

Regard sur l'évolution du traumatisme psychique de l'antiquité à nos jours

تاريخ الإرسال: 2019/06/11 تاريخ القبول: 2019/12/24 تاريخ النشر: 2020/12/15

Dr. Benamsili Lamia
Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Haderbache.lamia@gmail.com

Résumé:

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

Cet article a pour objectif de revenir sur l'évolution de la notion du traumatisme psychique de l'antiquité à nos jours, en s'attardant notamment sur les différentes appellations attribuées à cette pathologie et les approches étiopathogéniques et thérapeutiques ayant accompagnées ces dénominations.

Il est motivé par l'ampleur du phénomène au niveau international, mais également et surtout chez nous, en Algérie, où sa prévalence interpelle tout clinicien averti à la santé mentale de ses concitoyens.

Mots clés : trauma, évolution, appellations, étiopathogéniques, thérapeutiques.

ملخص:

يثير موضوع الصدمة حاليا إغراء دون حدود. تؤدي الكوارث الطبيعية، الهجمات، المجازر، الحروب، العنف الجنسي إلى عدد لا يحسب من الصدمات النفسية. لهذا تمثل الانعكاسات السلبية للضغط والصدمة واقع لا يمكن التشكيك فيه. ومنه تعتبر الأمراض الصدمية مشكل للصحة العمومية.

يهدف هذا المقال إلى تناول تطور الصدمة النفسية من العصور القديمة إلى يومنا، هذا بالتركيز على التسميات المختلفة المنسوبة لهذا المرض والنظريات المفسرة للأسباب والعلاجية التي رافقت هذه التسميات.

يكمن الدافع لتحرير هذا المقال في مدى انتشار الظاهرة على المستوى العالمي ولكن أيضا وخاصة في بلادنا الجزائر أين انتشاره يتحدى كل عيادي حذر فيما يتعلق بالصحة العقلية للمواطنين.

الكلمات المفتاحية: الصدمة، تطور، التسميات، الأسباب، العلاجية.

Introduction

Toute étude d'une discipline nous incite à nous pencher sur sa genèse et sur son développement. Ainsi, nous allons procéder, dans ce qui suit, à une étude, qu'on a voulu plus au moins détaillée, du concept de traumatisme psychique, dans le but de rendre compte de la genèse de la notion du traumatisme psychique, ses différentes appellations, ses descriptions symptomatiques ainsi que les modalités thérapeutiques inhérentes au trouble concerné.

L'intérêt de cet article est à la fois théorique et clinique. Théorique parce qu'il prétend rendre compte du concept du traumatisme psychique à travers les siècles. Clinique parce que la pratique psychologique, dans le monde mais aussi et surtout en Algérie, est riche de ce type de souffrance, et ce, au regard des nombreux évènements traumatiques qui ont jalonné notre histoire. Notre expérience à nous, depuis près d'une décennie, dans le milieu hospitalier ou encore dans le bureau d'aide psychologique (à Bejaia), mais aussi nos recherches universitaires sur la question du psychotrauma en Algérie, celles de nos masterants, et la revue de la

littérature disponible à ce sujet, nous confirme la prévalence inquiétante du trouble dans notre société. Nous avons le devoir de se pencher sur cette problématique à forte incidence individuelle, groupale et sociétale.

1- Evolution historique du traumatisme psychique

La souffrance psychique due à la violence est aussi vieille que l'histoire des hommes ; et ce que la communauté scientifique internationale appelle aujourd'hui « névrose traumatique » ou « état de stress post-traumatique » est mentionné sous d'autres dénominations, ou évoqué dans des écrits anciens depuis des temps immémoriaux (Crocq, 2012, p.176).

Il est vrai que le découpage historique adopté dans ce présent article est celui tracé par Crocq à de multiples occasions, mais il faut noter que pour une revue de la littérature plus aboutie, nous avons eu recours à différents emprunts relatifs à plusieurs auteurs, connus sur la scène internationale, dans le but de proposer une évolution assez exhaustive de la notion du trauma, son étiologie et sa prise en charge.

Il faut également signaler au lecteur que cet historique relève essentiellement du psychotrauma chez l'adulte.

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

- 1^{er} jalon. L'Epopée de Gilgamesh et L'Iliade : Récits légendaires et confrontation avec la mort

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

y voit alors la violence, la cruauté et l'horreur des combats, le courage intrépide et la peur des combattants (Crocq, 2001, p.23).

- **2^e jalon. Descriptions historiques et mention des rêves de bataille dans l'antiquité**

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

- **3^e jalon. La mort et le rêve de bataille à l'époque médiévale**

À l'époque médiévale, la *Chanson de Roland* (vers 1100) présente les mêmes caractéristiques de réalisme horrifiant et de mystère face à la mort que l'Iliade, et Froissart, dans ses Chroniques (1388) mentionne lui aussi des rêves de bataille, dont les cauchemars somnambuliques du chevalier Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus : « *Dans son sommeil, croyant se battre, il se levait et brandissait son épée, risquant de blesser les siens* » (Crocq, 2012, p.177).

- **4^e jalon. Les guerres de Religion, Shakespeare et Pascal**

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

On va retrouver les rêves traumatiques pendant les guerres de religion, ou le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint Barthélemy,

fin août 1572, appelle son médecin Ambroise Paré pour lui dire, qu'il et harcelé par des images de faces hideuses et couvertes de sang qui l'invectivent et le menacent : reviviscence hallucinatoires et cauchemars de répétition des scènes horribles de cette tuerie perpétrée en son nom. En 1577, le poète Agrippa d'Aubigné est resté une semaine entre la vie et la mort, après avoir été blessé au combat, et a alors vécu une véritable épreuve initiatique admis à contempler le paradis et recevant d'un ange la mission de témoigner sur les misères de la guerre (Crocq, 2001, pp.24-25). Vers 1600, trois tragédies de Shakespeare, Roméo et Juliette, Henry IV et Macbeth, font état de cauchemars de bataille et d'hallucinations terrifiantes chez des personnages ayant vécu des événements dramatiques ; et, quelques décennies plus tard, notre philosophe Pascal, dans le carrosse avait failli verser dans la Seine au pont de Neuilly, fut tellement effrayé par ce incident qu'il le revivait en hallucinations diurnes et en cauchemars nocturnes, et qu'il changea totalement de vie, délaissant ses fréquentations mondaines, rompant ses fiançailles et s'adonnant entièrement à la méditation (Crocq, Bouchard, 2018, p.306).

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

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

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

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

- **6^e jalon. Les guerres de la seconde moitié du XIX^e Siècle ; Henri Dunant et Silas Weir Mitchell**

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

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

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

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

En effet, quand la chirurgie cèdera la place à la neurologie, en naîtront deux grandes constructions : d'un côté la névrose traumatique d'Herman Oppenheim, selon un modèle réflexologique de constitution d'un arc entre un choc périphérique et un choc nerveux central ; de l'autre côté l'hystéro-traumatisme de Jean-Martin Charcot accordant au traumatisme local, quelques soient sa nature et son intensité, tout au plus le rôle d'un révélateur d'une diathèse héréditaire sous-jacente ayant elle seule véritable valeur étiopathogénique (Villerbu, Pignol, Winter, 2012, pp.41-42).

En 1880, Breuer prend en charge Anna O, une patiente hystérique. Avec elle, il ébauche progressivement une psychothérapie dynamique sans recours à la suggestion. Breuer nomme « méthode cathartique » et en 1893, Freud convainc Breuer de publier les conclusions théoriques et les

deux hommes signent conjointement un article où ils développent une étiologie traumatique de l'hystérie (Josse, 2019, p.19).

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

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

principal, donnant naissance aux symptômes traumatiques. Dès lors, ils privilégient la synthèse et l'intégration comme méthodes thérapeutiques (Kédia, 2013, p.4). Dès lors, l'œuvre de Janet est essentielle à la compréhension et au traitement des troubles d'origine traumatique, notamment en raison de ses idées sur « la dissociation » (Hart, Nijenhuis, Steele, 2017, p.10).

Contemporain de Janet, Freud intègre l'équipe de la salpêtrière en 1885. Il admire beaucoup Charcot et est très influencé par ses idées. Ainsi, entre 1892 et 1896, Freud suit le principe selon lequel le « subconscient » contient des événements d'une forte charge affective qui sont encodés dans un état de conscience modifié. Il explique, lui aussi, des attaques hystériques comme étant la réminiscence d'un état psychique antérieur, traumatique, et reconnaît l'influence de Janet. Freud et Breuer, dans les études sur l'hystérie (1895), avancent l'idée selon laquelle le moi réprimerait activement les souvenirs traumatiques douloureux. La dissociation serait donc le résultat d'un mécanisme de défense qui protège la conscience. Puis dans l'étiologie de l'hystérie (1896), il abandonne l'idée que la dissociation est le concept central et privilégie la thèse des désirs réprimés comme origine de la névrose : ce ne sont pas que des souvenirs de faits réels qui sont écartés de la conscience, mais les désirs sexuels et agressifs de l'enfant qui menacent le moi et mobilisent des défenses qui les empêchent d'émerger à la conscience. A la différence de Janet, il explique que l'hystérie ne résulte pas d'un échec à intégrer de nouvelles données aux schémas préexistants, mais d'une répression active des pulsions sexuelles et agressives se concentrant autour du complexe d'Œdipe. Freud a eu beaucoup de difficultés, malgré ses efforts, à réconcilier les notions de sexualité infantile refoulée et de trauma. S'appuyant sur la deuxième théorie freudienne, la psychiatrie a alors eu tendance à ignorer les traumas réels au profit de la théorie du fantasme (Kédia, 2013, p.5).

Dans l'histoire de la psychopathologie, la découverte du préconscient traumatique a donc prélué à celle de l'inconscient, et Janet y a précédé Freud. Mais les deux médecins de marine Bourru et Burot, professeurs à l'école de médecine navale de Rochefort, les avaient précédés l'un et

l'autre en publiant en 1888, dans leur ouvrage *Les variations de la personnalité*, le cas Louis V, guéri de ses conversions hystériques par reviviscence sous hypnose de l'évènement traumatique qui les avait déterminées (frayeur pour avoir saisi une vipère dans sa main, alors qu'il croyait empoigner un sarment de vigne) (Crocq, 2012, p.181).

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

- **8^e jalon. Les continuateurs : Les deux guerres mondiales et les guerres post-coloniales, shell shock, névrose de guerre et névrose de guérilla**

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

étiologique claire en ce qui concerne la date de survenue, la teneur et l'évolution des symptômes (Casey, Psych, 2018, p.2).

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

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

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

peu à peu dénommer les névroses et psychonévroses (pour les cas graves) de guerre (Crocq, 2001, p.34).

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

Au lendemain de l'armistice du 11 novembre 1918, toute la France honora ses morts et glorifia ses survivants, blessés ou indemnes. Mais, si les « blessures physiques » furent reconnues, soignées et pensionnées, il n'en fut pas de même pour les « blessures psychiques », qui demeurèrent méconnues, négligées, voire niées. Une fois la paix revenue, chacun s'en retourna à ses occupations et à ses plaisirs d'avant, infligeant à ces combattants que les épreuves de la guerre avaient bouleversés ce deuxième trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens (Crocq, 2014, p.7)

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

d'épouvantables cauchemars de bataille. Le temps ne leur procura pas l'oubli bienfaisant (Crocq, 2014, p.9).

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

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

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

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

Il faut donc attendre la Seconde Guerre mondiale pour que la conceptualisation du trauma opère un réel changement. Pour la première fois émergent des recherches sur les facteurs de protection au trauma comme l'entraînement, la cohésion du groupe, le leadership ou la morale. Après la guerre, les sujets exposés au trauma sont extrêmement nombreux, qu'il s'agisse d'anciens combattants ou de survivants des camps de concentration. Les psychiatres américains décrivent, à l'instar de Kardiner,

les réactions physiologiques de ces patients et cherchent des thérapies permettant de travailler sur les « souvenirs somatiques ». Ils ont donc recours à l'hypnose et à la narco synthèse pour aider le patient à se rappeler le trauma et faciliter l'abréaction. Ils confirment ce qu'avait dit Janet : l'abréaction sans transformation, sans synthèse, n'est aucune aide (Kédia, 2013, p.6).

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

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

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

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

De son côté, André-Dessornes (2015) rapporte longuement les tragédies et les traumatismes au Moyen-Orient durant un siècle (1915-2015). En effet, le Machrek a connu de longues décennies de violences, pillages, exils qui ont meurtri et continuent de meurtrir les populations. En 1952, le psychologue et psychanalyste autrichien Bettelheim décrit la culpabilité du

survivant et en 1957, le psychanalyste allemand Niederland parle du « syndrome du survivant ». En 1954, le psychiatre français Targowla définit le syndrome asthénique des déportés et dix ans plus tard, son collègue norvégien Eitinger développe la notion de « KZ Syndrom » soit le « syndrome des camps de concentration » (Josse, 2019, p.24).

- **9^e jalon. Les premiers novateurs : Guerre du Vietnam et état de stress post-traumatique**

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

La recherche sur le trauma reprend donc un deuxième souffle sous l'impulsion de chercheurs qui étaient souvent eux-mêmes des soldats ou des survivants des camps. Par la suite, des cliniciens étudient une catégorie de sujets totalement négligés jusque-là : les femmes et les enfants. La première étude sur le viol date ainsi de 1974 : Burgess et Holstrom décrivent « le syndrome traumatique du viol » qu'elles rapprochent de la névrose de guerre. À la même époque, d'autres auteurs s'intéressent aux enfants battus, des groupes de paroles d'anciens combattants du Vietnam émergent dans toute l'Amérique (Kédia, 2013, p.7).

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

parvenaient pas à se réinsérer dans leur famille ni dans leur milieu professionnel (Crocq, 2014, p.11).

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

En 2003, le président américain George Bush junior voulut reprendre la guerre contre l'Irak de Saddam Hussein qu'avait dirigée son père, le président Bush senior, et, entraînant avec lui une partie des alliés de la veille, renversa le régime du dictateur de Bagdad mais ne put se dépêtrer du « borbier » irakien, écho du borbier vietnamien dans l'opinion publique américaine, le peuple irakien libéré, quoique divisé par des querelles religieuses, faisant chorus contre le soldat occidental libérateur. Malgré les relèves et les dispositifs de confort et de soutien psychologique, l'armée américaine – déplorant quatre mille morts en sept ans – (de même que l'armée britannique, qui en compte près de mille) se trouve partagée entre le sens du devoir et la nostalgie empreinte d'incompréhension, tandis que les opinions publiques de l'arrière sont décontenancées par le sentiment d'échec, le scepticisme et la critique. La nouvelle guerre d'Afghanistan, menée par une coalition de l'OTAN contre les talibans terroristes islamiques, entraînant des pertes humaines dans le camp occidental (États-Unis, Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie et Espagne pour l'essentiel), suscite des interrogations dans les opinions publiques des pays concernés, où on redoute l'enlèvement et la déconfiture d'un « nouveau Vietnam ». L'opinion publique occidentale du début du III^e millénaire dans ces pays occidentaux n'est plus celle des deux conflits mondiaux du XX^e siècle, et ne tolère pas que ses jeunes gens se fassent

tuer, ne serait-ce qu'en petit nombre, pour une guerre lointaine dont le motif politique, même étoffé de la noble intention de libérer un peuple du joug de l'extrémisme islamique, demeure obscur. Les mythes du zéro mort et de la guerre technologique (surveillance par satellites, gilets pare-balles et drones) se révèlent illusoires, face à la succession des nouvelles annonçant que, dans telle ou telle embuscade, nos soldats trouvent la mort dans des accrochages où l'ennemi, mieux équipé qu'on ne l'avait cru, reçoit le soutien, ouvertement ou de manière occulte, sincère ou forcé, de la population locale. Chacune de ces nouvelles, répercutée par des médias avides de faits sanglants, est autant de souffrance pour les familles endeuillées et d'embarras pour les instances gouvernementales, qui envisagent le retrait à moyen terme sans perdre la face. Pour l'Occident, le recours à la guerre devient archaïque et coupable. Pour le combattant, sur le terrain, la noble cause du combat libérateur est minée par le doute et par le sentiment de ne plus être soutenu par l'arrière ; et la « nostalgie » des vieilles armées du XVII^e siècle réapparaît sous une nouvelle forme. Démotivation, tristesse et dépression menacent le soldat oublié, et la tentation du geste suicidaire s'insinue dans son esprit perplexe (Crocq, 2011, pp.144-145).

Dans ce qui suit, nous allons présenter l'évolution du concept de trauma dans les deux classifications, DSM et CIM, puis procéder à une étude critique du contenu :

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

troubles auxquels peuvent s'ajouter des emprunts à d'autres types de personnalité. Ces modifications peuvent s'appréhender comme un blocage dans le fonctionnement de la personnalité, une construction d'une nouvelle personnalité ou un déséquilibre d'une personnalité préalablement déficiente (Busson, 2008).

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

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

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

Le DSM ou *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders* se fonde sur la reconnaissance de groupements de symptômes cliniques en laissant de côté l'hypothèse pathogénique. En effet, il est incontestable aujourd'hui que diagnostiquer un trouble psychiatrique repose sur la reconnaissance d'invariants, afin d'identifier une configuration de signes et symptômes parmi d'autres configurations, définies selon un système de classification (Schulz, 2016, p.1).

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

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

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

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

A1. Un événement violent et menaçant. A2. Vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur. B. Au moins 1 sur 5 symptômes de reviviscence. C. Au moins 3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement.

D. Au moins 2 sur 5 symptômes d'activation neurovégétative. E. Une souffrance significative ou altération du fonctionnement social.

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

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

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

Par ailleurs, ces métamorphoses successives du DSM, effectuées au fur et à mesure que les psychiatres américains redécouvraient la réalité clinique du trauma, traduisent leur embarras à intégrer ces syndromes dans leur système nosographique (Crocq, 1999, p.22). En plus des changements qui affectent les diagnostics individuels, le DSM 5 introduit quelques changements plus larges liés à la classification des troubles. Par exemple, le système axial a été abandonné, bien que les composantes individuelles fassent toujours partie du cadre de l'évaluation clinique. Le DSM5 indique que tous les diagnostics psychiatriques et médicaux pertinents doivent être répertoriés ensemble plutôt que différenciés en axe I, II ou III. L'accent mis sur les problèmes psychosociaux et environnementaux pertinents (axe IV du DSM-IV) reste important dans l'évaluation clinique. L'axe V consiste en l'évaluation globale du fonctionnement mais cet instrument a

souffert d'un manque de clarté et des caractéristiques psychométriques contestables, ce qui a conduit le DSM 5, à suggérer à sa place l'utilisation de L'instrument d'évaluation du handicap de l'organisation mondiale de la santé, qui est mise à disposition dans la section III du DSM5. Un deuxième grand changement de classification concerne le regroupement de grandes catégories dans le but de correspondre à des questions de développement et de processus tout au long de la vie. Alors que les critères diagnostiques de la section II du DSM-5 ont subi un examen approfondi, les preuves scientifiques de sont pas encore suffisantes pour soutenir l'utilisation généralisée des outils, des techniques et des diagnostics discutés dans la section III. Le DSM5 se termine par des annexes, qui comprennent une discussion sur certains des changements entre DSM-IV et le DSM5, un glossaire, des concepts culturels de détresse (DSM5, 2016a, pp.XXXVI-XXXVII).

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

dépister précocement les sujets à risque de développer une future affection psychotraumatique (Josse, 2019, p.184).

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

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

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

En effet, les facteurs de stress psychosociaux sont importants dans la pathogenèse de tous les troubles du DSM-5, mais ils ont un rôle

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

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

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

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

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

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

réaction d'adaptation

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

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

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

Autres : Troubles aigus dus à une situation éprouvante

Mixtes

Sans précision.

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

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

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

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

Dès lors, les classifications internationales se développent avec la classification internationale des maladies, d'une part, et le manuel diagnostique et statistique des troubles psychiques, de loin le plus utilisé pour la recherche en santé mentale, d'autre part. Pour l'espace de la psychotraumatologie, la classification américaine introduit en 1952 dans sa première édition les troubles psychiques secondaires à un facteur de stress dans le chapitre des troubles transitoires de la personnalité sous le terme de *Gross stress reaction*, sans qu'il ne soit fait état de reviviscences. Mais la mouture suivante publiée en 1968 supprima cette entité en refusant une place aux conséquences psychotraumatiques. Pourquoi ? Aurait-on craint une contagion psychique parmi les troupes en pleine guerre du Vietnam (1955–1975) ? De retour au pays parmi les leurs, si certains soldats américains étaient accueillis en « héros », ils furent

également fustigés par des « mouvements pacifistes » comme étant des « baby killers ». Une partie de l'opinion publique américaine comme nombre de soldats restaient choqués par la guerre et, chacun cherchait issue. Échappant initialement à l'administration par droit de cité dans la presse, la « nouvelle » entité de *post Vietnam syndrome* peut être interprétée telle une première tentative, pour la société, de chercher l'apaisement alors que les compagnies d'assurance demandaient des critères pour indemniser les *Guys* qui ne retrouvaient pas leur vie d'avant. L'existence des troubles post-traumatiques resurgit alors dans l'espace médicopsychologique sous la dénomination de *Post traumatic stress disorder* en 1980 à l'occasion de la parution du DSM-III. Simplement rattachée au cadre des troubles anxieux, cette entité est décrite comme réactionnelle à un événement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Mais, quelques années plus tard, la révision de 1987 du DSM-III apparaît. Curieusement, s'opposant aux postulats fondamentaux du DSM prônant l'athéorisme, en tant que trouble réactionnel résultant causalement du stress, l'état de stress post-traumatique s'éloigne volontairement de conceptions psychopathologiques pour rejoindre la neurobiologie. Alors, prenant le contre-pied de la désobjectivation, se rapprochant de la psychiatrie francophone, une première évolution majeure de la définition de l'événement traumatique dans le DSM suivant, dans sa quatrième version de 1994, constitue l'émancipation d'une réaction de stress qui aurait traumatisé quiconque à un événement entraînant une réaction singulière chez un sujet. Ceci est particulièrement bien formalisé dans la version révisée de 2000 (DSM-IV-TR). Enfin, dans cette progression définitoire jusqu'à nos jours, le DSM-5 ouvre pour la première fois une catégorie à part entière se différenciant des pathologies anxieuses : c'est l'apparition des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (Auxéméry, 2019, pp.2-4).

Ainsi, on note que la reconnaissance d'une entité diagnostique spécifique dans le DSM III constitue une véritable victoire. Premièrement, les troubles traumatiques jusqu'alors imputés à une vulnérabilité personnelle, sont attribués à un agent extérieur, la guerre. Deuxièmement, admettre la

légitimité du PTSD implique des conséquences financières colossales. Troisièmement, le syndrome de stress post traumatique est fondé sur un facteur étiologique, ce que le DSM, nosographie descriptive et sans référence théorique, tente d'éliminer. Quatrièmement, le PTSD admet que les auteurs d'exaction puissent être des victimes. Cinquièmement, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des évènements liés à la guerre ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à la guerre ainsi qu'à tout évènement délétère (Josse, 2019, p.25).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les « syndromes psychotraumatiques » désignent l'ensemble des états séculaires consécutifs à un traumatisme psychique (Barrois, 1988 ; Crocq, 1998). Ils sont décrits classiquement dans les suites d'une catastrophe

collective (bombardements de guerre, attentats, tremblements de terre, catastrophes naturelles ou technologiques, déportations) ou individuelle (accidents et agressions physiques ou sexuelles) (Chahraoui, 2014, p.5)

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

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

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

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

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

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

Le traumatisme psychique confronte brutalement l'individu à la mort, sans que celui-ci y ait été préparé. Ce sont toutes les composantes de la personne qui se retrouvent ainsi face à une expérience qui ne trouve pas de

système signifiant pour l'accueillir, provoquant une rupture dans l'organisation de la structure globale du sujet (Tchatié, 2007).

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

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

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

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

D'un point de vue historique, le traitement de l'état de stress post-traumatique a longtemps été fondé sur des soins psychothérapeutiques. Ce

sont les psychiatres militaires confrontés aux blessés psychiques qui ont été les pionniers dans ce domaine (Cottencin, 2009).

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

Le dernier point va s'attacher de discuter ce qui a été énoncé précédemment :

2- Discussion :

Le traumatisme psychique a constitué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie obligeant ainsi médecins et psychologues à le penser et à le prendre en charge.

L'historique du « traumatisme psychique » remonte à l'antiquité. Ce trouble est nommé, connu et décrit depuis au moins l'épopée de Gilgamesh mais il faut reconnaître qu'il reste néanmoins peu connu des professionnels de la santé mentale et du public jusqu'à ces dernières décennies là où il bénéficie d'une « publicité » importante.

Il est évident que l'exposition à un événement traumatisant est une condition première et elle est nécessaire d'un point de vue étiopathogénique (la vision que prônent le DSM et la CIM) mais il semble pour d'autres courants, que cette exposition est non suffisante au développement d'un syndrome psychotraumatique.

Nous estimons pour notre part, que l'objectivité prônée par le DSM peut se conjuguer avec la singularité et l'expérience de vie de chacun. Il est temps, pour nous cliniciens, de dépasser le niveau purement descriptif des critères diagnostiques dans le but de mieux saisir la gravité et la complexité du trouble au regard du vécu subjectif de la victime.

Il est également évident que la prise en charge thérapeutique doit être adaptée à chaque patient en fonction de plusieurs paramètres, qui vont de la nature de l'événement subi jusqu'aux caractéristiques de la victime. Dès lors, une prise en charge médico-psychologique ne peut se faire que dans une perspective multidisciplinaire. Nous sommes convaincus que ce type

de prise en charge permettra de diminuer l'impact traumatique et inscrire de ce fait, le sujet concerné dans un processus de résilience.

Conclusion

Ce survol historique effectué quant à la notion du traumatisme psychique a permis de rendre compte des différentes dénominations, descriptions symptomatologiques du trouble mais aussi une présentation des hypothèses ou des tentatives d'explication de la pathologie.

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

Enfin, nous prôtons ainsi une vision intégrative et heuristique du fait pathologique, à savoir, une vision « scientifique » et « humaine » de la personne souffrant du traumatisme psychique. Beaucoup a été fait mais beaucoup reste à faire en matière de psychotrauma et la première des choses consiste à former les cliniciens à la psychotraumatologie, sa symptomatologie, ses mécanismes d'action, ses modalités thérapeutiques en tenant compte du culturel caractéristique à notre société.

Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5* (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
2. American Psychiatric Association. (2016a). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques* (Traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi). Paris, France : Masson.
3. Auxéméry, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*. <http://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
4. Barlow, D-H., Durand, M. et Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie : Une approche intégrative*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
5. Barnhill, J-W. (2016). Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Dans J-W. Barnhill (dir.), *DSM-5 cas cliniques* (p.119-135). Paris : Masson.
6. Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques* (2 e éd). Paris, France: Dunod.
7. Braconnier, A. (2013). Traumatisme psychique. Dans R. Doron. et F. Parot (dir.), *Dictionnaire de psychologie* (3 e éd, p.731). Paris, France : PUF.
8. Busson, B. (2008). Le traumatisme psychique : altération de la personnalité et syndrome de stockholm.
9. Capogna-Bardet, G. et Champon, E. (2014). Introduction. Dans G. Capogna-Bardet (dir.), *Clinique du trauma* (p.11-14). Paris, France : Eres.
10. Casey, P.R. et Psych, F-R-C. (2018). Limites entre réponses normales et pathologiques. Dans P.R. Casey (dir.), *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le guide du clinicien* (p.1-22). Paris, France : Elsevier Masson.
11. Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris, France : Dunod

12. Cottencin, O. (2009). Les traitements du psychotraumatisme. *Revue Francophone Du Stress Et Du Trauma*, 9 (4), 241-244.
13. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris, France : Masson.
14. Crocq, L. (2001). Perspective historique sur le trauma. Dans M. De Clercq. et F. Lebigot (dir.), *Les traumatismes psychiques* (p.23-64). Paris, France : Masson.
15. Crocq, L. (2011). La culpabilité du soldat occidental. *Revue des deux mondes*, mars, 129-148. <https://www.revuedesdeuxmondes.fr/article-revue/la-culpabilite-du-soldat-occidental>.
16. Crocq, L. (2012). Quelques jalons dans l'histoire du concept trauma. In R. Coutanceau., J. Smith. et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p. 175-186). Paris, France : Dunod.
17. Crocq, L. (2014). Stress et trauma. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.7-16). Paris, France : Elsevier Masson.
18. Crocq, L. et Bouchard, J-P. (2018). Histoire de la psychotraumatologie. Dans *Annales Médico-psychologique*, 176, 305-309. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.007>
19. Cyrulnik, B. (2016). Postface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (p.299-305). Paris, France : Odile Jacob
20. Damiani, C. (2004). *Traumatisme psychique. Thérapie et réparation*. Paris, France : Dunod.
21. Damiani, C. (2011). Syndrome psychotraumatique. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.241). Paris, France : Philippe Duval.
22. Doray, B. et Louzoun, C. (1997). *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Paris, France : Eres
23. Ferragut, E. (2005). *Emotion et traumatisme*. Paris, France : Masson.

24. Hart, O-V., Nijenhuis, E. et Steele, K. (2017). *Le soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Paris, France: De Boeck Supérieur.
25. Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte* (2 e éd). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
26. Kechid, G. (2007). *Le traumatisme psychique de l'enfant : itinéraire d'une clinique réactualisée*. Paris, France : PUF.
27. Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (dir.), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 e éd, p.2-12). Paris, France : Dunod.
28. Lebigot, F. (2005). *Le traumatisme psychique* (2 e éd). Paris, France : Fabert.
29. Lebigot, F. (2011). Névrose traumatique. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (p.163-168). Paris, France : Philippe Duval.
30. Lempérière, Th. (2011). Préface. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir.), *Les mots du trauma* (pp.7-8). Paris, France : Philippe Duval.
31. Morgan, S. (2012). *L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs*. Paris, France: Mon petit éditeur
32. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Montréal, Canada: Institut canadien d'information sur la santé.
33. Pedinielli, J-L. et Bertagne, P. (2010). *Les névroses* (2 e éd). Paris, France : Armand Colin.
34. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C. et Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique*. Paris, France : Dunod.

35. Schulz, P. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM 10*. Paris, France : De Boeck Supérieur
36. Sebastiao, M-P. (2012). Trauma et vieillissement : destin et enjeux psychiques. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (147-158). Paris, France : Dunod.
37. Tarquinio, C. et Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris, France : Dunod.
38. Tchatié, A-N. (2007). *Danse-thérapie et traumatisme psychique*. Paris, France : Université Paris 7-Xavier Bichat.
39. Villerbu, L., Pignol, P. et Winter, A. (2012). Trauma et résilience : quels espaces de théorisation. Dans R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience. Victimes et auteurs* (p.37-47). Paris, France : Dunod.