

# LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Le trouble de stress post-traumatique (PTSD, pour Post Traumatic Stress Disorder) est l'un des troubles anxieux répertoriés par l'une des classifications internationales des maladies mentales. Ce trouble met en jeu les concepts de stress, de traumatisme et d'après-coup. Plus avant, la question même du traumatisme psychique et de son évolution est abordée. La prévention (pré et post-traumatique) et la thérapie (psychothérapie, approche médicamenteuse, traitement social) du PTSD sont envisagées. La notion de « post-coup » est aussi discutée, afin de montrer l'importance d'une « construction sociale » du traumatisme. L'article se termine par quelques chiffres (enquête du 119-Allo, Enfance maltraitée et une étude épidémiologique canadienne).

*Eric Loonis*

## 1 Le trouble de stress post-traumatique

Stress, traumatisme, après-coup et post-coup

Résumé : Le trouble de stress post-traumatique (PTSD, pour Post Traumatic Stress Disorder) est l'un des troubles anxieux répertoriés par l'une des classifications internationales des maladies mentales. Ce trouble met en jeu les concepts de stress, de traumatisme et d'après-coup. Plus avant, la question même du traumatisme psychique et de son évolution est abordée. La prévention (pré et post-traumatique) et la thérapie (psychothérapie, approche médicamenteuse, traitement social) du PTSD sont envisagées. La notion de « post-coup » est aussi discutée, afin de montrer l'importance d'une « construction sociale » du traumatisme. L'article se termine par quelques chiffres (enquête du 119-Allo, Enfance maltraitée et une étude épidémiologique canadienne).

## Les six troubles anxieux

Le « trouble de stress post-traumatique » représente l'un des six troubles anxieux reconnus par le DSM-IV (APA, 1996) que sont :

- la phobie sociale ;
- le trouble panique avec ou sans agoraphobie ;
- le trouble obsessionnel compulsif ;
- la phobie spécifique (ou simple) ;
- l'anxiété généralisée ;
- le trouble de stress post-traumatique.

Le « trouble de stress post-traumatique » (en anglais : Post Traumatic Stress Disorder ou PTSD, abréviation que nous utiliserons désormais), signifie littéralement : un trouble lié à un état de stress, lui-même consécutif à un traumatisme plus ou moins éloigné dans le temps.

Pour bien comprendre le PTSD, il faut d'abord bien connaître les concepts de « stress », « traumatisme », « après-coup » et, un dernier concept, que des observations sur le terrain (en institution pour enfants) nous amènent à poser : le « post-coup ».

## Le stress

On doit l'idée de stress à un chercheur canadien, Hans Selye (1975), qui, le premier, a décrit le stress ou « syndrome général d'adaptation » dans les années 1930. Ce biologiste avait remarqué que lorsque on soumet une population d'animaux à une contrainte quelconque (par exemple, une injection de produit, mais aussi une surpopulation, une restriction alimentaire ou encore une température trop faible), ils tombent malades et meurent. À l'autopsie, on retrouve presque toujours un phénomène qui était à l'époque inexplicable : l'augmentation de volumes des glandes surrénales. Ces minuscules glandes hormonales, situées au-dessus des reins, ont un rôle fondamental dans l'activité du système nerveux sympathique, en sécrétant de nombreuses hormones dont la plus connue est l'adrénaline.

2 - On appelle « stress », à la fois ce qui cause la réaction de stress (le stressor) et cette réponse elle-même (le syndrome général d'adaptation). Ce syndrome est dit « non spécifique », car il apparaît d'une façon identique quel que soit le stressor. A partir de la réaction hormonale première, celle des glandes surrénales, une cascade de réactions biologiques et nerveuses va apparaître, parmi lesquelles :

- l'accélération du rythme cardiaque ;
- la pâleur du visage ;
- la transpiration abondante ;
- les vomissements ;
- l'énurésie et/ou l'encoprésie.

La prolongation des états de stress peut entraîner des états pathologiques, par exemple, l'ulcère de l'estomac, les maladies coronaires (cardiaques), mais encore des troubles psychiques (chez l'humain).

Le processus de stress est typiquement décrit suivant trois phases :

1. La réaction d'alarme : c'est la phase initiale, où apparaissent les premières réactions à l'agression : le cœur s'accélère, la respiration est courte et rapide, et il y a des modifications de la répartition du sang dans l'ensemble de l'organisme. Aux plans psychique et émotionnel : les premières réactions à l'agression se présentent comme une élévation de la vigilance et une activation émotionnelle.

2. Le stade de résistance : le corps est bien adapté à l'agression, par exemple lorsque celle-ci est permanente (par exemple, la résistance au froid). Aux plans psychique et émotionnel : l'organisme reste encore adapté dans ses capacités psychiques et émotionnelles à gérer l'agression.

3. Le stade d'épuisement : le corps est débordé par le stress si celui-ci persiste.

L'organisme

tombe malade ou meurt parce que ses capacités de résistance sont débordées. Aux plans psychique et émotionnel : l'organisme ne peut plus gérer l'agression et il entre dans une réaction

anxieuse, d'angoisse, d'effroi, de sidération.

Si l'on considère l'exemple d'une agression sexuelle. L'individu commence d'abord par :

1. la réaction d'alarme (il cherche à se défendre, il exprime une émotion, demande de l'aide) ;

2. si l'agression se prolonge et/ou s'intensifie, l'individu peut encore un temps résister (comme se débattre) ;

3. mais parvenu à un certain degré d'agression (par exemple un viol), l'individu peut se retrouver complètement dépassé (la personne peut alors entrer dans un état de totale passivité qui correspond psychiquement à un « blanc », une sidération).

Le traumatisme

Le traumatisme découle de l'expérience forte, extrême, qui correspond plus ou moins au troisième

stade du stress : l'épuisement et le dépassement des ressources de l'individu. Ce stress extrême et

traumatisant se définit officiellement (DSM-IV, ibidem) ainsi :

A) La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères

suivants étaient présents :

3

1. la personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqués la

mort ou la menace de mort, ou des blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui ;

2. la réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse (sentiment d'impuissance)

ou de l'horreur (nota : pour les enfants, cela peut se manifester par des comportements désorganisés ou agités).

L'événement traumatique a un retentissement sur la personne, il se répète dans le souvenir d'une

façon incontrôlable (toujours DSM-IV, ibidem) :

B) il est revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, pensées, perceptions ;

2. rêves répétitifs et pénibles de l'événement ;

3. impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait ;

4. intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci ;

5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un

aspect du traumatisme ou le symbolisant.

Désormais, la personne va chercher à éviter tout ce qui pourrait lui rappeler le traumatisme (il y a

une phobie envers les stimuli associés à l'événement, par exemple, une agression dans un ascenseur

peut entraîner la phobie des ascenseurs).

De plus, la personne se retrouve limitée dans ses capacités affectives, avec des sentiments négatifs

sur soi-même et son avenir. Le DSM-IV (ibidem) nous dit ici :

C) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants :

1. efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme ;
2. efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;
4. réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative ;
5. sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
6. restriction des affects (ex. : incapacité de ressentir des sentiments amoureux) ;
7. sentiment que l'avenir est « bouché », que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

Le traumatisme a aussi des conséquences sur le fonctionnement neurovégétatif. Nous avons vu, en

parlant du stress et du « syndrome général d'adaptation », que la réaction d'un organisme face à une

agression est d'abord neurovégétative au sens où elle met en jeu d'abord une réactivité nerveuse,

somatique, avec les hormones du stress.

Cette réaction neurovégétative initiale semble alors résonner comme un écho durant la phase post-

traumatique. Le DSM-IV (ibidem) nous dit ici :

D) La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) :

4

1. difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu ;
2. irritabilité ou accès de colère ;
3. difficultés de concentration ;
4. hypervigilance ;
5. réaction de sursaut exagérée.

A tout cela il faut encore ajouter que : le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine

de fonctionnement important.

Le traumatisme psychique

Historiquement, la question d'une « névrose traumatique », c'est-à-dire d'une maladie psychique

après un traumatisme, en l'absence de toute lésion organique, est ancienne et a commencé à se

poser avec les premiers accidents de chemin de fer au 19

e

siècle.

Par la suite, les deux guerres mondiales, mais encore, la prise en compte sociale des accidents de

travail, ceux de la voie publique (avec le développement du trafic routier), les catastrophes

naturelles, industrielles et, de nos jours, les attentats terroristes, les agressions criminelles, etc. tous ces événements traumatisants vont étendre de plus en plus cette question du traumatisme psychique. Au point de vue du débat théorique, la compréhension et la description du traumatisme psychique fait l'objet de réflexions théoriques et de débats d'idées complexes avec de nombreuses divergences selon les écoles et les courants de pensées. Actuellement, la psychiatrie américaine privilégie le « stress » qui accompagne le traumatisme et elle a abandonné le terme de « névrose traumatique » pour le remplacer par celui de « trouble de stress post-traumatique ».

Le traumatisme psychique donne lieu à trois étapes de réactions :

1. la réaction immédiate au stress avec : a) le stress normal adaptatif, utile ; b) le stress dépassé (gesticulations, inefficace, contagieux, panique) ; c) les réactions pathologiques au stress (conversion hystérique, agressivité, délires aigus...).

2. le temps de latence : une période plus ou moins longue, après le traumatisme, au cours de laquelle le sujet paraît « normal ». Cette période peut durer quelques heures, quelques jours (le plus fréquent), quelques mois, voire quelques années. Le sujet paraît normal mais on peut parfois observer quelques petits signes discrets (repli sur soi, sentiment de ne pas être compris, distraction exagérée).

3. la réaction différée au stress avec apparition de symptômes post traumatiques, qui sont de 2

types :

a) les symptômes spécifiques (le syndrome de répétition : rêves, cauchemars répétés ; à l'état

de veille, les ruminations ou la reviviscence – flash back – sous une forme hallucinatoire –

hallucinoses ; la lutte contre la répétition se fait par un certain nombre d'évitements – éviter

les pensées, les conversations, les livres, les films associés au traumatisme, les lieux, les personnes, les activités qui peuvent éveiller le souvenir) ;

b) les symptômes non spécifiques (que l'on peut donc rencontrer ailleurs que dans le post

traumatique, il s'agit de : – conversions (paralysie, cécité, aphonie) ou de – troubles psychosomatiques (céphalées, constipation, douleurs, courbatures, l'hypocondrie est possible – se croire malade)).

5

On trouve encore :

– L'anxiété : permanente (anxiété généralisée) ou paroxystique (trouble panique).

– Les signes d'allure dépressive : fatigabilité, repli sur soi, difficulté de concentration, irritabilité,

accès de colère.

– Le tableau d'allure paranoïaque : méfiance, hostilité, avec quérulence et revendications en rapport avec le traumatisme.

– La modification de la personnalité : progressive et durable, avec une perte d'initiative et d'autonomie, une dépendance, une perte des centres d'intérêts, repli sur l'univers familial et proche.

Isolement, méfiance, agressivité, revendications et mobilisations excessives dans des démarches en

rapport avec le traumatisme (sujet procédurier). On observe une relation entre le traumatisme et la

transformation de la personnalité (« il/elle n'est plus comme avant », dira l'entourage).

Le traumatisme psychique peut évoluer de trois façons :

- Un tableau qui reste stable (par exemple, d'anciens combattants de la Première guerre mondiale ont eu des cauchemars répétitifs avec reviviscence d'un événement survenu sur le

champ de bataille jusqu'à la fin de leur existence).

- Une amélioration spontanée est possible. Cela reste rare si le syndrome de répétition est installé

depuis plusieurs mois.

- Une fois le syndrome de répétition installé depuis plus de 3-4 mois, le trouble de stress post-

traumatique (ou névrose traumatique) reste le plus souvent une affection chronique plus ou

moins invalidante. L'intensité des symptômes peut s'estomper globalement, mais le plus souvent

il est observé une diminution du syndrome de répétition (espacement des cauchemars et des

reviviscences diurnes), mais une aggravation des symptômes non spécifiques qui, une fois bien

en place, peuvent occuper le devant du tableau clinique.

Ainsi : les complications classiques des troubles anxio-dépressifs peuvent émailler l'évolution d'un

PTSD : syndrome dépressif, phobie sociale, anxiété généralisée, alcoolisme, toxicomanie, surconsommation médicamenteuse (anxiolytiques, hypnotiques).

L'après-coup

Le concept d'après-coup introduit la dimension de la temporalité. Nous avons parlé du « temps de

latence » qui peut suivre un traumatisme. C'est la période au cours de laquelle le sujet apparaît

« normal » (avec parfois quelques petits signes cliniques, comme le repli sur soi ou le sentiment de

ne pas être compris).

Pour le modèle psychanalytique (Freud, 1920, 1926 ; Ferenczi, 1934), le premier traumatisme

(traumatisme initial, le plus souvent durant la petite enfance ou l'enfance), s'inscrit dans le

psychisme d'une façon invisible. Par exemple, s'il s'agit d'un traumatisme sexuel, le vécu ne sera pas intégré psychiquement, pas métabolisé, ne fera pas sens et sera simplement refoulé (le « refoulement » : une forme d'oubli, mais avec comme une mise en réserve du souvenir). Par la suite, à l'occasion d'un second traumatisme plus tardif ou, plus simplement, à l'occasion d'une expérience naturelle, plus ou moins forte (mais symboliquement reliée au premier traumatisme, c'est-à-dire significative), comme une expérience sexuelle normale à l'adolescence ou pour le jeune adulte, le traumatisme initial va être : soit réveillé dans le souvenir (réminiscence), soit donner lieu à un tableau symptomatique, par exemple anxieux, phobique, dépressif, de conversion. Ce « retour du refoulé » se présente alors comme un PTSD retard.

6

C'est donc ultérieurement, plus tard, dans l'après-coup, qu'une nouvelle expérience forte (qui peut être positive ou négative), va ramener à la surface le traumatisme ancien, donnant alors aux souvenirs de l'expérience passée une nouvelle efficacité psychique et émotionnelle, voire un nouveau sens, ce qui peut entraîner un trouble de type PTSD tardif, « après-coup ».

La prévention du PTSD

Deux temps de la prévention peuvent être envisagés : avant le traumatisme et après.

La prévention pré-traumatique

Dans l'idéal, il faudrait éviter les traumatismes ou préparer le sujet à les affronter (c'est le cas, par

exemple, des forces armées qui sont préparés aux actions de guerre, aux secouristes préparés aux catastrophes).

Lorsqu'on traite de sujets déjà traumatisés (par exemple des enfants, adolescents, ayant subi des

violences, des agressions), nous n'avons, évidemment, pas affaire à des sujets qui auraient pu être

« préparés » avant le traumatisme, ni qui auraient pu l'éviter. La seule chose que l'on puisse faire

est de placer au mieux le sujet dans une situation où il ne subira pas d'autres traumatismes (par

exemple, un placement familial, pour éviter que se reproduise des atteintes sexuelles). Il s'agit,

concernant les enfants, de toutes les mesures de protection socio-judiciaire.

Ainsi, des sujets qui ont vécu des traumatismes sont susceptibles de manifester un après-coup et un

PTSD à l'occasion d'un second traumatisme plus tardif ou d'une expérience significative.

Concernant la sexualité, cette « expérience significative » peut se réduire au simple accès à la

dimension du désir génital au moment de la puberté. Brusquement, le préadolescent se retrouve

comme être sexué et cela peut parfois suffire à éveiller le traumatisme ancien.

La prévention post-traumatique

Cette prévention, qui est destinée à éviter ou amoindrir le PTSD, consiste tout d'abord en un ou

plusieurs entretiens destinés à permettre à la victime d'un traumatisme, d'en parler, de raconter ce

qu'elle a vécu, de dire ses impressions, de retrouver ses émotions et, ce n'est pas sans importance,

d'exister socialement, face à quelqu'un, en tant que victime d'un traumatisme. Les anglais appellent

cela le debriefing : en anglais, le mot « debriefing » vient de « brief » qui renvoie au mot français

« bref » et qui signifie un rapport, un résumé. Debriefing signifie une enquête, mais renvoie plus

précisément, dans le cadre militaire ou des catastrophes, à une réunion destinée à rendre compte

collectivement des événements vécus et des actions mises en œuvre.

Face aux victimes d'un traumatisme (en particulier collectif, comme dans le cas des catastrophes

naturelles, des accidents de la route, les victimes d'un attentat), le debriefing consiste en une

technique de groupe visant à favoriser une verbalisation et une évocation rapide de l'événement, à

permettre aux individus de retrouver une maîtrise. Au cours de cette rencontre on peut aussi donner

des explications ou une lecture des événements. On tente en particulier de désamorcer les

sentiments d'échec ou de culpabilité.

Toutefois, il faut savoir que l'évaluation précise de l'efficacité des méthodes de debriefing ne donne

pas de résultats très clairs quant au PTSD. Certains pensent même que le debriefing pourrait avoir

tout au contraire des effets iatrogènes (troubles induits par le debriefing lui-même, la solution ferait

le problème).

Les thérapeutiques du PTSD

Ces thérapeutiques sont de trois types :

7

Les psychothérapies

L'approche classique favorise une restitution du traumatisme avec le cortège d'émotions qui

l'accompagne. Il s'agit de provoquer une abréaction où la reviviscence complète de l'événement

dans tous ses détails, avec sa charge émotionnelle, ce qui est supposé entraîner une catharsis

(purgation, purification). La différence entre debriefing et psychothérapie est la répétition et la

régularité des rencontres, sur plusieurs mois ou années, avec la construction d'une relation entre le



sujet et son thérapeute, au travers d'un transfert.  
A l'exception des traumatismes anciens de l'enfance, la psychanalyse n'est pas la meilleure approche pour traiter d'un PTSD rattaché à un traumatisme plus tardif. On lui préfère les thérapies basées sur l'hypnose ou des techniques comportementales ou cognitives associées à l'hypnose. Il peut s'agir, par exemple, d'une technique d'exposition imaginaire à l'événement traumatique associée à une relaxation. Au contraire de l'abréaction, ici le but recherché est de séparer le récit traumatique de ses émotions désagréables et les techniques tendent à redonner une maîtrise et à favoriser une projection dans l'avenir.

Malheureusement, de telles techniques ne concernent que le sujet normal au départ et en bonne santé psychique. Face à des sujets ayant vécus des traumatismes anciens (et plus tard à nouveau traumatisés), face à des sujets souffrant de quelque forme de psychopathologie, handicapés mentaux, de nombreuses limites à l'action de la psychothérapie apparaissent. Par exemple, la déficience mentale ou le défaut de mentalisation dans certains troubles de la personnalité, vont limiter les capacités à élaborer dans l'imaginaire, à réaliser un travail cognitif efficace. Souvent, les troubles psychiques sont rédhibitoires à une approche directe du traumatisme. Aussi, la psychothérapie consiste le plus souvent à accompagner le post-traumatique ou l'après-coup par l'écoute de ce qui est en dit, sans intervention trop directe sur cette parole. Éventuellement, lorsqu'un travail thérapeutique prend corps dans le temps, avec un bon lien thérapeutique entre le sujet et son thérapeute, le traumatisme peut être abordé par toutes petites touches, avec beaucoup de prudence.

Mais il arrive souvent que l'urgence à traiter les troubles au premier plan (par exemple, une hystérisation, une excitation, une conflictualité, des angoisses, de la dépression), ne permet même pas d'aborder la question du traumatisme.

Les médicaments psychotropes  
Certains antidépresseurs semblent avoir une action sur le syndrome de répétition. Les antidépresseurs sont utiles si le PTSD se complique d'un syndrome dépressif. Certaines études soutiennent le risque suicidaire lié aux antidépresseurs (ou au moment de l'arrêt du traitement).  
Les anxiolytiques et les hypnotiques (somnifères) sont volontiers utilisés, mais les premiers

n'agissent pas sur le syndrome de répétition et les seconds n'évitent pas les cauchemars.  
Le risque

d'une dépendance et d'une consommation exagérée n'est pas négligeable.

L'action sociale

Il s'agit des différentes démarches, auprès de la justice, des administrations, que peut faire un sujet

traumatisé afin d'obtenir, par exemple, une reconnaissance de son statut de victime, la punition de

l'agresseur, une indemnisation financière venant compenser les conséquences du traumatisme, etc.

Avec un accompagnement suffisant, de telles démarches, qui inscrivent le drame personnel dans le

champ du social, peuvent parfois avoir un effet résolutif (ou au moins d'amendement des troubles,

permettre au sujet de « faire son deuil », de « tourner la page », de « regarder vers l'avenir »).

8

Le post-coup

Le traumatisme peut être construit. Qu'il s'agisse de la prévention, des thérapies, du traitement

social du traumatisme et des troubles qui le suivent, les diverses solutions proposées peuvent parfois

accroître le problème, amplifier les troubles, voire créer de toute pièce un traumatisme : c'est le

« post-coup ».

Cet effet de « post-coup » (le traumatisme après le traumatisme) va dépendre de conditions

particulières, soit comme terrain antécédent (comme l'ambivalence et l'immaturité du sujet), soit

comme contexte (la pression sociale, le traitement disciplinaire et judiciaire autour d'un événement). Voyons cela plus en détails :

- l'ambivalence du sujet quant à ses désirs, ce qu'il lui est arrivé (l'a-t-il voulu ou non ?

Est-ce

bien ou non pour lui ?), c'est notamment le cas des actes sexuels entre préadolescents ou adolescents, au moment où le sujet découvre sa sexualité, ses désirs et ne sait pas encore comment se positionner face à ces nouvelles fonctionnalités de son être ;

- l'immaturité du sujet qui ne peut encore intégrer toute la signification de l'événement, c'est le

cas du jeune enfant ou du handicapé mental dont la compréhension reste limitée ;

- la pression sociale qui va pousser le sujet à se positionner dans le sens d'une « vision traumatique » de l'événement, c'est le cas des « traumatismes » reliés à de forts enjeux sociaux au plan des valeurs morales, comme envisager ou pas la sexualité adolescente, la sexualité hors mariage, les questions d'honneur ou religieuses autour de la virginité, etc.

;

- le traitement disciplinaire et judiciaire, des faits, qui vont entraîner une culpabilisation, une

crainte de punition ou d'opprobre sociale, avec en conséquence un souci de se protéger en

adoptant le statut de « victime traumatisée », c'est ce qui peut arriver lorsqu'on mélange le traitement d'une banale affaire de découverte sexuelle entre adolescents et l'interdit des relations sexuelles dans un établissement, tout légitime que soit cet interdit. L'exemple classique est celui la femme qui a subi un viol et qui subit un « second viol » au travers de la démarche judiciaire (porter plainte, être auditionnée, être confrontée à l'agresseur, supporter les regards et réflexions des proches, devoir débiller en public des faits qui touchent à l'intimité de soi, risquer de ne pas être crue, d'être accusée, etc.). On voit bien ici comment « la solution fait le problème ».

Un autre exemple de processus de post-coup possible dans le cadre institutionnel. Prenons les ingrédients suivants :

- une jeune fille ambivalente quant à sa sexualité (comme le sont tous les adolescents) ;
- un jeune homme tout aussi ambivalent, entre désir et angoisse ;
- un jeu normal de taquineries, de « on se cherche » qui dégénère, dans une sorte de « refus-consenti » à une relation sexuelle ;
- un après-coup qui peut se réveiller, éventuellement, chez une jeune fille précédemment agressée ;
- une intervention disciplinaire culpabilisante, forte et exemplaire, concernant l'interdit des relations sexuelles dans l'établissement ;
- Une mise en route judiciaire angoissante, par exemple, du fait des parents de la jeune fille.

Nous avons là tous les ingrédients pour transformer, interpréter, une relation sexuelle primaire en « viol ». L'expérience sexuelle s'est retrouvée à l'embranchement de deux destins :

9

- soit pouvoir être intégrée psychiquement et émotionnellement par les protagonistes ;
- soit être chargée du poids du contexte social et virer au règlement de compte judiciaire.

On peut parler ici d'une véritable « construction sociale du traumatisme ». Pour éviter ce post-coup, qu'il s'agisse de l'enfant agressé, de la femme violée, d'adolescents ayant transgressé un interdit, mais avec un consentement mutuel, il convient de faire toute la place, d'abord, à l'écoute des sujets et à la prise en compte de leur expérience, telle qu'ils l'ont vécue. Il s'agit aussi de bien faire la différence entre les dimensions intime et sociale de l'événement et, d'autre part, les actes.

La loi qui a instauré l'enregistrement vidéo de l'audition des enfants victimes d'agression est un

grand progrès, ceci afin d'éviter, comme cela se passait autrefois, des auditions multiples, qui venaient s'ajouter au traumatisme initial. Un progrès supplémentaire consisterait à ne pas confier cette audition à un officier de police, aussi bien formé qu'il soit à de telles interviews, mais plutôt à un psychologue spécialisé.

Des progrès sont encore attendus concernant l'accueil judiciaire des victimes adultes de violences, de viols, ceci afin de faciliter leur expression et d'éviter les traumatismes ultérieurs. Là encore, policiers, mais aussi les magistrats (dont la formation en la matière laisse bien à désirer), devraient être assistés par des psychologues formés à l'approche du traumatisme (à distinguer du psychologue expert).

Dans le cadre institutionnel, la loi sur le signalement conduit à bien trop de précipitation. Là encore, une réforme devrait être envisagée. Une sorte de pré-signalement en attente. Ceci afin de permettre la nette scission temporelle entre le traitement psychologique, relationnel, d'un événement, d'une affaire (par exemple, permettre à des adolescents de lever leur ambivalence, de métaboliser une expérience sexuelle, de la digérer, d'en faire une expérience positive, s'il y a lieu). Puis, dans un second temps, reprendre les choses sous l'angle disciplinaire (et éventuellement judiciaire), dans la sérénité, avec des sujets qui sauront où ils en sont !

Nous savons que rien n'est simple, par le fait que les établissements accueillant des enfants, des adolescents, s'inscrivent dans les lois de la société, dans le contrat social : la protection des jeunes, le devoir de signalement des maltraitances, le devoir de faire respecter les règles de l'établissement et, en l'occurrence, celle de l'interdit des relations sexuelles, par exemple.

En même temps, la loi abandonne à son vide (ce n'est pas un droit positif) un certain droit (la fameuse « majorité sexuelle ») pour les mineurs de plus de 15 ans, à des relations sexuelles, entre eux et même avec des adultes (à condition qu'ils ne soient pas des ascendants ou des personnes ayant autorité) — les parents ou substituts ayant tout de même leur mot à dire à ce sujet, il s'agit de la dimension « détournement de mineur ».

Aussi, le plus souvent, s'il s'agit de mineurs de moins de 15 ans ou d'une agression sexuelle avérée, évidente, incontestable, là les choses sont simples, on suit les consignes. Par contre, avec les

mineurs de plus de 15 ans et d'autant plus si la relation sexuelle s'inscrit dans un contexte

d'ambivalence, il y a lieu d'être très attentif à l'effet de post-coup et pour cela :

- Pour soi (en tant que professionnels et en tant qu'institution), mais aussi pour les jeunes

concernés, bien faire la distinction entre : la dimension de l'interdit sexuel dans l'institution et

celle de la sexualité possible hors de l'institution.

- Trouver un équilibre entre l'intervention disciplinaire et éventuellement judiciaire et l'approche

psychologique (souvent la priorité ne sera peut-être pas au disciplinaire, mais plutôt au psychologique).

- Se prémunir des fantasmes de « toute-puissance réglementaire » : le renforcement du cadre peut

parfois devenir la solution qui fait le problème.

10

- Les « psys » ne sont pas non plus « tout-puissants » et la levée d'une ambivalence, le traitement

d'un après-coup, ne sont pas garantis et peuvent prendre du temps.

Les chiffres du traumatisme

Concernant les enfants, le traumatisme n'est pas, en France, exceptionnel, puisqu'en 2002 on a pu

relever à partir des appels au 119 :

- Presque 32 000 enfants victimes, parmi lesquels les filles sont plus concernées que les garçons.

Les mauvais traitements physiques et psychologiques concernent surtout les plus grands (9-15

ans), les violences sexuelles les plus petits (3-6 ans).

- Les auteurs des mauvais traitements concernent 9 fois sur 10 la famille proche. Dans la moitié

des cas il s'agit des parents et dans 25% des cas de parents il s'agit de la mère.

Globalement les

hommes sont concernés dans 30% des cas (surtout pour les violences sexuelles), les femmes sont

davantage concernées pour les mauvais traitements physiques et psychologiques.

- Dans leur forme, les mauvais traitements concernent d'abord les violences, puis les négligences

et enfin les privations.

- Dans leur nature, les mauvais traitements sont d'abord physiques et psychologiques pratiquement à égalité et ensuite sexuels.

Les résultats d'une étude épidémiologique

Pour terminer, une étude épidémiologique (type cas-témoins), réalisée au Canada et publiée en 2001

(MacMillan et al., 2001), nous montre l'impact psychopathologique à long terme des sévices à

enfants :

- Population :

o 7016 sujets (15 - 64 ans - Canada)

- Passation :

- o Auto-questionnaire (sévices subis au cours de l'enfance)
- o Entretien structuré (données psychopathologiques, avec le Composite International Diagnostic Interview – CIDI).

**• Résultats :**

Un lien statistique a pu être mis en évidence entre la fréquence des sévices subis durant l'enfance et :

- o Les troubles anxieux ;
- o L'alcoolisme (en particulier chez les hommes) ;
- o Les comportements asociaux ou antisociaux ;
- o Les dépressions majeures et la toxicomanie (en particulier chez les femmes).

La conclusion de cette étude est que : « les sévices à enfants, qu'ils soient physiques, sexuels ou psychologiques, entraînent à l'âge adulte une augmentation de fréquence des troubles psychopathologiques avec une prédominance chez la femme. »

Le PTSD fait donc parti de cette psychopathologie qui découle, à long terme, des sévices et autres traumatismes vécus durant l'enfance.

## **11 - Références**

1. APA – American Psychiatrists Association (1996). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV). Traduction J. Guelfi. Paris: Masson.
2. Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Paris : Payot.
3. Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : Presses Universitaires de France.
4. Ferenczi, S. (1934). Le Traumatisme. Paris : Payot.
5. MacMillan, H. L. et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.
6. Selye, H. (1975). Le Stress de la vie. Paris : Gallimard.