

ÉVELYNE JOSSE

2^e ÉDITION

Le traumatisme psychique chez l'adulte

Préface de **Louis Crocq**
Postface d'**Erik de Soir**

- ▶ Cours complet + résumé
- ▶ + de 200 témoignages et vignettes cliniques
- ▶ 32 questions pour contrôler ses connaissances

Nouvelle
édition
révisée et
augmentée

Ouvertures
psychologiques

L

M

D

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

ÉVELYNE JOSSE

Le traumatisme psychique chez l'adulte

PRÉFACE DE LOUIS CROcq
POSTFACE D'ERIK DE SOIR

Téléchargez les compléments numériques sur <http://deboecksuperieur.com/site/320390>

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., 2019
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 banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale,
Paris : avril 2019
Bibliothèque royale de Belgique,
Bruxelles : 2019/13647/052

ISSN 2030-4196
ISBN 978-2-8073-2039-0

Sommaire

Liste des abréviations.....	4
Remerciements.....	5
Préface	7
Introduction.....	13
CHAPITRE 1 L'histoire du trauma.....	15
CHAPITRE 2 La notion de victime	27
CHAPITRE 3 L'événement potentiellement traumatisant.....	37
CHAPITRE 4 Les types de traumatisme.....	53
CHAPITRE 5 Les paramètres influençant le développement des syndromes psychotraumatiques.....	67
CHAPITRE 6 La résilience	101
CHAPITRE 7 La prévalence des troubles traumatiques.....	115
CHAPITRE 8 La dimension culturelle.....	123
CHAPITRE 9 Les réactions face à un événement traumatisant.....	129
CHAPITRE 10 La phase aiguë	133
CHAPITRE 11 La phase à long terme.....	199
CHAPITRE 12 Les réactions d'une société face à un drame collectif. Le cas des attentats terroristes.....	257
CHAPITRE 13 Du côté des auteurs. Le cas des terroristes kamikazes	287
Conclusion.....	299
Postface	301
Bibliographie générale.....	304
Index des auteurs.....	324
Index des sujets.....	326
L'auteur.....	329
Table des matières.....	330

Liste des abréviations

APA	American Psychiatric Association
ASD	Acute Stress Disorder
CIM	Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESA	État de Stress Aigu
ESTP	État de Stress Post-Traumatique
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mon père pour son soutien tout au long de cette aventure et pour la traque sans merci qu'il a livrée aux fautes d'orthographe et de style. Ma gratitude à son égard dépasse bien largement le cadre de la rédaction de cet ouvrage.

Mes plus vifs remerciements, pour sa préface et sa relecture, à Monsieur Louis Crocq, psychiatre et docteur en psychologie, ancien médecin général des Armées, professeur associé honoraire à l'Université René Descartes à Paris V, ancien président de la Section de psychiatrie militaire et de catastrophes de l'Association mondiale de psychiatrie, fondateur et président honoraire de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (ALFEST) et créateur du Réseau national des cellules d'urgence médico-psychologiques. Le professeur Louis Crocq, dont les travaux sur la névrose traumatique et la névrose de guerre font autorité internationalement, restera toujours pour moi un mentor.

Ma sincère gratitude, pour sa postface et sa relecture, au major Erik de Soir, psychologue et psychothérapeute rattaché à l'Institut royal supérieur pour la Défense (Bruxelles, Belgique), fondateur et président honoraire de l'Association européenne des psychologues sapeurs-pompiers.

Ma profonde reconnaissance, pour leur relecture, leurs remarques et leurs réflexions pertinentes à Étienne Vermeiren, psychologue, criminologue, psychothérapeute et expert en psychologie, responsable du Centre de référence pour le traumatisme psychique aux Cliniques universitaires Saint-Luc, vice-président de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (ALFEST) ; à Jacques Roques, psychanalyste, psychothérapeute, membre fondateur et vice-président de EMDR-France et président du Centre de traitement des traumatismes psychiques de Montpellier ; et à Bénédicte de Villers, docteur en philosophie de l'Université catholique de Louvain, assistante et doctorante en anthropologie à l'Université de Liège et chargée de recherche à l'Hôpital neuropsychiatrique Saint-Martin à Dave.

Pour terminer, je voudrais remercier toutes les victimes rencontrées en consultation et lors de mes périples au service des organisations humanitaires qui m'ont inspiré ce livre, ainsi qu'à mes collègues et amis qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont encouragé à l'écrire.

Préface

Voici encore un excellent ouvrage de notre amie Ève Josse, sur un sujet qu'elle maîtrise parfaitement et qu'elle enrichit sans cesse de son expérience de terrain, Le traumatisme psychique chez l'adulte. Il fait suite au petit manuel pédagogique Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, paru en 2011 chez le même éditeur. 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 : « Résumé » et « Vérifiez vos connaissances ». Suivons son parcours en faisant ressortir ses claires mises au point et sa vision originale, et formulons les réflexions que cette lecture suscite.

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 et qu'elle projette d'écrire un ouvrage uniquement consacré à cet historique. 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, Ève 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'Ève 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 non comme trauma par un autre individu à côté de lui, 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. Précisons à ce sujet notre propre position : le phénomène d'après-coup ne saurait être considéré comme la manifestation tardive après un long sommeil des effets pathogènes intacts du premier événement, sur le modèle du conte de la Belle-au-Bois-Dormant ; mais la causalité appartient en dernière analyse au deuxième événement dont le déterminisme est de remettre en perspective tous les événements passés qui lui ressemblent peu ou prou, de leur accorder une nouvelle existence et d'aligner leurs « vérités sursitaires » sur son sens d'aujourd'hui. Le clinicien devra donc se méfier de l'« illusion rétrospective » qui fait accroire au patient que sa douleur présente n'est que le réveil de celle d'hier, et que le vrai d'aujourd'hui a toujours été vrai. On ne retrouvera jamais le passé, qui est « porté disparu ».

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 continuité, 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 « compassion fatigue » 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 oui-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), Ève 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, Ève 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).

Ève 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 préférons 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, Ève 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 souvenirs 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, Ève 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 selon le DSM-IV (1994) requiert une combinaison comprenant au minimum : 1 parmi 5 symptômes de reviviscence, 3 parmi 7 symptômes d'évitement-émoussement, et 2 parmi 5 symptômes d'activation neurovégétative (soit une liste totale de 17 symptômes possibles). La révision plus récente (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'Évelyne 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 Ève 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 Ève 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.

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)*

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 précisons 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 définissons les traumatismes de type I, II et III, 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, nous attirerons l'attention du lecteur sur la dimension culturelle du traumatisme psychique. Le neuvième chapitre résume les réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales que peuvent présenter les personnes impliquées dans un événement potentiellement traumatisant à court, moyen et long terme. Le suivant décrit de manière détaillée les réponses immédiates et post-immédiates. Nous verrons qu'au moment des faits et dans les heures suivantes, certaines victimes réagissent par un stress adapté, d'autres présentent des réactions de stress dépassé et les sujets prédisposés peuvent déclencher des troubles psychopathologiques. Après quelques jours, certaines personnes voient leurs troubles persister et d'autres commencent à souffrir de symptômes pathognomoniques

d'un traumatisme et/ou de pathologies associées. Nous clôturerons le chapitre par les réactions immédiates et post-immédiates telles que les énoncent les nosographies internationales. Le onzième inventorie les troubles psychotraumatiques chroniques et les troubles additionnels ainsi que les altérations du fonctionnement psychique qui caractérisent la névrose traumatique. Pour terminer, nous rapporterons les catégories nosographiques des affections traumatiques proposées dans les classifications internationales. Dans le onzième chapitre, nous nous interrogerons sur les réactions d'une société face à un drame collectif en partant du cas des attentats terroristes. Dans le douzième et dernier chapitre, nous nous pencherons sur les auteurs à l'origine d'événements traumatiques et nous nous questionnerons les conditions sous lesquelles des personnes normales deviennent capables de commettre des actes d'une violence extrême tels qu'un attentat terroriste.

Cet ouvrage s'adresse à un large public. Il se veut être en priorité un manuel utile aux étudiants psychologues et psychiatres. Il établit les bases théoriques dont la connaissance préalable est indispensable à la qualité de leurs soins futurs. 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 également 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.

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 xvii^e siècle : premiers récits historiques et scientifiques 16
2. Du xviii^e au milieu du xix^e siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques 17
3. Fin du xix^e siècle : vers une étiologie psychogénique 18
4. Le xx^e siècle : l'évolution de la notion de traumatisme 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 XIX^e 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 XX^e siècle¹.

1. De l’Antiquité au XVII^e siècle : premiers récits historiques et scientifiques

Quelques cas anecdotiques de traumatisme émaillent les récits historiques et scientifiques de l’Antiquité au début des Temps Modernes. Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur (Attinger P., 2012), leur principal centre religieux, et d’Agadé.

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 conversion² 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 grec Hippocrate consacre un chapitre aux cauchemars traumatiques, en explique les causes et préconise des traitements spécifiques (Hippocrate, 1838).

1. Nous informons le lecteur que l’histoire du traumatisme fera l’objet d’un prochain ouvrage à paraître aux éditions De Boeck.

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

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).

2. Du XVIII^e au milieu du XIX^e siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques

Les XVII^e, XVIII^e et XIX^e siècles furent le théâtre de nombreux conflits armés qui offrirent un vaste champ d'observation aux spécialistes des armées. Les médecins militaires de l'Ancien Régime³ nomment « nostalgie » et « vent du boulet » les troubles traumatiques présentés par les soldats en campagne effrayés par la fureur des combats ou désespérés par la mort d'un camarade tombé sous le feu ennemi (Crocq, 2012).

La Révolution française (1789-1799) et les guerres de l'Empire (1799-1815) fournissent de nombreux cas cliniques à Philippe Pinel. C'est à cet aliéniste français 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).

La seconde moitié du XIX^e siècle voit s'accroître l'intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. 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.

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 Campbell's Act*⁴, permet aux passagers blessés dans un accident ainsi qu'aux familles des victimes décédées de réclamer réparation auprès des responsables. Dans les suites de la loi, en 1849, la première compagnie d'assurance générale⁵, la *Railway Passengers Assurances Company*, voit le jour, rapidement suivie

3. On entend par Ancien Régime les trois siècles allant de la Renaissance à la Révolution française (1789).

4. Webb P.R.H. (1961), "The conflict of laws and the English fatal accidents", *The Modern Law Review* Volume 24, Issue 4, p. 467-474, July 1961.

5. L'histoire de l'assurance remonte à la nuit des temps. Une des plus anciennes législations, connue sous le nom de « Code d'Hammurabi », réalisée vers 1730 avant Jésus-Christ à l'initiative d'Hammurabi, roi de Babylone, fait état des premières méthodes de transfert de risque. Le code stipule qu'un marchand verse une prime au prêteur lorsqu'il souscrit un prêt pour effectuer un transport de marchandises. Le prêt ne doit pas être remboursé si la cargaison est volée ou si le navire a coulé. L'assurance telle que nous la concevons aujourd'hui a vu le jour suite au grand incendie de Londres

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. Jean-Martin Charcot, médecin à l’hôpital de la Salpêtrière à Paris, prend part occasionnellement à la controverse. 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).

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 que l’Allemand Hermann Oppenheim, neurologue à l’hôpital de la Charité de Berlin, se voue à partir de 1884 à l’étude des névroses. Cette année-là, il publie un premier article en collaboration avec son confrère berlinois Robert Thomsen⁶. Les auteurs regroupent dans une entité nosographique spécifique, qu’ils nomment « névrose traumatique », les symptômes disparates ayant pour point commun leur étiopathogénie traumatique. 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.

Paul Briquet, médecin à l’Hôpital de la Charité à Paris, est le premier à avoir décrit l’hystérie de manière systématique dans son *Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie* (Briquet, 1859). Il tient les « frayeurs », les mauvais traitements, les viols et les deuils comme facteurs prédisposants, voire comme causes déterminantes de la pathologie.

3. Fin du XIX^e siècle : vers une étiologie psychogénique

Fin du XIX^e-début du XX^e 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

de 1666. L’économiste Nicholas Barbon fonde la première compagnie d’assurance spécialisée dans les assurances incendie, ancêtre de l’assurance habitation.

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

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, qu'il reconnaît pouvoir survenir sur une constitution prédisposée est, dans un grand nombre de cas, consécutive à un événement traumatisant. 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 préfigure la cure psychanalytique. Breuer nomme « méthode cathartique » ce traitement basé sur l'abréaction (ou catharsis) 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 de l'écouter, Emmy von N. jouera un rôle important dans le dispositif thérapeutique. En effet, Freud renonce peu à peu à l'hypnose⁷ 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 article⁸. Dans cette publication, les auteurs développent une étiologie traumatique de l'hystérie proche de celle exposée par Janet quatre ans plus tôt.

7. Contrairement à l'idée reçue, Freud ne renoncera pas totalement à l'hypnose et l'utilisera au moins jusqu'en 1924 (Bioy, 2008).

8. Cet article constituera, sous le titre « Communication préliminaire », le premier chapitre de l'ouvrage *Études sur l'hystérie* édité deux ans plus tard.

4. Le xx^e siècle : l'évolution de la notion de traumatisme

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 ainsi que la guerre du Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques.

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

Durant un an, 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. Or les hystériques sont souvent assimilés à des simulateurs. 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.

Pour contenir les pertes psychiatriques, l'armée du tsar, sous l'égide du médecin général et psychiatre en chef 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 G, 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.

4.2. *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 : affection simulée ou exagérée pour les uns et véritable maladie

pour les autres, syndrome lésionnel pour les uns et névropathique pour les autres, déterminé par une prédisposition constitutionnelle pour les uns et déclenché par les circonstances spécifiques de la guerre pour les autres, etc. Tout au long de la guerre, les observations cliniques des médecins et psychiatres s'affinent, leur compréhension des phénomènes pathogéniques s'améliore et la dénomination des tableaux cliniques se renouvelle ainsi que le résume le psychiatre militaire français Louis Crocq :

« Hypnose des batailles pour la guerre de mouvement d'août 1914 (Milian), puis *shell-shock*⁹ (Myers, Chavigny, Gaupp, 1915) avec la stabilisation du front et les pilonnages d'artillerie sur les tranchées, puis neurasthénie et hystérie de guerre avec l'enlèvement du conflit et la baisse du moral des soldats (Lépine, 1917), et enfin, névroses et psychonévroses de guerre, voire névroses traumatiques, diagnostics qui reflètent plus exactement la réalité (Roussy, Lhermitte, Milligan, Ferenczi, 1917-1918). Les hypothèses pathogéniques ont suivi la même évolution : hypothèses organiques étiologiques d'abord, dont celle de la confusion mentale de guerre (Capgras), et celle de la paralysie nerveuse réflexe (Babinski, Oppenheim), ensuite hypothèse post-commotionnelle (Mott, Mairet, Sarbo), puis hypothèse post-émotionnelle par effroi et autosuggestion (Lépine, Birnbaum), et enfin hypothèses psychodynamiques du complexe de peur, de l'effondrement narcissique et de la régression libidinale (Adrian, Ferenczi, Abraham, Freud)» (Crocq, 2005).

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 réels troubles psychopathologiques. Les médecins militaires et les hautes autorités s'abstiennent de reconnaître une pathologie déclenchée spécifiquement par les traumatismes de 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, et 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. 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 leur infliger des traitements douloureux tel le traitement faradique. 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

9. Nombre d'affections mentales présentées par les combattants étant subséquentes à l'explosion de mines et d'obus, les scientifiques sont convaincus que la déflagration exerce des effets mécaniques sur le système nerveux. Cette thèse étiologique explique la dénomination de Shell Shock accordée aux pathologies post-traumatiques (note de l'auteur).

Elizabeth von R. La technique consiste à appliquer un courant électrique à même la peau sur la région du corps concernée par le symptôme tout en intimant au patient l'ordre de guérir. 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.

En 1917, les théories psychodynamiques effectuent une percée sur le terrain des explications pathogéniques. Des auteurs, de plus en plus nombreux, 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.

4.3. La Deuxième 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 et de crimes contre l'humanité et voit l'émergence inédite de crimes de masse, en particulier à l'instigation de l'Allemagne nazie et du Japon impérial.

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, conseillé par le 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 réaction* (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 nient que la guerre puisse être la cause majeure à l'origine de troubles psychologiques des recrues. Comme ce fut le cas 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, en service actif depuis longtemps, rescapés à diverses reprises d'unités décimées, finissent par s'effondrer. Le psychiatre américain Raymond Sobel baptise ce phénomène « le syndrome du vieux sergent » (Sobel, 1945). Les psychiatres militaires découvrent ainsi que les pertes psychiatriques sont une conséquence inévitable des situations mettant la vie en péril.

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'épuisement, 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 le stress et les contraintes de la guerre.

Peu à peu, les armées redécouvrent les principes de la psychiatrie de l'avant (Menninger, Nemiah, 2000) ; une stratégie d'intervention précoce visant à écourter les syndromes d'épuisement voit ainsi le jour. Pour les cas les plus graves, les médecins recourent à l'hypnose, à la narco-analyse¹⁰ et à la cure de sommeil¹¹. Ils innovent également des nouveaux procédés comme les thérapies de groupe et testent des traitements inédits, potentiellement à haut risque, tels que les thérapies par le choc¹², les électrochocs ou les leucotomies¹³.

10. Méthode d'investigation du matériel inconscient après injection d'une substance narcotique.

11. La cure de sommeil est induite par des barbituriques et des sédatifs.

12. Cette méthode consiste à provoquer un coma artificiel par injection d'insuline ou d'une autre substance.

13. La leucotomie consiste à sectionner les fibres nerveuses reliant les lobes frontaux au thalamus.

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 d’enfants et d’adultes en souffrance. En 1952, le psychologue et psychanalyste autrichien Bruno Bettelheim décrit la culpabilité du survivant et en 1957, le psychanalyste allemand William Niederland, 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 syndrome, *Konzentrationslager syndrome* (syndrome des camps de concentration). Les psychiatres et psychanalystes découvrent ainsi que les séquelles psychiques persistent longtemps après la fin des hostilités.

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. 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 connaît de nouveaux développements ; des thérapies apparentées voient le jour.

4.4. *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 guerres précédentes, notamment aux deux premières guerres mondiales, 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 (méséstime 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*¹⁴ dans la troisième version de cette nosographie psychiatrique¹⁵. Ce sera chose faite en 1980. 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, et ce, à plus d'un titre. 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 soldats 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 la guerre ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à la guerre ainsi qu'à tout autre événement délétère.

4.5. 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 populations 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. 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 Shapiro¹⁶, docteur en psychologie au *Mental*

14. Traduit en français par État de Stress Post-Traumatique ou ESPT.

15. Le DSM-III est la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, American Psychiatric Association, 1980.

16. Francine Shapiro a reçu en 2002 le prix Sigmund Freud, prestigieuse distinction décernée par l'Association Mondiale de Psychothérapie et par la ville de Vienne.

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 plus désormais 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. Elle est également reconnue aux États-Unis par l’*American Psychologist Association* (1998), l’*International Society for Traumatic Stress Studies* (2000), l’*American Psychiatric Association* (2004) et le *Department of Veterans Affairs and Department of Defense* (2004), en France par l’INSERM¹⁷ (2004) et par la Haute Autorité de la Santé (2007), en Israël par le *National Council of Mental Health Israël* (2002), en Irlande par le *Northern Ireland Department of Health* (2003) et au Royaume-Uni par le *Department of Health* (2001) et le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2005).

Résumé

- 1 Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ.
- 2 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.
- 3 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.
- 4 En 1980, l’*American Psychiatric Association* introduit le *Post-Traumatic Stress*



Vérifiez vos connaissances

- 1 À qui doit-on le terme « névrose traumatique » ?
- 2 Que signifie l’acronyme PTSD ?

17. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

L'auteur

Évelyne Josse est psychologue clinicienne diplômée de l'Université Libre de Bruxelles. Formée à l'hypnothérapie éricksonienne, à l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et à la thérapie brève, elle pratique en tant que psychothérapeute en privé. Elle est également maître de conférences associée à l'université de Lorraine (Metz), chargée de cours à l'université Libre de Bruxelles, formatrice en hypnose en Belgique et en France (École Belge d'Hypnose et Association Française de Nouvelle hypnose), formatrice en psychotraumatologie (Institut français d'EMDR, Université Libre de Bruxelles), expert en hypnose judiciaire et superviseur de psychothérapeutes.

Également consultante en psychologie humanitaire, elle a travaillé depuis 1992 au service de différentes ONG (Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde-France, Comité International de la Croix Rouge, etc.). Elle a développé une expertise dans la prise en charge des populations victimes de violence ainsi que du personnel expatrié victime d'un incident critique.

À ses débuts, elle a exercé dans des hôpitaux universitaires auprès d'adultes atteints du VIH/SIDA et d'enfants malades du cancer. Elle a également été assistante en faculté de Psychologie à l'Université Libre de Bruxelles au service de psychologie du développement.

Elle a rédigé de nombreux articles sur le traumatisme psychique et les violences sexospécifiques qu'elle met à disposition sur son site www.resilience-psy.com. Elle est l'auteur des livres *Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose éricksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques*, paru en 2007 aux éditions Desclée de Brouwer ; *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, édité en 2011 par De Boeck Université dans la collection « Le point sur » ainsi que de l'ouvrage *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, écrit en collaboration avec Vincent Dubois, publié en 2009 aux Éditions De Boeck Université dans la collection « Crisis ». Elle a participé à trois ouvrages collectifs parus chez Dunod : *Psychothérapies de la dissociation* sous la direction de Joanna Smith en 2016, *Pratique de la psychothérapie EMDR* sous la direction de Cyril Tarquinio en 2017 et *Aide-mémoire – Psychiatrie et psychopathologie périnatales en 51 notions* sous la direction de Benoît Bayle en 2017.

Visitez le site de l'auteur : www.resilience-psy.com.

Table des matières

Sommaire	3
Liste des abréviations.....	4
Remerciements.....	5
Préface.....	7
Introduction	13
CHAPITRE 1 L'histoire du trauma	15
1. De l'Antiquité au xvii ^e siècle : premiers récits historiques et scientifiques	16
2. Du xviii ^e au milieu du xix ^e siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques	17
3. Fin du xix ^e siècle : vers une étiologie psychogénique	18
4. Le xx ^e siècle : l'évolution de la notion de traumatisme	20
4.1. <i>La guerre russo-japonaise : les premiers soins psychologiques immédiats</i>	20
4.2. <i>La guerre 1914-1918</i>	20
4.3. <i>La Deuxième Guerre mondiale</i>	22
4.4. <i>La guerre du Vietnam : vers la reconnaissance du traumatisme</i>	24
4.5. <i>La fin du xx^e siècle : l'EMDR, une technique thérapeutique révolutionnaire</i>	25
CHAPITRE 2 La notion de victime	27
1. L'évolution de la notion de victime	28
2. Victime, définitions actuelles	32
2.1. <i>Définitions infractionnelles</i>	32
2.2. <i>Définitions victimologiques</i>	34

3. Types de victimes et degré d'implication dans l'événement	
traumatisant	35
3.1. <i>Les victimes directes ou primaires</i>	35
3.2. <i>Les victimes indirectes ou victimes par ricochet</i>	36
CHAPITRE 3 L'événement potentiellement traumatisant.....	37
1. Le traumatisme psychique	38
2. Les événements traumatogènes	39
2.1. <i>Un événement majeur et massif</i>	41
2.2. <i>L'accumulation d'événements d'importances diverses</i>	42
2.3. <i>Le rappel d'un événement ancien aux potentialités traumatogènes</i>	42
3. Les paramètres des événements traumatisants	43
3.1. <i>Les événements traumatisants d'origine naturelle et humaine</i>	43
3.2. <i>Traumatismes individuels et collectifs</i>	48
CHAPITRE 4 Les types de traumatisme	53
1. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes.....	54
2. Les traumatismes directs et indirects	55
2.1. <i>Les traumatismes directs</i>	55
2.2. <i>Les traumatismes indirects, la cicatrice sans la blessure</i>	59
3. La victimisation secondaire.....	65
CHAPITRE 5 Les paramètres influençant le développement des syndromes psychotraumatiques	67
1. Les variables liées à l'événement	68
1.1. <i>L'intensité et la gravité de l'événement</i>	68
1.2. <i>Le degré d'exposition au(x) facteur(s) traumatisant(s)</i>	76
1.3. <i>L'imprévisibilité et le caractère incontrôlable de l'événement</i>	79
1.4. <i>La part sombre de l'âme humaine</i>	81
1.5. <i>Les conséquences négatives de l'événement</i>	82
2. Les variables liées à l'individu	83
2.1. <i>Le genre</i>	83
2.2. <i>La personnalité et les facteurs de vulnérabilité propres au sujet</i> ...	85
2.3. <i>Le niveau de préparation psychologique</i>	86
2.4. <i>Le degré de responsabilité de la victime dans le déclenchement ou le déroulement de l'événement</i>	88
2.5. <i>Les conflits intrapsychiques</i>	88

2.6. <i>Les stratégies d'adaptation</i>	89
2.7. <i>Les conséquences positives de l'événement</i>	91
2.8. <i>Les facteurs cognitifs</i>	91
3. Les variables liées au milieu de récupération.....	95
3.1. <i>L'absence de réseau social</i>	95
3.2. <i>Le climat familial avant l'événement</i>	95
3.3. <i>La stabilité du milieu de vie</i>	95
3.4. <i>La capacité de soutien de l'entourage direct</i>	96
3.5. <i>La capacité de soutien de collègues et de l'organisation professionnelle</i>	98
3.6. <i>La capacité de soutien de la communauté</i>	98
3.7. <i>Les soins de santé mentale</i>	99
 CHAPITRE 6 La résilience.....	101
1. Origine du terme résilience	103
2. Émergence du concept de résilience dans les sciences humaines.....	104
3. Différentes définitions	105
4. Les questions autour de la résilience	106
5. Les facteurs de résilience	108
5.1. <i>Les ressources internes à l'individu</i>	109
5.2. <i>Les ressources externes à l'individu</i>	112
 CHAPITRE 7 La prévalence des troubles traumatiques.....	115
1. Le traumatisme dans la population générale	116
2. Les groupes spécifiques	118
 CHAPITRE 8 La dimension culturelle.....	123
1. Les aspects culturels liés à la souffrance et aux troubles mentaux.....	124
1.1. <i>Causes à l'origine des épreuves de la vie et des troubles mentaux</i>	124
1.2. <i>L'expression de la souffrance</i>	125
1.3. <i>La perception des troubles mentaux</i>	125
2. Les aspects culturels liés au traumatisme.....	125
 CHAPITRE 9 Les réactions face à un événement traumatisant	129

CHAPITRE 10	La phase aiguë	133
1.	Les réactions immédiates	134
1.1.	<i>Les réactions de stress normal et adaptatif</i>	134
1.2.	<i>Les réactions de stress dépassé</i>	138
1.3.	<i>Les réactions psychopathologiques aiguës</i>	150
1.4.	<i>Les altérations précoces de la personnalité</i>	155
2.	Les réactions post-immédiates	156
2.1.	<i>L'apparition d'un syndrome post-traumatique</i>	156
2.2.	<i>L'apparition de symptômes non spécifiques aux syndromes post-traumatiques</i>	165
3.	Les réactions immédiates et post-immédiates selon les nosographies internationales	181
3.1.	<i>Les états de stress aigu</i>	182
3.2.	<i>Les troubles dissociatifs</i>	188
CHAPITRE 11	La phase à long terme	199
1.	Les syndromes psychotraumatiques	200
1.1.	<i>L'état de stress post-traumatique</i>	205
1.2.	<i>Les symptômes non spécifiques aux syndromes post-traumatiques</i>	209
1.3.	<i>Les altérations de la personnalité</i>	219
2.	Les psychopathologies	235
2.1.	<i>Les névroses</i>	235
2.2.	<i>Les psychoses</i>	236
3.	Les syndromes psychotraumatiques selon les nosographies internationales	236
3.1.	<i>L'état de stress post-traumatique</i>	236
3.2.	<i>Les troubles dissociatifs de la personnalité</i>	243
3.3.	<i>Les altérations de la personnalité</i>	244
3.4.	<i>Les autres tableaux cliniques consécutifs à un événement délétère</i>	249
CHAPITRE 12	Les réactions d'une société face à un drame collectif. Le cas des attentats terroristes	257
1.	Le terrorisme, une arme efficace	258
2.	Des effets psychologiques et sociaux recherchés par les terroristes	259

3. Les réactions immédiates	260
3.1. <i>Le choc, la peur et l'empathie</i>	260
3.2. <i>Les mouvements de panique</i>	261
3.3. <i>Les rituels</i>	261
3.4. <i>Rumeurs alarmistes, fausses alertes à la bombe et théories complotistes</i>	263
4. Les réactions à court terme	270
4.1. <i>La peur</i>	270
5. Les réactions à moyen et long terme	271
5.1. <i>Les réactions individuelles</i>	271
5.2. <i>Les comportements collectifs</i>	277
6. L'avenir	283
CHAPITRE 13 Du côté des auteurs.	
Le cas des terroristes kamikazes	287
1. La déshumanisation	288
1.1. <i>Définition de la déshumanisation et de l'infra-humanisation</i>	288
1.2. <i>Les formes de déshumanisation et d'infra-humanisation</i>	289
1.3. <i>Déshumanisation des non-musulmans et des non-intégristes par les terroristes</i>	291
2. Déshumanisation, perte de la capacité de sympathie et de compassion, pervertissement de la capacité d'empathie	291
2.1. <i>Sympathie et empathie</i>	292
2.2. <i>Perte de sympathie et de compassion, pervertissement de l'empathie</i>	293
3. Déshumanisation et désengagement moral	294
4. Désengagement moral et atrocités	295
5. Endoctrinement et déshumanisation du terroriste	296
5.1. <i>La désaffiliation du groupe d'appartenance</i>	296
5.2. <i>La déshumanisation engendrée par l'endoctrinement</i>	297
Conclusion	299
Postface	301
Bibliographie générale	304
Index des auteurs	324
Index des sujets	326
L'auteur	329

Un panorama exhaustif des réactions traumatiques chez l'adulte

Nouvelle édition

Conçue pour l'apprentissage et l'autoévaluation des étudiants

Pour chaque chapitre :

- ▶ Un plan
- ▶ De nombreuses vignettes cliniques
- ▶ Un résumé
- ▶ Des questions pour s'auto-évaluer

En fin d'ouvrage :

- ▶ Une bibliographie exhaustive
- ▶ Un index pour mieux se repérer

Compléments en ligne :

- ▶ Les classifications utiles mises à jour

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 ? Quelles sont les spécificités des traumatismes des victimes d'attentats ? Et à quels mécanismes radicaux leurs auteurs obéissent-ils ?

Pour répondre à ces questions et à bien d'autres encore, l'auteure explore l'ensemble des connaissances théoriques accumulées en matière de traumatisme, offrant une synthèse exhaustive et accessible des réactions traumatiques chez l'adulte.

Pratique, cet ouvrage étoffera les connaissances des étudiants, psychologues, psychiatres, médecins et assistants sociaux concernés ou intéressés par le trauma, ainsi que celles de tous les professionnels en contact avec des personnes traumatisées.

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 libéral en tant que psychothérapeute et superviseuse de psychothérapeutes. Elle est également maîtresse de conférences associée à l'Université de Lorraine (Metz), formatrice en hypnothérapie à l'École belge d'hypnose et à l'Association Française de Nouvelle Hypnose, formatrice en psychotraumatologie à l'Institut Français d'EMDR et chargée de cours en psychotraumatologie et en hypnothérapie à l'Université Libre de Bruxelles.

Louis Crocq est psychiatre et docteur en psychologie, ancien médecin général des armées et professeur associé honoraire à l'Université René Descartes (Paris V). Il est l'ancien président de l'Association mondiale de psychiatrie (militaire et catastrophe), fondateur et président honoraire de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (ALFEST) et créateur du Réseau national des cellules d'urgence médico-psychologiques.

Erik de Soir est psychologue et licencié en sciences sociales et militaires. Il est actuellement chargé de cours au Département des sciences du comportement de l'École royale militaire belge et professeur-invité à la Faculté de psychologie de l'Université de Colima (Mexique). Spécialisé dans l'étude de la gestion des catastrophes, il a rédigé de nombreux ouvrages et articles sur la gestion du stress post-traumatique.

DANS LA MÊME
COLLECTION



ISBN : 978-2-8073-2039-0



deboeck B
SUPÉRIEUR

L

M

D

Dans le cadre du Système Européen de Transfert de Crédits (E.C.T.S.), ce manuel couvre les niveaux Licence (Baccalauréat/Bachelor) 2 et 3 et Master 1.