



"victimes psychiques". Centrées autour du concept d'"état de stress post-traumatique", équivalent américain de nos anciennes "névroses traumatiques", elles comprennent en fait toute une gamme de cas, qui s'étendent de l'inconfort psychologique à la névrose organisée, et aux psychoses traumatiques (rares), en passant par des tableaux sémiologiques plus ou moins durables et plus ou moins sévères comprenant des reviviscences, des accès anxieux, des troubles psychosomatiques et une régression de la personnalité.

● *Les sujets "psychiquement indemnes"*

On admet que, dans les grandes catastrophes, 70% des victimes s'en sortent sans troubles psychiques séquellaires autres qu'un mauvais souvenir, bien maîtrisé. On ne dispose pas de statistiques similaires pour les victimes d'agression, mais l'expérience clinique semble montrer que la proportion de victimes psychiques est plus élevée, ce qui est compréhensible dans la mesure où la victime a conservé le souvenir d'une agression intentionnelle (Crocq et Puech, 13). Quoi qu'il en soit, dans le grand nombre des victimes qui se disent psychiquement indemnes, beaucoup reconnaissent souffrir de phénomènes désagréables de réminiscence de l'événement, et de la crainte d'être agressées à nouveau, mais elles trouvent cela "normal" et ne cherchent même pas à se faire soigner. D'autres victimes déclarent s'en être sorties avec l'"âme renforcée" (en particulier chez des victimes de prise d'otage ou de séquestration) (Crocq, 9) ; il convient de leur laisser cette défense, mais on peut penser qu'il s'agit là de cas peu ou prou pathologiques, manifestant un changement de comportement parfois gênant pour leur entourage. Et, de toute façon, la victime psychiquement indemne est-elle vraiment sûre de s'en être sortie "quitte pour la peur", à l'abri de processus qui la minent en secret et des décompensations lors d'incidents ultérieurs ?

● *Les états de stress post-traumatiques*

Sous le nom d'"état de stress post-traumatique" (*Post-Traumatic Stress Disorder* ou P.T.S.D.), la nouvelle nosographie américaine D.S.M. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) a reconnu une place à part aux états psychiques durables consécutifs à un traumatisme psychique. Toutefois, tel qu'il est libellé, à un déplacement près du trait d'union, le

vocabulaire est inadéquat : en l'occurrence, le stress n'est pas "post-traumatique", mais il a été traumatique au moment de l'événement ; ce qui est post-traumatique, c'est l'état psychique séquellaire. Il faudrait mieux écrire "*Post Traumatic Stress Disorder*".

Quoi qu'il en soit, les états de stress post-traumatiques sont des états psychiques séquellaires durables provoqués par un traumatisme psychique. Leur diagnostic doit répondre à cinq groupes de critères qui sont (19) :

- d'être consécutifs à un événement violent exceptionnel susceptible de provoquer de la détresse chez quiconque ;
- de donner lieu à des phénomènes de reviviscence anxiogène du trauma ;
- de comporter des conduites d'évitement des stimuli rappelant le trauma et des symptômes traduisant l'émoussement de la réactivité générale ;
- de comporter des symptômes d'hyper-réactivité neuro-végétative et ;
- de persister au moins un mois.

Le manuel D.S.M. précise les items relevant de chaque critère et indique leur nombre exigible : un critère du groupe A, un critère du groupe B, trois critères du groupe C, deux critères du groupe D et un critère du groupe E. En outre, le D.S.M. précise que l'on parlera de cas "différés" lorsque le tableau clinique éclot au moins six mois après le traumatisme. Les différentes combinaisons de ces critères répondent à toute une gamme de tableaux cliniques plus ou moins riches, plus ou moins intenses et plus ou moins durables, rencontrés dans la réalité. Il est regrettable toutefois que le D.S.M. exclut du diagnostic d'état de stress post-traumatique les cas incomplets, qui ne réunissent pas le nombre de critères exigés, et les cas peu durables, qui se manifestent pendant moins d'un mois (quinze jours ou trois semaines par exemple), et qui existent pourtant en grand nombre dans la réalité.

● *La névrose traumatique*

Le système américain D.S.M. s'est proclamé la-théorique et a, de ce fait, récusé le concept de névrose. Mais, en fait, la "névrose traumatique" de la nosographie classique européenne coïncide avec l'état de stress post-traumatique, ou plus exactement avec les cas d'état de stress post-traumatique qui sont devenus organisés, inscrits dans la personnalité. Les critères de la névrose traumatique sont d'ailleurs compa-

rables à ceux du D.S.M., quoique répartis en groupements plus pertinents, qui rendent compte de l'organisation et de la structure de l'affection.

Tout d'abord, concernant son apparition, il est de règle que la névrose traumatique ne s'installe qu'au terme d'un temps de latence (que Charcot appelait le temps de "méditation", de "contemplation" ou de "ruminantion"), qui s'étage de quelques jours à plus de six mois ou un an selon les cas. Cette période correspond au délai requis par le psychisme pour mettre en place de nouvelles défenses, et traduit parfois aussi un moratoire (le sujet diffère la mise en place de ses défenses tant qu'il est encore en danger ou tant qu'il est materné dans le cocon des soins hospitaliers). Apparemment silencieux, le temps de latence se manifeste toutefois par des modifications de comportement (repli perplexe ou euphorie paradoxale) qui n'échappent pas au clinicien averti (6).

Le tableau sémiologique de la névrose traumatique s'étage sur deux plans : le plan superficiel des symptômes, et le plan profond des modifications de la personnalité qui génèrent et perpétuent ces symptômes (7, 12). Les symptômes pathognomoniques de la névrose traumatique se regroupent dans le syndrome de répétition : c'est un ensemble de manifestations de reviviscence par lesquelles le patient revit avec angoisse l'expérience traumatique initiale : visions, auditions ou sensations incoercibles, besoin de parler de l'événement, de voir ou de lire tout ce qui le rappelle, jeu répétitif chez l'enfant, impression brusque d'imminence d'une agression (correspondants aux "vécus comme si..." du D.S.M.), sursauts et surtout cauchemars de répétition, vécus plus que contemplés. Toutes ces reviviscences, se produisant à un rythme variable (parfois plusieurs fois par jour) soit spontanément, soit en réponse à un stimulus provocateur, sont vécues dans les trois registres de la détresse psychique, de l'orage neuro-végétatif (pâleur, sueur, sensation d'oppression, tachycardie, spasmes, etc...) et de l'attitude de défense.

A côté de ce syndrome pathognomonique, qui signe la névrose traumatique et n'existe pas dans les autres névroses, le tableau clinique comporte d'autres symptômes "généraux", communs à beaucoup d'autres affections mentales (Fénelichel, 14 ; Crocq, 7). Ce peut être, par exemple, de l'anxiété généralisée, de l'asthénie (physique, psychique et sexuelle), des troubles