OUVERTURES PSYCHOLOGIQUES

# Le traumatisme psychique chez l'adulte

Evelyne **JOSSE**
Préfaces de Louis **CROCQ** et Éric **BINET**
Postface d'Alain **BRUNET**

3e édition

**PANORAMA COMPLET**

- Cours et résumés
- + de 80 questions pour mieux retenir
- + de 100 vignettes cliniques

Avec la participation de Christophe **BALIKO**, Florence **BERNARD**, Anne **DEWAILLY**, Sarah **LAPCEVIC** et Nathalie **ZAMMATTEO**

**+ EN LIGNE**

OFFERT

Résumés, cartes mentales et flashcards

deboeck SUPÉRIEUR

Sous la direction de Evelyne Josse
Avec la participation de Christophe Baliko, Florence Bernard,
Anne Dewailly, Sarah Lapcevic et Nathalie Zammatteo

# Le traumatisme psychique chez l'adulte

Préfaces de Louis Crocq et Alain Brunet
Postface de Éric Binet
3e édition

deboeck SUPÉRIEUR

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck supérieur, s.a., 2023
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.
Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une bande de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : août 2023
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/101

3e édition
ISSN : 2030-4196
ISBN : 978-2-8073-4814-1

# Sommaire


Compléments numériques ..... 5
Préface de la première édition ..... 7
Préface à la troisième édition ..... 11
Introduction ..... 13

CHAPITRE 1 L'histoire du trauma ..... 15
CHAPITRE 2 La notion de victime ..... 29
CHAPITRE 3 L'événement potentiellement traumatisant ..... 37
CHAPITRE 4 Les types de traumatisme ..... 47
CHAPITRE 5 Les paramètres influençant le développement du trauma ..... 63
CHAPITRE 6 La résilience ..... 93
CHAPITRE 7 La prévalence des troubles traumatiques ..... 107
CHAPITRE 8 La dimension culturelle ..... 115
CHAPITRE 9 La phase aigüe ..... 129
CHAPITRE 10 La phase à long terme ..... 193
CHAPITRE 11 Théorie polyvagale et traumatisme psychique ..... 247
CHAPITRE 12 Épigénétique et traumatisme psychique ..... 259
CHAPITRE 13 Société et drame collectif : les attentats terroristes ..... 275
CHAPITRE 14 Le cas des terroristes kamikazes ..... 307
CHAPITRE 15 Thérapies du trauma et reconsolidation de la mémoire ..... 321
CHAPITRE 16 Les psychédéliques dans les thérapies du traumatisme ..... 339
CHAPITRE 17 Quelques techniques de stabilisation ..... 357

Postface ..... 377
Bibliographie ..... 379
Les auteurs ..... 401
Index des auteurs ..... 403
Index des notions ..... 405
Table des matières ..... 409

# Compléments numériques

Vous trouverez, dans cet ouvrage, des QR codes accompagnés d'URL. Ils vous renverront vers de nombreux contenus en ligne qui vous permettront de vérifier vos connaissances et de vous exercer en vue de l'examen.

Pour accéder à ces ressources :

**Flashez le QR code avec votre téléphone ou votre tablette**

OU

**Tapez l'URL dans votre navigateur**

Le livre présente divers types de contenus numériques :

**Résumés**

www.lienmini.fr/
48141-resumes

**Flashcards**

www.lienmini.fr/
48141-flashcards

**Cartes mentales**

www.lienmini.fr/
48141-mindmaps

# Préface de la première édition

Voici encore un excellent ouvrage de notre amie Evelyne Josse, sur un sujet qu'elle maîtrise parfaitement et qu'elle enrichit sans cesse de son expérience de terrain. Il fait suite au petit manuel pédagogique *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent* (2019). On y retrouve le même souci didactique, avec la clarté du plan, la concision du style, la simplicité du langage, les vignettes cliniques et les petits encarts qui terminent chaque chapitre.

On ne saurait reprocher à l'auteur d'avoir délibérément limité le volume de son premier chapitre sur l'histoire du trauma. Nous savons qu'elle a accumulé une abondante documentation sur ce sujet. Mais, dans le présent ouvrage pédagogique, il fallait se limiter à dégager les grandes étapes et la succession des concepts, des théories et des thérapeutiques qui ont jalonné cette histoire. Nous survolons donc avec elle la préhistoire du trauma, depuis l'Antiquité jusqu'aux guerres napoléoniennes ; puis l'histoire proprement dite, à l'époque des premiers accidents de chemin de fer ayant suscité l'intérêt de Charcot et inspiré à Oppenheim le vocable de « névrose traumatique » ; puis les réflexions de Janet et de Freud sur le corps étranger trauma et la dissociation de la conscience ; avant de suivre les travaux des psychiatres aux armées lors de la guerre russo-japonaise de 1904-1905 et des deux guerres mondiales de 1914-1918 et 1939-1945 ; ensuite, ce sera la guerre du Vietnam et l'avènement en 1980 du concept américain de PTSD (acronyme pour *Post-Traumatic Stress Disorder*). En peu de mots, Evelyne Josse nous brosse l'essentiel et nous profile les acquis cliniques, théoriques et thérapeutiques de cette histoire. Signalons à ce sujet que beaucoup de cliniciens francophones (Barrois, Crocq, Lebigot) se démarquent du concept de PTSD en défendant une conception phénoménologique du trauma comme confrontation inopinée avec le réel de la mort, irruption du non-sens et bouleversement de la personne. Notons enfin que l'auteur termine son historique en prônant la technique EMDR de Francine Shapiro (1987). Il s'agit là d'un choix, motivé par les bons résultats obtenus, effectué dans la gamme variée des thérapies du trauma : techniques cognitivo-comportementales, relaxation, hypnose, psychothérapie de soutien et psychanalyse ; thérapies couramment utilisées de nos jours par les cliniciens de diverses écoles.

Le deuxième chapitre, portant sur la notion de victime, était nécessaire, car la grande majorité des personnes traumatisées sont des victimes, selon les critères restreints définis par l'ONU (c'est-à-dire résultant d'une infraction aux lois), ou selon des critères élargis (Audet et Katz), désignées comme ayant subi un préjudice reconnu par la société (victimes de catastrophes naturelles, par exemple). Quoi qu'il en soit, le thérapeute venant en aide à une personne traumatisée devra prendre en considération ce que nous dénommons « le plus petit dénominateur commun de la victime », c'est-à-dire l'ensemble « victime + co-victimes + familles et amis + collègues + enquêteurs et experts + contexte social », tant il est vrai que

la réalité de la victime ne saurait être limitée au contenu de son sac de peau et du psychisme qui l'habite, mais doit être étendue à toutes les réactions et incitations qui l'entourent et l'influencent : familles excessivement compatissantes ou au contraire rejetantes, policiers et experts parfois ouvertement sceptiques, pouvoirs publics et société risquant d'infliger à la victime le deuxième trauma de leur indifférence, de leur oubli ou de leur rejet.

Un autre préalable, indispensable, d'Evelyne Josse a été de définir, décrire et classer les événements traumatogènes, ou plus exactement « potentiellement traumatogènes », tant il est vrai qu'un même événement peut être vécu comme trauma par un individu et ne pas l'être pour un autre individu, qui y réagira par une prise de conscience lucide et un stress mobilisateur et adapté ; et le même événement qui fait trauma pour moi aujourd'hui ne l'eût pas fait hier, dans d'autres circonstances de disponibilité d'énergie et de soutien social. L'auteur signale à juste titre l'éventualité, que Freud avait désignée comme phénomène d'« après-coup », qu'un événement agressant et violent ne donne pas lieu initialement au développement de symptômes psychotraumatiques, mais ne manifeste sa nocivité que plus tard, des années plus tard, à l'occasion d'un deuxième événement peu agressant, qui n'aurait que le rôle de rappel et de révélateur. Ce mystère de l'après-coup est assez fréquemment rencontré, et l'auteur nous l'illustre par trois vignettes cliniques.

Le chapitre consacré aux types de traumatisme a le mérite d'informer le lecteur sur les développements récents d'auteurs américains proposant des extensions du concept de traumatisme. On peut adhérer ou non à leurs propositions. À la distinction désormais classique de Lenore Terr entre traumatisme de type I (provoqué par un événement unique) et traumatisme de type II (cumul d'événements successifs pendant une longue période de temps), certains ont ajouté le traumatisme de type III (agressions multiples perpétrées à un âge précoce et pendant une longue période), toutes ces distinctions correspondant à la réalité clinique. Mais, là où la contestation des puristes est motivée, c'est au sujet des concepts nouveaux de « trauma secondaire » (frappant un familier qui n'était pas présent lors de l'événement), et de « trauma tertiaire » ou « vicariant » (perturbant des personnes, familles ou professionnels, devant écouter les plaintes des traumatisés à longueur de journée). Pour nous, qui défendons la conception restreinte du phénomène trauma comme confrontation directe avec le réel de la mort, ces propositions sont inacceptables : nul ne peut être traumatisé s'il n'a pas été confronté directement, comme victime, acteur ou témoin, à l'événement. Par contre, la notion proposée par Figley de « fatigue de compassion » nous paraît appropriée à rendre compte de la perturbation éprouvée par les professionnels qui s'investissent trop (compassion, commisération et non plus simple empathie) dans l'écoute prolongée et répétée des personnes traumatisées. De même, la notion de « traumatisation quaternaire », étendue à l'ensemble de la population ayant connaissance de l'événement et de ses effets, nous paraît abusive. On pourrait émettre les mêmes observations au sujet de la notion de transmission transgénérationnelle du traumatisme, qui a cependant acquis droit de cité dans les milieux scientifiques, concernant en particulier la Shoah et le génocide arménien. Toutes ces personnes, qui n'ont pas assisté directement à l'événement en cause, ne sont pas « traumatisées » au sens strict du terme, même si, confrontées par ouï-dire à l'événement et aux souffrances des victimes directes, elles vivent ou ont vécu quelque chose de l'ordre du trauma.

Après avoir passé en revue les variables en jeu dans la traumatisation (variables attenantes à l'événement et variables relevant de la personne et de son histoire), Evelyne Josse offre au lecteur une présentation documentée et argumentée de la notion de résilience, ou capacité de rebondir après un traumatisme psychique. Cette notion, apparue tardivement dans l'histoire des observations et réflexions sur le trauma (Emmy Werner et Ruth Smith, 1989 ; Vanistendael et Manciaux, 2001 ; Cyrulnik, 2001), connaît actuellement un

engouement mérité, et elle apporte un message d'espoir à tous les traumatisés : sortir de leur marasme, tout seuls, ou soutenus par leur entourage, ou guidés par un thérapeute. Cela étant, il y a lieu de distinguer la résilience, qui est la capacité pour une personne traumatisée à se dégager ensuite des effets de son trauma, de la résistance, qui est la capacité pour un individu plongé dans une situation « potentiellement traumatisante » à mettre en œuvre ses défenses avec succès et donc à ne pas vivre cette situation comme un trauma. Or beaucoup de publications anglo-saxonnes n'établissent pas cette distinction et parlent de résilience là où il y a seulement résistance. Enfin, quant au mécanisme intime de la résilience, par-delà l'effet des ressources internes de l'individu et des ressources externes (soutien social), il consiste à notre avis à reconnaître ou attribuer du sens au non-sens du trauma, dans un travail d'élaboration personnelle, car seul le traumatisé est dépositaire, parfois à son insu, du sens secret de son aventure.

Après nous avoir donné des informations documentées sur la prévalence des syndromes psychotraumatiques dans le monde et des indications sur leurs variantes interculturelles, Evelyne Josse consacre la seconde moitié de son ouvrage à l'étude des tableaux cliniques à proprement parler. Elle divise son étude en deux parties : phase aiguë et phase à long terme. La phase aiguë comprend les réactions immédiates (les deux ou trois premiers jours) et les réactions post-immédiates (au-delà de trois jours et jusqu'à un mois). La phase à long terme n'apparaît qu'à l'issue du premier mois et est de durée variable, pouvant perdurer toute la vie du patient. Nous nous devons d'apporter quelques précisions à ces critères de temps, pour lesquels les avis autorisés divergent. Alors que le DSM-IV (1994) reste silencieux sur la phase immédiate, la CIM-10, ou Classification Internationale des Maladies Mentales (1992), reconnaît une « réaction aiguë à un facteur de stress » (F43.0), contenue dans des critères de temps de « quelques heures tout au plus », mais pouvant toutefois s'étendre à 24 ou 48 heures, voire trois jours, « dans les cas où le facteur de stress persiste ». Face à une telle divergence d'avis, et d'après notre propre expérience, nous assignons une durée de 24 heures maximum à la réaction immédiate. Passé ce délai, on entre dans la période post-immédiate, qui correspond au diagnostic d'« état de stress aigu » du DSM, avec comme critères de durer « un minimum de deux jours » et un « maximum de quatre semaines » suivant l'événement, voire plus si les troubles sont apparus plus tard, « dans les quatre semaines qui suivent l'événement ». Il s'ensuit que la phase à long terme, ou « différée-chronique », ne s'installe qu'au bout d'un mois, voire deux (au terme du classique temps de latence ou de « méditation »), même si une partie de ses symptômes a commencé à éclore pendant la phase post-immédiate (ou état de stress aigu).

Evelyne Josse décrit très bien la réaction immédiate de stress, adaptative et non pathologique, même si elle est suivie parfois d'une « queue de stress » ou de décharges émotionnelles différées, chez des personnes qui ont dû réprimer en urgence toutes leurs manifestations spectaculaires et qui « se mettent à jour » une fois à l'abri ; et les réactions immédiates de stress dépassé (ou traumatique) dans leurs formes sidérées, agitées ou d'action automatique, quand elles ne revêtent pas une allure névrotique ou psychotique. Elle dégage ce qui caractérise le vécu traumatique de ce stress dépassé, vécu, que certains auteurs américains, tel Marmar, ont dénommé « dissociation et détresse péri-traumatiques » : sentiment d'impuissance, d'absence de secours, arrêt de la pensée, distorsion des perceptions, suspension de la mémoire, désorientation, déréalisation, orage neurovégétatif et même dépersonnalisation… Personnellement, nous préférerions l'adjectif « per-traumatique » à « péri-traumatique », puisqu'à l'instant même de ce vécu immédiat, la victime est en plein « dans » le trauma, et non pas « autour ». Tous les cliniciens s'accordent à reconnaître que ce vécu per-traumatique est prédictif de l'installation ultérieure d'un PTSD (ou plus généralement d'un syndrome psychotraumatique). Cela étant, Evelyne Josse nous rappelle les études

classiques sur la dissociation dans la pathologie traumatique, principalement les observations d'hystérie traumatique faites par Pierre Janet, dans lesquelles des souvenances brutes de l'événement font bande à part dans un recoin du subconscient, provoquant sursauts, cauchemars et actions automatiques, tandis que le reste de la conscience continue de fonctionner de manière délibérée et circonstanciée. On va donc retrouver la dissociation d'une part dans l'instant traumatique, et d'autre part dans les tableaux cliniques à long terme.

Et cela nous conduit à l'étude de la phase à long terme, Evelyne Josse ne limite pas aux critères restrictifs du PTSD américain, mais à laquelle elle assigne un inventaire sémiologique élargi. Le DSM établit ses diagnostics sur un modèle kraepelinien, qui répond bien aux variantes de la réalité clinique, par combinaisons possibles de symptômes relevant de diverses catégories. Ainsi, le diagnostic de PTSD (DSM-5, 2013) requiert : 1 parmi 5 symptômes de reviviscence, 1 parmi 2 symptômes d'évitement, 2 parmi 7 symptômes d'altération des cognitions ou de l'humeur, et 2 parmi 6 symptômes d'hyperéveil et d'hyperréactivité (soit une liste totale de 20 symptômes possibles). L'inventaire élargi d'Evelyne Josse inclut non seulement ces manifestations intrusives de reviviscence, ces évitements, ces altérations cognitives et de l'humeur et ces symptômes d'hyperréactivité, mais aussi des symptômes « non spécifiques » (on peut les observer aussi dans d'autres pathologies) tels que troubles anxieux et dépressifs, troubles somatoformes et troubles du comportement (agressivité, syndrome de Rambo et conduites addictives) ; le tout pouvant être dans les cas sévères sous-tendu par une véritable altération ou réorganisation de la personnalité, ou ce qu'est devenue la personnalité après l'impact du trauma : toujours en alerte, pusillanime, sans initiative, incapable d'établir des relations transparentes et équilibrées avec les autres (« comme si elle était enclose dans une membrane invisible qui les en sépare à jamais », dira Chaïm Shatan au sujet des *Post-Vietnam Syndromes*) et encline aux ruminations amères et au repli sur soi. Le DSM ne reconnaît pas explicitement cette altération traumatique de la personnalité, encore qu'il en prenne en compte deux composantes dans ses critères C, à savoir l'évitement (*avoidance*) et l'émoussement (*numbing*). La CIM-10 l'avalise dans un diagnostic à part, réservé aux cas extrêmes, qui est la « Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophes » (F62.0). Et le DESNOS américain (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified) fait état d'altérations de la personnalité de type borderline. Nous approuvons Evelyne Josse de se démarquer ainsi de l'orthodoxie américaine pour reconnaître que le trauma altère profondément la personnalité du traumatisé, dans ses rapports au monde, aux autres et à soi-même, et aussi au temps, qui est désormais suspendu à l'instant traumatique, ne débouche plus sur un futur fluide et n'est plus capable de réaligner son passé, à chaque instant, dans une nouvelle rétrospective. C'est la leçon que nous ont léguée les anciens cliniciens de la névrose traumatique : Oppenheim, Janet, Freud, Simmel (« le changement d'âme »), Kardiner (« une nouvelle personnalité établie sur les ruines de l'ancienne »), Fenichel (« le triple blocage des fonctions du moi », fonction de filtration, fonction de présence et fonction de relation à autrui), et plus récemment Chaïm Shatan (« transfiguration de la personnalité »).

Félicitons Evelyne Josse pour avoir conçu ce manuel, l'avoir appuyé sur une documentation enrichie des plus récentes mises à jour, l'avoir rédigé dans un langage clair et un esprit pédagogique, l'avoir illustré de nombreux cas cliniques issus de sa solide pratique personnelle et, surtout, s'être tant soit peu démarquée du dogme américain du PTSD en formulant judicieusement ses propres réflexions et ses prises de position originales. Voilà donc un ouvrage utile pour tous ceux qui ont pour mission et vocation d'écouter, de comprendre, d'aider et de soigner les personnes traumatisées par la violence du monde.

Louis Crocq

# Préface à la troisième édition

Racisme, guerre, violence, maltraitance, terrorisme, accidents, désastres climatiques, etc. Au fil des ans, le traumatisme psychique a pris une place dominante dans le discours public ; son langage et ses différents concepts perméant désormais notre quotidien, que ce soit au journal télévisé ou dans les médias sociaux.

De sa redécouverte aux USA via le *post-Vietnam syndrome* en passant par les plus récentes vagues d'attentats terroristes en Europe et ailleurs, le trauma semble être désormais partout : autour de nous, voire en nous. Le trauma est-il une construction sociale ? Une mode ? Ou a-t-il toujours été là, connu des anciens et attendant d'être redécouvert, reconnu à sa juste valeur et enfin traité ?

Mais qu'est-ce qu'un événement traumatique ? Le stress post-traumatique est-il un syndrome, une maladie mentale ou une blessure psychique ? Les personnes traumatisées deviennent-elles « folles » ? Les migrants en sont-ils systématiquement atteints ? Quand qualifie-t-on un trauma de « complexe » ? Le traumatisme psychique peut-il se transmettre génétiquement ? Peut-on se soigner avec des psychédéliques ? Y a-t-il une cure (des cures) en vue ? Lesquelles sont les plus prometteuses ? Toutes ces questions et bien d'autres trouveront réponse dans ce superbe ouvrage.

L'auteure, Evelyne Josse, psychologue clinicienne chevronnée bien connue du grand public, accomplit ici un formidable tour de force en nous présentant un état des lieux compact et exhaustif sur le psychotrauma, en français de surcroît. Déjà dans sa 3e édition, avec plusieurs nouvelles sections, notamment sur l'épigénétique, la théorie polyvagale, les techniques de stabilisation, et les thérapies dites innovantes (Thérapie de la Reconsolidation™, psychédéliques…), cet ouvrage est voué à devenir un classique. Car il s'agit bien ici d'un texte de référence pour toute la francophonie, accessible à l'étudiant, autant qu'aux premiers intervenants (SAMU, pompier, policier) qu'aux divers praticiens (psychologue, médecin, infirmier, travailleur social, sexologue) dont travail est marqué, de près ou de loin, par l'empreinte du trauma.

L'ouvrage aborde l'histoire des concepts-clé (sidération, détresse et dissociation péri-traumatique, trauma complexe, épigénétique, etc.), et est truffé de vignettes cliniques éclairantes. Chaque fin de chapitre propose une synthèse. La liste de références permet au lecteur avide d'aller plus loin sur un sujet précis.

Au final, on a ici un texte à jour qui intègre aussi bien les références à la psychanalyse et à la psychiatrie de l'avant que les apports nord-américains (DSM-5-TR, Thérapies cognitivo-comportementales, Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR™).

Ce livre d'Evelyne Josse est un véritable cadeau pour les victimes du psychotrauma et pour tous ceux, premiers intervenants, parents, étudiants et cliniciens, qui cherchent à les

aider. En rassemblant les connaissances actuelles sur le psychotrauma dans un seul et même ouvrage, ce livre truffé de ressources et rempli de compassion nous enseigne au fond qu'il n'est jamais trop tard pour comprendre ni jamais trop tard pour aller mieux.

Alain Brunet, PhD

# Introduction

*« L'histoire, c'est celle de millions de prédateurs sans pitié.*
*Nous. Et de leurs millions de victimes sans défense. Nous aussi. »*
(Exposition « Le futur a-t-il un avenir ? »,
Parc d'aventures scientifiques, Frameries, Belgique, 2004)

Les victimes existent depuis la nuit des temps. Depuis le début du XIX^e^ siècle, les répercussions de la criminalité, des guerres, des accidents et des catastrophes naturelles sur leur équilibre psychique suscitent une attention croissante du monde scientifique. Dans cet ouvrage, nous tenterons de récapituler l'essentiel des connaissances actuelles.

Dans le premier chapitre, nous retracerons l'évolution de l'intérêt pour le trauma. Dans le deuxième, nous relaterons succinctement le développement de la notion de victime tout au long des siècles et nous présenterons quelques définitions contemporaines. Dans le troisième, nous préciserons le concept de traumatisme et nous nous attarderons sur les caractéristiques des événements susceptibles de se révéler traumatisants en illustrant notre propos d'exemples. Dans le quatrième chapitre, nous définirons les traumatismes de type I, II, III et IV, les traumatismes simples et complexes ainsi que les traumatismes directs et indirects et nous aborderons la notion de victimisation secondaire. Dans le cinquième, nous analyserons les différents paramètres influençant l'apparition, la fréquence et l'intensité des symptômes ainsi que leur maintien dans le temps. Dans le sixième, nous tenterons de comprendre la notion de résilience. Dans le septième, nous rendrons compte de quelques études épidémiologiques révélant la prévalence du traumatisme dans la population générale et dans les groupes de personnes exposées à des événements délétères. Dans le huitième, avec Anne Dewailly, nous attirerons l'attention du lecteur sur la dimension culturelle du traumatisme psychique. Le neuvième chapitre décrit de manière détaillée les réponses immédiates et post-immédiates. Nous clôturerons le chapitre par les réactions immédiates et post-immédiates telles que les énoncent les nosographies internationales. Le dixième inventorie les troubles psychotraumatiques chroniques et les troubles additionnels ainsi que les altérations du fonctionnement psychique. Pour terminer, nous rapporterons les catégories nosographiques des affections traumatiques à long terme proposées dans les classifications internationales. Dans le onzième chapitre, Florence Bernard nous expliquera les réactions à un événement traumatique à la lumière de la récente théorie polyvagale. Dans le douzième, Nathalie Zammatteo nous initiera à l'épigénétique. Elle nous expliquera par quels mécanismes les traumatismes laissent des empreintes sur notre ADN et comment celles-ci se transmettent à nos descendants. Dans le treizième chapitre, nous nous interrogerons sur les réactions d'une société face à un drame collectif en partant du cas des attentats terroristes. Dans le quatorzième chapitre, nous nous pencherons sur les auteurs à

l'origine d'événements traumatiques et nous questionnerons les conditions sous lesquelles des personnes normales deviennent capables de commettre des actes d'une violence extrême tels qu'un attentat terroriste. Dans le quinzième chapitre, avec Sarah Lapcevic, nous discuterons de l'efficacité des psychothérapies du traumatisme, thérapie de la reconsolidation, exposition prolongée, EMDR et hypnose, à la lumière des connaissances récentes sur la reconsolidation de la mémoire. Dans le seizième, avec Christophe Baliko, nous ferons état des dernières recherches scientifiques prometteuses sur les psychédéliques dans le traitement des psychotraumatismes. Dans le dix-septième et dernier chapitre, nous présenterons quelques techniques de gestion du stress et des émotions utiles aux intervenants auprès des personnes traumatisées pour aider ces dernières à gérer leurs réactions corporelles et émotionnelles.

Cet ouvrage s'adresse à un large public. Il établit les bases théoriques sur le psychotraumatisme dont la connaissance préalable est indispensable à la qualité des interventions auprès des personnes victimes. Il se veut un manuel utile destiné aux étudiants psychologues et psychiatres. Il est également destiné aux psychologues, psychiatres et assistants sociaux de tous horizons, travaillant en cabinet ou en institution, œuvrant au sein d'équipes humanitaires, de services d'urgence et de secours, d'associations de victimes ou de départements des Ressources Humaines de grandes entreprises (la Poste, les Chemins de fer, les banques, etc.) chargés de la prise en charge psychosociale et/ou spécialisée des victimes. Il devrait aussi intéresser tous les professionnels de la santé mentale ainsi que les omnipraticiens et les médecins du travail fréquemment en contact avec des personnes traumatisées et soucieux d'approfondir leurs connaissances du traumatisme psychique.

CHAPITRE 1

# L'histoire du trauma

*« Les survivants de cette saloperie de guerre seront dans mon esprit, pareils à ces fantômes que les tombes conjurent et que les maisons renient, et resteront suspendus entre ciel et terre, trop coupables pour se rapprocher de Dieu et trop compromettants pour se joindre aux hommes. »*
Yasmina Khadra, *Morituri* (1997)

SOMMAIRE


1. De l'Antiquité au XVIIe siècle : premiers récits historiques et scientifiques ..... 16
2. Du XVIIIe au milieu du XIXe siècle : premières observations scientifiques et hypothèses étiologiques ..... 17
3. La seconde moitié du XIXe siècle : développement des hypothèses étiologiques et des pratiques ..... 17
4. Fin du XIXe siècle : vers une étiologie psychogénique ..... 19
5. Le XXe siècle : assimilation des troubles traumatiques à la simulation et premiers soins psychologiques immédiats ..... 20

Dès l'origine de l'humanité, les victimes de criminalité, de guerres, d'accidents et de catastrophes naturelles ont été touchées par la souffrance traumatique. Toutefois, à quelques exceptions près, le traumatisme psychique n'est guère mentionné avant le XIXe siècle dans les livres d'histoire et les ouvrages scientifiques. À partir des années 1800, il éveille l'intérêt d'un cercle restreint de chercheurs et de praticiens spécialisés, médecins, neurologues et psychiatres, confrontés aux conflits armés, aux accidents ferroviaires et aux psychopathologies, mais il restera largement méconnu, tant du grand public que des professionnels de la santé mentale, jusqu'à la fin du XXe siècle.

Le traumatisme psychique tel que nous le concevons aujourd'hui est le fruit d'un héritage socio-historique. En effet, la conception du traumatisme est un phénomène construit socialement, en constante évolution. Les hypothèses théoriques développées tout au long de l'Histoire pour expliquer les troubles post-traumatiques ont fortement été influencées, voire déterminées, par le contexte politique, les contingences sociales, les évolutions technologiques et les développements scientifiques. La compréhension du phénomène et les théorisations étiologiques ont à leur tour conditionné la prise en charge des sujets traumatisés. Dans ce chapitre, nous retracerons le parcours du concept de traumatisme depuis l'Antiquité jusqu'au XXe siècle.

## 1. De l'Antiquité au XVIIe siècle : premiers récits historiques et scientifiques

Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de 2000 ans avant J.-C. et révèlent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur, leur principal centre religieux, et d'Agadé (Attinger, 2012).

En 450 avant notre ère, dans le tome VI de son livre *Histoire*, l'historien grec Hérodote rapporte le cas du guerrier athénien Epizelos qui, saisi d'effroi, fut frappé d'une cécité de conversion[1] à Marathon dans la bataille opposant Grecs et Mèdes (Larcher, 1850). Quatre cents ans avant notre ère, dans son ouvrage *Le Traité des songes*, le médecin hellène Hippocrate consacre un chapitre aux cauchemars traumatiques, en explique les causes et préconise des traitements spécifiques (Hippocrate, 1838).

Un millénaire plus tard, vers 1100 de l'ère chrétienne, on découvre, dans *La Chanson de Roland,* les rêves traumatiques de Charlemagne (Gautier, 1895). Quelques siècles plus tard, en 1572, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy perpétré en son nom, le roi Charles IX se plaint de flash-back à son médecin Ambroise Paré (Sully, 1822).

1. Trouble sans cause organique suggérant une affection neurologique ou une affection médicale et déterminée par des facteurs psychologiques.

## 2. Du XVIIIe au milieu du XIXe siècle : premières observations scientifiques et hypothèses étiologiques

Le XVIIIe siècle voit l'évolution de la conception métaphysique des événements traumatogènes. Jusqu'alors attribués à la volonté divine, l'émergence d'un matérialisme athée autorise à les envisager sous un angle nouveau. Le tremblement de terre qui ravage la ville de Lisbonne en 1755 entraîne un véritable séisme philosophique (Quenet, 2005). Des débats passionnés sur la signification qu'il convient de lui accorder transforment la catastrophe naturelle en événement culturel. Pour les prédicateurs et les religieux, le séisme est un châtiment divin. Quant aux scientifiques, ils y trouvent une raison de contester le finalisme divin qui justifie le malheur des hommes.

Les XVIIIe et XIXe siècles furent le théâtre de nombreux conflits armés qui offrirent un vaste champ d'observation aux spécialistes des armées. Les chirurgiens de la Grande Armée napoléonienne mettent en évidence la pathologie post-traumatique présentée par les soldats en campagne effrayés par la fureur des combats ou désespérés par la mort d'un camarade tombé sous le feu ennemi. Ils nomment ces troubles traumatiques « nostalgie » ou « vent du boulet » selon les symptômes affectant les soldats (Crocq, 2012).

Les guerres terminées, les premiers aliénistes dépistent les troubles psychotraumatiques chroniques ou différés des combattants qu'ils regroupent sous la dénomination générale de vésanie ou d'aliénation mentale et qu'ils déclinent en divers diagnostics en fonction des symptômes présentés par les malheureux. Avec le développement de la médecine moderne apparaissent les premières observations véritablement scientifiques du traumatisme psychique. C'est à l'aliéniste français Philippe Pinel que l'on doit, dans son traité pour l'humanisation du traitement des aliénés paru en 1809, la première description d'une névrose traumatique (Pinel, 1809).

Au début du XIXe siècle, sous l'impulsion des postures originales de Philippe Pinel et de Jean-Etienne Esquirol, naît une nouvelle spécialité médicale, la psychiatrie. Les personnes présentant des troubles mentaux sont considérées comme des malades et traitées comme tels par ces premiers aliénistes. Le traitement qu'ils proposent est « moral » et préfigure la psychothérapie d'aujourd'hui (Pinel, 1809).

## 3. La seconde moitié du XIXe siècle : développement des hypothèses étiologiques et des pratiques

La seconde moitié du XIXe siècle voit l'accroissement de l'intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. En 1859, l'homme d'affaires Henry Dunant assiste au chaos occasionné par la bataille de Solferino. Horrifié par la tuerie et la détresse des blessés abandonnés sans secours, il improvise les premiers secours. Son expérience sera à l'origine de la fondation de la Croix-Rouge et des préceptes fondamentaux, toujours actuels, des organisations d'aide humanitaire (Dunant, 1863).

Deux ans après Solferino, en 1861, la guerre de Sécession divise brutalement les États-Unis. En déclin depuis le milieu du XIXe siècle, le diagnostic de nostalgie connaît un regain

de faveur. Pour la première fois dans l'Histoire, les états-majors nordistes encouragent la sélection des conscrits, et les individus les plus vulnérables sont écartés du service armé. À Turner's Lane, le premier hôpital militaire de l'Histoire spécialisé dans la prise en charge des psychotraumatismes voit le jour.

Ce sont les accidents de chemin de fer et de travail, d'une part, et les études sur l'hystérie, d'autre part, qui ouvriront véritablement la voie aux premières hypothèses étiologiques des troubles traumatiques.

À l'aube de l'ère industrielle, la perception des événements traumatiques se modifie. L'accident n'est plus considéré comme une sanction divine ou un aléa de la vie ; il est un mal social provoqué par l'activité humaine, un préjudice imputable à autrui et nécessitant réparation : il acquiert un statut sociojuridique (Pignol, 2012).

Les accidents ferroviaires font en une fois un grand nombre de victimes et causent aux rescapés une frayeur immense. Toutefois, s'ils suscitent l'attention plus que d'autres (accidents de calèche, incendies, séismes, etc.), c'est moins à cause de leur caractère spectaculaire et dramatique qu'en raison du contexte dans lequel ils surviennent. En effet, en 1846, en Angleterre, une nouvelle législation, « The Fatal Accidents Act 1846 », appelée communément le « Lord Camplell's Act », permet aux passagers blessés dans un accident ainsi qu'aux familles des victimes décédées de réclamer réparation auprès des responsables (Webb, 1961). Dans les suites de la loi, en 1849, la première compagnie d'assurance générale, la *Railway Passengers Assurances Company*, voit le jour, rapidement suivie par d'autres. En 1864, un amendement étend le champ législatif à toute victime d'accident incitant des individus malhonnêtes à commettre des escroqueries à l'assurance (Pignol, 2012). De nombreux litiges juridiques opposent dès lors les experts des compagnies ferroviaires aux accidentés. Invités à apporter leur caution dans les expertises légales, les médecins sont contraints d'affiner leur savoir sur la nature des dommages dont se plaignent les accidentés. La question de l'authenticité des traumatismes ferroviaires et de leur étiologie fait l'objet de débats animés. Pour certains, les troubles résultent de lésions ou de perturbations du système nerveux consécutives au choc de l'accident ; pour d'autres, ils sont générés par l'espoir des accidentés d'obtenir une compensation financière soutirée aux compagnies ferroviaires.

La question de l'hystérie est intrinsèquement liée à la problématique du traumatisme. Paul Briquet, médecin à l'hôpital de la Charité de Paris, est le premier à avoir décrit l'hystérie de manière systématique dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (Briquet, 1859). Il défend une conception traumatique de l'hystérie et tient les « frayeurs », les mauvais traitements, les viols et les deuils comme facteurs prédisposants, voire comme causes déterminantes de la pathologie. Son successeur, Jean-Martin Charcot, médecin à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, dément, quant à lui, l'étiologie traumatique des troubles. Selon lui, si des traumatismes sans conséquence sur la majorité des sujets provoquent des effets spectaculaires sur certains individus, c'est en raison de leur « diathèse », c'est-à-dire leur prédisposition constitutionnelle ou héréditaire (Charcot, 1889). Il soutient que les tableaux cliniques psychotraumatiques, qu'il nomme « hystéro-traumatisme » ou « hystérie traumatique », sont le fruit de l'action combinée d'une constitution prédestinée à la dégénérescence nerveuse, le terrain hystérique, et d'un facteur environnemental, l'événement traumatique (Charcot, 1892).

Divers traitements sont expérimentés pour traiter les hystériques : la métallothérapie, le magnétisme, l'électrothérapie et l'hypnose.

# 4. Fin du XIXe siècle : vers une étiologie psychogénique

Les thèses anatomopathologiques et neurologiques expliquant les troubles des accidentés du rail vont progressivement évoluer vers des explications psychogéniques. Les médecins commencent à accorder un rôle majeur à l'émotion dans l'étiologie des syndromes post-traumatiques et, influencés par les travaux de Charcot, à concevoir le trauma en termes d'hystérie, de psychonévrose traumatique et de neurasthénie. Les praticiens au service des compagnies ferroviaires mettent au point une thérapie basée sur la suggestion. C'est le début de ce qu'Hyppolyte Bernheim désignera, en 1891, sous le nom de psychothérapie, un traitement thérapeutique visant uniquement l'état mental des patients.

Alors qu'en Angleterre et en France, les compagnies ferroviaires sont aux prises avec les voyageurs accidentés réclamant des dédommagements financiers, en Allemagne, à la même époque, les dirigeants d'usines et les assurances sont confrontés à la question de l'indemnisation des accidents de travail. C'est dans ce contexte qu'Hermann Oppenheim et Robert Thomsen, neurologues à l'hôpital de la Charité de Berlin, se vouent à l'étude des névroses. En 1884, ils publient un premier article[2]. Les auteurs regroupent dans une entité nosographique spécifique, qu'ils nomment « névrose traumatique », les symptômes disparates ayant pour point commun leur étiopathogénie traumatique (Guinon, 1889). La névrose traumatique connaît rapidement de nombreux détracteurs. Oppenheim et Thomsen se voient reprocher d'avoir négligé le risque de simulation alors que le contexte est propice aux escroqueries, et ce, particulièrement depuis que le bureau de l'assurance impériale a reconnu, en 1889, le dédommagement de la névrose traumatique.

Du côté des études sur l'hystérie, s'impose à Charcot l'idée que les manifestations hystériques résultent moins d'une atteinte lésionnelle que des effets d'un choc sur le fonctionnement psychique. Ce choc, dit-il, provoque une dissociation de la conscience. Il ébauche ainsi les prémisses d'une théorie de la dissociation. Du point de vue thérapeutique, il cherche à modifier l'état mental du patient à force de persuasion et de suggestions.

Fin du XIXe – début du XXe siècle, Pierre Janet, Josef Breuer, Sigmund Freud et Sándor Ferenczi, notamment, enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques entrant en jeu dans les réactions traumatiques et initient les premiers traitements psychothérapeutiques, en particulier des séquelles de traumatismes anciens.

En 1883, Pierre Janet prend en charge l'unité de psychiatrie de l'hôpital du Havre et se penche sur la question de l'hystérie. Selon lui, cette pathologie est, dans un grand nombre de cas, consécutive à un événement traumatisant. Il considère que l'hystérie est une maladie psychogène qui survient parfois sur une constitution prédisposée. Il constate toutefois que les souvenirs émotionnants à l'origine des troubles sont fréquemment inconnus du malade lui-même, mais qu'ils peuvent émerger à la faveur d'un état de conscience modifié (hypnose). Janet, dont le souci thérapeutique est constant, est le premier à avoir développé les bases, toujours actuelles, de la thérapie psychodynamique des sujets traumatisés : faire accéder l'événement émotionnant à la conscience par l'hypnose, soutenir son élaboration par la parole, susciter la purgation des émotions qui y restent attachées (abréaction) et promouvoir son intégration à la conscience.

En 1880, Josef Breuer prend en charge Anna O., une patiente hystérique. Avec elle, il ébauche progressivement une psychothérapie dynamique sans recours à la suggestion qui

2. Arch. de Westphal. Bd XV Heft 2 et 3, cité par Guinon (1889).

préfigure la cure psychanalytique. Breuer nomme « méthode cathartique » ce traitement basé sur l'abréaction des affects liés à l'événement et qui, n'ayant pu se manifester, sont restés « coincés » sous la conscience de la malade (Breuer, Freud, 1895).

En 1886, Sigmund Freud ouvre son premier cabinet privé à Vienne et, en 1889, il reçoit en consultation Emmy von N., une patiente souffrant de troubles hystériques multiples. Il recourt à la méthode cathartique de Breuer et s'applique à réduire chaque symptôme en laissant la patiente retrouver, en hypnose, les circonstances traumatiques qui les ont fait naître. En enjoignant Freud à se taire et à l'écouter, Emmy von N. jouera un rôle important dans le dispositif thérapeutique. En effet, le neurologue autrichien renonce peu à peu à l'hypnose et inaugure la méthode des associations libres qui deviendra une des règles fondamentales de la psychanalyse.

En 1893, Freud convainc Joseph Breuer de publier les conclusions théoriques auxquelles la méthode cathartique les a menés, et les deux hommes signent conjointement un premier article. Dans cette publication, les auteurs développent une étiologie traumatique de l'hystérie proche de celle exposée par Janet quatre ans plus tôt. Dans la lignée de Charcot, ils soutiennent que toute hystérie est de structure identique à l'hystérie traumatique, récusant du même coup la spécificité nosographique de la névrose traumatique d'Oppenheim (et cela même s'ils utilisent le terme « névrose traumatique »), mais ils s'opposent au maître de la Salpêtrière, Jean-Martin Charcot, en faisant du traumatisme la cause déterminante des troubles et non le simple déclencheur d'une pathologie préexistante.

Au fil du temps, l'édifice théorique de Freud débouche sur de nouvelles modélisations des névroses. Sa théorie de la séduction, arguant que le traumatisme est essentiellement de nature sexuelle, a le mérite de mettre en exergue, avec la notion d'après-coup, le fait qu'un événement peut se révéler traumatique bien après son occurrence. Cette thèse réfutée, c'est le fantasme qui, selon lui, constitue le facteur traumatique et préside à l'organisation de la névrose.

## 5. Le XX^e siècle : assimilation des troubles traumatiques à la simulation et premiers soins psychologiques immédiats

Tout au long du XX^e siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement la guerre russo-japonaise, les deux conflits mondiaux et la guerre du Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques.

### 5.1. *Babinski et le pithiatisme*

En 1901, Joseph Babinski réduit l'hystérie aux manifestations réversibles par la persuasion qu'il nomme « pithiatisme ». En excluant le choc émotionnel des causes étiopathogéniques au profit de la contagion et de l'imitation, il ignore la spécificité de la névrose traumatique et ramène l'affection post-traumatique dans le giron de l'hystérie. Pour lui, les manifestations que l'affection hystérique a créées par suggestion peuvent être défaits grâce à la thérapie basée sur la persuasion. Si les symptômes hystériques ne cèdent pas à la thérapie, il faut en conclure que le sujet est un simulateur (Babinski, Froment, 1917).

Ces propos provoquent de graves dérives qui assimilent l'hystérie et la névrose traumatique à la simulation.

Au début des années 1900, le champ du trauma s'élargit. Les scientifiques commencent à s'intéresser aux retentissements des événements dramatiques, tels que désastres, séismes et accidents majeurs, sur le psychisme des rescapés.

## 5.2. *La guerre russo-japonaise : les premiers soins psychologiques immédiats*

De 1904 à 1905, la guerre russo-japonaise fait des ravages et les pertes psychiatriques sont très importantes. Les psychiatres et médecins militaires considèrent généralement que les troubles des soldats relèvent de l'hystérie ou de la neurasthénie. L'assimilation de l'hystérie à la simulation, instillée par Babinski, trouve un terrain propice au cours de cette guerre où elle sert à discréditer la probité des soldats. Tout comme les victimes d'accidents ferroviaires et de travail avaient été soupçonnées de feindre une affection mentale en vue d'obtenir des dédommagements pécuniaires de la part des compagnies d'assurance, les soldats traumatisés se voient fréquemment suspectés de simuler des états pathologiques aux fins d'être reclassés à l'arrière ou d'être réformés.

Dans les suites de Charcot, la majorité des médecins militaires s'accordent à reconnaître qu'un grand nombre de combattants souffrant de désordres psychiques possèdent une hérédité morbide les prédisposant aux troubles névropathiques. Toutefois, sans nier l'importance de la prédisposition, la majorité d'entre eux mettent en exergue le rôle prédominant de l'émotion dans la genèse des troubles.

Pour contenir les pertes psychiatriques, l'armée du tsar, sous l'égide du médecin général et psychiatre en chef Piotr Mikhaïlovitch Autokratoff, instaure un service de « psychiatrie de l'avant ». Des dispensaires sont aménagés à proximité du front et un tandem, composé d'infirmiers et d'un psychiatre, parcourt la ligne de combat en charrettes hippomobiles pour dispenser les premiers soins aux blessés. Cette aide psychologique précoce vise à réduire les réactions post-traumatiques immédiates et non les séquelles à long terme.

La Croix-Rouge russe, dépassée par l'afflux de blessés psychiques, lance un appel aux médecins étrangers. C'est ainsi que l'Allemand Georg Honigmann se rend sur le front en qualité de psychiatre volontaire (Honigmann, 1907). En 1907, au congrès allemand de médecine interne, riche de ses observations, il propose de nommer « névrose de guerre » (*Kriegsneurose*) les troubles manifestés par les blessés psychiques.

## 5.3. *La guerre 1914-1918*

En raison de sa durée, des innovations technologiques du matériel de combat, du recours massif à l'artillerie et des stratégies développées, la guerre 1914-1918 cause davantage de victimes que tout autre conflit antérieur. Dès l'ouverture des hostilités, des combattants, enrôlés au sein des puissances alliées comme des empires centraux, présentent des troubles psychologiques. Tandis que les soldats combattent sur le front, les aliénistes s'affrontent sur le terrain des idées à coup de doctrines étiopathogéniques explicatives des syndromes post-traumatiques. Les leçons de l'Histoire semblent avoir été oubliées et les cliniciens de guerre refont le chemin des théories étiopathogéniques emprunté quelques décennies plus tôt par leurs confrères investis auprès des accidentés des chemins de fer et de travail : de la doctrine anatomopathologique à l'hypothèse névropathique (hystérie) en passant par la

thèse neurologique. Au fil du conflit, sont définis trois grands mécanismes se mélangeant à parts variables pour expliquer l'apparition des troubles : la commotion, l'émotion et la suggestion. Ce n'est qu'à la fin de la guerre que les théories psychodynamiques, rattachant les symptômes des traumatisés à des contenus et à des processus psychiques inconscients, font une percée notable. Tout au long de la guerre, la controverse opposera les tenants d'une cause occasionnelle générée par la guerre elle-même et les partisans d'une vulnérabilité personnelle que la circonstance particulière des combats ne ferait que révéler.

Au fil du conflit, le nombre d'engagés atteints d'affections post-traumatiques prend des proportions inquiétantes. La perte d'effectifs entraînée par ces blessés psychiques menace l'armée d'impéritie. Un soupçon permanent de duperie pèse sur les soldats traumatisés, l'état-major les suspectant de mimer l'aliénation mentale pour échapper à leur devoir militaire. Dès 1915, les neurologues et les aliénistes sont invités à mettre leur expertise au service des comités de réforme et des conseils de guerre. Ils sont chargés de distinguer les « simulateurs » et les « exagérateurs » des combattants souffrant de « réelles » pathologies. Les médecins militaires et les hautes autorités s'abstiennent de reconnaître une pathologie déclenchée spécifiquement par la guerre qui les contraindrait à indemniser ou à réformer les soldats atteints. Ils préfèrent généralement imputer les troubles à la mauvaise volonté de leurs recrues à retourner au front ou à leur prédisposition héréditaire, notamment à leur propension à l'hystérie. Rappelons qu'à l'époque, la frontière entre hystérie et simulation est si ténue qu'il est aisé de confondre la première avec la seconde.

En 1917, les théories psychodynamiques effectuent une percée sur le terrain des explications pathogéniques. De plus en plus d'auteurs s'accordent à rattacher les symptômes des traumatisés à des contenus et à des processus psychiques inconscients. Fin septembre 1918, moins de deux mois avant la fin des hostilités, Sigmund Freud organise à Budapest le V$^{e}$ Congrès international de psychanalyse partiellement consacré aux névroses de guerre. Le neurologue hongrois Sándor Ferenczi et le médecin allemand Karl Abraham comptent parmi les intervenants du congrès. Leurs réflexions sont d'une importance considérable pour le développement de la psychanalyse et de la névrose traumatique.

Les traitements suivent les évolutions de la compréhension pathogénique des troubles. Une psychiatrie de l'avant est instaurée pour ne pas laisser aux soldats le temps de renforcer leurs symptômes pendant les longues odyssées sanitaires de leur évacuation vers l'arrière. Le psychiatre américain Thomas Salmon en édicte les principes (Salmon, 1917). Ceux-ci seront une source d'inspiration pour les futures interventions psychologiques d'urgence du Comité International et des sociétés nationales de la Croix-Rouge, des cellules d'urgence médico-psychologiques françaises (CUMP), de différentes armées, etc. Les troubles sont traités par des soins portant essentiellement sur le corps et par le repos. Les méthodes cathartiques par hypnose ou sous narcose sont préconisées pour faciliter la décharge des affects pénibles liés aux expériences traumatiques. Du côté allemand et britannique, des médecins tentent également d'appliquer les concepts psychanalytiques à la prise en charge des névrosés de guerre. Les soldats présentant des symptômes qualifiés d'hystériques sont soumis à des traitements coercitifs tels que l'isolement et la faradisation[3] dans le but de les faire renoncer à leurs troubles. En effet, certains aliénistes font preuve d'un patriotisme exalté. Ils semblent ne pas prendre la mesure de la souffrance psychique des névrosés et se montrent sans pitié, n'hésitant pas à mettre aux fers les malheureux, à les dénoncer au Conseil de guerre ou à

3. Nom proposé en 1835 par le neurologue français Guillaume Duchenne de Boulogne pour désigner l'application médicale de l'électricité d'induction.

leur infliger des traitements douloureux. En France, l'électrothérapie faisait partie depuis longtemps de l'arsenal thérapeutique dédié aux hystériques. Ainsi, Paul Briquet l'utilisait déjà en 1850, Jean-Martin Charcot avait fait installer un « laboratoire d'électricité » à la Salpêtrière, et Sigmund Freud y avait recouru pour ses patientes Emmy von N. et Elizabeth von R. Durant la guerre, dans leur service respectif, les docteurs Clovis Vincent à Tours et Julius Wagner Jauregg à Vienne, la dévoient et en codifient l'usage répressif.

## 5.4. *L'entre-deux-guerres : l'évolution des théories*

La guerre a relancé la réflexion des psychanalystes. Freud reconnaît la névrose traumatique dont il a longtemps récusé l'autonomie nosographique. Il remanie son modèle théorique et y introduit de nouvelles notions, la compulsion de répétition (ramenant des expériences du passé, qui ne comportent aucune possibilité de plaisir et qui n'ont pu apporter satisfaction) et la pulsion de mort (tendance à l'immobilité, à la stagnation et à la mort s'opposant à la pulsion de vie, disposition au mouvement, à l'évolution et à la vie), et construit la première topique (différenciation de l'appareil psychique en parties spécifiques). Il perçoit le traumatisme comme une effraction du pare-excitation, la couche superficielle protectrice de l'appareil psychique. Sándor Ferenczi développe la notion de clivage[4], s'intéresse aux violences sexuelles subies par les enfants et réhabilite la catharsis (qu'il nomme néo-catharsis).

Dans la même période naît le premier modèle biologique avec l'émergence de la théorie du stress. Walter Cannon est le premier à utiliser le mot « stress » pour désigner les agressions susceptibles de perturber l'homéostasie des êtres vivants. Il révèle cette sagesse du corps capable de répondre de manière adaptative aux contraintes externes aux fins de maintenir son équilibre interne (Cannon, 1929). Hans Selye va faire du stress un concept majeur pour la médecine et la psychologie.

## 5.5. *La Seconde Guerre mondiale*

La Seconde Guerre mondiale constitue le conflit armé le plus vaste et le plus meurtrier de tous les temps. Elle est le théâtre de nombreux crimes de guerre, de crimes contre l'humanité et voit l'émergence inédite de crimes de masse.

La dénomination des tableaux cliniques manifestés par les combattants traumatisés tend à minimiser l'impact de la guerre sur leur santé mentale. Ainsi, du côté des forces alliées, sur le conseil du psychiatre Frederick Hanson, le général américain Omar N. Bradley émet une circulaire préconisant le diagnostic d'*exhaustion* (« épuisement »). Ce mot évite toute connotation psychiatrique et laisse entendre que le soldat, victime d'une simple fatigue transitoire, a eu « une réaction normale face à une situation anormale ». La formule fera école. On parle également de *combat reaction* (« réaction au combat »), *combat fatigue* (« fatigue de combat »), *combat stress* (« stress de combat ») et de *war stress* (« stress de la guerre »). Le terme *war neurose* (« névrose de guerre ») est réservé aux cas les plus graves. Les médecins et psychiatres militaires l'imputent à une vulnérabilité personnelle du soldat et à ses antécédents, antérieurs au service armé (par exemple, à un traumatisme infantile selon les théories psychanalytiques en vogue à l'époque). En effet, la plupart nie que la guerre puisse être la cause majeure à l'origine des troubles psychologiques des recrues. Comme ce fut le cas

4. Selon Ferenczi, le traumatisme produit un « clivage psychotique d'une partie de la personnalité » et « cette partie clivée survit en secret », hors d'atteinte de la personnalité, ce qui explique l'amnésie traumatique (Ferenczi, 1930).

durant les guerres russo-japonaise et 1914-1918, une grande partie du commandement, tant du côté des Alliés que des puissances de l'Axe, craint que la reconnaissance d'un traumatisme psychique spécifiquement déclenché par la guerre soit la porte ouverte à la couardise et aux « désertions psychiques ».

Sur le plan pathogénique de l'*exhaustion*, on incrimine l'intensité des combats et le temps cumulé en opération. Les études menées par les médecins établissent une corrélation entre la durée d'exposition aux dangers de la guerre et le risque de développer des troubles psychiques (Beebe, Appel, 1958 ; Sobel, 1949). Selon les psychiatres américains Roy Grinker et John Spiegel, chaque homme a son point de rupture (*break point*). Les recrues, rompues psychologiquement après un séjour prolongé sur le front, ne sont ni des lâches ni des faibles, mais des personnes normales incapables d'endurer plus longtemps les contraintes extrêmes de la guerre (Grinker, Spiegel, 1945). Même les combattants les plus aguerris finissent par s'effondrer. Le psychiatre américain Raymond Sobel baptise ce phénomène « le syndrome du vieux sergent » (Sobel, 1945).

Dans la survenue des troubles psychiques, on souligne également les facteurs affectant le moral des troupes : conflits interpersonnels (entre soldats, entre soldats et officiers), manque de cohésion au sein de l'unité (isolement des combattants détachés en patrouille, absence de soutien mutuel, déficit de liens affectifs entre pairs, etc.) et commandement défaillant (carence de soutien, méfiance ou conflit au sein de la troupe avec les officiers ou entre le front et l'arrière, etc.) (Spiegel, 1944 ; Stouffer *et al.*, 1949). Les psychiatres et les autorités militaires découvrent le rôle essentiel de la cohésion du groupe non seulement pour prévenir l'exhaustion, mais également pour accroître l'efficacité des unités au combat.

Au début des hostilités, les armées ne sont pas préparées à prendre en charge les blessés psychiques. Du côté allié, la désorganisation provoquée par la défaite éclair infligée en juin 1940 par les forces allemandes occulte les traumatisés des préoccupations des états-majors. Du côté de l'Axe, la souffrance psychique est considérée comme l'apanage des faibles et non comme une conséquence fréquente, inhérente aux conflits armés. Les leçons des guerres précédentes ont été oubliées. Aussi, aucun dispositif de psychiatrie de l'avant n'est mis en place. Aucun psychiatre n'est attaché aux divisions de combat et aucune disposition n'existe pour assurer des soins psychiatriques à proximité du front.

En décembre 1941, avec l'entrée en guerre des États-Unis, une politique visant à traiter la question des pertes psychiques se met lentement en place. Dans un premier temps, dans l'espoir d'écarter les individus prédisposés à la décompensation psychique, les efforts se concentrent sur la sélection des soldats. Ce dépistage s'avère rapidement inefficace. L'échec de la sélection discrédite l'hypothèse de facteurs prédisposants à l'origine des troubles mentaux développés au cours du déploiement. Les psychiatres doivent revoir leur copie ; ils invoquent d'autres étiologies à l'origine des symptômes traumatiques tels que le stress et les contraintes de la guerre. Au fil du temps, ils doivent se rendre à l'évidence : les pertes psychiatriques sont une conséquence inévitable des situations mettant la vie en péril.

Peu à peu, les armées redécouvrent les principes de la psychiatrie de l'avant (Menninger, Nemiah, 2000) ; une stratégie d'intervention précoce visant à écrêter les syndromes d'exhaustion voit ainsi le jour. Pour les cas les plus graves, les médecins recourent à l'hypnose, à la narco-analyse[5] et à la cure de sommeil[6]. Ils innovent également des nouveaux procédés comme les thérapies de groupe et testent des traitements inédits, potentiellement à haut

5. Méthode d'investigation du matériel inconscient après injection d'une substance narcotique.
6. La cure de sommeil est induite par des barbituriques et des sédatifs.

risque, tels que les thérapies par le choc[7], les électrochocs ou les leucotomies[8]. Le rôle premier des médecins en temps de guerre est de permettre aux soldats de retourner le plus vite possible au combat. L'accent mis sur des méthodes physiques, parfois dangereuses, plutôt que sur des traitements psychologiques s'explique ainsi.

L'urgence de la guerre a mobilisé les forces vives, laissant de côté la question des traumatismes manifestés par les civils. Ce n'est qu'après la fin des hostilités que les scientifiques se pencheront sur le sort des milliers de civils, enfants et adultes traumatisés. Ils découvrent que les séquelles psychiques persistent longtemps après la fin des hostilités. En 1952, le psychologue et psychanalyste autrichien Bruno Bettelheim décrit la culpabilité du survivant et, en 1957, le psychanalyste allemand William Niederland dépeint le syndrome du survivant (*survivor syndrome*). En 1954, le psychiatre français René Targowla définit le syndrome asthénique des déportés et, dix ans plus tard, son collègue norvégien Leo Eitinger développe la notion de KZ Syndrom, *Konzentrationläger Syndrom* (syndrome des camps de concentration).

Dans l'après-guerre, les théories et techniques thérapeutiques suscitent un intérêt sans précédent au sein de la communauté scientifique et des cliniciens. La psychanalyse, grâce aux apports de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Abram Kardiner, Otto Fenichel, Karl Abraham et bien d'autres, a le vent en poupe. Elle connaît de nouveaux développements et des thérapies apparentées voient le jour.

## 5.6. *La guerre du Vietnam : vers la reconnaissance du traumatisme*

De 1964 à 1975, les Américains sont impliqués aux côtés du Vietnam du Sud dans le conflit l'opposant au Vietnam du Nord. Dans cette guerre de proximité et de basse intensité, l'armée du Nord (*Vietminh*), dépourvue de moyens lourds (artillerie, aviation de bombardement), adopte une tactique de guérilla (raids, embuscades). Dès lors, les troupes américaines sont confrontées à un type de combat inhabituel ; l'ennemi est partout et nulle part.

Riches des expériences acquises au cours des guerres précédentes, les forces armées américaines instaurent une psychiatrie de l'avant dès le début de leur engagement dans le conflit. Grâce aux multiples stratégies développées pour lutter contre les pertes psychiques, le taux d'attrition en cours de déploiement reste faible. Contrairement aux affrontements précédents où le nombre de blessés psychiques culmine au plus fort des combats, dans la guerre du Vietnam, l'acmé est atteinte alors que les hostilités ont pris fin.

En 1972, dans un article publié dans le *New York Times*, le psychiatre et psychanalyste américain Chaim Shatan attire l'attention du public sur le *Post-Vietnam syndrome*. À partir de 1975, les séquelles tardives présentées par un nombre croissant de vétérans attirent l'attention tant des professionnels que des pouvoirs publics. Outre les symptômes traumatiques (reviviscences, évitement, hyperactivation neurovégétative), de nombreux vétérans souffrent de dépression (mésestime de soi, comportements suicidaires, etc.), manifestent des troubles caractériels (impulsivité, accès de colère), voire se livrent à des actes délinquants, et consomment abusivement des substances psychoactives (alcool et drogue).

En 1978, un groupe de chercheurs, dont fait partie Chaim Shatan, propose à la commission chargée de remettre à jour le DSM d'introduire le diagnostic *de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), traduit en français par « État de Stress Post-Traumatique » (ESPT),* dans la troisième version de cette nosographie psychiatrique. Ce sera chose faite en 1980.

7. Cette méthode consiste à provoquer un coma artificiel par injection d'insuline ou d'une autre substance.
8. La leucotomie consiste à sectionner les fibres nerveuses reliant les lobes frontaux au thalamus.

Le contexte politique et l'impopularité croissante de la guerre du Vietnam ont largement contribué à la reconnaissance d'une nomenclature particulière applicable aux troubles traumatiques des vétérans.

La reconnaissance d'une entité diagnostique spécifique constitue à l'époque une véritable victoire. Premièrement, les troubles traumatiques, jusqu'alors imputés à une vulnérabilité personnelle, sont attribués à un agent extérieur : la guerre. Deuxièmement, admettre la légitimité du PTSD implique des conséquences financières colossales. Jusqu'alors, les réactions post-traumatiques étaient attribuées à une prédisposition individuelle que la circonstance particulière des combats ne faisait que révéler. La guerre n'étant pas reconnue comme la cause prédominante dans la genèse des troubles, les soldats traumatisés n'étaient pas indemnisés. L'administration chargée des victimes de guerre était donc rétive à voir apparaître une entité clinique qui la contraignait à dédommager les blessés psychiques. Troisièmement, le syndrome de stress post-traumatique est fondé sur un facteur étiologique, ce que le DSM, nosographie descriptive et sans référence théorique, tente d'éliminer. Quatrièmement, le PTSD admet que les auteurs d'exaction puissent être victimes. Les combattants coupables de crimes de guerre sont des hommes ordinaires qui ont été plongés dans une situation extraordinaire. Cinquièmement, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des événements liés à un conflit armé ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à la guerre ainsi qu'à tout autre événement délétère.

Ce syndrome, bien que critiquable, a cependant permis d'introduire la notion de traumatisme psychique auprès d'un large public. Depuis, ce concept n'a cessé d'évoluer comme en témoignent les remaniements de la classification des troubles traumatiques dans le DSM-5 et les ajouts significatifs dans la CIM-11 (Chap. 10).

## 5.7. *La fin du xx^e^ siècle : l'EMDR, une technique thérapeutique révolutionnaire*

Progressivement, psychiatres et psychologues des quatre coins du monde élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes strates de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de torture, de violences sexuelles, population tout venant, etc.). La psychanalyse et les thérapies dérivées furent les premières options de traitement. À partir des années 1980, la reconnaissance du PTSD dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-III promeut les thérapies comportementales et cognitives dans ce domaine. À la fin de cette décennie, un pas décisif est franchi avec la découverte de l'EMDR.

L'EMDR est une approche psychothérapeutique. Elle a été découverte fortuitement aux États-Unis en 1987 par Francine Shapiro, docteur en psychologie au *Mental Research Institute* de Palo Alto en Californie. Cette méthode a rapidement révolutionné la conception et la pratique de la psychothérapie, notamment des patients traumatisés.

EMDR est l'acronyme d'*Eye Movement desensitization and reprocessing*, en français « désensibilisation et retraitement par le mouvement des yeux ». L'appellation « EMDR » a été conservée même si la méthode ne se limite désormais plus à l'utilisation des mouvements oculaires.

L'efficacité de l'EMDR a été scientifiquement prouvée depuis 1989 par de nombreuses études contrôlées. Depuis 2013, l'Organisation mondiale de la Santé la préconise pour le traitement des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et l'adulte.

# L'essentiel

## Résumé

- Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de 2000 ans av. J.-C.
- Le traumatisme psychique commence à susciter l'intérêt du monde médical au début du XIX^e^ siècle. Les accidents ferroviaires de la seconde moitié du XIX^e^ siècle et les guerres du XX^e^ siècle le renforcent.
- Fin du XIX^e^ début du XX^e^ siècle, les scientifiques militaires et civils se penchent sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques et initient les premières prises en charge psychothérapeutiques.
- En 1980, l'*American Psychiatric Association* introduit le *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dans le DSM-III.

## Questions pour mieux retenir

1. À qui doit-on le terme « névrose traumatique » ?
2. Que signifie l'acronyme PTSD ? Comment a-t-il traduit en français ?
3. Qu'appelle-t-on la psychiatrie de l'avant ?
4. Durant la Première Guerre mondiale, le traumatisme psychique était attribué à une vulnérabilité individuelle. Quelles auraient été les conséquences de la reconnaissance du traumatisme ?
5. Quels sont les symptômes présentés par les vétérans du Vietnam ?

CHAPITRE 2

# La notion de victime

*« Quand j'étais jeune, c'est ainsi que les choses ont commencé. Après avoir détruit cette maison, vous allez rentrer chez vous. En chemin, certains diront : ici habite un Hutu, pour nous venger, prenons ses biens et tuons ses enfants. Mais après, vous ne pourrez plus vous arrêter pendant des années. Je veux vous dire ceci : vous avez souffert, mais cela ne vous rend pas meilleurs que ceux qui vous ont fait souffrir. Ce sont des gens comme vous et moi. Le mal est en chacun de nous. »*

Boubacar Boris Diop, *Murambi, le livre des ossements* (2000)

SOMMAIRE


1. L'évolution de la notion de victime ..... 30
2. Définitions actuelles ..... 32
3. Types de victimes et degré d'implication dans l'événement traumatisant ..... 35

L'intérêt porté aux victimes en tant qu'objet social est récent. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que celles-ci commencent véritablement à intéresser la recherche en criminologie et à constituer un enjeu sociopolitique. En 1947, Benjamin Mendelsohn, un avocat d'origine roumaine, baptisera « victimologie » cette science naissante. Ce chapitre se propose de fournir quelques repères définitionnels de la victime.

# 1. L'évolution de la notion de victime

Le terme « victime », emprunté au latin classique « *victima* », fait son apparition dans la langue vulgaire écrite à la fin du XV^e^ siècle (en 1485)[1]. Il se rencontre progressivement dans les titres des ouvrages conservés à la Bibliothèque nationale de France à partir du XVII^e^ siècle (10 références) et s'affirme au XIX^e^ siècle (645 références) pour connaître son plein essor au XX^e^ siècle (1427 titres avant 1970) (Garnot, 2001). Ces dernières années, près de 50 000 ouvrages traitant des victimes sont déposés annuellement au titre du dépôt légal (Lamare, cité par Languin, 2005).

Deux mots sont dérivés de « *victima* »[2] : « victimaire » (1555)[3], emprunté au latin classique « *victimarius* », prêtre qui préparait et frappait les victimes, et « victimer » (1600), inspiré par le terme latin impérial « *victimare* », qui exprime l'action de sacrifier (une victime). Victimer a signifié « tuer » puis, sous la Révolution française, « condamner à mort » et « maltraiter (quelqu'un) » (1795). Le mot « victimiser » est un anglicisme introduit au XX^e^ siècle. Il est emprunté au verbe « *to victimize* », transformer en victime (1830), dérivé de « *victima* », victime (1497, emprunt au latin)[4].

La notion de victime n'a cessé d'être revisitée tout au long de l'histoire occidentale et de s'enrichir de définitions additionnelles. À l'origine, « victime » est un terme du lexique sacré. Le *Dictionnaire historique de la langue française* nous apprend qu'il vient du latin *victima* et le définit comme « une créature vivante offerte en sacrifice aux dieux » (1496)[5]. À l'origine, « *victima* » désignait la victime offerte aux divinités en remerciement des faveurs reçues, en opposition à l'« *hostia* »[6], l'hostie, la victime expiatoire immolée pour apaiser leur courroux. Peu à peu, les nuances propres à « *victima* » et à « *hostia* » ont disparu et l'usage n'a retenu que le mot « victime ».

Dans les civilisations anciennes, le concept de victime est marqué du sceau du sacrifice. Dans les rites païens, dont certains ont été repris par les religions monothéistes, les victimes sont propitiatoires, offertes aux divinités pour solliciter leurs faveurs ou leur clémence, et expiatoires, immolées pour les apaiser. Parmi les victimes expiatoires, nous pouvons citer la figure du bouc émissaire. Anciennement, le jour du rite annuel hébreu de *Yom Kippour* (« le Grand Pardon »), deux boucs étaient amenés au temple ; l'un était sacrifié à Dieu et l'autre,

1. 1485 : « Sacrifice » (Mistere du Viel Testament, éd. J. de Rothschild, 10 129 : [Isaac à son père Abraham] Et qu'on sacrifie autrement Que par victime si terrible ?), 1495 : « créature vivante offerte en sacrifice au (x) dieu (x), à Dieu » (Jean de Vignay, Miroir historial, IX, 98, éd. 1531 ds DELB. « Quant ilz vouloient offrir olocaustes et victimes a icelluy dieu incongneu) », Trésor de la Langue Française informatisé [version simplifiée], Laboratoire d'Analyse et de Traitement Informatique de la Langue Française. En ligne : http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/fast.exe?victime.
2. Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Le Robert, 1992.
3. Du Choul. Discours sur la Castrametation et discipline militaire des Romains, p. 25 : Sacrifice du Consul, accompagné de ses Sacerdotes, Victimaires, et Ministre qui porte l'acerra, Trésor de la Langue Française informatisé, *op. cit*.
4. Le Robert, *op. cit*., 1992.
5. *Ibid*.
6. *Hostia*, mot latin, est traduit indifféremment par hostie ou par victime.

chargé symboliquement de tous les péchés de la communauté, était chassé dans le désert vers le démon Azazel (dieu-bouc).

L'immolation d'un des deux boucs reliait les humains au divin dans un axe vertical. La victime émissaire quant à elle unissait les hommes entre eux dans un plan horizontal en assurant la paix et l'ordre social. En effet, une union sacrée se forgeait sur cette cible expiatoire et permettait de rejeter la violence endémique à l'extérieur de la communauté. Cette définition sacrée et sacrificielle prédominera jusqu'à la fin du XVe siècle.

À partir du XVIIe siècle (1642)[7], le mot « victime » est employé en théologie pour désigner le Christ. La communauté chrétienne repose sur le sacrifice d'un homme, Jésus-Christ. Celui-ci endosse un rôle rédempteur, il est la « supervictime » (Fillizzola, Lopez, 1995), la « victime parfaite »[8] souffrant et mourant pour racheter les péchés des êtres humains. Il reste présent par l'Eucharistie durant la messe.

Dès le début de ce siècle, le terme commence à prendre son sens actuel. Ainsi, il se dote d'une connotation morale et d'une définition infractionnelle. La victime ne s'inscrit plus uniquement dans un rapport vertical au sacré, mais aussi dans une relation horizontale interhumaine. En effet, à la notion de sacrifice s'ajoute une définition infractionnelle de la victimisation, le terme désignant aussi « la personne qui a subi la haine, les tourments, les injustices de quelqu'un » (1606)[9], « la personne qui souffre des agissements d'autrui » (1617)[10]. Par extension, le mot se dit d'« une personne qui souffre d'événements néfastes » (1617)[11]. Aux facteurs infractionnels s'ajoute également la victimisation fortuite et accidentelle. La victime est « une personne tuée ou blessée à la suite d'un cataclysme, d'un accident ou d'une violence quelconque » (1604)[12]. Sous la plume des écrivains français Bossuet et Boileau, en 1687, le mot désigne également une personne qui pâtit de ses propres actes, respectivement, victime de soi-même et victime de sa valeur (Garnot, 2001). À la fin du XVIIe siècle, dans le *Dictionnaire* de Furetière, la notion comprend aussi « les victimes de la guerre, de la tyrannie politique et les jeunes personnes sacrifiées à l'ambition familiale et contraintes d'entrer en religion » (1690) (Garnot, 2001).

Au XVIIIe siècle, dans la littérature, on voit apparaître aussi les victimes de l'amour et celles de la médecine (Languin, 2005). Un siècle plus tard, la victime est également « la personne arbitrairement condamnée à mort ». Durant la Révolution française, ce terme fut appliqué aux personnes qui périrent condamnées par les tribunaux révolutionnaires (Languin, 2005). Progressivement, le mot victime définit « la personne torturée, violentée, assassinée, la personne qui meurt à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une catastrophe, la personne tuée dans une émeute, une guerre »[13]. À la fin du siècle (1884-85) apparaissent les victimes du devoir.

Au XXe siècle, le terme se généralise, attestant de la visibilité sociale du concept. Il recouvre des réalités de plus en plus diverses gagnant l'ensemble des champs de la société. Les définitions se multiplient : infractionnelles, sociales, politiques, accidentelles, guerrières, naturelles, médicales, routières, technologiques, économiques, culturelles, etc.

Le début du XXIe siècle voit l'expansion du concept se confirmer. Dans les sociétés non occidentales, le religieux fait un retour en force, des victimes se sacrifiant au nom d'un fondamentalisme fanatique.

---

7. Corneille, *Polyeucte*, V, 3, vers 1662.
8. Trésor de la Langue Française informatisé, *op. cit.*
9. J. Bertaut. Rec. de quelques vers amoureux, éd. L. Terreaux, p. 11.
10. Le Robert, *op. cit.*, 1992.
11. Le Robert, *op. cit.*, 1992.
12. Montchrestien, David, éd. L. Petit de Julleville, p. 217.
13. Le Petit Robert (2002).

Ces dernières années, le concept de victime a fait recette. De plus en plus banalisé jusqu'à être galvaudé, il subit aussi les frais de sa popularité. En caricaturant à peine, on peut dire qu'aujourd'hui, est victime toute personne qui se considère comme telle. Le sujet victimisé domine, peu importe l'origine de sa victimisation. Cette vulgarisation provoque une confusion entre victimisation réelle et sentiment d'insécurité, difficulté psychologique personnelle, etc. En effet, certaines personnes confondent frustration, colère, chagrin, peur[14], etc., avec l'atteinte physique, morale ou psychologique de la victimisation. Par exemple, elles s'estiment victimes d'un divorce, d'un décès, d'un licenciement, de l'irrespect de voisins, etc. Elles projettent la cause de leur mal-être sur autrui et s'épanchent en revendications victimaires. Être victime n'est plus un état, mais devient un statut, la victime existant socialement au travers de sa victimisation.

# 2. Définitions actuelles

Actuellement, il existe deux grands courants de conception de la notion de victime :

- l'une étroite, infractionnelle, circonscrite au cadre légal ;
- l'autre plus large, victimologique, incluant outre le cadre légaliste, les dimensions sociologiques, psychologiques et humanitaires.

## 2.1. *Définitions infractionnelles*

Si les approches sociologiques et psychologiques admettent qu'une personne qui s'estime victime le soit effectivement, il en va autrement d'un point de vue juridique. En effet, ne sont reconnues victimes que les personnes ayant subi un délit ou un crime relevant du droit pénal.

Pour cerner cette notion, reportons-nous à la *Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir* adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 29 novembre 1985, au Règlement de procédure et de preuve de la Cour pénale internationale du 17 juillet 1998 et à la Décision-cadre du Conseil de l'Union européenne du 15 mars 2001.

En 1985, l'Assemblée générale des Nations Unies définit comme suit les victimes de criminalité et d'abus de pouvoir (Résolution 40/34) :

> « On entend par **victimes (de la criminalité)** des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir. Une personne peut être considérée comme "victime", dans le cadre de la présente Déclaration, que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, et quels que soient ses liens de parenté avec la victime. Le terme "victime" inclut aussi, le cas échéant, la famille proche ou les personnes à charge de la victime directe et les personnes qui ont subi un préjudice en intervenant pour venir en aide aux victimes en détresse ou pour empêcher la victimisation. Les dispositions de la présente section s'appliquent à tous, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, d'âge, de langue, de religion, de nationalité,

14. Les enquêtes de victimisation ont mis en évidence que le problème de la criminalité affecte la vie des personnes qui se perçoivent à risque même si elles n'ont pas personnellement été victimisées et même si cette perception n'est pas justifiée et le sentiment de peur, irrationnel.

d'opinion politique ou autre, de croyances ou pratiques culturelles, de fortune, de naissance ou de situation de famille, d'origine ethnique ou sociale et de capacité physique. »

« On entend par **victimes (d'abus de pouvoir)** des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi des préjudices, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui ne constituent pas encore une violation de la législation pénale nationale, mais qui représentent des violations des normes internationalement reconnues en matière de droits de l'homme. »

En 1998, le Règlement de procédure et de preuve de la Cour pénale internationale (Statut de Rome)[15] déclare : « Aux fins du Statut et du Règlement, a) le terme "victime" s'entend de toute personne physique qui a subi un préjudice du fait de la commission d'un crime relevant de la compétence de la Cour ; b) Le terme "victime" peut aussi s'entendre de toute organisation ou institution dont un bien consacré à la religion, à l'enseignement, aux arts, aux sciences ou à la charité, un monument historique, un hôpital ou quelque autre lieu ou objet utilisé à des fins humanitaires a subi un dommage direct. »

Plus récemment, en 2001, le Conseil de l'Union européenne[16] définit la victime comme « la personne qui a subi un préjudice, y compris une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou une souffrance morale ou une perte matérielle, directement causé par des actes ou des omissions qui enfreignent la législation pénale d'un État membre ».

Ces définitions infractionnelles s'articulent sur les textes de loi et, forcément, ignorent les victimes de catastrophes naturelles. Notons également qu'elles omettent les violences psychologiques (harcèlement conjugal, familial ou professionnel).

Retenons la définition de Robert Cario (2001, 2006), à la fois infractionnelle et victimologique :

« Doit être considérée comme **victime** toute personne en souffrance(s). De telles souffrances doivent être personnelles (que la victimisation soit directe ou indirecte), réelles (c'est-à-dire se traduire par des traumatismes psychiques ou psychologiques et/ou des dommages matériels avérés), socialement reconnues comme inacceptables 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, médicale ou civile, par l'accompagnement psychologique et social de la (des) victime(s) et par son/leur indemnisation. Cette définition se cristallise sur les traumatismes et les souffrances de toutes origines, intensités et durées infligés de manière illégitime et injuste aux victimes dans leur corps, leur dignité, leurs droits et leurs biens. Elle inclut également les proches des victimes dont les souffrances sont consécutives à l'acte infractionnel (disparition d'un être cher, enfant témoin de violences familiales, manques à gagner, pertes matérielles diverses, etc.). »

## 2.2. *Définitions victimologiques*

Les définitions victimologiques ne se réfèrent pas uniquement à des critères légaux (lois nationales et instruments internationaux). Elles sont plus extensives que les définitions infractionnelles, portent sur des notions plus subjectives et sont centrées davantage sur la personne que sur les faits subis.

15. Cour pénale internationale (1998). Règlement de procédure et de preuve. ICC-ASP/1/3.
16. Conseil de l'Union européenne (2001). Décision-cadre du Conseil du 15 mars 2001 relative au statut des victimes dans le cadre de procédures pénales. Journal officiel n° L 082 du 22 mars 2001.

Pour Benjamin Mendelsohn (1956), un des fondateurs de la victimologie, la victime est « une personne se situant individuellement ou faisant partie d'une collectivité, qui subirait les conséquences douloureuses déterminées par des facteurs de diverses origines : physiques, psychologiques, économiques, politiques et sociales, mais aussi naturelles (catastrophes) » (Cario, 2001). La définition adoptée par la première Société française de victimologie retient des éléments similaires : « Une victime est un individu qui reconnaît avoir été atteint dans son intégrité personnelle par un agent causal externe ayant entraîné un dommage évident, identifié comme tel par la majorité du corps social. » (Fillizzola, Lopez, 1995)

Citons encore la définition de Jean Audet et Jean-François Katz (1999, p. 7) :

> « On appelle **victime** toute personne qui subit un dommage dont l'existence est reconnue par autrui et dont elle n'est pas toujours consciente. Chaque mot permet de caractériser la notion :
> – personne : il peut s'agir d'une personne physique ou morale ;
> – subit : avec l'idée d'endurer, d'éprouver, de souffrir ;
> – dommage : terme préféré à "préjudice" trop judiciaire, à "lésion" trop médical ou à "tort" trop général ;
> – reconnu : au sens d'identifié comme tel ;
> – autrui : la reconnaissance par la victime n'est ni nécessaire ni suffisante, celle d'autrui est primordiale ;
> – pas toujours consciente : car l'idée que la personne devrait être consciente de son dommage éliminerait bien des victimes. »

Cette définition introduit l'idée intéressante que certaines victimes ne sont pas en mesure de reconnaître qu'elles ont subi un dommage du fait de leur état physique (personnes sous emprise de drogues amnésiantes, plongées dans le coma, décédées) ou mental (handicapés mentaux, déficients intellectuels, autistes, etc.), de leur immaturité (jeunes enfants) ou de l'ignorance dans laquelle elles sont tenues (victimes d'une erreur médicale dissimulée ou d'une opération chirurgicale abusive, personnes victimes de pratiques culturelles nuisibles, par exemple, de mutilations sexuelles considérées comme légitimes), etc.

Retenons encore la définition de Louis Crocq : « Toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.). » (Crocq, 2007) Bien qu'envisageant de nombreux cas de figure, cette description s'applique uniquement aux personnes physiques. Or, le mot « victime » peut désigner une entité morale, un organisme, une entreprise ou une institution ayant subi des dommages. On dit ainsi du fisc qu'il est victime de la fraude.

Pour conclure, nous suggérons la définition suivante qui nous semble prévoir tous les cas de figure :

DÉFINITION

### Victime

« Doit être considérée comme **victime** toute personne qui a subi une atteinte à son intégrité physique ou psychique ainsi que toute personne physique ou morale qui a subi un outrage à l'honneur ou à ses droits fondamentaux, une perte de biens matériels ou tout autre préjudice sur le plan scolaire, professionnel, privé, moral, etc. Ces dommages peuvent avoir été causés par un ou plusieurs actes commis délibérément

ou involontairement par une personne ou par une collectivité, actes dont la personne physique ou morale peut ne pas avoir conscience ; ils peuvent également résulter d'une catastrophe naturelle ou d'un accident sans tiers en cause. »

# 3. Types de victimes et degré d'implication dans l'événement traumatisant

Le degré d'implication de la victime dans l'événement traumatisant amène à distinguer victimes directes et indirectes (Chap. 4).

## 3.1. *Les victimes directes ou primaires*

Elles ont été directement exposées à un événement de nature traumatisante. Elles ont expérimenté, ont provoqué ou ont été témoins d'un incident inopiné et violent qui a blessé ou a menacé de blesser physiquement et/ou psychologiquement leur personne et/ou autrui et qui les a confrontées avec la mort comme réelle ou possible. On distingue les blessés physiques et les impliqués directs (rescapés indemnes, témoins, badauds et, éventuellement, sauveteurs).

Les intimes d'une victime primaire (partenaire conjugal, parents et amis proches) ont longtemps été considérés comme des victimes secondaires. Depuis la cinquième édition du DSM (2013), ils sont comptés parmi les victimes primaires.

## 3.2. *Les victimes indirectes ou victimes par ricochet*[17]

Elles n'ont pas vécu ni été témoins de l'événement, mais sont concernées par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec les victimes directes. Pour une victime directe, il existe de nombreuses victimes indirectes. On distingue les victimes secondaires, tertiaires et quaternaires.

- Les **victimes secondaires** se comptent parmi les proches (famille, amis), les aidants non professionnels ou aidants de première ligne et les professionnels de première ligne ou primo-intervenants (services de secours, personnel médical, intervenants psychosociaux, etc.) en contact direct avec les victimes en situation de crise. On les appelle également les impliqués indirects.
- Les **victimes tertiaires** sont l'entourage (famille élargie, voisins, collègues, etc.) et les professionnels de deuxième ligne (enquêteurs, avocats, jurés de Cour d'assises, professionnels de la santé mentale, etc.) en relation avec les victimes directes et leurs proches en détresse.
- Les **victimes quaternaires** sont les membres d'un groupe, d'une nation, voire la population mondiale, affectés ou perturbés par un événement majeur touchant un individu ou un ensemble d'individus appartenant à la même communauté (ethnique, religieuse, professionnelle, d'âge, d'orientation sexuelle, de genre, de catégorie sociale, etc.).

17. Le terme « victime par ricochet » est utilisé en justice.

# L'essentiel

## Résumé

- Dans les civilisations anciennes, le terme « victime » avait une forte connotation sacrificielle. À partir du XVII^e siècle, il s'additionne à de nouvelles définitions et prend peu à peu son sens actuel. Au XX^e siècle, le mot se généralise, attestant de la visibilité sociale du concept.
- D'un point de vue juridique, les personnes sont reconnues victimes lorsqu'elles ont subi un délit ou un crime relevant du droit pénal. Les définitions victimologiques tiennent compte également des victimes d'accidents, d'accidents sans auteur et de catastrophes naturelles.
- Le degré d'implication de la victime dans l'événement traumatisant amène à distinguer victimes directes et indirectes. La victime directe ou primaire a été directement exposée à un événement de nature traumatisante (expérience sensorielle et émotionnelle) comme sujet, acteur ou témoin. La victime indirecte est concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec les victimes directes.

## Questions pour mieux retenir

1. On distingue trois types de victimes indirectes. Lesquels ?
2. Qu'entend-on par victime primaire ?
3. Donnez une définition infractionnelle.
4. Donnez une définition victimologique.
5. On distingue différents types de victimes secondaires. Lesquels ?

CHAPITRE 3

# L'événement potentiellement traumatisant

*« Au-dehors, le monde rugit ou s'endort, les guerres s'embrasent, les hommes vivent et meurent, des nations périssent, d'autres surgissent qui seront bientôt englouties et, dans tout ce bruit et toute cette fureur, dans ces éruptions et ces ressacs, tandis que tout le monde va, s'enflamme,se déchire, renaît, s'agite la vie humaine. »*

Muriel Barbery, *L'élégance du hérisson* (2006)

SOMMAIRE


1. Le traumatisme psychique ..... 38
2. Les événements traumatogènes ..... 40
3. Les paramètres des événements traumatisants ..... 42

Un événement potentiellement traumatisant est une expérience dont l'impact sur la personne qui le subit, le provoque ou en est le témoin peut être profond et induire un traumatisme psychique. La situation traumatogène peut se constituer massivement et brusquement, résulter d'une charge progressivement accumulée de facteurs stressants ou être le rappel d'une situation antérieure aux potentialités traumatogènes. L'événement peut être d'origine naturelle ou humaine, intentionnels ou accidentels, individuels ou collectifs Dans ce chapitre, nous tenterons de définir le traumatisme psychique et d'en expliquer les sources et les paramètres.

# 1. Le traumatisme psychique

Le mot « traumatisme » vient du grec *trauma* (τραυμα), blessure. En médecine, il définit la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion » (Crocq, 2007). Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (Crocq, 2007).

Le traumatisme est donc un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions.

En 1917, dans *Introduction à la psychanalyse*, Sigmund Freud précise que le trauma provoque dans l'appareil psychique un afflux d'excitation impossible à assimiler et à liquider : « Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (Freud, 1917). En 1920, dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir*, il définit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Freud, 1920). En 2007, Louis Crocq confirme que le trauma est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007).

À contre-courant de ces positions théoriques, pour Pierre Janet, le traumatisme psychique résulte non pas d'un excès d'excitation, mais, au contraire, d'un déficit dans l'énergie mentale requise pour que le sujet puisse intégrer l'expérience perturbante. Selon Janet, le psychisme humain se hiérarchise en deux niveaux :

- l'un supérieur, celui de la conscience, garant de l'unité de la personnalité et œuvrant à la synthèse des perceptions, sensations, etc. ;
- l'autre inférieur, celui de l'automatisme psychologique et des processus élémentaires, se dérobant généralement au contrôle conscient et à la volonté.

Le souvenir traumatique, qu'il nomme idée fixe, échappe à la personnalité et aux fonctions supérieures intégratives de l'activité mentale (Janet, 1889, 1919a). Il ne peut s'intégrer

au niveau supérieur du psychisme, car le sujet ne possède pas, nous dit Janet, « l'éducation antérieure » qui lui permettrait de réagir automatiquement, qu'il est dépourvu de la « force vitale » nécessaire ou que le temps d'adaptation lui manque (Janet, 1904). Par défaut d'unification et de synthèse, le souvenir traumatique reste ainsi au niveau inférieur du psychisme, celui des automatismes.

Les médecins psychiatres militaires français Claude Barrois, Louis Crocq et François Lebigot ont développé un modèle phénoménologique du traumatisme. Pour Claude Barrois, le moment inaugural du trauma est un « accident vécu comme brutal et soudain », une « catastrophe intime, singulière » qui conduit la victime dans le tragique. Le « facteur traumatisant s'avère toujours une apocalypse », un « dévoilement », une « révélation » : celle du Réel ; la scène traumatisante est une rencontre avec le « réel de la mort », ce qui le saisit d'« effroi ». « L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien. » Barrois insiste également sur la perte de sens éprouvée par les victimes : « le traumatisme psychique est un effondrement de l'illusion de sens et de significations autrefois échangées, stabilisées, dont l'immense treillis se prêtait généralement à tous » (Barrois, 1998).

Selon Louis Crocq, l'événement traumatisant est « porteur de sens et vécu comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants » (Crocq, 1999). Plus encore, il est une expérience de non-sens, car, précise-t-il : « le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement […] sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance […] ». Crocq souligne également le bouleversement de la temporalité du sujet, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant. Il rejoint ainsi Pierre Janet pour qui l'individu traumatisé reste accroché à un obstacle qu'il ne parvient pas à franchir. À l'origine de cet accrochage, Janet incrimine une carence de la réponse par le langage, et surtout par le langage intérieur qui eut maîtrisé ou réduit, en l'objectivant par des mots, une situation omniprésente, envahissante et imprécise. Il illustre cette considération par la parabole de la sentinelle. « Une sentinelle placée en dehors du camp surveille l'arrivée de l'ennemi : quand cet ennemi survient, elle doit d'abord faire des actes particuliers en rapport avec l'arrivée de l'ennemi, se défendre ou se cacher, se coucher par terre, ramper pour échapper à l'attention et rentrer au camp. […] Mais en même temps qu'elle fait ces actes d'adaptation personnelle, la sentinelle doit faire une autre réaction tout à fait nouvelle qui caractérise la mémoire, elle doit préparer un discours, elle doit suivant certaines règles traduire l'événement en paroles afin de pouvoir tout à l'heure le raconter devant le chef. » Pour Janet, la mémoire est une action, « elle consiste essentiellement dans l'acte de raconter », aussi conclut-il : « Une situation n'est bien liquidée, bien assimilée que lorsque nous avons réagi non seulement extérieurement par nos mouvements, mais encore intérieurement par les paroles que nous nous adressons à nous-mêmes, par l'organisation du récit de l'événement aux autres et à nous-mêmes et par la mise en place de ce récit comme un chapitre de notre propre histoire » (Janet, 1919).

Comme pour Barrois, d'après François Lebigot, « le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le "réel" de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant » (Lebigot, 2006 ; De Clercq, Lebigot, 2001 ; Lebigot, 2005).

## 2. Les événements traumatogènes

La personne peut avoir été sujet, témoin ou acteur de l'événement traumatisant. Elle peut encore être concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec la victime directe (famille et amis proches) ou avoir été confrontée de manière extrême ou répétée à des détails sordides concernant des faits traumatisants (par exemple, en raison de ses activités professionnelles).

Reproduction autorisée par Elsevier Masson S.A.S., Issy-les-Moulineaux, au nom de l'American Psychiatric Association. Traduction en français de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e édition. © 2015, American Psychiatric Association. Tous droits réservés.

Le DSM-5, publiée en 2015, stipule que le sujet a été exposé à la mort ou à la menace de mort, aux blessures graves ou à la menace de telles blessures, à la violence sexuelle ou la menace d'une telle violence, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- Avoir été directement exposé à un ou des événements traumatiques
- Avoir été témoin, en personne, de l'événement ou des événements survenu(s) à d'autre(s)
- Avoir appris qu'un ou des événements traumatiques sont survenus à un membre proche de la famille ou à un ami proche
- Avoir été exposé de façon répétée ou extrême aux détails aversifs du ou des événements traumatiques (par ex., premiers intervenants collectant les restes de corps humains ; policiers exposés de façon répétée à des détails de maltraitance des enfants)

D'après American Psychiatric Association. (2015).
*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*
(M.-A. Crocq & J. D. Guelfi, Trad. ; 5e éd.), p. 350.
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

L'événement traumatique constitue donc une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour l'intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et/ou mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc.) d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Cet événement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de culpabilité et/ou de honte, et remet en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, le respect de la vie, la paix, la morale, la solidarité, etc. Notons cependant que, parfois, les victimes n'ont rien ressenti de tel. Il n'en reste pas moins que certaines souffriront à long terme, de façon plus ou moins intense, de symptômes traumatiques invalidant leur quotidien et leur développement personnel. Ainsi, certaines personnes réagissent avec sang-froid et adéquation durant la crise, sans éprouver ni effroi, ni impuissance, ni honte. Elles sont dissociées de leurs émotions au moment de l'événement, mais risquent cependant de manifester ultérieurement un syndrome psychotraumatique.

FOCUS SUR... **DISSOCIATION PÉRI-TRAUMATIQUE**

Il existe deux grands types de **dissociation péri-traumatique**, ou plus précisément, selon la terminologie de L. Crocq, de dissociation per-traumatique (survenant au moment même l'événement traumatique) : la dissociation émotionnelle et la dissociation de la réalité extérieure.

# Le traumatisme psychique chez l'adulte

**Evelyne Josse**
est psychologue clinicienne, diplômée de l'Université Libre de Bruxelles. Formée à l'hypnothérapie éricksonienne, à l'EMDR et à la thérapie brève, elle pratique en tant que psychothérapeute en libéral. Elle est également chargée de cours à l'université de Lorraine, formatrice en hypnose, formatrice en psychotraumatologie et superviseur de psychothérapeutes. Elle a mis sur pied un certificat interuniversitaire européen en hypnose à l'ULB et à l'UL ainsi que le premier certificat universitaire en EMDR en Belgique à l'ULB.

Préfaces de
**Louis Crocq** et **Éric Binet**

Postface d'**Alain Brunet**

Avec la participation de
**Christophe Baliko**, **Florence Bernard**, **Anne Dewailly**, **Sarah Lapcevic** et **Nathalie Zammatteo**

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

Quels sont les événements susceptibles de générer des conséquences traumatiques ? Quels sont les paramètres influençant l'apparition, la fréquence et l'intensité des symptômes traumatiques ainsi que leur maintien dans le temps ? Qu'entend-on par résilience ? Quels sont les réactions et le devenir à court, moyen et long termes des personnes confrontées à tout événement délétère ?

Pour répondre à ces questions, l'auteur explore l'ensemble des connaissances théoriques en matière de traumatisme, offrant une synthèse particulièrement exhaustive, mais accessible des réactions traumatiques chez l'adulte.

Cette nouvelle édition révisée et actualisée contient :

- De nouveaux chapitres sur la théorie polyvagale, l'épigénétique, la reconsolidation de la mémoire, les psychédéliques dans le cadre des thérapies du traumatisme et quelques techniques de stabilisation ;
- Des cartes mentales ;
- De nouvelles questions de révision.

## RESSOURCES NUMÉRIQUES

- 17 résumés
- 17 cartes mentales
- + de 100 flashcards

DANS LA MÊME COLLECTION

ISBN : 978-2-8073-4814-1

29,90 €

deboeck SUPÉRIEUR

L M D

Dans le cadre du Système Européen de Transfert de Crédits (E.C.T.S.), ce manuel couvre les niveaux Licences (Baccalauréat/Bachelor) 2 et 3 et Master.