

LES ATELIERS
DU PRATICIEN

SOUS LA DIRECTION DE GÉRARD LOPEZ

TRAITER LES PSYCHOTRAUMATISMES

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016, 2020 pour la nouvelle édition

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081044-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Avant-propos

QUAND DES AUTORITÉS SANITAIRES envisagent de traiter les psychotraumatismes des victimes des attentats terroristes de novembre 2015 exclusivement par le récit des événements sous traitement β -bloquant dans des cabinets de médecine générale. Quand le rapport Pelloux remis à la ministre de la Santé¹ le 5 novembre 2014 recommande de diriger les victimes de violences de couple vers des CMP surchargés... La parution de cet ouvrage d'une actualité brûlante nous a semblé indispensable.

Le traitement du trouble stress post-traumatique, tel qu'il est désormais nommé dans le DSM-5, a beaucoup évolué depuis la parution de la seconde édition de *Psychothérapie des victimes*² que ce livre va avantageusement remplacer.

Des thérapeutes français, belges, canadiens, tunisiens décrivent les traitements validés par la recherche scientifique ou à défaut par les consensus professionnels : thérapies psychodynamiques aménagées, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie EMDR, hypnose ericksonienne, chimiothérapie, technique de gestion des émotions, psychothérapie des enfants psychotraumatisés, thérapies familiales aménagées dans la mesure où les thérapies familiales classiques sont contre-indiquées en psychotraumatologie pour les agressions intrafamiliales, par les consensus ou les guidelines, sans oublier les groupes de parole qui ne sont pas des thérapies mais qui sont recommandées par la Conférence de consensus française : *Conséquences des maltraitements sexuels. Les reconnaître, les soigner, les prévenir* (2003).

Chaque chapitre est illustré par de nombreuses vignettes cliniques destinées à faciliter la compréhension du lecteur.

La prise en charge des victimes de catastrophe et d'accident collectif, éprouvée par l'expérience récente des attentats, est décrite par le Pr Louis Jehel et le Dr François Ducrocq respectivement président et ancien président de l'Aforcump (Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques – Société Française de Psychotraumatologie).

1. « Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violence », rapport remis au ministre de la Santé et à la secrétaire d'État chargée des droits des femmes le 5 novembre 2014 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000664/>

2. Lopez, G., Séguin-Sabouraud, A., Jehel, L. (2006), *Psychothérapie des victimes. Traitements, évaluations, accompagnement*, Paris, Dunod, « Psychothérapies ».

La toute nouvelle problématique que pose le traitement des cauchemars psychotraumatiques est traitée par une équipe franco-canadienne qui s’y consacre depuis plusieurs années.

Mais la conduite thérapeutique à tenir, bien au-delà des techniques décrites dans ce traité, repose sur un type de relation qui permet de réécrire le scénario traumatique dont l’analyse précise permet de déduire le type de « transfert » que les sujets mettent en place avec les thérapeutes. Si le Trouble de Stress Post-Traumatique ne pose pas de problèmes insurmontables à cet égard, il en va différemment pour les personnalités post-traumatiques complexes qui présentent des troubles somatiques et des troubles psychologiques voire psychiatriques. Ces sujets sont les grands oubliés des manuels de psychiatrie et même du récent DSM-5 malgré un nombre d’études scientifiques impressionnant et le fort lobbying exercé par les psychotraumatologues les plus réputés d’Outre-Atlantique. Pourtant, dans les rares unités de soins spécialisées, les soignants sont le plus souvent confrontés à des sujets qui ont subi des traumatismes répétés lorsqu’ils sont ou étaient enfants, ou plus tard à l’âge adulte quand ils ne font bien souvent que répéter littéralement les maltraitances infantiles subies. Plus de 10 % des enfants sont en effet maltraités dans les pays à hauts revenus¹ ; quatre millions de sujets sont des « survivants » de l’inceste en France comme l’a révélé un récent sondage AIVI-Harris Interactive² réalisé en 2015.

Il convient enfin de rappeler avec force que le traitement des sujets psychotraumatisés ne peut se concevoir qu’en travaillant en réseau avec, selon les cas, des avocats spécialisés et des associations d’accompagnement social et judiciaire. Il est également indispensable de repérer les enfants maltraités et de bien maîtriser le circuit de transmission des informations préoccupantes ou le signalement judiciaire des enfants en danger. Cet accompagnement protège le cadre thérapeutique des multiples intrusions sociales et judiciaires qui risquent de compliquer la thérapie et d’aggraver les troubles.

Le traitement des troubles comorbides les plus fréquents est également abordé par des universitaires reconnus.

Cet ouvrage profitera aux praticiens et aux étudiants des masters et des diplômes universitaires consacrés aux victimes ou aux psychotraumatismes auxquels participent la plupart des contributeurs de ce traité, à l’université Paris-Descartes notamment, comme à Rennes, Poitiers, Fort-de-France, Bruxelles, Settat au Maroc.

Gérard Lopez
Louis Jehel
Aurore Séguin-Sabouraud

1. Gilbert R., Widom C. S., Browne K., Ferguson D., Webb E., Janson S. (2009), *Child Maltreatment 1. • Burden and consequences in high-income countries*, www.thelancet.com

2. <http://aivi.org/nos-actions/sondages/4-millions-de-victimes-d-inceste.html>

Table des matières

Avant-propos III

Liste des auteurs XI

Partie 1 Généralités

Chapitre 1 Le psychotraumatisme 4

Conséquences psychologiques initiales d'un choc traumatique 6

Conséquences psychotraumatiques possibles d'un événement
traumatique unique 11

Conséquences psychotraumatiques possibles après des événements
traumatiques répétés : les personnalités traumatiques complexes 16

Conclusion 26

Références 27

Chapitre 2 Le cadre général d'intervention en psychotraumatologie .. 30

Cadre thérapeutique 32

Évaluation des besoins 33

Cadre relationnel 38

Conclusion 40

Références	41
------------	----

Partie 2 Traitements

Chapitre 3	Les thérapies psychodynamiques	50
	Fondements théoriques	52
	Mise en œuvre d'une psychothérapie psychodynamique relationnelle	56
	Indications et contre-indications des thérapies psychodynamiques appliquées au traumatisme complexe	63
	Traitement psychodynamique de l'état de stress post-traumatique	65
	Conclusion	68
	Références	69
Chapitre 4	La thérapie cognitivo-comportementale : principes, indications	70
	Données théoriques	72
	Conduite du traitement	83
	Exemple du déroulement d'une thérapie	108
	Conclusion	112
	Références	113
Chapitre 5	Hypnose : principes, indications, controverses	118
	La dissociation : levier thérapeutique	120
	Indications de l'hypnose dans les troubles de stress post-traumatiques	125
	Controverses	132
	Conclusion	137
	Références	137

Chapitre 6	La thérapie EMDR : principes, indications	144
	Fondements cliniques de la thérapie EMDR : de la désensibilisation au paradigme TAI (Traitement Adaptatif de l'Information)	147
	Procédures et modalités du traitement EMDR	148
	Indications et contre-indications de l'EMDR	156
	Conclusion	157
	Références	158
Chapitre 7	La thérapie des enfants victimes	162
	Violence conjugale	165
	Troubles consécutifs aux violences	168
	Révélations de traumatismes	172
	Gare au syndrome d'aliénation parentale « SAP »	175
	Conduite du traitement	176
	Exemple d'une prise en charge thérapeutique	180
	Conclusion	183
	Références	184
Chapitre 8	Inscrire les faits dans un récit	186
	Premières considérations générales	188
	Agressions sexuelles : un psychotraumatisme intentionnel	189
	Cycle de vie de la victime	190
	Genèse d'un passage à l'acte	191
	Un scénario en onze étapes (Mugnier 2013)	191
	Conclusion	197
	Références	198

Chapitre 9	La chimiothérapie dans le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)	200
	Neurobiologie	202
	Les différentes molécules utilisées et leur mode d'action	204
	Conduite du traitement	205
	Vignettes cliniques	207
	Conclusion	211
	Références	211
Chapitre 10	La prise en charge des victimes de catastrophe et d'accident collectif	212
	Présentation et contexte	214
	Principes de l'évaluation	217
	Axes thérapeutiques	219
	Références	224
Chapitre 11	Les techniques de gestion émotionnelle	226
	Relaxation progressive – méthode de Jacobson	229
	Training autogène – méthode de Schultz	230
	Indications en psychotraumatologie	232
	Mindfulness	233
	Références	241
Chapitre 12	Les groupes de parole	244
	Origines des groupes de parole pour femmes victimes de violences sexistes	247
	Spécificités	247
	Obstacles et contre-indications	249

Fonctionnement des groupes de parole	250
Modalités concrètes	253
Intégration	256
Animation	257
Limites et contraintes	259
Références	265

Partie 3

Indications particulières

Chapitre 13	Cauchemars post-traumatiques : évaluation et traitement	270
	Cauchemar : du symptôme au trouble	274
	Prévalence des cauchemars	276
	Les addictions comme stratégies inadaptées face aux cauchemars	278
	Cauchemars, troubles du sommeil et risque suicidaire	280
	Méthodes et outils d'évaluation des cauchemars	281
	Traitement des cauchemars post-traumatiques	283
	Conclusion	290
	Références	291
Chapitre 14	Les troubles dépressifs et la crise suicidaire	296
	Le contexte d'un monde numérique	299
	Adolescence	299
	Signaux d'alerte	300
	Prévention	302
	Renforcer le repérage, nouvelles perspectives	303
	Conclusion	304
	Références	304

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 15	Les troubles addictifs	308
	Épidémiologie	310
	Étiologie	312
	Clinique	313
	Thérapeutique	315
	Conclusion	319
	Références	320

Liste des auteurs

Malik AIT AOUDIA : psychologue, responsable de la recherche du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Romain ARNAL : psychiatre, chercheur associé équipe IPSOM (CESP), CHU de Martinique.

Amine BENYAMINA : professeur de psychiatrie, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Université Paris-Sud.

Anissa BOUASKER : psychiatre, assistante hospitalo-universitaire, Tunis.

May BOUMENDJEL : psychiatre, addictologue, AP-HP.

Dany CARMELO : assistant spécialiste, CHU de Martinique.

Marie-France CASALIS : formatrice, Collectif féministe contre le viol.

Widiane CHAKKOUCHE : docteur en psychologie, coordinatrice du diplôme de victimologie, Université Hassan 1^{er}, Settat, Maroc.

Azucena CHAVEZ : psychologue, Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Jean-Philippe É. DAoust : professeur à l'École de psychologie, Université d'Ottawa, directeur du Centre Psychologie et Consultation Outaouais Gatineau, Québec, Canada.

François DUCROcq : praticien hospitalier, psychiatre, CHRU de Lille, Aforcump-SFP.

Marion FARENG : docteur en psychologie, Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Newton HOWARD : chercheur INSERM équipe IPSOM (CESP), CHU de Martinique.

Louis JEHEL : professeur de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Martinique, président de l'Aforcump-SFP.

Nadia KADI : psychiatre, directrice du Centre de psychotraumatologie Montoyer, Bruxelles.

Gérard LOPEZ : psychiatre, président de l'Institut de Victimologie, Paris.

Delphine MORALI : psychiatre, directrice médicale du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Catherine MORBOIS : déléguée régionale honoraire aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Île-de-France.

Jean-Paul MUGNIER : thérapeute familial et de couples, Institut d'Études Systémiques, Paris.

LISTE DES AUTEURS

Aurore SÉGUIN-SABOURAUD : psychiatre, directrice générale du Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie, Paris.

Jean-Michel SIGWARD : praticien hospitalier, chercheur associé équipe IPSOM (CESP), CHU de Martinique.

Michaël VLAHOIANNIS : psychothérapeute, Centre de psychotraumatologie Montoyer, Bruxelles.

Partie 1

Généralités

Chapitre 1	Le psychotraumatisme.....	4
Chapitre 2	Le cadre général d'intervention en psychotraumatologie	30



Chapitre 1

Le psychotraumatisme

Conséquences psychologiques initiales d'un choc traumatique ...	6
La dissociation péritraumatique.....	6
La détresse péritraumatique	9
Le trouble de stress aigu.....	11
Conséquences psychotraumatiques possibles d'un événement traumatique unique.....	11
Fréquence des complications psychotraumatiques après un événement traumatique unique.....	11
Sémiologie du trouble de stress post-traumatique (TSPT).....	11
Sémiologie de la colère et du sentiment de culpabilité.....	15
Sémiologie des troubles psychotraumatiques comorbides.....	15
Le bouleversement des croyances fondamentales antérieures....	16
Conséquences psychotraumatiques possibles après des événements traumatiques répétés : les personnalités traumatiques complexes	16
Rechercher systématiquement les antécédents traumatiques.....	17
Les contre-attitudes (transfert négatif) que génèrent les personnalités traumatiques complexes.....	17
La répétition littérale.....	18
La difficulté à gérer les émotions et les troubles dissociatifs « chroniques ».....	19
Les troubles « somatoformes » consécutifs aux événements traumatiques répétés	22
Les troubles du comportement consécutifs aux événements traumatiques répétés	24
Les troubles de la personnalité consécutifs aux événements traumatiques répétés	25
Conclusion	26
Références	27

C E CHAPITRE est destiné à aider le lecteur qui voudrait rafraîchir ses connaissances sur le psychotraumatisme avant d'entreprendre la lecture d'un ouvrage consacré à son traitement. De nombreux ouvrages français et anglo-saxons pourront avantagement l'aider à les approfondir (Jehel, Lopez *et al.*, 2006 ; Kédia, Séguin-Sabouraud *et al.*, 2013 ; Van der Kolk *et al.*, 1996). Le DSM-5 a modifié les items de ce qu'il convient désormais d'appeler « trouble de stress post-traumatique » (TSPT) dans la traduction française.

Pour notre part, nous traiterons succinctement la clinique et les conséquences des traumatismes uniques (type 1) avant davantage insister sur les traumatismes répétés (type 2) qui sont beaucoup plus fréquents bien que souvent négligés voire ignorés au profit du TSPT dont l'importance nous paraît exagérée.

La psychopathologie infantile est traitée dans le chapitre consacré à la thérapie des enfants psychotraumatisés, victimes de maltraitements pour l'essentiel.

CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES INITIALES D'UN CHOC TRAUMATIQUE

Nous étudierons successivement les réactions immédiates à l'impact traumatique : la dissociation et la détresse péritraumatique, puis l'état de stress aigu dont la durée n'excède pas un mois.

La dissociation péritraumatique

Classiquement, un événement traumatique confronte classiquement le sujet à ce qui est lui impossible d'élaborer, sa propre mort.

Vignette clinique n° 1

Monsieur Albert, employé bijoutier, a ouvert la porte de son établissement à un homme apparemment « bien sous tous rapports ». Ce dernier a sorti une arme blanche et lui a demandé de lui donner la caisse. Monsieur Albert a eu l'impression de vivre une scène de cinéma. Soudainement, sans réfléchir, il a décidé de résister. L'agresseur lui a asséné un coup de tête au visage avant de quitter la boutique avec le contenu de la caisse et tous les bijoux qu'il a pu voler. Monsieur Albert, groggy, a constaté une hémorragie nasale sans faire le lien avec l'agression. Son patron est descendu de son bureau après l'agression. Il a appelé les secours. Monsieur Albert n'est vraiment sorti de cet état second qu'aux urgences hospitalières locales où seront constatés une fracture du nez avec déplacement des os propres du nez et un choc traumatique.