l'évolution de l'histoire du sujet.

Le pronostic

Tout d'abord le pronostic qui s'appuie, outre les caractéristiques évolutives classiques, sur la capacité restante, c'est-à-dire sur la partie saine du Moi qu'il convient de valoriser aux yeux du sujet et aussi de l'entourage volontiers enclin à renforcer le vécu pathologique, même et surtout lorsqu'il adopte une attitude d'invigoration sans nuance. C'est le complément indispensable à l'évaluation de ce qui a été perdu.

Cette évaluation du pronostic suppose une prise en compte du rôle du temps et de sa gestion par l'expert. Il est bien connu qu'il est nécessaire de disposer d'un certain délai pour faire le bilan de séquelles psychopathologiques, délai rarement inférieur à 18 mois – deux ans. Souvent, le temps est figé depuis l'accident, le sujet ne faisant plus de projet ni d'investissement aussi bien dans le domaine socio-professionnel qu'affectif. L'expert, dans sa démarche d'évaluation, peut l'aider à ouvrir des perspectives, à dépasser cette fixation, à mieux assumer le handicap en essayant de remobiliser la temporalité. En effet, cela peut être le cas dans la mesure où le sujet perçoit l'acte d'expertise comme un moment important de sa vie, presque solennel, préalable à "règlement" réparateur non seulement économique financier mais aussi de son économie psychique.

La rencontre expertale peut être un moyen privilégié de reconnaissance, voire de reconstruction de l'identité du sujet, en favorisant l'intégration des images et des représentations concernant l'accident et le corps, les soins plus ou moins prolongés et pénibles. Il ne faut pas hésiter parfois à faire bénéficier le blessé d'un entretien en tête-à-tête (sans les proches ni les médecins conseils) ou, lorsque cela paraît

nécessaire, de l'adresser à un sapiteur (expert) psychologue. De toutes manières, ce type d'expertise nécessite en général des délais suffisamment longs pour permettre à l'expert de faire le travail d'élaboration indispensable, nourri de réflexions et d'échanges avec les parties ou d'autres collègues. À noter l'intérêt d'une seconde rencontre avec le blessé quelques semaines plus tard dans les expertises complexes, ce qui permet une reprise de ce qui a pu faire sens lors de la première rencontre.

En effet, rencontre traumatique et rencontre expertale sont inséparables : l'expert devient dépositaire de cette souffrance traumatique. Il n'a pas la possibilité, comme dans une relation clinique habituelle, de laisser se déployer tous les aspects transférentiels dans un travail du soin suffisamment étalé dans le temps. Il lui faut gérer ce qui a été déposé en lui avec un recul limité pour trouver le meilleur compromis possible entre une demande de réparation totale illusoire et les contraintes de la mission et de son mandant. C'est, on peut le dire, une véritable épreuve dans de nombreux cas, et il faut laisser se dérouler, pendant ce temps de maturation du projet de mise en forme du rapport d'expertise, les incertitudes relatives à l'imputabilité, la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT), le taux de l'incapacité permanente partielle (IPP), les souffrances endurées... autant de questions sensibles dont les données ont évolué récemment (annexe 1).

L'état antérieur

L'état antérieur est également un problème très important dans la mesure où l'expert oscille souvent entre le vécu historique du sujet et les diagnostics qui ont été posés ou que l'on peut poser a posteriori, susceptibles d'être en relation avec la souffrance actuelle. Les progrès dans le domaine psychodynamique ont mis en évidence la notion de structure de la personnalité (qui a remplacé les notions de constitution, de terrain prédisposé), mais on observe trop souvent un glissement de cette notion de structure vers celle de véritable état antérieur avec les conséquences que l'on devine aisément sur le plan médico-légal.

La plus grande prudence s'impose en général avant d'évoquer un état antérieur lorsque ne peuvent être mis en évidence des symptômes ou comportements ayant entraîné un recours aux soins. Il convient de ne pas confondre histoire antérieure du sujet et état antérieur, même si dans cette histoire, émergent parfois des séquences (affectives, professionnelles, etc.) auxquelles l'expert peut être tenté d'accorder abusivement le statut d'état antérieur

Pour le juge qui doit prendre position sur une offre d'indemnité, seul un état antérieur révélé et invalidant peut venir en déduction dans l'appréciation du dommage. Selon la Cour de cassation, le principe est que "*le droit à réparation du préjudice corporel subi par la victime d'un accident ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique de cette victime, lorsque l'affection qui en est issue n'a été révélée ou provoquée que par le fait du traumatisme lui-même*".

> **Encadré 2**
> ***De la qualification de l'expert...***
>
> L'idée que se fait le sujet du préjudice qui lui a été porté par l'événement peut l'amener à infléchir son discours dans le sens d'une dramatisation ou au contraire d'une minimisation face à cet Autre (l'expert) qu'il perçoit comme un juge : "est-il capable de comprendre ce que j'ai subi" ou, dans le second cas, "va-t-il me juger comme quelqu'un de méprisable qui s'est laissé abattre par un événement somme toute mineur"... L'expert a à prendre en compte ces dimensions-là, ce qu'il ne peut faire que par la *qualité de son écoute*, fondée sur une pratique éprouvée, pas seulement dans le champ de l'expertise, mais aussi dans celui de la clinique et de la thérapeutique.

Chiffrer le préjudice

D'importants progrès ont été réalisés pour mieux approcher l'aspect chiffré de ce type de préjudice, mais même le barème indicatif dit du Concours médical (1982, actualisé en 1993) apparaît ambigu sur plusieurs points. Tout d'abord, à propos du syndrome subjectif post-commotionnel, il laisse entendre que des techniques spécialisées peuvent parvenir à l'objectiver et il survalorise en matière de traumatisme crânien "*la perte de conscience dont l'importance et la réalité doivent être sérieusement analysées*". Le syndrome dépressif est évoqué comme "souvent résolutif" et quasi marginalisé, alors qu'en réalité il s'agit d'une complication fréquente et ayant une chronicité et une résistance au traitement importantes. Enfin, les psychoses post-traumatiques sont dites exceptionnelles, ce qui peut donner lieu à discussion. La seule indication chiffrée est une fourchette de taux entre 5 et 20 %, mais certaines névroses traumatiques graves peuvent atteindre des taux nettement supérieurs (60 %). Ce qui, en tout cas, mérite d'être retenu par rapport aux anciens barèmes est l'accent mis sur la description plus que sur un découpage nosographique plus ou moins stigmatisant assorti de taux dont l'aspect arbitraire est évident. Ainsi retrouve-t-on cette évolution dans le barème de la Société de médecine légale et de criminologie de France (1991) ; et surtout celui annexé au Décret du 10 janvier 1992 concernant l'évaluation des troubles psychiques de guerre dont l'une des principales originalités consiste à dépasser la correspondance entre un diagnostic et un taux d'indemnisation au profit de critères tels que l'intensité de la souffrance psychique, la répétition, la perte des capacités relationnelles et le ré-

trécissement de la liberté existentielle. Il est souligné que lors de la rencontre expertale, "*l'expert accomplit une tâche qui comporte indirectement une dimension thérapeutique*".

Mais la suspicion vis-à-vis de la réalité du dommage psychique reste tenace, ainsi qu'en atteste la révision à la baisse des taux proposés (0 à 20 %) dans le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du Concours Médical de 2001, sans aucune justification clinique ou épidémiologique. Certes, il ne s'agit que d'un barème indicatif et l'expert garde heureusement sa liberté d'appréciation, mais il n'en reste pas moins susceptible d'être influencé par cette référence que les médecins conseils des compagnies d'assurance ne manquent pas de rappeler...

Reconnaître le sujet au-delà de la détérioration de son statut est à la fois une exigence clinique très générale et, dans la situation particulière de l'expertise, une possibilité pour lui de se voir signifier la permanence de son appartenance au groupe social. Comme tout acte médical, l'expertise ne saurait être anodine : elle ne peut être que thérapeutique ou antithérapeutique. La fonction thérapeutique de certains entretiens d'expertise tient à cette configuration particulière, faisant converger, dans la rencontre expertale, les enjeux d'une reconnaissance sociale et l'accès donné au médecin à la subjectivité souffrante.

Ainsi, qu'on le veuille ou non, l'évaluation des réactions psychiques au traumatisme passe beaucoup plus par une réhabilitation de la subjectivité (dont le travail de l'expert sur lui-même) que par une pseudo-objectivité. C'est une démarche différente, pleine d'embûches, dont la transcription est forcément imparfaite et lacunaire, mais c'est la seule qui sur les plans clinique, médico-légal et éthique est de nature à permettre la plus grande authenticité d'expression de la souffrance du blessé.

Remerciements à Mme Françoise Rudetzki dont cet article reprend en grande partie celui publié précédemment par le même auteur dans Paroles de victimes, *lettre de l'association SOS Attentats.*

Annexe 1
Lexique médico-légal

◈ Certificat médical initial

Il s'agit d'un document essentiel dont l'absence ou l'insuffisance peut être grandement préjudiciable à l'évaluation ultérieure des séquelles. Dans la mesure où c'est à la victime d'apporter la preuve du dommage, on conçoit aisément qu'un certificat descriptif le plus complet possible, établi dans la période immédiate après l'événement traumatique, va constituer une pièce maîtresse du dossier soumis à l'expert. La délivrance de ce document est un droit pour la victime. Outre les mentions de ce qui est verbalement exposé, ("la victime déclare... se plaint de...") en n'hésitant pas à reprendre les mots de l'intéressé, les constatations de l'examen physique et psychologique doivent faire l'objet d'une description minutieuse, non seulement les lésions anatomiques et le retentissement fonctionnel, mais surtout (car trop souvent négligées) des manifestations psychiques relevant du stress ou déjà des prémices d'un véritable syndrome psychotraumatique, cela d'autant plus que va suivre fréquemment une période de latence où les symptômes d'apparition immédiate vont être "recouverts".
Les réserves d'usage doivent être formulées, sinon systématiquement, du moins toutes les fois où est perçu un risque de complications devant un tableau clinique complexe ou une attitude trop défensive. L'établissement d'un certificat complémentaire peut d'ailleurs être envisagé dans la période "post-immédiate", ce qui permet souvent d'aider la victime à s'inscrire dans une démarche de soins précoces (thérapie psychodynamique) qui ne va pas toujours forcément de soi lors d'une première rencontre. En outre, cet examen différé à courte échéance permet de répondre de manière plus pertinente à la fixation obligée de l'ITT (pénale) ou du DFT (civil).

◈ Incapacité temporaire totale (ITT) – Déficit fonctionnel temporaire (DFT) – Incapacité totale de travail

L'ITT recouvre deux réalités médico-juridiques très différentes :
- L'incapacité temporaire totale, en droit civil, qui regroupait à la fois, l'incapacité professionnelle économique subie par la victime directe, et son incapacité fonctionnelle non économique et personnelle subie durant la maladie traumatique. Dorénavant, on parle de déficit fonctionnel temporaire (DFT). En dehors de la durée, ce déficit fonctionnel doit être évalué par un taux dont l'appréciation peut être malaisée d'autant plus qu'existe un risque de recoupement avec les souffrances endurées (cf. infra).
- L'incapacité totale de travail en matière pénale, voie procédurale, fréquemment utilisée en France. Sa durée détermine la compétence juridictionnelle et donc la gravité de la sanction pour l'auteur du trauma. C'est ainsi qu'en matière de violences volontaires, selon que l'ITT est inférieure ou supérieure à huit jours, l'auteur du trauma sera déféré devant le Tribunal d'instance ou le Tribunal de grande instance. Lorsqu'il existe des circonstances aggravantes, l'auteur est systématiquement déféré devant le Tribunal de grande instance quelle que soit la durée de l'ITT. En matière de violences involontaires, la durée charnière est de 90 jours. Cette ITT pénale est une ITT fonctionnelle. Elle ne suppose ni l'immobilisation complète, ni l'absence totale d'activité, ni la perte intégrale d'autonomie. Elle implique simplement l'existence d'un traumatisme perturbant de façon anormale les actes de la vie courante, sans pour autant les interdire. Les demandes de ce certificat d'incapacité temporaire totale sont

le fait soit d'une réquisition d'un officier de police judiciaire, soit d'un patient précisant que ce certificat lui est indispensable pour porter plainte.
Il s'avère donc essentiel de ne pas confondre ITT pénale et DFT au civil. Ces évaluations, soit de la DFT, soit de l'ITT au pénal sont à mentionner au terme de la rédaction du certificat médical initial. À noter qu'il s'agit d'une évaluation totalement indépendante des arrêts de travail prévus par la législation de la Sécurité sociale.

◈ Consolidation

C'est un repère qui apparaît souvent très imparfait, voire inadapté aux handicaps les plus graves et aux séquelles psychotraumatiques. En effet la consolidation se traduit par une date précise correspondant au moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est devenu possible d'apprécier le niveau d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif. La consolidation correspond à la fin de la maladie traumatique, c'est-à-dire à la date fixée par l'expert médical de stabilisation des conséquences des lésions physiques et/ou de l'atteinte psychique. Elle n'est en aucun cas synonyme de guérison, mais elle n'est pas dénuée d'intérêt psychologique pour la victime dans la mesure où lui est ainsi signifié que prend fin une étape douloureuse, souvent longue, émaillée de phases de déstructuration, de tâtonnements thérapeutiques, d'avatars existentiels. Aussi, la fixation de cette date ne saurait être trop précoce, et l'expert ne devra pas hésiter le cas échéant à la différer de quelques mois, voire années, et conclure à la nécessité de revoir la victime au terme du délai proposé, mais elle ne doit pas être à l'inverse trop tardive sous peine de laisser s'installer une chronicisation. Il importe que la victime soit en mesure d'exprimer des signes indiquant qu'elle peut reprendre le cours de sa vie, qui ne sera pas certes celle d'avant, mais qui sera adaptée à son nouvel état post-traumatique. En droit commun, cette date de consolidation ne coïncide pas nécessairement avec une reprise d'activité professionnelle, laquelle peut être reprise avant ou nécessiter au contraire un report ultérieur plus ou moins prolongé par rapport à cette date, voire parfois une réorientation.

◈ Incapacité permanente partielle (IPP) – Déficit fonctionnel permanent (DFP)

L'incapacité permanente partielle (IPP) a été récemment remplacé par le déficit fonctionnel permanent (DFP) qui peut être défini "*comme correspondant à la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomophysiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours*" (Commission Européenne, juin 2000).
Il s'agit d'un préjudice permanent, c'est-à-dire ne pouvant être évalué qu'après la date de consolidation. Il s'agit d'un préjudice extra-patrimonial car réparant les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime, alors que les préjudices dits patrimoniaux concernent des aspects économiques (dépenses de santé, pertes de gains, incidence professionnelle, scolaire, etc.).
Ce DFP doit être chiffré, son importance traduite par un taux (cf. barèmes), ce qui ne doit pas dispenser, bien au contraire, de développer les arguments étayant cette évaluation. L'esprit dans lequel ce travail doit se dérouler est remarquablement exposé dans le Décret du 10 janvier 1992 concernant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des "troubles psychiques de guerre". Ce décret est applicable de droit aux victimes d'attentats terroristes, mais sa lecture ne devrait pas manquer d'inspirer les experts dans le cadre du droit commun. Ne précise-t-il pas d'ailleurs que "*dans le cadre du travail d'expertise, la névrose traumatique de guerre constitue, comme les séquelles psychiques d'accident ou de catastrophe en temps de paix, un état pathologique consécutif à des situations particulières... la négation de l'existence du trouble ne saurait uniquement reposer sur le caractère subjectif de l'expression des plaintes*".

◈ Souffrances endurées

Anciennement dénommé pretium doloris, ce chef de préjudice concerne "les souffrances physiques, psychiques ou morales" endurées pendant la maladie traumatique (avant consolidation), du fait des blessures subies ; leur évaluation se fait selon une échelle de sept degrés (de "très léger" à "très important"). À compter de la consolidation, les souffrances endurées vont relever du déficit fonctionnel permanent et seront donc indemnisées à ce titre. Exemples :
- Souffrances physiques : interventions chirurgicales ; soins divers (pansements, perfusions, piqûres, etc.) ; rééducation avant la date de consolidation... L'élément essentiel à prendre en compte est la douleur physique avec tout ce qu'elle peut entraîner de limitation des investissements psychiques élémentaires.
- Souffrances psychiques : saturation sensorielle (bruit, odeurs, visions apocalyptiques) ; sentiments d'effroi, de déshumanisation ; symptômes d'angoisse et de dépression ; soins pharmacologiques, mais aussi psychothérapiques qui peuvent constituer une contrainte existentielle ; souffrances liées à la révélation d'un handicap physique important ; angoisse concernant un agresseur qui n'a pas encore été identifié et arrêté ; sentiment d'injustice et de révolte contre la société et son incapacité à prévenir le traumatisme ; coupure avec l'entourage familial et amical ; perturbations des liens affectifs significatifs dus à l'hospitalisation et aux soins...
Il convient dans cette période précédant la date de consolidation qui peut être fort longue (plusieurs années) de définir avec précision ce qui relève des souffrances endurées et du DFT.

L'INDEMNISATION DU SYNDROME POST-TRAUMATIQUE

IL N'EST JAMAIS TROP TARD POUR AGIR À L'ENCONTRE DU RESPONSABLE...

XAVIER RAES*

Le professionnel du droit ne saurait dire si l'indemnisation du syndrome post-traumatique est de nature à participer à sa guérison, sinon à son traitement. Ce n'est ni dans ses compétences, ni même dans ses fonctions. Il se contentera simplement de relever que celui qui cause un dommage à autrui doit le réparer, ce qui peut paraître évident tant ce principe est maîtrisé naturellement par chacun. Le juriste rajoutera cependant : "Pourvu cependant que l'action à l'encontre de l'auteur du dommage ne soit pas prescrite...".

En effet, l'inaction du titulaire d'un droit est susceptible d'entraîner son extinction. Le droit de l'indemnisation n'échappe pas à principe. Il appartient en conséquence à la victime d'intervenir dans les délais fixés par la Loi pour obtenir la réparation de son préjudice.

Il existe aujourd'hui une réelle volonté politique de favoriser l'indemnisation des victimes. Elle se manifeste dans la mise en place de structures destinées à les accompagner dans leurs démarches juridiques. Elle se traduit également dans l'accroissement des délais qui leur sont octroyés pour agir à l'encontre du responsable de leur dommage (voir notamment l'accroissement progressif des délais de prescription des actions pénales et civiles en matière de crimes et délits à caractère sexuel à l'encontre des mineurs).

En matière civile, l'article 2270-1 du Code civil prévoyait que les actions en responsabilité civile extra-contractuelle se prescrivaient, à compter de la manifestation du dommage ou de son aggravation, par dix ans (ou 20 ans, lorsque le dommage était causé par des tortures, des actes de barbarie, des violences ou des agressions sexuelles commises contre un mineur).

L'apparition tardive du syndrome post-traumatique pouvait être génératrice de difficultés dans l'hypothèse où, dans le délai de dix ans à compter de sa première manifestation, il n'aurait pas été possible d'établir un lien de causalité avec le traumatisme qui en était à l'origine.

La Cour de cassation, notamment dans un arrêt en date du 4 mai 2000 (Cass. Civ. 2e, 4 mai 2000, Bull. civ. II n° 75, RCA 2000, n° 221, note Groutel), a statué sur la question en retenant qu'en cas de préjudice corporel, le délai de prescription commençait à courir à compter de la consolidation de la victime. La loi n° 2008-561 du 17 juin 2008, portant réforme de la prescription en matière civile, a consacré cette solution, en modifiant l'article 2226 du Code qui dispose aujourd'hui : "*L'action en responsabilité née à raison d'un événement ayant entraîné un dommage corporel, engagée par la victime directe ou indirecte des préjudices qui en résultent, se prescrit par dix ans à compter de la date de la consolidation du dommage initial ou aggravé. Toutefois, en cas de préjudice causé par des tortures ou des actes de barbarie, ou par des violences ou des agressions sexuelles commises contre un mineur, l'action en responsabilité civile est prescrite par 20 ans*".

La consolidation (distincte de la guérison ; il peut donc subsister des séquelles chez un patient consolidé) se définit comme le moment à partir duquel l'état de la victime n'est plus susceptible d'évolution en fonction des traitements médicaux qui lui ont été appliqués.

Le point de départ de la prescription de l'action en indemnisation du syndrome post-traumatique ne sera donc pas fixé à la date de sa première manifestation, mais après son diagnostic et son traitement, ce qui implique nécessairement *d'établir le lien de causalité entre l'événement traumatique et le syndrome qui en découle* (et former ainsi le triptyque requis pour une action en indemnisation : fait générateur, lien de causalité, préjudice).

Ainsi, quelle que soit l'ancienneté du fait générateur, il importe d'orienter la victime, dès le diagnostic, vers un avocat ou une association d'aide aux victimes qui pourront l'assister dans une éventuelle procédure d'indemnisation à l'encontre du responsable du dommage.

Juriste, SCP Lammens et associés, avocats au barreau de Lille, France

Associations d'aide aux victimes et associations de victimes

Olivia Mons*

Résumé

Les associations d'aide aux victimes (AAV) et les associations de victimes (AV) ont des rôles distincts et complémentaires. Les premières, regroupées depuis 1986 en France au sein de l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM), ont pour objectif "*l'accueil et l'écoute des victimes d'atteintes à la personne ou aux biens, d'une part, et l'aide psychologique, l'information sur les droits et l'accompagnement social des victimes, d'autre part*". Les secondes sont en général composées exclusivement de victimes et de familles de victimes, directes et indirectes, d'un même événement. Ainsi, elles peuvent être très différentes dans leur objet, leur éthique, leurs revendications. Une AV, contrairement à une AAV, peut se constituer partie civile au côté d'une victime individuelle dès lors qu'elle a cinq ans d'existence légale et qu'elle défend l'objet social de son association. Il serait simpliste d'opposer la défense des victimes par les AV à l'aide apportée aux victimes qui serait l'apanage des AAV. L'interaction entre les deux types d'associations est souvent remarquable.

Mots-clés

victime, association de victimes, association d'aide, INAVEM.

Summary: Victim support associations and victims' associations

The victim support associations (VSA) and victims' associations (VA) have different and complementary roles. The first ones, included since 1986 in France within the Victim support and mediation institute (INAVEM), have for objective "the reception and the listening of the victims of infringements on the person or on the possessions, on one hand, and the psychological assistance, the information about the rights and the social accompaniment of the victims, on the other hand". The seconds generally consist exclusively of victims and victims' families, direct and indirect, of the same event. So, they can be very different in their object, their ethics, their demands. A VA, contrary to a VSA, can constitute plaintiff in the side of an individual victim since it is five years old of legal existence and since it defends the association objective. It would be simplistic to set the defence of the victims by VA against the help brought to the victims which would be the privilege of the VSA. The interaction between both types of associations is often remarkable.

Key words

victim, victims' association, support association, INAVEM.

Quelle différence y a-t-il entre association d'aide aux victimes (AAV) et association de victimes (AV) ? Il y a tout d'abord cette distance linguistique créée par le mot "aide", non pas que les AV n'aideraient pas les victimes, loin s'en faut, mais l'idée de distance est à conserver pour mieux comprendre le distinguo entre les deux types de structure.

Les associations d'aide aux victimes

Selon Cario, doit être considérée comme victime toute personne en souffrance(s) [1]. De telles souffrances doivent être : personnelles (victimisation directe ou indirecte, individuelle ou collective, personne physique ou morale) ; réelles (c'est-à-dire se traduire par des blessures corporelles, des traumatismes psychiques ou psychologiques et/ou des dommages matériels avérés) ; socialement reconnues comme inacceptables (transgression d'une valeur sociale essentielle, événement catastrophique) ; et de nature à justifier une prise en charge des personnes concernées, passant, selon les cas, par la nomination de l'acte ou de l'événement (par l'autorité judiciaire, administrative, sanitaire ou civile), par des soins médicaux, psychothérapeutiques, un accompagnement psychologique, sociale et/ou une indemnisation. Les AAV se sont créées initialement autour d'une définition moins large, celle issue de la résolution de l'ONU [2], notamment sur la notion des faits subis, c'est-à-dire des infractions.

*Responsable de la communication, Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM), Paris, France

Initiative de la Justice, légitimités endogène et exogène

Au début des années 1980, c'est bien la prise en considération de la victime par rapport au processus pénal [3] qui a fondé la volonté du Garde des Sceaux, Robert Badinter, d'impulser le mouvement des AAV [4] qui apporterait son aide aux victimes. Celles-ci étaient jusque-là titulaires de quelques droits par rapport au mis en cause, mais pas véritablement actrices dans le procès pénal, au même titre que la société et l'accusé. Surtout, les victimes n'étaient pas aidées et accompagnées dans leur parcours. Des AAV se sont créées, conventionnées par le ministère de la Justice et, en 1986, elles se sont regroupées au sein de l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM – encadré 1). Au nombre de 150 en 2009, l'adhésion des AAV à l'INAVEM, fédération d'aide aux victimes, leur offre une reconnaissance et un label de sérieux.

Une fédération d'associations

L'INAVEM travaille depuis plus de 20 ans avec les autorités judiciaires de tous niveaux, ainsi que tous les ministères œuvrant au service des victimes. L'INAVEM a pour objet de promouvoir et de développer l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et tout autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes. C'est une fédération intégrant une plate-forme de services d'animation de son réseau, d'information et de documentation, de formation, et un dispositif de téléphonie sociale pour faire en sorte que les victimes accèdent à une aide de proximité (numéro national d'aide aux victimes 08VICTIMES : 08 842 846 37, sept jours sur sept, pour le prix d'un appel local). L'adhésion à l'INAVEM est ainsi un gage de sérieux et de qualité dans un monde associatif extrêmement touffu et complexe, d'autant plus que nous sommes dans des disciplines qui touchent certes au droit, en tant que technique, mais aussi à la fragilité de l'être humain, rendu vulnérable par les conséquences de faits dont l'État aurait dû le prémunir.

Légitimation de l'intervention des AAV

La légitimité des AAV vient du professionnalisme dont elles font montre et des quelque 300 000 victimes aidées par an. En 20 ou 25 ans, ces associations sont passées de structures indigentes en effectifs et peu salariées, à de véritables petites entreprises au service du public (près de 900 salariés, soit 450 équivalents temps plein contre 80 ETP de bénévoles). Un cadre d'intervention minimal a été posé autour de compétences indispensables comme la coordination des actions et surtout des professionnels formés : juriste, psychologue clinicien et travailleur de secteur social. Il existe encore néanmoins une grande hétérogénéité de structures du fait de bassins de population et de délinquance différents, et de moyens financiers parfois sans commune mesure d'un lieu à l'autre.

L'expertise des AAV est souvent mise à contribution lors d'auditions à la Commission des lois ou dans des comités de réflexion gouvernementaux. Mais la position des associations professionnelles et généralistes est difficile, au milieu du gué, entre les associations de victimes, revendicatrices d'une légitimité humaine, et les professionnels spécialisés (avocat, psychiatre, assureur...) revendiquant un non-empiètement de leur périmètre de compétences et d'actions. D'un point de vue textuel, la reconnaissance des AAV en France est venue d'abord timidement d'une circulaire du 13 juillet 1998 sur les victimes de violences sexuelles qui énonçait leur rôle : "*que toute personne victime d'une infraction pénale, quelque que soient son domicile et ses conditions de vie, puisse être reçue dans un service de qualité, accessible et gratuit, immédiatement après les faits si elle le désire, et qu'elle y trouve un accompagnement adapté notamment si elle a subi un traumatisme important. (...) Cet objectif ne pourra être atteint que si les différents acteurs judiciaires resserrent, à tous les stades de la procédure, leurs liens avec les services d'aide aux victimes*" [5]. Puis est venue la loi du 15 juin 2000 sur le renforcement de la présomption d'innocence et des droits des victimes qui stipule clairement que les AAV conventionnées par la Cour d'appel doivent être indiquées obligatoirement aux victimes qui déposent plainte auprès des services de police et de gendarmerie (article 53 du Code de procédure pénale – CPP).

L'intervention auprès des victimes est facilitée pour les AAV lorsqu'elles sont mandatées par une autorité, et notamment réquisitionnées par le Procureur de la République, selon l'article 41 al. 7 du CPP : accidents collectifs, attentats, convention pour des victimes particulièrement traumatisées... Elles peuvent intervenir également dans le cadre de conventions avec des ministères (Affaires étrangères, Éducation nationale, Santé et Sport...) comme avec des entreprises (transport, distribution, assurance, banque...). Quel que soit le cas, "l'aller vers", la proactivité des AAV vers les victimes doit être pleinement assimilée et acceptée par tous les acteurs de l'aide et comprise par les victimes, sans qu'il puisse y avoir la moindre confusion entre une sollicitation marchande et la sollicitude empathique.

Des professionnels au service des victimes

Le président d'une AAV est un professionnel qui a à connaître des victimes dans l'exercice de son métier, par exemple : avocat, magistrat, médecin légiste, professeur de droit, voire policier ou gendarme, assureur, enseignant... en activité ou retraités. Les AAV ont pour objectifs "*l'accueil et l'écoute des victimes d'atteintes à la personne ou aux biens, d'une part, et l'aide psychologique, l'information sur les droits et l'accompagnement social des victimes, d'autre part*" [6]. Il est indiqué également dans leur code de déontologie qu'elles ont pour objet : la reconnaissance de la victime et de ses droits ;

l'apaisement des conflits ; la lutte contre l'isolement ; la diminution du sentiment d'insécurité.

Dans les AAV, au-delà de l'exécutif dont la fonction est souvent difficile et contraignante dans un paysage idéologique et judiciaire changeant, l'action de terrain est promue par des professionnels qui, en plus de leur diplôme de base, se forment de manière complémentaire et plus précisément dans leur domaine : débriefing ou groupe de parole pour les psychologues ; l'application des peines ou la réparation du dommage corporel pour les juristes. En plus de ces modules, l'offre de formation de l'INAVEM s'ouvre largement aux professionnels de tous secteurs qui souhaiteraient avoir des connaissances en victimologie et sur des aspects très pratiques de l'accueil des victimes (cf. www.inavem.org).

Une aide généraliste et pluridisciplinaire

Dans les AAV, il y a avant tout des services qui sont à la disposition des victimes de manière entièrement gratuite et dans le respect de la confidentialité des entretiens. En premier lieu, il s'agit d'un accueil généraliste ouvert, non discriminant, qui permet à la victime d'évoquer des faits qu'elle a subis, une situation difficile ou simplement des images qui se seraient ancrées après un événement violent, sans crainte de jugements, d'être écoutée en toute confiance et empathie, et ensuite de bénéficier d'une aide ponctuelle, voire d'un accompagnement dans la durée. Dans les AAV, les intervenants sont dans une posture professionnelle et distanciée pour :

- accueillir toutes les personnes qui s'estiment victimes d'une infraction, quand parfois la victime est exclue, exclue d'une famille ou d'une communauté dont elle met un membre en accusation, exclue par la société qui n'a pas su recevoir sa plainte et reconnaître sa souffrance, exclue du monde des vivants quand il y a un traumatisme dû à l'infraction, exclue sans exclusion quand les proches, compréhensifs au début, ne comprennent plus pourquoi la victime ne parvient pas à tourner la page ;
- écouter sans remettre en cause le récit, entendre et informer sur les démarches administratives, sociales, judiciaires à entreprendre ;
- apporter un soutien psychologique à la victime traumatisée ou endeuillée (cf. C. Damiani, pp. 257-260) ;
- aider à se réintégrer au monde par l'écoute et la parole, par l'aide concrète et l'accompagnement au fil du temps, depuis le jour de la révélation de la victimisation à la réparation complète de la victime.

Ces missions des AAV sont cadrées et exercées soit au siège de l'association, soit dans des lieux d'accueil extérieurs ; délocalisées dans des mairies, elles peuvent être spécialisées dans des commissariats de police, brigades de gendarmerie, urgences hospitalières ou tribunaux notamment. Lorsqu'une victime d'infraction se présente dans une AAV, rien, absolument rien ne pourra lui être opposé pour qu'un professionnel ne puisse s'occuper d'elle. L'essentiel pour une AAV est que soit posé le plus rapidement possible un diagnostic global, généraliste, des besoins de la victime (aux plans matériel, psychologique, social et juridique), grâce au professionnalisme et à la pluridisciplinarité des équipes. Ce n'est qu'à cette condition, grâce à ce regard extérieur objectif, que les prises en charge, relayées chaque fois que cela est nécessaire par les partenaires du réseau local spécialisé, seront efficaces.

La prise en charge dans l'urgence

L'urgence première pour une victime d'infraction est d'abord l'urgence vitale, médicale, puis psychologique, d'où la création des Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP). Pour l'urgence du quotidien, de la violence conjugale, du cambriolage violent, il n'existait pas vraiment de solutions en dehors des horaires habituels, et surtout, quand cette offre de services pouvait exister dans l'immédiateté, elle ne se rendait pas sur place. Voilà bien la grande révolution des Services d'aide aux victimes dans l'urgence (SAVU) : la mobilité et la proactivité. Aller au commissariat ou à l'hôpital, à la demande d'un tiers prescripteur public (policier, gendarme, pompier, autorités judiciaires... selon les différents types de SAVU), pour se faire connaître de la victime, lui parler, la rassurer et l'assurer que dès le lendemain un relais serait passé à l'AAV. Plus encore, aller à son domicile, pénétrer l'intimité, sortir des locaux de l'association, c'est le grand progrès qu'on fait les AAV depuis plusieurs années : se rendre compte que l'infraction avait pour conséquence que la victime se recroqueville sur elle-même, et donc qu'il fallait aller vers elle pour l'aider, là où elle se trouve. Notons que le premier SAVU a vu le jour en 2002 à l'initiative de Jean-Louis Borloo, maire de Valenciennes, puis Ministre à la ville, en collaboration avec le Procureur de la République.

LES ASSOCIATIONS DE VICTIMES

QUI ? POURQUOI ?

À la différence des AAV, les AV sont en général composées exclusivement de victimes et de familles de victimes, directes et indirectes : bénéficiaires et adhérents en même temps. Au fil du temps, la victime a pu bénéficier d'une légitimité de sa parole au-delà de sa souffrance individuelle et subjective, grâce à sa prise en considération dans le processus pénal. L'agrégation de ces souffrances individuelles a permis l'émergence d'un phénomène social qu'est le rassemblement de plusieurs victimes qui se reconnaissent entre elles et se constituent en AV, et aussi le besoin d'adhérer à ces structures qui, souvent, viennent proactivement offrir leur aide au moment où la victime se sent le plus isolée, incomprise et perdue dans les méandres de la justice, voire des intervenants multiples qu'on lui propose.

Dans les AV, le fondateur est une personne qui est directement concernée par un événement, en général infractionnel et parfois naturel, repris dans l'objet social de l'association. Il est difficile de faire des généralités avec les AV ou dites ainsi, tant elles peuvent être différentes dans leur objet, leur éthique, leurs revendications. Néanmoins, il est de nombreuses AV qui sont tout à fait reconnues, respectées et réfléchies, et surtout qui ont fait largement progresser les droits des victimes et leur considération.

À chacun son association de victimes

Les AV tournent généralement autour soit d'une même catégorie de victimes – enfants disparus avec l'Aide aux parents d'enfants victimes (APEV) : assistance aux parents, avancée des droits, affichage des visages des enfants disparus... –, soit d'une catégorie d'infractions – victimes d'attentats avec SOS Attentats ; victimes d'accidents de la circulation comme Victimes et citoyens ; victimes d'accidents collectifs comme les victimes de l'incendie du tunnel sous le Mont-Blanc, de l'explosion de l'usine d'AZF de Toulouse, de la chute de la passerelle du Queen Mary II... – regroupées au sein de la Fédération nationale des victimes d'accidents collectifs (FENVAC), ou encore les victimes de violences sexuelles, comme l'Association internationale des victimes de l'inceste (AIVI) ou l'Association pour la protection contre les agressions et crimes sexuelles (APACS), fondée par le père de la première victime de Guy Georges, dans une volonté étendue par rapport à sa propre affaire de renforcer la législation contre ces infractions.

Il existe également ce que nous pourrions nommer des "micro-catégories", dont les victimes n'en sont pas moins importantes, comme les victimes de violences sexuelles subies durant l'enfance (Parole et justice), ou encore les enfants de victimes d'erreurs judiciaires suite à l'affaire d'Outreau (enfantdevictime.org créée en février 2006), ou les victimes de criminels en série, avec l'association Victimes en série (ViES) qui mêle, de manière assez atypique, en tant que membres de l'association, des victimes, des parents de victimes de Pierre Bodein ou de Michel Fourniret, mais aussi des avocats qui les représentent.

Victimes ou pas victimes, de la confusion à l'incompréhension

Des AV en appellent parfois à des catégories éparses qui regroupent des victimes d'accidents de la circulation, d'erreurs médicales, d'agressions, d'accidents de la vie, d'accidents à l'étranger. Dans cette énumération, il est question de victime (d'infraction pénale) comme les agressions ou les accidents de la circulation, mais il est aussi question d'autre chose, de personnes ayant eu à connaître un accident de la vie (une chute, un accident de loisir...) et qui ne sont pas des victimes au sens pénal. Donc, pour les citoyens non avertis, il peut y avoir un flou, une confusion, car sans y prendre garde, les personnes victimes, souvent désemparées et isolées, peuvent sincèrement confier leur détresse à des structures qui ne sont pas adéquates et pas toujours tout à fait transparentes. Même si le propos n'est évidemment pas de jeter le doute ou le discrédit sur les AV, il faut avoir un peu de recul pour ne pas se tromper dans l'aide que les victimes souhaitent recevoir. D'où la préconisation pour les personnes victimes d'une prise en charge initiale par des AAV, complétée par le recours à d'autres associations (spécialisées et de victimes), sérieuses et efficaces, partenaires des AAV.

Rôles et légitimité

Au-delà du manque de reconnaissance par la société évoqué plus haut, la colère envers l'État – qui devait être garant de la sécurité des personnes – peut enlever toute confiance en une quelconque structure qui serait institutionnalisée (enquêteurs, experts...). Dans ce sens, le premier rôle des AV est de connaître la vérité sur l'affaire qui les concerne, et pour se faire, se regrouper pour être plus fort ensemble et avoir plus de poids pour faire bouger les lignes et se faire entendre. C'est pourquoi nombre d'entre elles demandent souvent des actes (auditions, expertises) qu'elles jugent nécessaires à la manifestation de la vérité. Elles demandent qu'on ne leur épargne pas les discours des spécialistes qui leur permettent, justement, de mieux appréhender ce qui s'est passé, que ce soit dans des accidents technologiques ou des crimes.

La tentation et l'illusion du miroir

Le deuxième rôle est de se venir en aide les uns les autres, de se rencontrer afin de rompre son isolement social, le repli sur soi-même. Ceci fait appel à quelque chose de bien connu par ailleurs, la solidarité ; nous ne sommes pas dans une solidarité juste humaine, mais une solidarité élective qui choisit celui ou celle en qui la victime se retrouve, parce qu'elle a vécu les mêmes expériences douloureuses ; elles sont entre pairs. Savoir qu'une personne a vécu le même drame réconforte, car la victime ne se sent pas seule survivante, coupable d'être là, seule face à elle-même et face à une machine judiciaire inconnue et écrasante. Recevoir l'aide de personnes qui ont vécu quelque chose de similaire à soi permet d'avoir une image de soi en miroir, ou permet d'avoir une image de soi à un autre stade de reconstruction. Tout se passe comme si le mieux-être était obligatoire, puisque d'autres, dans les mêmes circonstances, ont réussi. En réalité, il n'en est rien. Si cette solidarité et cette assistance entre soi sont bien évidemment un atout pour les victimes, qui n'auraient pas rencontré les professionnels avec ce "plus", ce petit supplément d'âme dont parle Liliane Rocher, cofondatrice de l'APACS (cf. infra), ce miroir peut vite devenir une illusion délétère, illusion de bienfait alors que le plus grand travail de reconstruction se déroule à titre personnel, avec soi-même, soutenu et étayé par un professionnel. Pour ce qui est de cette prise en charge psy-

chologique, les AV n'ont aucune compétence, et parfois, au contraire : Marie-Christine Millequand [7], présidente de Traumapsy (www.traumapsy.org), explique que le fait de se sentir réconforté peut cacher le véritable traumatisme, qui n'aura pu être diagnostiqué rapidement faute d'une rencontre avec un professionnel de la santé mentale, comme les psychologues cliniciens salariés des AAV.

Les AV fournissent encore à leurs adhérents un accompagnement tout au long du processus pénal, au-delà du procès, dans certains cas particulièrement tragiques ; elles donnent des informations en droit et sur la jurisprudence, elles proposent des avocats spécialisés dans telle ou telle qualification pénale, elles peuvent elles-mêmes se porter partie civile aux côtés de leur adhérent, dans les conditions de la loi (article 2-1 et suivants du CPP sur la possibilité des associations de défense légalement constituée depuis plus de cinq ans de se constituer partie civile pour défendre son objet social). C'est là l'une des plus grandes différences entre les AV et les AAV : l'AV peut se constituer partie civile au côté d'une victime individuelle dès lors qu'elle défend l'objet social de son association. Enfin, les victimes et leurs familles ont un rôle important dans la prévention des infractions, qu'on se positionne du point de vue de la non-récidive ou de celui de la prévention par l'exemple. Ceci est particulièrement vrai dans la prévention des accidents de la circulation avec l'action des associations de lutte contre la violence routière, quand un rescapé handicapé explique ce qui lui est arrivé et parle à des jeunes des dangers de l'alcool ou du cannabis au volant, ou pour des AV d'accidents collectifs, qui souhaitent participer à un travail de sécurité et de prévention des catastrophes [8].

"Créée par des victimes, pour des victimes"

L'AV a, elle, une légitimité intrinsèque évidente puisque ce sont des victimes elles-mêmes qui l'ont fondée ou qui la composent. Souvent, les AV communiquent sur le fait que ce sont des associations "créée par des victimes, pour des victimes", slogan du site Internet de SOS attentats, association dissoute en 2008, faute de budget. Même si les choses ne se ressemblent pas exactement, il y a une souffrance commune qui obligatoirement fait écho au tréfonds de l'être, inexplicable à d'autres. Car les autres – amis, famille, soutenant au début – se lassent après quelque temps et ne comprennent pas que la victime ne passe pas à autre chose. Il y a aussi cette fonction de perpétuation du souvenir, surtout pour les AV d'événements collectifs, d'hommage et de commémoration anniversaire, avec parfois un déplacement comme après l'accident aérien de Charm el-Cheikh avec l'érection d'une stèle du souvenir.

Influence : des politiques aux médias

Les AV portent la parole de leurs membres, portent une parole collective auprès des parlementaires qui font les lois, auprès des médias qui font l'actualité. Elles ont toujours beaucoup plus de facilité à utiliser les médias que les AAV. En effet, l'histoire humaine, douloureuse, soit fait écho à d'autres souffrances, soit permet à certains de se repaître de la violence des hommes en tant que journaliste ou spectateur. Au pire, les représentants des AV portent leur souffrance en bannière pour demander que ce qui est arrivé n'arrive plus jamais, en revendiquant trop facilement et sans restriction des dispositions toujours répressives. Au mieux, par leurs prises de position, les AV contribuent véritablement à sensibiliser les institutions et les citoyens sur les conséquences matérielles, psychologiques et sociales des victimisations subies, et font avancer le droit. À côté du travail d'influence souvent bénéfique sur le droit des victimes, il y a une instrumentalisation évidente ; d'aucuns parleraient de récupération de la douleur issue de faits particulièrement et exceptionnellement graves pour légiférer très vite, s'appuyant le plus souvent sur des cas individuels qui suscitent une très vive émotion. Ils devraient au contraire être travaillés à distance, justement sans que la compassion, louable de tous, interfère dans des décisions graves en termes de principes du droit et de liberté.

ENTRE EMPATHIE ET COMPASSION

L'idéal pour la reconstruction des victimes est la conjugaison de rencontres [9] dans un but unique, l'aide, l'accompagnement et la réinsertion de la victime au monde. Cette conjugaison doit être cohérente et permettre à la victime morcelée par l'infraction de trouver l'aide globale et structurante, faite d'un accompagnement pluridisciplinaire rapide et dans la durée, et d'une orientation complémentaire vers les partenaires spécialisés des AAV. On ne peut pas simplement opposer la défense des victimes par les AV à l'aide apportée aux victimes qui serait l'apanage des AAV. De plus, l'interaction entre les deux types d'associations est souvent remarquable, notamment lors de la préparation de grands procès, comme celui de Michel Fourniret ou de l'accident de train de Zouffgen, ou bien dans la recherche d'enfants disparus entre SOS enfants disparus et l'action de recherche et d'affichage des AV spécialisées. Comme le dit Liliane Rocher, cofondatrice de l'APACS et maintenant séparée de l'association [10] : "*Si je suis aujourd'hui parmi vous, portant en permanence un corset moral qui m'est indispensable, c'est que j'ai rencontré sur ce chemin de croix qu'est la perte d'un enfant, des êtres qui, outre leurs exceptionnelles compétences professionnelles, ont un "plus", qui est le baume que l'on applique sur une plaie à vif pour que la douleur puisse être supportée au mieux*". Elle dit bien la compétence indispensable des enquêteurs, des magistrats, des avocats, mais ajoute que seule l'empathie, la sincérité de ces professionnels, la juste distance des AAV et le soutien d'autres victimes ont véritablement œuvré à sa fragile reconstruction. ▩

Références bibliographiques

1 - Cario R. Victimes et victimologie. À la recherche d'une définition ? Paris : Dunod, Psychocriminologie, 2008.

2 - Organisation des Nations Unies. Résolution n° 40-34 adoptée en 1985 par l'assemblée générale de l'ONU portant déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir. Manhattan : ONU, 1985.

3 - Commission d'étude et de proposition dans le domaine de l'aide aux victimes. Rapport remis au Garde des Sceaux en juin 1982 (sous la présidence du Pr Milliez).

4 - Cario R, Mons O. Mouvement associatif d'aide aux victimes. Paris : Dunod, Psychocriminologie, 2008

5 - Ministère de la Justice. Circ. 13/07/1998 JUS A 98-1777 C. Paris : Ministère, 1998.

6 - Institut national d'aide aux victimes et de médiation. Statuts revus en 2004. Paris : INAVEM (www.inavem.org).

7 - Millequand MC et al. Place des associations. In : Vaiva G et al. Psychotraumatismes : prise en charge et traitement. Paris : Masson, 2005 : 142-150.

8 - Steinlé-Feuerbach MF. Victimes d'accidents collectifs, aide et défense : la place des associations dans le procès pénal. In : Strickler Y. La place de la victime dans le procès pénal. Bruxelles : Éditions Bruylant (à paraître).

9 - Borzeix A, Amar L. Recherche sur le travail complémentaire de l'AAV (SAVIM) et l'association des sinistrés d'AZF (AS21). École polytechnique et CNRS, financé par le GIP Mission de recherche Droit et Justice, janvier 2006.

10 - Institut national d'aide aux victimes et de médiation. Humanité et compétence dans l'aide aux victimes. Paris : L'Harmattan, 2008.

Encadré 1

Institut national d'aide aux victimes et de médiation

L'INAVEM, fédération des associations d'aide aux victimes, a été créé en 1986 et s'est constitué en fédération à la faveur du changement des statuts de l'association en juin 2004.

Regroupant 150 associations d'aide aux victimes généralistes sur l'ensemble du territoire français, la fédération INAVEM mène des actions et met à disposition des publications régulières pour l'information de tous, en fonction d'une déontologie et de valeurs fortes qui s'appuient sur des fondements textuels, avec de nombreux acteurs, associations adhérentes, élus au conseil d'administration et équipe de salariés.

L'INAVEM est organisme de formation et propose ses activités de formation aux associations d'aide aux victimes adhérentes à la fédération, mais également aux partenaires extérieurs ayant un intérêt pour l'aide aux victimes. La fédération anime également une plate-forme téléphonique d'aide aux victimes (08VICTIMES : 08 842 846 37) pour que toutes les victimes aient une première écoute professionnelle et une mise en relation qualitative vers de services de proximité. Un centre de ressources documentaires s'est développé largement avec pour ambition de contribuer à la compréhension des différentes dimensions de l'aide aux victimes et de la médiation pénale : juridique, psychologique, sociale, associative... pour tous les publics.

La fédération s'inscrit dans une histoire, asseoit sa légitimité et son expertise en ayant une représentation nationale large, en travaillant en étroite collaboration avec de nombreux partenaires, opérationnels et financiers.

Depuis le début, l'INAVEM a tissé des liens au niveau international et continue à s'inscrire dans une dynamique internationale, en contribuant à mettre sur pied un réseau d'échanges sur l'aide aux victimes, et investissant en 2010 la journée européenne des victimes, le 22 février ,pour faire connaître l'aide aux victimes généraliste et professionnelle.

Fédération INAVEM
1, rue du Pré Saint-Gervais, F-93691 Pantin Cedex
Tél.: 33 (0)1 41 83 42 00
www.inavem.org

08VICTIMES
08 842 846 37
Sept jours sur sept, de 9 h 00 à 21 h 00

Le soutien psychologique au cours de la procédure judiciaire

Carole Damiani*

Résumé

Le soutien apporté aux victimes directes et indirectes d'infractions pénales, de catastrophes collectives ou encore d'accidents de la voie publique, par les psychologues des associations d'aide aux victimes l'est aussi au cours la procédure judiciaire. Les registres et les objectifs d'une procédure judiciaire et d'une psychothérapie post-traumatique ne doivent pas être confondus. La psychothérapie post-traumatique vise notamment à une réorganisation psychique, à élaborer le traumatisme psychique en suscitant une mentalisation et à se dégager d'une identité de victime ou de traumatisé. La procédure judiciaire n'est absolument pas thérapeutique, elle s'inscrit dans le champ social de la réparation. La procédure pénale vise à la sanction des actes commis et la procédure civile vise à la réparation, à l'indemnisation de la victime.

Mots-clés

victime, événement traumatisant, association d'aide aux victimes, procédure judiciaire, soutien psychologique. .

Summary: The psychological support during the judicial procedure

The support brought to the direct and indirect victims of penal infringements, collective disasters or still road traffic accidents by the psychologists of the victim support associations is also present during the judicial procedure. Registers and objectives of a judicial procedure and a posttraumatic psychotherapy must not be confused. The posttraumatic psychotherapy aims in particular at a psychic reorganization, to elaborate the psychotraumatism by arousing a mentalisation and to get free of victim's identity or of traumatized one. The judicial procedure is not absolutely therapeutic, it is a part of the social field of the repair. The criminal procedure aims at the sanction of the committed acts and the civil procedure aims at the repair, at the compensation of the victim.

Key words

victim, event traumatizing, victim support association, judicial procedure, psychological support.

Les associations d'aide aux victimes (AAV) adhérentes à l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) proposent un accompagnement social et juridique et un soutien psychologique aux victimes directes et indirectes d'infractions pénales, de catastrophes collectives ou encore d'accidents de la voie publique. Cet accompagnement peut être ponctuel ou se poursuivre jusqu'à la fin de la procédure pénale ou durée équivalente. Ainsi, une même personne, victime d'une infraction pénale ou d'un accident, pourra-t-elle, dans un même lieu, être informée de ses droits et accompagnée dans ses démarches, tout au long de la procédure judiciaire, par des juristes et/ou des travailleurs sociaux, et bénéficier d'un soutien psychologique suite à un événement traumatisant. Par ailleurs, des administrations et des entreprises privées peuvent faire appel aux psychologues des AAV lorsque leurs salariés sont victimes d'infractions pénales, telles que des braquages ou des agressions. Les psychologues organisent alors des débriefings collectifs lorsque des groupes constitués de salariés ont été exposés en même temps au même événement.

Outre ce travail "classique", les psychologues des AAV ont pour spécificité l'accompagnement des victimes durant la procédure judiciaire. Les registres et les objectifs d'une procédure judiciaire et d'une psychothérapie post-traumatique ne doivent pas être confondus. La psychothérapie post-traumatique vise notamment à une réorganisation psychique, à élaborer le traumatisme psychique en suscitant une mentalisation et à se dégager d'une identité de victime ou de traumatisé. En revanche, la procédure judiciaire n'est absolument pas thérapeutique, elle s'inscrit dans le champ social de la réparation. La procédure pénale vise à la sanction des actes commis et la procédure civile vise à la réparation, à l'indemnisation de la victime.

*Docteur en psychologie, Secrétaire générale de l'ALFEST, Paris aide aux victimes, INAVEM, Paris, France

Pour un sujet, victime d'une infraction pénale, le déroulement d'une psychothérapie est largement dépendant de la réalité et des aléas de la procédure judiciaire. Par exemple, l'identification de l'auteur des faits, son arrestation, son inculpation... sont autant d'étapes qui vont influencer plutôt favorablement la psychothérapie. En revanche, lorsque l'auteur de l'agression n'est pas identifié ou arrêté, la victime lui attribue une toute-puissance qui le place au-dessus des lois ; elle craint qu'il ne la retrouve, qu'il recommence. Ce sentiment de menace entretient la peur, la haine, mais aussi les symptômes psychotraumatiques. De la même façon, un classement sans suite ou un non-lieu, s'ils ne sont pas justifiés, expliqués par le magistrat qui les prononce, peuvent aggraver les conséquences traumatiques de l'infraction. Ainsi, les psychologues des AAV se doivent de travailler en interaction avec les juristes aux moments-clés du parcours judiciaire.

Avant la plainte

La démarche de déposer plainte n'est pas évidente pour toutes les victimes d'infractions. Elle est particulièrement difficile pour les jeunes adultes qui ont subi, durant leur enfance, des violences sexuelles en milieu familial. Un juriste de l'AAV pourra leur expliquer les démarches, les délais de prescription, les conséquences de la plainte, les orienter auprès d'un avocat spécialisé. Avec le psychologue, le sujet pourra se questionner sur ses ressources, ses attentes conscientes et inconscientes. Les obstacles majeurs à la révélation et au dépôt de plainte sont les suivants : le désir de protéger l'un ou l'autre des parents, voire les deux ; l'incertitude quant à l'attitude de la mère ; le déni ; la crainte de perdre le contrôle ou de détruire la famille, de faire plus de mal que de bien. Ces obstacles sont contrebalancés par la nécessité de protéger un frère ou une sœur plus jeune, le besoin que les faits soient reconnus et sanctionnés, de comprendre...

Il est vrai que la dénonciation des faits puis le dépôt de plainte, outre les remaniements psychiques qu'ils provoquent, sont bien souvent à l'origine de désagrégations familiales, de la révélation de toutes les ambivalences et des haines familiales. Il n'est pas rare qu'un membre de la famille (le père, auteur des faits, ou la mère complice plus ou moins consciente) fasse du chantage au suicide, rejette la victime qui se risque à révéler les faits. Pour cette raison, le psychologue doit représenter un étayage fiable où le sujet aura la certitude d'être entendu sans jugement et pourra prendre le temps d'une décision aux conséquences lourdes. C'est parfois une famille entière qui consulte pour peser les enjeux d'un dépôt de plainte. Si le sujet prend la décision de déposer plainte, sa démarche sera facilitée. En effet, le psychologue a des liens privilégiés avec le Barreau et avec la Brigade de protection des mineurs. Un rendez-vous pourra être pris avec un enquêteur, ce qui rend le dépôt de plainte plus confortable. Lorsque le sujet préfère ne pas entreprendre cette démarche, du moins pour le moment, il n'est pas rare qu'il choisisse de s'engager dans une psychothérapie.

Après la plainte

Au cours de l'instruction, le magistrat instructeur pourra convoquer la victime à des auditions, des confrontations et parfois une reconstitution. Il pourra également ordonner des expertises pour mieux cerner les éléments de personnalité ou évaluer les préjudices qu'elle a subis. Ces actes de procédure sont générateurs d'angoisse massive et de réactivation traumatique. Le psychologue peut accueillir la victime avant et après ces différents moments. Il peut aussi l'éclairer sur le contenu de l'expertise qui reste bien souvent obscur. Il n'est pas rare que la victime ne se reconnaisse pas dans le tableau qui est fait d'elle, parfois malheureusement à juste titre. Tout au long de la procédure judiciaire, le psychologue aidera le sujet a faire le lien entre la réalité événementielle, que tente d'approcher et de qualifier le magistrat, et la réalité psychique du sujet [1].

Le procès

Le procès représente un moment particulièrement important pour les victimes d'infractions pénales. Il est bien souvent considéré comme une étape fondamentale, le point d'orgue du parcours judiciaire [2]. Pour aider les victimes à mieux traverser cette épreuve, il est aujourd'hui possible de mobiliser une AAV. L'association peut être saisie de quatre façons différentes : soit directement par la partie civile elle-même, soit par un avocat de la partie civile, soit par le président de la Cour d'assises, soit par le Parquet (application de l'article 41-7 du Code de procédure pénale).

Étape préparatoire

Si la demande provient d'une victime ou d'un avocat pour un accompagnement impliquant un petit nombre de parties civiles, la préparation est individuelle. En revanche, lorsque le procès implique un grand nombre de parties civiles, la phase préparatoire est collective. Les magistrats, les avocats, les représentants associatifs identifient les besoins spécifiques des parties civiles (par exemple, aménagement matériel pour les victimes handicapées, un interprète pour des victimes étrangères, la réquisition d'un médecin pour une victime malade...) et organisent un dispositif adapté. Ensuite, les parties civiles sont réunies pour être informées de leurs droits et du déroulement des débats. Dans

le meilleur des cas, un magistrat, un huissier, un avocat, un greffier viennent expliquer leur rôle pendant un procès. Dans un second temps, un groupe de paroles pourra être animé par un psychologue pour que les victimes puissent exprimer leurs angoisses et leurs attentes.

L'accompagnement au procès

Les psychologues sont présents dans la salle d'audience et répondent aux sollicitations des parties civiles. Souvent, la confrontation avec le(s) auteur(s) des faits et avec l'événement traumatique ravive leurs blessures psychiques. Bien qu'ils se soient considérablement atténués, voire disparus, les reviviscences anxieuses et les cauchemars réapparaissent avec plus ou moins de virulence.

L'angoisse et les émotions sont particulièrement vives. Des salles permettant des échanges plus confidentiels sont mises à la disposition des psychologues pour qu'ils puissent s'extraire de la salle d'audience avec les victimes. Certains moments du procès sont plus générateurs de souffrance que d'autres : la lecture de l'arrêt de renvoi où les faits sont très finement et même crûment décrits, l'audition des parties civiles, le visionnage de cassettes ou la présentation de photos de la scène du crime, les plaidoiries, les réquisitions et l'énoncé du verdict. À ces moments, les parties civiles sont particulièrement débordées par l'angoisse, la violence des affects et des représentations. La honte, la culpabilité, la haine, voire les idées suicidaires les envahissent et les inquiètent. Elles sont alors très demandeuses d'entretiens psychologiques.

Le déroulement d'une psychothérapie est largement dépendant de la réalité et des aléas de la procédure judiciaire

L'après procès

Une information est proposée aux parties civiles sur les modalités de l'indemnisation, mais aussi sur l'exécution de la peine et les aménagements de peine dont peuvent bénéficier les condamnés. Cette information réajuste les représentations erronées et évite, aux parties civiles, de se laisser manipuler par les commentaires des décisions judiciaires exprimés par les journalistes.

Le psychologue accueille les victimes individuellement ou anime un groupe de paroles pour qu'elles puissent échanger sur le procès. Généralement, on observe un "contre-coup" de quelques semaines ou de quelques mois, une phase dépressive mais élaborative. C'est le temps nécessaire pour que la victime fasse le deuil d'une réparation idéale et parfaite, qu'elle renonce à ce qui ne sera plus, qu'elle ne soit plus dans l'illusion d'une sanction qui effacerait l'acte ou comblerait ce qu'il n'est plus, ou que le procès "guérit". S'il n'est pas thérapeutique, le procès apaise notablement le sentiment de culpabilité et le sentiment de vengeance.

Pour la plupart des victimes, même s'il reste un peu d'insatisfaction, cette fonction sociale de pacification suffit pour se détacher d'une éventuelle identité de victime. Le procès marque une fin, une suture. En revanche, pour un petit nombre d'entre elles, le procès n'a pas de sens. Elles le vivent comme une "mascarade" car elles en attendaient une réparation totale et illusoire. La moindre insatisfaction devient le siège d'une revendication sans fin sur la scène judiciaire. Le combat judiciaire et/ou politique vient en lieu et place d'un engagement thérapeutique qui serait moteur d'une évolution. Certaines deviennent le porte-parole, sur la place publique, de toutes les victimes, de leurs souffrances, plutôt que de faire face à la leur dans un espace intime, thérapeutique.

L'indemnisation

Les victimes peuvent prétendre à une indemnisation lorsqu'elles répondent à des critères précis. La Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) n'est pas liée aux décisions judiciaires. Les victimes, après expertise, peuvent obtenir une provision dans les mois qui suivent l'infraction et recouvrer l'indemnisation définitive, notamment après le procès. Il est parfois difficile de lui trouver un sens. Comment établir une équivalence entre les souffrances subies et endurées et la réparation financière qui ne sont pas du même registre, les blessures psychiques et la compensation financière étant deux réalités hétérogènes. Il ne faut pas oublier qu'être victime coûte cher. Suite à un événement traumatique, le sujet qui en est victime peut perdre son emploi, être obligé de déménager ou de changer d'orientation professionnelle, ou de recourir à de la chirurgie esthétique pour atténuer ou faire disparaître les ravages de l'événement traumatique. La réparation financière participe à la reconnaissance publique des souffrances et des préjudices subis. À ce titre, elle s'inscrit dans un échange social où s'exprime la solidarité collective, restauratrice d'un sentiment d'appartenance à la communauté humaine.

Éviter la victimisation secondaire

La victimisation secondaire fait référence aux conséquences indirectes des infractions pénales, lorsque l'entourage et les institutions judiciaires et sociales infligent aux victimes de nouvelles souffrances psychologiques ou aggravent les troubles psychotraumatiques, notamment par le manque de soutien et de reconnaissance de la part de ses proches, de la communauté en général [3].

Tout d'abord, l'entourage proche de la victime peut la surprotéger, l'envahir, voire l'infantiliser, ou au contraire, la rejeter ou l'isoler, banaliser ou minimiser le traumatisme. Les services enquêteurs et l'appareil judiciaire peuvent également mettre la victime en position d'accusée (elle le ressent ainsi), ses droits peuvent être ignorés. Sa plainte peut être contestée, non entendue ou non poursuivie (classement sans suite, non-lieu). Les instructions peuvent être longues et les audiences reportées ; la victime peut subir une confrontation sans que le magistrat prenne les précautions nécessaires, ou témoigner lors d'un procès et revivre une relation d'emprise. L'expertise peut nier le traumatisme psychique et l'indemnisation sera alors sans aucun rapport avec la souffrance psychique et les préjudices subis.

Les personnels médicaux et paramédicaux peuvent faire subir à la victime des examens médicaux intrusifs après un viol. Ils peuvent méconnaître ou sous-évaluer le choc psychique. Ils peuvent nier son incapacité à reprendre son poste de travail. Le milieu professionnel peut faire pression pour un retour rapide au travail, refuser d'aménager un poste, menacer de licencier par exemple.

Enfin, les journalistes peuvent violer l'espace intime des victimes, leur arracher des déclarations qu'elles regretteront par la suite, diffuser ou rediffuser des images lorsqu'elles sont blessées ou sidérées, divulguer des informations, avant même que la personne concernée soit officiellement informée, ou alors qu'elles devraient rester confidentielles.

Pour conclure

Le traumatisme psychique a des effets désorganisateurs non seulement sur le psychisme, mais aussi sur le sentiment d'appartenance à la communauté humaine, ce qui se matérialise par un fort sentiment d'abandon et une remise en cause de valeurs fondamentales telles que les sentiments de justice, d'équité, de solidarité et de sécurité notamment. De fait, le sujet aura un double chemin à parcourir. D'une part, un questionnement individuel, personnel, une mise en histoire qui ne peut se faire que dans l'intimité d'une relation thérapeutique. D'autre part, un parcours que d'aucuns qualifient d'initiatique qui vise à une reconnaissance sur la scène publique, pénale et indemnitaire.

L'aide apportée par les AAV, preuve de la reconnaissance et de la solidarité collectives, réinscrit le sujet dans une affiliation communautaire parce qu'elle rétablit des liens de confiance, parce qu'elle lutte contre les sentiments d'abandon et qu'elle restaure, autant que faire se peut, les valeurs fondamentales bafouées par l'infraction. Ceci suppose, pour le sujet victime, de renoncer aux bénéfices secondaires procurés par le "statut" ou l'identité de victime ou de traumatisé à l'appartenance au "groupe des victimes" pour se réaffilier à l'ensemble de la communauté. Pour ce faire, l'élaboration psychique et le parcours judiciaire l'aideront à clôturer un épisode de vie et à devenir tout simplement sujet de sa propre histoire et de son propre désir de vie.

Références bibliographiques

1 - Damiani C. Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2003 ; 3 (1) : 55-58.

2 - Damiani C. L'accompagnement psychologique durant le processus judiciaire. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2005 ; 5 (1) : 37-42.

3 - Gaudreault A. La victimisation secondaire. In : Jolivet D, Lopez G, Tzitzis S. Dictionnaire critique des sciences criminelles. Paris : Dalloz, 960-963.

Les apports d'Internet dans le champ du psychotrauma

Jean-Marc Dumas*

Résumé
Les personnes présentant un psychotrauma, ainsi que leurs proches, peuvent désormais trouver sur Internet des informations sur leur trouble et partager leurs émotions avec d'autres ayant vécu un événement traumatisant. Les professionnels de santé mentale s'approprient également progressivement cet outil à même de les aider dans leur pratique, en termes de formation et de recherche. Il s'agit aussi pour les professionnels habilités de mettre en garde le public vis-à-vis de sites qui proposeraient des techniques de soins marginales qui confinent au charlatanisme, voire à l'emprise sectaire.

Mots-clés
Internet, psychotrauma, information, formation, recherche.

Summary: The contribution of Internet in psychotraumatism field
The persons presenting a psychotrauma, as well as their close relations, can henceforth find on Internet information on their disorder and share their feelings with others having lived a traumatizing event. The professionals of mental health also appropriate gradually this tool to help them in their practice, in terms of training and research. It is also a question for the authorized professionals to warn the public against sites which would propose marginal techniques of care which border on the charlatanism, even on the sectarian influence.

Key words
Internet, psychotraumatism, information, training, research.

Cet article est une synthèse d'une revue de la littérature scientifique de Herbert et Brunet, publiée en février 2009 dans la *Revue francophone du Stress et du Trauma* [1] sur les différents usages d'Internet dans le champ du psychotraumatisme, que ceux-ci soient destinés aux victimes, à leurs proches ou encore aux professionnels en santé mental. Il répertorie six domaines d'application :
- l'information sur les troubles ;
- l'expression des émotions ;
- le diagnostic en ligne et l'orientation vers des services spécialisés ;
- l'intervention psychothérapeutique en ligne ;
- la formation des professionnels ;
- la recherche.

Il s'agit de faire ici le point sur ce courant, d'examiner les avantages et les limites de cet outil dans le champ du psychotraumatisme et de jeter un regard sur le futur.

Internet comme source d'informations sur le trauma

Bien que les librairies regorgent aujourd'hui de livres et de guides concernant la santé ou la psychologie, l'une des applications les plus courantes d'Internet est la recherche d'informations sur la santé. Un grand nombre de personnes présentant des troubles suite à un événement traumatique, ainsi que leurs proches, sont susceptibles de chercher de l'information sur le trauma (ou trouble de stress post-traumatique – TSPT). La popularité d'Internet comme ressource sur le trauma peut être illustrée par la fréquentation du site de l'Association américaine des troubles anxieux (adaa.org) qui reçoit environ cinq millions de visites par mois.

Il est aujourd'hui aisé de trouver de l'information sur le trauma avec des moteurs de recherche sur Internet. Ces informations peuvent être diffusées par des sites spécifiquement créés à cet effet (comme trauma-pages.com) ou représentant des organismes spécialisés dans le domaine (comme traumapsy.org – encadré 1) ou encore par des sites généralistes ayant évoqué le sujet (comme fr.wikipedia.org/wiki/Névrose_traumatique). On voit également apparaître aux États-Unis des sites où des psychiatres répondent à des questions (comme medical.justanswer.com) sur le trauma ou d'autres troubles psychiques.

Des études portant sur d'autres maladies (cancer, diabète...) mon-

*Revue francophone du Stress et du Trauma, *Princeps Éditions, Issy-les-Moulineaux, France*

trent que donner une information appropriée réduit significativement l'anxiété. Les personnes informées sont mieux équipées pour faire face à leurs troubles que ceux qui ne bénéficient d'aucune information. Il en va de même pour le trauma puisque pratiquement tous les patients reçoivent de l'information sur les troubles post-traumatiques lors de thérapies cognitivo-comportementales, psychodynamiques ou encore lors de débriefings psychologiques. Il apparaît donc essentiel que l'information disponible sur Internet soit de qualité afin d'obtenir un impact positif, puisque cette information aurait influencé 58 % des internautes américains en 2006 dans leur décision (consultation, traitement), et que trois quarts d'entre eux ne vérifieraient pas la source de ces informations.

Malheureusement, des recherches suggèrent que 42 % des sites Internet sur le trauma et les troubles anxieux diffusent une information erronée ou incomplète, voire dangereuse pour le patient dans 6 % des cas. Aussi, 75 % de ces sites ne donneraient pas les sources de l'information diffusée. De fait, peu de professionnels de santé mentale sont impliqués dans ces sites. Les internautes définiraient la crédibilité des informations seulement en fonction de l'aspect visuel (professionnel ou officiel) du site, du langage utilisé et de la facilité de navigation du site. Des informations inexactes, voire erronées peuvent donc bénéficier d'une audience très élevée. Une présence sur Internet plus marquée de sites sur le trauma issus d'organismes professionnels pourrait être une réponse à ce constat.

Internet comme moyen d'expression

Il devient aujourd'hui courant d'utiliser Internet comme moyen d'expression afin de partager ses idées ou ses émotions avec d'autres internautes (exemple : facebook.com avec plus de 100 millions d'utilisateurs). Il semble en être de même pour les personnes ayant vécu un événement traumatisant. En effet, de nombreuses victimes créent des journaux en ligne (blogues) où elles expriment leurs émotions (exemple : ptsdcombat.blogspot.com) ; d'autres créent des groupes de discussion (193 groupes de discussion sur le TSPT dans facebook.com) ou des forums spécialisés où elles échangent avec des personnes qui ont vécu un même type d'événement (exemple : vivantessantementale.blogspot.com et inceste.arevi.org). Ainsi a-t-on pu observer une multiplication de blogues et de forums à la suite de la fusillade du collège Dawson (Montréal, Québec) en 2006.

Si s'exprimer avec d'autres personnes qui ont vécu la même chose peut être bénéfique (groupes de parole), on peut penser que des groupes de victimes sans supervision d'un thérapeute peuvent à la longue entraîner un certain risque "d'enfermement" dans l'identité de victime, ou véhiculer des informations incomplètes ou erronées. Toutefois, une étude rapporte que 81 % des participants à un groupe de discussion en ligne sur la dépression bénéficiaient aussi d'une psychothérapie classique.

Internet comme outil permettant l'orientation et le diagnostic

Pour de multiple raisons (économique, géographique, culturelle, anxiété, etc.), il peut être difficile de prendre la décision de consulter un professionnel en santé mentale. La peur de l'inconnu peut parfois être une barrière à la consultation. Internet peut-il favoriser l'orientation vers un professionnel en offrant un premier "diagnostic" en ligne ?

Alors que l'une des premières expériences de l'utilisation de l'ordinateur pour effectuer un diagnostic en santé mentale date de 1973, le diagnostic en ligne est encore peu exploité. Si plusieurs sites Internet diffusent des listes de symptômes du TSPT, d'autres sites vont plus loin (comme info-trauma.org, slshealth.ca et adaa.org) et permettent d'obtenir un pré-diagnostic par le biais d'un autoquestionnaire (fidèle et valide) mis en ligne. Il convient toutefois de porter une attention particulière au phrasé du pré-diagnostic afin de ne pas induire une réaction émotionnelle sévère pouvant aller jusqu'à une tentative de suicide. Un diagnostic différentiel doit également être indiqué lorsque cela est possible. Enfin, il est indispensable d'inciter la personne à obtenir une confirmation de ce diagnostic dans la mesure où celui-ci est un acte réservé à un professionnel formé et qu'il sera probablement suivi de soins.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données suggérant qu'un pré-diagnostic bien fait ait eu des effets iatrogéniques ou nocifs. Au contraire, l'obtention d'un pré-diagnostic fiable sur Internet pourrait favoriser la prévention du TSPT. Peu de personnes consultent dans la première année qui suit l'événement potentiellement traumatique. Une détection précoce du TSPT par un pré-diagnostic, accompagnée d'une orientation vers des structures de soins locales, pourrait réduire les coûts pour la société ainsi que les effets négatifs que ce trouble engendre sur la qualité des personnes. Le pré-diagnostic et l'orientation en ligne se sont d'ailleurs avérés utiles à la suite d'une catastrophe de masse : un site Internet suisse a ainsi été mis à la disposition des victimes du tsunami de l'océan Indien de décembre 2004 afin de faciliter les contacts entre les touristes suisses et leurs services de santé. Internet, par ses coûts de fonctionnement réduit et sa capacité à rendre disponible à distance de l'information au plus grand nombre, s'avère un outil avec un potentiel de prévention majeur.

L'INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EN LIGNE

Alors qu'une intervention post-immédiate dans un contexte tel que celui du 11 septembre 2001 semble être difficile, Internet pourrait offrir une complémentarité pour les services de santé. Il apparaît toutefois que l'intervention post-immédiate par Internet en est encore à ses balbutiements puisqu'une seule expérience est en cours à notre connaissance.

Les expériences de psychothérapies en ligne auprès de personnes présentant un trouble de santé mentale, dont le TSPT, semblent en revanche se multiplier depuis plusieurs années. Les premières expériences ont été les psychothérapies par courriel. Ce genre de thérapie part du postulat bien démontré selon lequel mettre en mots son événement traumatique a des effets positifs sur les troubles. Les patients utilisant les thérapies en ligne (exemple : asktheinternettherapist.com) livreraient davantage d'éléments personnels que lors de thérapies classiques et pourraient effectuer la thérapie au moment de la journée où ils le souhaitent. Les thérapies par Internet peuvent également être utilisées sous d'autres formes, comme l'interaction entre le patient et le psychothérapeute par visioconférence ou encore par texte en temps réel (chat).

Une équipe de chercheurs de l'université d'Amsterdam a étudié la qualité du soin offert par une psychothérapie cognitivo-comportementale en ligne. Ainsi, 30 thérapeutes ont suivi 184 patients qui devaient écrire leurs émotions ou lire les instructions ou les informations que donnaient les thérapeutes. Le traitement a fait baisser l'intensité des troubles post-traumatiques, particulièrement les symptômes d'évitement, mais aussi la dépression comorbide. Par contre, si la majorité des participants ont apprécié l'anonymat que confère ce mode de thérapie, 40 % d'entre eux ont déploré le manque d'interaction humaine. Les bénéfices sont cependant similaires à ceux obtenus avec une thérapie cognitivo-comportementale classique et les auteurs concluent que cette forme de thérapie peut être une alternative intéressante pour les personnes qui sont réticentes à s'engager dans une thérapie plus classique ou isolées géographiquement. Cette étude a été reproduite en Allemagne. L'expérience a montré une réduction significative des symptômes de TSPT et comorbides (dépression, anxiété) plus grande que celle observée dans le groupe témoin. La présence d'une forte alliance thérapeutique et un faible taux d'abandon indiquent qu'une relation thérapeutique stable et positive peut avoir lieu dans une psychothérapie en ligne. Les effets de cette forme de thérapie semblent résister au temps puisqu'un an et demi après, les résultats resteraient significatifs. Cependant, l'efficacité de cette forme de thérapie devrait être de nouveau testée dans un contexte méthodologique plus rigoureux. Des psychothérapies de type cognitivo-comportementale davantage automatisées ont également fait l'objet d'expérimentation (exemple : trauma-assist-online.org).

Des expériences d'exposition graduée sous forme de réalité virtuelle voient également le jour. Cette technologie a été testée sur quelques militaires américains revenant de la guerre en Irak et présentant un TSPT. Ainsi, un programme nommé Virtual Irak a pour but de réexposer graduellement les patients (vue, odeur, son) afin de leur permettre de verbaliser leurs émotions tout en apprenant à les gérer. Toutefois, les recherches se limitent actuellement à des études de cas. En outre, on peut se demander jusqu'à quel point il est possible d'individualiser le traitement en fonction de l'expérience traumatique unique du patient.

Il faut attendre la publication d'autres résultats sur la thérapie en ligne avant de mieux mesurer son efficacité par rapport à des approches plus classiques et mieux établies. Ceci dit, les thérapies en ligne ont un avantage indéniable en ce qu'elles sont disponibles à faible coût n'importe où dans le monde et utilisables par un grand nombre de personnes après un événement catastrophique de masse.

Par ailleurs, Internet ne semble pas transposable à tout type de thérapies (psychodynamique par exemple). En effet, cette forme de thérapie interdit l'interprétation des comportements non-verbaux, du débit du langage, des troubles de l'élocution, des fluctuations dans la voix ainsi que des lapsus. Ce mode de relation thérapeutique par l'écrit peut également faciliter les malentendus. Aussi, la confidentialité des échanges ne peut être réellement assurée dans le cadre de données informatiques. Enfin, la relation de face-à-face reste importante en cela qu'elle permet au patient d'allouer un temps distinct pour sa thérapie et un cadre qui ne semble pas exister aujourd'hui dans les thérapies en ligne.

Enfin, ces nouvelles formes de thérapies doivent répondre à la même éthique que celle d'une thérapie classique. Alors que l'American Psychological Association (apa.org) projette de modifier son code d'éthique dès sa prochaine révision en vue de s'adapter à ces nouvelles formes de thérapies, l'International Society for Mental Health Online (ismho.org) et la Psychiatric Society for Informatics (PSI) recommandent d'informer le patient, avant de commencer la thérapie en ligne, de tous les bénéfices et les limites de ce genre de thérapie, et de donner de l'information sur les thérapies classiques qui peuvent se substituer à celle-ci. Le patient doit également être informé de la procédure exacte (temps, évaluation, etc.) ainsi que de ses conditions (confidentialité versus anonymat, qualification des professionnels, possibilité de contact, etc.). Il s'agit aussi pour

les professionnels habilités de mettre en garde le public vis-à-vis de sites qui proposeraient des techniques de soins marginales qui confinent au charlatanisme, voire à l'emprise sectaire.

Les formations des professionnels

Si l'Internet offre à la personne traumatisée une variété de nouvelles ressources, il en va de même pour l'étudiant et le professionnel en santé mentale désireux de parfaire ses connaissances sur le trauma. Par exemple, l'université McGill (Québec) diffuse depuis l'année 2009 une formation continue en ligne (info-trauma.org) permettant d'apprendre à diagnostiquer un TSPT à l'aide d'un entretien semi-dirigé validé. L'ensemble des intervenants du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec vont ainsi se former à distance afin de se préparer à la gestion d'un événement traumatique de masse. De même, l'université MUSC (Medical University of South Carolina) a développé un cours sur Internet (tfcbt.musc.edu) permettant d'apprendre à conduire une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'enfants ayant vécu un événement traumatique.

Les étudiants ou les professionnels en santé mentale peuvent également aujourd'hui accéder facilement en ligne au contenu de revues scientifiques comme le *Journal of Traumatic Stress* (istss.org/publications), le *Journal international de victimologie* (jidv.com) et au contenu de la *Revue francophone du Stress et du Trauma* sur le site de l'ALFEST (trauma-alfest.com). Ils peuvent également consulter des bases de données en ligne spécialisées (PsycINFO, PubMed, Pilots, etc.) qui se révèlent être de véritables bibliothèques virtuelles permettant d'accéder aux derniers articles de recherche.

Certains sites Internet, comme celui du National Center for PTSD (ncptsd.va.gov), proposent des vidéos, des posters, des fichiers audios téléchargeables sur un baladeur numérique sur la problématique du TSPT. Ces nouveaux modes de diffusion de la connaissance illustrent une extension du *e-learning*, soit le *m-learning* (*learning with mobile devices*). Ce genre de service peut aussi permettre aux professionnels de bénéficier aisément de conférences ou de séminaires sans souci de déplacement ou de temps.

Internet apparaît donc comme un outil permettant un plus large accès au savoir, tant pour les étudiants que pour les professionnels, dont peuvent particulièrement bénéficier les pays en développement. Toutefois, le *e-learning* ne peut se substituer entièrement à l'enseignement classique (manque d'interaction humaine) ; il semble devoir davantage se combiner avec lui.

De nouvelles perspectives pour la recherche ?

Internet ne doit pas seulement être vu comme un outil de recherche d'informations mais également comme un nouvel outil pour faire de la recherche, laquelle a généralement un coût élevé en argent, en travail et en temps. Internet peut-il permettre de faire des études fiables tout en allégeant ces coûts ?

Une équipe de chercheurs de l'université de Westminster (Grande-Bretagne) a étudié la faisabilité et la validité d'Internet comme mode de recueil des données en santé mentale. L'étude a porté sur le trouble panique. Ces chercheurs ont mis en ligne un questionnaire destiné aux personnes souffrant de ce trouble et ont comparé les résultats avec des données issues de mode de recueil plus classique. L'étude a démontré que les résultats obtenus par Internet étaient semblables aux résultats issus de la littérature sur le sujet. Ce mode de recueil des données pourrait donc être envisagé pour effectuer les recherches longitudinales si difficiles à accomplir, particulièrement dans un contexte post-traumatique. En effet, le grand nombre de participants pourrait palier la fragilité de ce type d'étude importante dans la compréhension d'un phénomène. Mais aussi, il devient aisé de contacter de nouveau les participants par courriel en un clic.

La recherche via Internet permettrait également d'accéder à des informations plus personnelles et plus sensibles par rapport à d'autres méthodes de recueil des données. En effet, certaines études ont montré que le fait de ne pas être devant un thérapeute permet au participant de dévoiler davantage d'aspects intimes de sa vie. La peur d'être jugé pourrait être moindre et ainsi favoriser l'expression des sentiments.

Internet peut également servir de lieu commun de réflexion. En effet, il est possible d'y réunir aisément des experts du monde entier et de les faire travailler pendant un temps donné sur un problème complexe.

Conclusion

Pour Herbert et Brunet, la clinique du trauma comporte un certain nombre de défis auxquels Internet peut, en partie, répondre. Les patients et leurs proches peuvent donc aujourd'hui bénéficier d'informations, de conseils, d'un pré-diagnostic, d'une orientation, voire d'une thérapie en ligne. Ces expériences vont probablement se multiplier dans les années qui viennent. Ces développements sont vus comme des avancées, mais ce qui peut apporter une aide pourrait, dans certains cas, être

nuisible pour la santé mentale des internautes présentant un TSPT si ce qui leur est offert est de piètre qualité...

Les professionnels, eux, peuvent d'ores et déjà bénéficier de formations avancées sans se soucier du pays de la formation ni d'une date où elle serait offerte. Ils peuvent également visionner des conférences auxquelles ils n'auraient pas pu participer. Les outils professionnels (tests, guides, etc.) deviennent également accessibles aisément par téléchargement. Ici encore, la validité de ce qui est disponible en ligne doit être vérifiée.

Les planificateurs en santé publique peuvent organiser des campagnes de sensibilisation sur le trauma ayant beaucoup d'impact à moindre coût. Ils peuvent également intégrer Internet dans des plans de secours après une catastrophe afin de faciliter l'orientation des victimes vers des structures de soins adaptées. Internet peut donc permettre de sensibiliser, voire de traiter, un grand nombre de personnes, ce qui peut s'avérer particulièrement utile en cas de catastrophe de masse ou comme outil de prévention secondaire en complément d'une intervention classique. Il peut également permettre de venir en aide à une population qui souhaite rester anonyme, qui est hésitante, ou encore à une population qui ne bénéficie pas d'un accès aux soins satisfaisant. L'efficacité des interventions par le biais d'Internet demande toutefois à être mieux démontrée.

Enfin, faire de la recherche par le biais d'Internet peut devenir un standard pour les études de demain. Il devient ainsi aisé, rapide et peu coûteux d'atteindre une taille d'échantillon plus élevée ou de faire des recherches longitudinales. Il faudra néanmoins résoudre les problèmes inhérents à cette nouvelle façon de faire de la recherche (population non représentative, sécurité des données personnelles, etc.).

Que cela soit en matière d'information, d'expression, de psychothérapie, de formation ou de recherche, Internet ne doit pas se substituer aux pratiques existantes mais se combiner à elles en termes de complémentarité. Aussi, si Internet offre de nouvelles possibilités, il offre également de nouveaux problèmes à résoudre : efficacité des approches, biais, dangerosité des mauvaises pratiques.

Remerciements à :
- Christophe Herbert, psychologue clinicien, Laboratoire de recherche sur les psychotraumatismes, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec.
- Alain Brunet, professeur agrégé de psychiatrie, Directeur du laboratoire de recherche sur les psychotraumatismes, Université McGill, Québec.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1 - HERBERT C, BRUNET A. Psychotraumatismes : quel rôle pour Internet ? *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2009 ; 9 (1) : 55-64.

ENCADRÉ 1
www.traumapsy.org

Le site de *Trauma Psy* n'offre aucun soin ni suivi par Internet ou autre moyen. Son unique objectif est d'informer et d'orienter les personnes victimes, les professionnels de santé et bien entendu le grand public.

On peut clairement établir le pouvoir de désinhibition du web car en découvrant à travers le site la réalité de leurs symptômes, et parfois leur causalité (un événement oublié ou qui ne semblait pas poser de problème particulier), les personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT) non diagnostiqué expliquent souvent qu'elles se confient pour la toute première fois sur leur souffrance et parfois aussi sur l'événement même gardé secret (un viol en général). Il arrive que certaines personnes découvrent qu'elles ont un ESPT alors qu'elles sont parfois prises en charge psychologiquement depuis longtemps. Toutes éprouvent une grande satisfaction à appartenir à une communauté virtuelle, à ne plus se sentir seules et elles entretiendraient très facilement une relation suivie et très intime par e-mail.

Ces personnes sont extrêmement vulnérables et demandeuses de soins pour aller mieux : "*Elles nous font une confiance totale et vont immédiatement consulter le spécialiste en psychotraumatologie lorsque nous leur en indiquons un dans leur région. Elles iraient avec autant de confiance chez n'importe quel charlatan ou vendeur de bien-être que nous leur indiquerions*".
Nous sommes également approchés régulièrement pour promouvoir des sites ou pratiques que notre conseil scientifique juge pour le moins inadaptés et coûteux.

Un échange d'e-mails entre un psychiatre ou psychologue et son patient déjà en relation "normale" peut être une aide formidable pour le patient qui ne peut s'exprimer lors de séances "de visu" ou évacuer le "trop-plein" de souffrance créé souvent par la psychothérapie.

Le site comporte en outre une section réservée aux professionnels de santé, et l'on constate que les praticiens sont dans une grande demande de formation spécifique, qu'ils recherchent le contact avec des soignants expérimentés pour avoir un retour sur leurs propre pratique et un partage du savoir-faire

Marie-Christine Millequand, Présidente
Trauma Psy
BP 6, F-62810 Avesne-Le-Comte

Secret professionnel et signalement des maltraitances

Corinne Vaillant*

Résumé
Que recouvre la notion de secret professionnel, que peut-on dire ou ne pas dire quand on y est soumis ? Que faire plus précisément quand on a connaissance de maltraitances dans le cadre de son activité, couverte par le secret professionnel ? Doit-on ou peut-on se taire, doit-on ou peut-on signaler ? Et si oui, comment ? Autant de questions que se posent régulièrement les professionnels. L'articulation des multiples textes, leur évolution et leur complexité ne rendent pas la réponse aisée au premier abord. Il faut avec patience retrouver le sens de ces notions pour finalement y trouver son chemin et pouvoir agir.

Mots-clés
maltraitance, signalement, secret professionnel.

Summary: Professional secrecy and report of ill-treatments
What does the notion of professional secrecy recover, what can we say or not say when we are subject to it? What more exactly can we do when we have the knowledge of ill-treatments within the framework of our activity, covered by the professional secrecy? Do we owe or can keep silent, do we owe or can indicate? And if yes, how? So many questions as the professionals settle regularly. The articulation of the multiple texts, their evolution and their complexity do not give the well-to-do answer at first sight. It is necessary to find with patience the sense of these notions to finally find there our road and be able to act.

Key words
ill-treatment, report, professional secrecy.

De plus en plus de professionnels sont soumis au secret professionnel, soit en raison de leur métier, soit en raison de leur activité permanente ou occasionnelle. Il importe donc en premier lieu de définir cette notion. Celle-ci apparaît pour la première fois en 1810 dans le Code pénal. Le législateur, pour en sanctionner la violation, doit d'abord la définir. L'article 226-13 du Code pénal précise : "*La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende*". On peut ainsi définir le secret professionnel comme une obligation faite à certaines personnes de garder secrètes les informations qui leur ont été confiées dans un cadre précis. Le respect du secret professionnel est l'une des composantes du droit de l'individu au respect de sa vie privée consacré par l'article 9 du Code civil.

Qui est tenu au secret professionnel ?

La loi distingue trois catégories de personnes qui en sont dépositaires et qui y sont tenues, en raison soit de leur état, soit de leur profession, soit de leur fonction ou de leur mission.

En raison de leur état

Ce sont les prêtres, les rabbins, les pasteurs, mais seulement s'ils ont reçu ces confidences dans le cadre de l'exercice de leur ministère (exemple : confession pour le prêtre). Il n'y a pas de protection du secret s'il ne s'agit pas de confidences mais d'informations recueillies par le prêtre à sa propre initiative (Tribunal correctionnel, Caen, 4 septembre 2001).

En raison de leur profession

En général, un texte (loi, décret ou règlement) précise quels professionnels sont soumis au secret professionnel. Historiquement, les médecins furent les premiers tenus au secret médical, par une obligation déontologique avant d'être légale. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, le secret médical est défini spécifiquement par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique (CSP) : "*Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé, ou tout autre organisme participant à la*

*Avocate au Barreau de Paris, France

prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant". Cette obligation a été étendue à toutes les professions de santé par des textes spécifiques. Citons notamment : les chirurgiens dentistes, les infirmiers (Art. L.4314-3 du CSP), les orthophonistes (Art. L.4323-3 du CSP), les orthopédistes, les kinésithérapeutes (Art. L.4344-2 du CSP), les sages-femmes. Elle concerne également les étudiants en formation pour intégrer ces professions. La loi du 4 mars précitée (Art. L.1110-4 du CSP) l'a étendue, de façon plus générale, à tous les professionnels intervenant dans le système de santé (personnel des établissements de santé exerçant des fonctions administratives par exemple), ainsi qu'à toute personne en relation avec ces établissements de par leur activité (travailleurs sociaux, représentants des usagers). Des bénévoles peuvent y être aussi soumis, l'absence de rémunération n'étant pas un critère d'exclusion de cette obligation. Dans d'autres domaines, certaines professions sont aussi soumises aux obligations du secret professionnel : avocats, officiers ministériels (huissiers, notaires), banquiers, magistrats.

En raison de leur fonction ou de leur mission

Certaines personnes y sont soumises en raison des fonctions exercées ou de la mission, fût-elle ponctuelle, qui leur est confiée. Ainsi en est-il pour les membres de commissions, comme la Commission nationale informatique et liberté (CNIL), la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) ou les commissions d'admission à l'aide sociale. De même, en matière de protection de l'enfance, l'article L.221-6 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que toutes les personnes qui participent aux missions du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) sont tenues au secret professionnel ; y sont ainsi soumis des personnels exerçant des professions très différentes : assistants sociaux, personnels des PMI, des établissements de l'ASE, personnels collaborant au Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM), mais aussi les inspecteurs, les éducateurs, les assistantes familiales, les agents administratifs (secrétaires, etc.), les éducateurs de prévention.

De plus en plus de textes imposent le respect du secret professionnel aux membres des commissions ou institutions au fur et à mesure de leur création (ainsi en est-il du "coordonnateur" désigné par le maire parmi les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou famille : Art. 121-6-2 du CASF, Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007). Ainsi que l'écrit Py, cette évolution conduit certains à préconiser d'utiliser désormais l'expression de secret "fonctionnel" plutôt que professionnel [1]. Dans un autre domaine, on peut citer l'obligation au secret des jurés qui est générale et absolue.

L'étendue du secret professionnel

Le secret professionnel est absolu. Cependant, de plus en plus souvent il est demandé à des personnes tenues au secret professionnel de s'en affranchir et de parler.

La convocation en justice

Ainsi, les professionnels tenus au secret peuvent être appelés à témoigner devant des juridictions civiles ou pénales. Sur le plan civil, les personnes qui justifient d'un motif légitime sont dispensées de témoigner (Art. 207 du Code de procédure civile). On peut considérer que le respect du secret professionnel constitue un motif légitime. Cependant, si le professionnel a reçu mandat par le juge de lui rendre compte d'une situation spécifique, celui-ci ne peut ensuite opposer le secret pour refuser de lui répondre (Crim., 8 octobre 1997 : Bull. Crim. n° 329). Devant les juridictions pénales (Juge de proximité, tribunal correctionnel ou cour d'assises), la jurisprudence est jusqu'à présent constante : toute personne soumise au secret professionnel est tenue de comparaître et de prêter serment en cas de citation à témoigner, mais a le droit et le devoir de ne donner aucune explication sur des faits dont elle a eu connaissance en raison de sa profession et qui lui auraient été révélés à titre confidentiel (Crim., 6 juillet 1894 : DP 1899.1.171 ; Cour d'assises de la Seine, 10 avril 1877 : DP 1878.5.442). L'article 109 du Code de procédure pénale dispense d'ailleurs expressément les personnes tenues au secret professionnel de l'obligation de déposer.

Les perquisitions et saisies

Les articles 56 et 96 du Code de procédure pénale imposent au magistrat de "*provoquer préalablement toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel*". Mais la loi du 9 mars 2004 (Loi n° 2004-4 du 9 mars 2004 : Perben II) permet la réquisition de documents par la police, le procureur ou le juge d'instruction (respectivement Arts 60-1 al 2, 77-1-1 et 99-3 du Code de procédure pénale), sans que puisse être opposé, "sans motif légitime", le secret professionnel. Le fait de ne pas répondre à cette réquisition est puni d'une amende de 3 750 euros. Il n'y a pas encore de jurisprudence, à notre connaissance, permettant de caractériser le motif légitime. Cette réquisition dorénavant autorisée par la loi ne concerne en tout état de cause que les écrits.

L'inopposabilité du secret à l'autorité dont on tient sa mission

Ainsi, les professionnels exerçant une mission de service de l'ASE sont tenus de transmettre sans délai au Président

du Conseil général ou à la personne désignée par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs ou leur famille peuvent bénéficier, et notamment les mineurs en danger ou qui risquent de l'être (Arts 221-6 et 226-2-1 du CASF).

Dérogations et signalement

L'article 226-14 du Code pénal énumère les situations dérogatoires où la révélation d'informations couvertes par le secret ne peut faire l'objet de sanctions pénales ou disciplinaires (le dernier alinéa de cet article ajoute en effet que "*le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire*"). Ces dérogations sont à la fois générales "*dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret*" et particulières (alinéas 2, 3 et 4 de cet article) dans trois séries d'hypothèses dont deux concernent les maltraitances : la révélation de privations ou de sévices infligés à un mineur ou une personne vulnérable, celle de violences sexuelles et la dénonciation de personnes dangereuses.

Les cas où la loi autorise de révéler

Il s'agit de divers textes prévoyant sur le plan civil la communication aux débats de documents couverts par le secret professionnel (certaines lettres d'avocat, dossier médical de patient dans le cadre d'une expertise par exemple) et, sur le plan pénal, de la possibilité pour un professionnel de s'affranchir du secret pour les besoins de sa défense afin d'éviter une condamnation (Cour d'appel, Douai, 26 octobre 1951 : Gazette du Palais 1951 ; 2 : p 425).

Les cas où la loi impose de révéler

Ces cas sont en principe strictement délimités par des textes de loi. Il s'agit ainsi de l'obligation pour les médecins de dénoncer aux autorités sanitaires les maladies contagieuses et vénériennes (L.3113-1 du CSP), de déclarer les naissances et les décès, de révéler des signes évoquant une pratique de dopage (L.3622-4 du CSP), ou de la possibilité de rédiger des certificats médicaux préconisant l'hospitalisation sous la contrainte d'un malade mental (L.3212-1 du CSP).

La révélation de privations ou de sévices

Selon l'article 226-14-1 du Code pénal, ne peut être poursuivi pour violation du secret professionnel "*celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique*".

Il peut s'agir de privations de nourriture ou de soins (physiques ou psychologiques). La notion de sévices s'entend également au sens large et inclut les violences sexuelles (agressions et viols), mais également les atteintes sexuelles commises par un adulte, sans violence, menace, surprise ou contrainte (Arts 227-25 et 26 du Code pénal). Sont concernées les victimes mineures (de moins de 18 ans) ou celles particulièrement vulnérables quel que soit leur âge. Précisons enfin que le signalement est entendu au sens large et peut être effectué auprès de toute autorité et donc pas seulement au Procureur de la République. La loi permet donc au professionnel de s'affranchir du secret en cas de maltraitance de toute nature.

La révélation de violences par un médecin

Selon l'article 226-14-2, il n'y a pas de violation du secret professionnel pour "*le médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire*". Seuls les médecins sont concernés par ce texte.

Il faut donc l'accord de la victime, sauf si elle est mineure ou particulièrement vulnérable, ce qui réduit le champ d'application de cet alinéa. Notons également que le Procureur de la République est le seul destinataire de ce signalement et apprécie la suite à y donner dans la mesure où des poursuites pénales peuvent être engagées.

La dénonciation de personnes dangereuses

Enfin, l'article 226-13 du Code pénal sur le respect du secret professionnel n'est pas applicable "*aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le Préfet et, à Paris, le Préfet de police, du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une*".

Cette exception a été introduite plus tardivement (Loi du 19 mars 2003 : Perben I). Elle ne trouve à s'appliquer que dans de rares cas puisque deux conditions doivent être réunies simultanément : la personne reçue par le professionnel est dangereuse et elle détient une arme ou a fait part de son intention d'en acquérir une.

Dans ces trois cas, ce texte n'impose pas le signalement, mais laisse le professionnel libre d'agir en écartant toutes poursuites pénales ou disciplinaires pour violation du secret.

OPTION DE CONSCIENCE OU OBLIGATION

Cependant un autre texte, l'article 434-3 du Code pénal (instituée par la loi du 15 juin 1971, initialement pour les dénonciations aux autorités administratives, puis étendue par la loi du 2 février 1981 pour les autorités judiciaires) oblige toute personne qui "*a connaissance de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse*" à dénoncer cette infraction aux autorités administratives ou judiciaires sous peine de sanction (trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende). Mais la loi a expressément exclu les personnes tenues au secret professionnel qui ne sont donc pas tenues de dénoncer l'infraction dont elles auraient connaissance. Ces derniers ont le choix entre la dénonciation et le secret.

Ainsi en a jugé la Cour d'appel d'Aix-en-Provence au sujet d'un médecin : "*un médecin ne peut être condamné du chef de non-dénonciation de mauvais traitements sur mineure de 15 ans dès lors que la loi laisse à la conscience de chaque médecin l'opportunité de dénoncer ou non de tels faits*" (Cour d'appel, Aix-en-Provence, 20 juin 2005 : Juris-Data, n° 2005-282067). Cependant, la loi précise que cette exclusion est admise "*sauf lorsque la loi en dispose autrement*", ce qui est susceptible de limiter cette option de conscience. Ainsi la Cour de cassation a-t-elle jugé que des membres d'un service éducatif à qui était confié un mineur par le juge des enfants (et qui avaient donc un mandat judiciaire) étaient tenus de rendre compte et de dénoncer tous mauvais traitements commis sur celui-ci (Cass. Crim., 8 octobre 1997 : Juris-Data, n° 2005-282067). Certains auteurs [2] estiment donc que cette solution pourrait être appliquée à tous les cas où des professionnels ayant reçu mandat de l'autorité judiciaire ou administrative ont eu connaissance de mauvais traitements infligés à un mineur, comme le directeur d'un service d'aide sociale à l'enfance pour les enfants placés en vertu d'une ordonnance d'assistance éducative (Cass. Crim., 24 janvier 2002 : Bull. Crim., 1995, n° 32), d'un expert judiciaire ou d'un administrateur ad hoc (Cour d'appel, Paris, 18 mars 2002 : Juris-Data, n° 2002-174909).

Le Code de déontologie des médecins (Art. R.4127-44 du CSP) impose d'ailleurs dans ce cas au médecin de parler, le silence étant alors l'exception relevant de sa conscience. Il stipule: "*Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières, qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires ou administratives*".

Tel semble être également le sens d'une récente réponse ministérielle (Question n° 30809, JO 9 décembre 2008, p 10720) qui considère qu'un médecin ne serait "tenu" de révéler l'existence de blessures par arme blanche que si la victime est mineure ou particulièrement vulnérable alors qu'il serait simplement "autorisé" à le faire si la victime est majeure.

LA LIMITE : L'OBLIGATION DE PORTER SECOURS À UNE PERSONNE EN PÉRIL

L'article 223-6 du Code pénal punit de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende "*quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire de même que... Quiconque, s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours*". Le péril immédiat s'entend d'un état dangereux ou d'une situation critique faisant craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée et qui risque soit de perdre la vie, soit des atteintes corporelles graves (Cour d'appel, Toulouse, 19 mars 2002, n° 2002.00234, legifrance.gouv.fr). La loi ne prévoit aucune exception pour les personnes tenues au secret professionnel, la protection de la vie ou de l'intégrité corporelle d'une personne primant le respect de la vie privée. Le professionnel doit donc, comme n'importe quel citoyen, agir pour porter secours, et le signalement à l'autorité judiciaire (comme l'appel de la police) ou l'information des autorités administratives peut être l'un de ses moyens d'action, voire le seul. Il n'y a alors pas de violation du secret professionnel qui puisse lui être reproché. L'obligation de secours prime.

LA DÉNONCIATION CALOMNIEUSE

En marge de ce débat, certains professionnels pourraient hésiter à signaler des maltraitances de peur d'être poursuivis par les auteurs de celles-ci pour dénonciation calomnieuse devant les tribunaux. Il faut cependant préciser que ce délit défini à l'article 226-12 du Code pénal n'est constitué que s'il est rapporté la preuve que la personne qui dénonce savait au moment du signalement que les faits étaient partiellement ou totalement inexacts.

Conclusion

La multitude de lois démontre la difficulté, d'une part, de préserver la nécessaire confiance qui permet la confidence résultant du respect du secret professionnel et, d'autre part, de mettre en œuvre tous les moyens de protéger les plus faibles, mineurs et personnes particulièrement vulnérables, des maltraitances de toute nature, ce qui veut dire d'abord permettre qu'elles soient dénoncées afin de les faire cesser. Le compromis est délicat D'une manière générale la loi autorise sans contraindre le professionnel à s'affranchir de son obligation de respect du secret professionnel sauf s'il y a péril immédiat.

Références bibliographiques

1 - Py B. Le secret professionnel. Paris : L'Harmattan, 2005 : 23.

2 - Bonfils P. Non-dénonciation de mauvais traitements à un mineur de 15 ans ou à une personne vulnérable. *Juris Cl Pénal* ; Art.434-3 : fasc 20.

Le psychotrauma en quête de reconnaissance – Index de ce numéro

Accident de la route, 200
Addiction, 199
Agression, 228
Angoisse, 203
Antidépresseurs, 241
Anxiolytiques, 240
Associations d'aide aux victimes, 251, 257
Associations de victimes, 251
Cauchemar, 202
Cellule d'urgence médico-psychologique, 229, 237
Certificat médical initial, 248
Chef de préjudice, 245
Clinical administred PTSD scale (CAPS), 199
Consolidation, 245, 250
Comorbidités, 205
Coût médicosocial, 200
Débriefing, 230, 237, 239
Déficit fonctionnel permanent (DFP), 249
Déficit fonctionnel temporaire (DFT), 248
Défusing, 237, 239
Dépression, 199, 203
Deuil, 218
Deuil traumatique, 220
Dissociation, 207, 219
DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), 199, 201, 205, 241
École, 228
Effraction traumatique, 202, 225, 233
Effroi, 201, 214
Enfant, 224, 228
Entreprise, 231
État antérieur, 247
Événement traumatique, 202, 205, 214, 228, 257
Évitement, 205
ESPT (État de stress post-traumatique), 199, 201, 205, 241
ESPT incomplet, 199
État de stress post-traumatique (ESPT), 199, 201, 205, 241
Évaluation du dommage psychique, 245
Expertise, 245
Eye movements desensitization and reprocessing (EMDR), 212, 241
Fonctionnement cérébral, 210
Formation, 261
Hypnose, 241
Hypertonie neurovégétative, 205
Image traumatique, 202
INAVEM, 251, 256
Incapacité permanente partielle (IPP), 249
Incapacité temporaire totale (ITT), 248
Incapacité totale de travail, 248
Indemnisation, 250, 259
Internet, 261
Jeu post-traumatique, 224
Lien de causalité, 250
Maladie psychosomatique, 204, 208
Maltraitance, 266
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), 199, 201, 205, 241
Neuroanatomie, 210
Neurobiologie, 210
Neuromédiateur, 212
Neuropsychologie, 210
Névrose traumatique, 201
Plainte, 258
Pharmacothérapie, 237, 241
Pretium doloris, 249
Prévention, 210
Procédure judiciaire, 257
Procès, 258
Psychothérapies, 230, 241, 263
Psychotrauma, 210, 224, 237, 245, 261
Rapport d'expertise, 246
Recherche, 210, 261
Réel de la mort, 203
Réparation, 250
Responsable, 250
Reviviscence, 202, 205, 210, 234
Secret professionnel, 266
Service d'aide aux victime dans l'urgence (SAVU), 253
Signalement, 266
Soins immédiats, 238
Soins post-immédiats, 239
Souffrances endurées, 249
Soutien psychologique, 231, 238, 257
Stress, 201, 214, 231
Suicide, 199, 220, 232
Suivi psychothérapeutique, 228, 234
Syndrome de répétition, 201, 203
Thérapies cognitives et comportementales (TCC), 212, 243
Thérapies psychodynamiques, 243
Traitement, 210
Trauma Psy, 196, 265
Traumatisme psychique, 201, 214, 218, 231
Travail, 231
Victime, 251
Victimisation, 259
Violence, 228

Revue francophone du Stress et du Trauma

Index 2009
Tome 9 - Numéros 1 à 4

Articles

Février 2009
9 (1) : 1-64

■ Éditorial.
Otages du monde
M. Gauffeny 9 (1) : 3-4

■ Clinique de la prise d'otage. Cas du détournement de l'Airbus Alger-Paris, 1994
C. Damiani, F. Lebigot 9 (1) : 5-11

■ Le temps de la libération des otages. Une épreuve périlleuse
H. Boisseaux, D. Vallet 9 (1) : 13-18

■ La gestion des prises d'otages par la négociation
C. Baroche 9 (1) : 19-26

■ Les pertes traumatiques dans la famille. Abords conceptuels et thérapeutiques
M. Delage 9 (1) : 27-34

■ Personnels appelés à travailler sur un charnier. Prise en charge psychologique
G. Loarer, V. Vautier, P. Clervoy 9 (1) : 35-44

■ Addictions et trauma. Données épidémiologiques et cliniques
G. Fidelle, T. Simon de Kergunic, Y. Auxéméry 9 (1) : 45-54

■ Psychotraumatismes : quel rôle pour Internet ?
C. Herbert, A. Brunet 9 (1) : 55-64

Mai 2009
9 (2) : 65-128

■ Éditorial.
Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Perspectives thérapeutiques
G. Vaiva 9 (2) : 67-70

■ La sortie du corps et autres expériences extrêmes en situation de traumatisme
J. Roisin 9 (2) : 71-79

■ Souvenirs traumatiques. Leur traitement selon le modèle de la dissociation structurelle de la personnalité
O. van der Hart, K. Steele, E. Nijenhuis, E. De Soir 9 (2) : 81-92

■ Enjeux des thérapies brèves en psychotraumatologie
C. Doucet, D. Joubrel 9 (2) : 93-97

■ De l'état de stress aigu à l'ESPT. Exemple de suivi systématique en milieu militaire
C. Gheorghiev, F. de Montleau, É. Mèle 9 (2) : 99-105

■ La CUMP au-delà de l'événement. Rappel téléphonique de rapatriés du Liban, 2006
H. Marichez, C. Marquer, J. Azoulay, H. Romano, M. Fleury, M.R. Moro, T. Baubet 9 (2) : 107-111

■ Le juge, l'expert et les proches de victimes d'une catastrophe
J. Vedrinne 9 (2) : 113-116

■ Amos Gitaï et la guerre du Kippour. La culpabilité du survivant
S. Delaporte 9 (2) : 117-124

Août 2009
9 (3) : 129-192

■ Éditorial.
Votre revue sur internet
F. Lebigot 9 (3) : 131

■ Les liens entre ESPT, dissociation et intensité de la dépression
M. Kédia 9 (3) : 133-141

■ Traumatisme et psychose. Le rapport à la jouissance et à la figure de l'Autre, à partir d'une observation
J.-P. Rondier 9 (3) : 143-148

■ Le syndrome de Münchausen par procuration. À propos d'un cas clinique
M. Boyer-Renard, C. Kottler, J.-P. Choquet 9 (3) : 149-153

■ Inondation au Québec. Étude longitudinale des effets à long terme sur la santé psychologique
D. Maltais, L. Lachance, M.-C. Richard, S. Gauthier, 9 (3) : 155-165

■ Tempête de verglas au Québec. Conséquences sur la santé psychosociale et la performance au travail des intervenants
D. Maltais, S. Robichaud 9 (3) : 167-175

■ Affaissements miniers en Lorraine. Impacts psychologiques et médicaux
V. Dodeler, C. Tarquinio, B. Houbre 9 (3) : 177-185

■ Naufrage du *Magatte Diack*. Prise en charge psychologique des rescapés
F. Bâ, E.H.M. Bâ, Y. Niang, H. Bâ, O. Sylla 9 (3) : 187-191

Novembre 2009
9 (4) : 193-272

Le psychotrauma en quête de reconnaissance

■ Éditorial.
Élan vital !
M.-C. Millequand 9 (4) : 195-196

■ Assomption
P. Mettoux 9 (4) : 197-198

■ Le psychotrauma en chiffres. Des enjeux multiples
F. Ducrocq 9 (4) : 199-200

■ Le traumatisme psychique
F. Lebigot 9 (4) : 201-204

■ L'état de stress post-traumatique et ses troubles associés
S. Molenda 9 (4) : 205-209

■ Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Perspectives thérapeutiques
G. Vaiva 9 (4) : 210-213

■ Les événements traumatogènes
É. Vermeiren 9 (4) : 214-217

■ Deuil et traumatisme
C. Mormont 9 (4) : 218-223

■ Le psychotrauma de l'enfant
L. Daligand 9 (4) : 224-227

■ Violences et événements traumatiques en milieu scolaire
G. Vila 9 (4) : 228-230

■ Stress et trauma au travail
S. Teneul 9 (4) : 231-236

■ Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme
F. Ducrocq 9 (4) : 237-240

■ Les traitements du psychotraumatisme
O. Cottencin 9 (4) : 241-244

■ Évaluation du dommage psychique. La rencontre avec l'expert
J. Vedrinne 9 (4) : 245-249

■ L'indemnisation du syndrome post-traumatique. Il n'est jamais trop tard pour agir à l'encontre du responsable...
X. Raes 9 (4) : 250

■ Associations d'aide aux victimes et associations de victimes
O. Mons 9 (4) : 251-256

■ Le soutien psychologique au cours de la procédure judiciaire
C. Damiani 9 (4) : 257-260

■ Les apports d'Internet dans le champ du psychotrauma
J.-M. Dumas 9 (4) : 261-265

■ Secret professionnel et signalement des maltraitances
C. Vaillant 9 (4) : 266-270

Index 2009

Mots-clés

A
acte clinique, 93
addiction, 45
affaissement minier, 177
agression, 228
anéantissement psychique, 71
anesthésie, 71
antidépresseur, 241
anxiété, 155, 177
association de victimes, 251
association d'aide, 251, 257
attachement, 27
autre, 143

B
base de sécurité, 27
bénévole, 167
bien-être, 155

C
catastrophe collective, 113
catastrophe naturelle, 155
cellule d'urgence médico-psychologique, 107, 237
charnier, 35
chef de préjudice, 245
clivage, 71
comorbidité, 205
conduite d'évitement, 205
consolidation, 245
culpabilité, 117

D
débriefing, 237
défusing, 237
déni de survie, 71
dépression, 133, 155, 177
déréalisation, 71
deuil, 218
diagnostic, 55
dissociation, 81, 133

E
école, 228
effet psychologique à long terme, 155
effroi, 201
Eye movements desensitization and reprocessing, 241
enfant, 224
entreprise, 231
épidémiologie, 45
état de stress aigu, 99
état de stress post-traumatique, 13, 35, 45, 99, 133, 187, 201, 205, 241
évanouissement psychique, 71
événement traumatique, 214, 228, 257
expérience de mort imminente, 71
expression, 55
expert, 113
expertise, 245

F
formation, 55, 261

G
Gitaï A., 117
guerre, 107
guerre du Kippour, 117

H
humanité, 19
hypertonie neurovégétative, 205
hypnose, 241

I
INAVEM, 251
information, 19, 55, 261
inondation, 155
Internet, 55, 261
intervenant rémunéré, 167

J
jeu post-traumatique, 224
jouissance, 143
justice, 113

L
Liban, 107
libération, 13

M
maltraitance, 266
mentalisation, 27
milieu militaire, 99
Münchausen, 149

N
naufrage, 187
négociation, 19
neuroanatomie, 210
neurobiologie, 210
neuropsychologie, 210
névrose traumatique, 201

O
otage, 5, 13, 19

P
performance au travail, 167
personnel d'intervention, 35
pharmacothérapie, 237, 241
phase, 19
prévention, 210
prise d'otage, 5, 19
problème médical, 177
proche de victimes, 113
procédure judiciaire, 257
procuration, 149
psychanalyse appliquée, 93
psychose, 143
psychothérapie, 55, 241
psychotrauma, 93, 107, 210, 224, 237, 245, 261
PTSD (voir état de stress post-traumatique)

R
rappel téléphonique, 107
réaction aiguë, 35
recherche, 55, 261
relation, 19
rescapé, 187
résilience familiale, 27
reviviscence, 205

S
santé physique, 167
santé psychologique, 155, 167
SNCF, 231
secret professionnel, 266
signalement, 266
sortie du corps, 71
soutien psychologique, 231, 257
souvenir traumatique, 81
stratégie d'adaptation, 187
stress, 35, 187, 201, 214, 231
stress post-traumatique, 155, 177
stress traumatique, 55
substance psychoactive, 45
suivi psychothérapeutique, 228
syndrome de répétition, 201
syndrome de Stockholm, 5
syndrome de Münchausen par procuration, 149

T
tempête de verglas, 167
thérapie brève, 93
thérapie cognitive et comportementale, 241
traitement, 210
traitement par phases, 81
trauma, 45, 117, 143, 218
traumatisme familial, 27
traumatisme psychique, 5, 55, 99, 187, 201, 214, 231
travail, 231
trouble de stress post-traumatique, 55
trouble dissociatif complexe, 81

V
victime, 251, 257
violence, 228
vulnérabilité, 187

W
web, 55

Auteurs

Auxéméry Yann
9 (1) : 45-54
Azoulay Julie
9 (2) : 107-111
Bâ El Hadj Makhtar
9 (3) : 187-191
Bâ Fatoumata
9 (3) : 187-191
Bâ Habi
9 (3) : 187-191
Baroche Christophe
9 (1) : 19-26
Baubet Thierry
9 (2) : 107-111
Boisseaux Humbert
9 (1) : 13-18
Boyer-Renard Myriam
9 (3) : 149-153
Brunet Alain
9 (1) : 55-64
Choquet Jean-Pierre
9 (3) : 149-153
Clervoy Patrick
9 (1) : 35-44
Cottencin Olivier
9 (4) : 241-244
Daligand Liliane
9 (4) : 224-227
Damiani Carole
9 (1) : 5-11
9 (4) : 257-260
de Montleau Franck
9 (2) : 99-105
De Soir Erik
9 (2) : 81-92
Delage Michel
9 (1) : 27-34
Delaporte Sophie
9 (2) : 117-124
Dodeler Virginie
9 (3) : 177-185
Doucet Caroline
9 (2) : 93-97
Ducrocq François
9 (4) : 199-200
9 (4) : 237-240
Dumas Jean-Marc
9 (4) : 261-265
Fidelle Geneviève
9 (1) : 45-54
Fleury Marianne
9 (2) : 107-111
Gauffeny Martine
9 (1) : 3-4
Gauthier Simon
9 (3) : 155-165
Gheorghiev Charles
9 (2) : 99-105
Herbert Christophe
9 (1) : 55-64
Houbre Barbara
9 (3) : 177-185
Joubrel Dina
9 (2) : 93-97
Kédia Marianne
9 (3) : 133-141
Kottler Christian
9 (3) : 149-153
Lachance Lise
9 (3) : 155-165
Lebigot François
9 (1) : 5-11
9 (3) : 131
9 (4) : 201-204
Loarer Gwion
9 (1) : 35-44
Maltais Danielle
9 (3) : 155-165
9 (3) : 167-175
Marichez Héloïse
9 (2) : 107-111
Marquer Caroline
9 (2) : 107-111
Mèle Éric
9 (2) : 99-105
Mettoux Philippe
9 (4) : 197-198
Millequand Marie-Christine
9 (4) : 195-196
Molenda Sylvie
9 (4) : 205-209
Mons Olivia
9 (4) : 251-256
Mormont Christian
9 (4) : 218-223
Moro Marie Rose
9 (2) : 107-111
Niang Youssoupha
9 (3) : 187-191
Nijenhuis Ellert
9 (2) : 81-92
Raes Xavier
9 (4) : 250
Richard Marie-Claude
9 (3) : 155-165
Robichaud Suzie
9 (3) : 167-175
Roisin Jacques
9 (2) : 71-79
Romano Hélène
9 (2) : 107-111
Rondier Jean-Philippe
9 (3) : 143-148
Simon de Kergunic Thierry
9 (1) : 45-54
Steele Kathy
9 (2) : 81-92
Sylla Omar
9 (3) : 187-191
Tarquinio Cyril
9 (3) : 177-185
Teneul Sylvie
9 (4) : 231-236
Vaillant Corinne
9 (4) : 266-270
Vaiva Guillaume
9 (2) : 67-70
9 (4) : 210-213
Vallet Dominique
9 (1) : 13-18
Van der Hart Onno
9 (2) : 81-92
Vautier Virginie
9 (1) : 35-44
Vedrinne Jacques
9 (2) : 113-116
9 (4) : 245-249
Vermeiren Étienne
9 (4) : 214-217
Vila Gilbert
9 (4) : 228-230