



Le trauma de l'agresseur à l'origine du trouble de stress post-traumatique. Implications psycho-légales concernant le sujet “ auto-traumatisé ”

Claude Carnio, Yann Auxemery

► To cite this version:

Claude Carnio, Yann Auxemery. Le trauma de l'agresseur à l'origine du trouble de stress post-traumatique. Implications psycho-légales concernant le sujet “ auto-traumatisé ”. *L'Évolution Psychiatrique*, 2020, 85 (2), pp.239-250. 10.1016/j.evopsy.2020.03.003 . hal-02950363

HAL Id: hal-02950363

<https://hal.science/hal-02950363>

Submitted on 20 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Le trauma de l'agresseur à l'origine du trouble de stress post-traumatique.
Implications psycho-légales concernant le sujet « auto-traumatisé »**

*The trauma of the aggressor at the origin of post-traumatic stress:
Psycho-legal implications for the “self-traumatized” subject*

Claude Carnio ^a, Yann Auxéméry ^{b*}.

^a Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, Chef du Service de Psychiatrie d'Urgences et de Liaisons, 1 allée du Château, 57 085 Metz Cedex 3.

^b Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC « *Adaptation, mesure et évaluation en santé. Approches interdisciplinaires* » - Equipe EPSAM, Metz, France.

- Auteur correspondant : Yann Auxéméry
- Adresse e-mail : yann.auxemery@hotmail.fr

Toute référence à cet article doit porter mention : Carnio C, Auxéméry Y. Le trauma de l'agresseur à l'origine du trouble de stress post-traumatique. Implications psycho-légales concernant le sujet « auto-traumatisé ». *Evol psychiatr* 2020 ; 85 (2) : pages (pour la version imprimée) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique)

1. Introduction

Est-il possible, pour un agresseur, de souffrir d'un traumatisme psychique issu de son passage à l'acte ? Pouvant apparaître provocatrice à première lecture pour notre société contemporaine, cette interrogation entraîne moult réflexions cliniques et surtout, implications médico-légales. Fort peu rapportées dans la littérature, ces situations psychopathologiques sont pourtant prégnantes en pratique, notamment dans le cadre d'expertises sollicitées par les juridictions. Affirmons d'emblée qu'être tenté de simuler un trouble psychique post-traumatique pour échapper à une sanction judiciaire s'avère rare et facilement décelable par un clinicien expérimenté (les échelles diagnostiques sont ici caduques) [1]. En revanche, nous rencontrons épisodiquement ces anamnèses de patients psychotiques meurtriers de leur persécuteur au cours d'un épisode paranoïde floride et qui, avec le temps, lorsque la conscientisation du drame se réalise, déclenchent un syndrome de répétition considérant leur acte. Le délire de persécution et l'amnésie psychogène de l'instant criminel laissent progressivement place aux reviviscences [2]. Alors que la culpabilité massive, parfois d'évolution mélancolique, apparaît conséquentielle au trauma, l'irresponsabilité pénale prononcée peut majorer la souffrance psychique, comme si l'aliénation du trouble revenait par le discours sociétal. D'autres fois, quand les symptômes psychotiques productifs ne s'apaisent pas, les écmnésies s'associent voire s'intriquent aux hallucinations et/ou au délire, constituant une forme clinique de psychose post-traumatique [3,4]. Mais les contextes où un sujet développe une réaction psychotraumatique provenant de son passage à l'acte dépassent le seul espace des pathologies psychotiques. A tel point que cette possibilité semble avoir été fondamentale à la construction de l'entité « état de stress post-traumatique » dans la troisième mouture du DSM, phénomène que l'anthropologue Young dénomme « agresseur auto-traumatisé » [5].

Nous reprenons cette histoire du trauma dans la nosographie psychiatrique contemporaine avant d'illustrer, grâce à une situation clinique détaillée, combien la prise en compte consciencieuse de l'anamnèse s'avère majeure pour la compréhension d'un trouble post-traumatique, souvent masqué. Plutôt qu'une interrogation sur la responsabilité pénale, les impacts médico-légaux concernent ici davantage les questions de réparation juridique du dommage psychique.

2. Naissance et évolution de la nosographie des troubles post-traumatiques

2.1 De l'antiquité à la guerre du Vietnam

D'où vient le premier traumatisme psychique ? Quelle femme, quel homme, a-t-elle, a-t-il, éprouvé les premières reviviscences ? A quel moment de l'évolution des hominidés, voire, antérieurement, d'autres espèces ? Nous n'en savons rien. Sur certaines peintures rupestres répliquatives, nous pouvons supposer l'expression de reviviscences issues essentiellement de scènes de chasse, qu'on imagine assez effroyables à une époque où l'espérance de vie moyenne ne dépassait guère la quarantaine. Il faudra patienter quelques dizaines de milliers d'années pour lire les premières descriptions antiques de reviviscences, référencées à une politique expansionniste militaire : bataille de Marathon avec le premier cas de conversion décrite (~490 av JC), *Traité des Songes* d'Hippocrate (~300 av JC) puis *De Natura Rerum* de Lucrèce (~70 av JC) évoquant les légions romaines. Ensuite, un phénomène intéressant s'accélère à partir du moyen-âge d'un empire à l'autre en fonction des campagnes militaires et des époques troublées : l'ancêtre de la clinique des troubles psychiques post-traumatiques est régulièrement découvert, oublié, redécouvert, en suivant des truchements terminologiques. On parle de *nostalgie* pour les soldats de l'ancien régime, du *syndrome du cœur irritable* pendant la guerre civile américaine, du *syndrome du vent du boulet* lors des campagnes napoléoniennes et encore,

de la *sidérodromophobie* d'Oppenheim, autrement nommée « névrose traumatique », décrite à l'occasion des premiers accidents de trains [4].

Suivant cette dynamique, la question de la fiabilité du diagnostic psychiatrique devient prégnante à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle où l'essor de l'épidémiologie et la généralisation de la pharmacopée rendent entendables l'utopie de standardisation des diagnostics indépendamment des cultures. Plusieurs rapports de l'organisation mondiale de la santé concluent qu'il est indispensable, afin de réaliser des études épidémiologiques internationales, que l'on utilise, partout sur le globe, les mêmes critères diagnostiques définissant les troubles psychiques [6,7]. Les référentiels internationaux 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 dans sa première édition de 1952 les troubles psychiques secondaires à un facteur de stress, au chapitre des troubles transitoires de la personnalité sous le terme de *Gross stress reaction*, sans qu'il ne soit fait état de reviviscences [6]. Curieusement, la mouture suivante publiée en 1968 supprime cette entité en refusant place aux conséquences psychotraumatiques [8]. Aurait-on craint une contagion psychique parmi les troupes en pleine guerre du Vietnam (1955–1975) ? De nombreux citoyens américains affirmaient que ce conflit ne pouvait être considéré comme un maintien de la paix [9,10]. Témoignant des clivages, de retour au pays parmi les leurs, si certains soldats se voyaient accueillis en « héros », ils furent également fustigés par des « mouvements pacifistes ». Une partie de l'opinion publique américaine comme nombre de vétérans restaient perturbés, chacun cherchait une issue pour dépasser la guerre... Echappant initialement à l'administration par droit de cité dans la presse, la « nouvelle » entité de *post Vietnam syndrome*, surgissant à la Une du *New York Times* en 1972, peut être interprétée telle une première tentative, pour la société, de découvrir une dissension avec ses soldats qui ne

retrouvaient pas leur vie antérieure. L'on comptait déjà parmi ces vétérans nombre cas d'alcoolisme, de pathologies somatiques, de conduites auto- et/ou hétéro-agressives. Alors que les actes antisociaux de quelques-uns furent médiatisés, la crainte d'une épidémie de suicides devint réelle. Mais certaines administrations apparaissaient encore défensives devant les coûts politiques et pécuniers s'annonçant. Il est probable que la révélation, puis les suites politico-judiciaires du massacre de My Lai, où des troupes assassinèrent plusieurs centaines de civils désarmés, essentiellement des femmes, des vieillards, des enfants de tous âges, imposa un questionnement de fond. Alors que l'hostilité à la guerre continue à grandir aux Etats-Unis, les tribunes journalistiques et les procès questionnent le relâchement du sens éthique des troupes en opération, les déterminants d'exécution d'ordres illégaux, finalement, la capacité d'une époque à instruire pénalement et comprendre sociologiquement des crimes de guerre. Notons que ceux qui avaient participé au drame de My Lai sont décrits comme tout à fait « normaux » et même, les soldats ayant refusé de participer au carnage avaient été considérés antérieurement « atypiques », en marge du groupe. Progressivement, la fin de la guerre, puis les années éloignant des combats, l'enjeu sociétal devint peu à peu non plus la question pénale face à la mort donnée, mais la prise en charge thérapeutique et la réparation juridique du dommage résultant de troubles psychiques massifs chez les vétérans.

2.2 Inscription de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-III

Sous pression des compagnies d'assurance souhaitant des critères précis permettant d'ouvrir des droits à indemnisation, l'existence des troubles post-traumatiques resurgit sous la dénomination de *Post traumatic stress disorder* en 1980, à l'occasion de la parution du DSM-III [11,12]. Simplement rattaché au cadre des troubles anxieux, ce diagnostic est décrit comme réactionnel à un événement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus confrontés. Cette assertion a été reformulée dans la

littérature dite « scientifique » comme une : « réaction normale à une situation anormale ». Par une proportionnalité supposée du stress adapté au stress dépassé, le DSM-III avance une solution de continuité entre l'« état de stress post-traumatique » et le « trouble de l'adaptation » où l'événement causal serait habituellement moins sévère. Ainsi, la nouvelle définition officielle cantonne à la notion générale de stress au détriment de la subjectivité individuelle. L'événement en cause est spécifié comme dépassant généralement le domaine des expériences communes, telles que le deuil, la maladie chronique, les mauvaises affaires économiques ou les conflits conjugaux. Les exemples fournis mentionnent les agressions sexuelles, les guerres, les catastrophes naturelles, les accidents de la route, et les troubles induits par la déportation. L'atteinte physique concomitante au trauma psychique est surlignée, notamment celle constituée par altération cérébrale causée par un traumatisme crânien. Concernant les constituants séméiologiques de l'état de stress post-traumatique, les symptômes dissociatifs sont considérés comme rares, ce qui paraît surprenant aujourd'hui. En tout cas, une telle modification nosographique a entraîné des conséquences durables : la conception du traumatisme psychique résultant du DSM-III s'est imposée, sans critique épistémologique notable, au point de vue adopté par plusieurs générations de chercheurs réduisant le traumatisme psychique à des déterminants physiologiques de réaction au stress en négligeant les dimensions psychopathologiques et sociologiques de la psychotraumatologie. Apparaissait-il plus aisé à l'époque d'incriminer une réaction physiologique aspécifique plutôt que de s'interroger sur les déterminants sociologiques de la guerre ? La parole de ceux en étant revenus ne pouvait alors guère s'épanouir, d'autant que les thérapies proposées s'apparentaient souvent à des techniques mécanicistes luttant contre le « conditionnement », sans place pour la compréhension subjective individuelle. Ces choix semblent n'avoir pas été opérants du point de vue de la santé publique : dix ans après la « fin » du conflit, la presse affirmait que davantage de vétérans s'étaient suicidés sur le sol américain à leur retour qu'il n'y avait eu de morts du fait des combats là-bas.

L'indicibilité individuelle semble s'être retrouvée dans l'indicibilité sociétale, par collusion des subjectivités éponymes, paradoxalement d'autant plus massives qu'on eût souhaité les faire disparaître [13].

2.3 L'agresseur auto-traumatisé

Dans les suites de la publication du DSM-III, plusieurs chercheurs de l'administration des vétérans distinguent 7 classes d'événements traumatiques liés à l'engagement au Vietnam : une seule représente le fait d'avoir subi passivement des violences. Pour les 6 autres, le sujet psychotraumatisé s'avère en fait l'auteur de l'événement qui a causé son trouble [14]. Les blessures volontairement infligées par la main de l'homme sont plus traumatogènes que la confrontation à des catastrophes naturelles ou des accidents (non causés par des négligences humaines graves). Curieusement, alors que cette notion d'actes hétéro-agressifs générateurs de trauma apparaît à l'origine de l'inscription du trouble post-traumatique dans la classification, les études épidémiologiques et psychopathologiques précisément consacrées à ce phénomène restent rarissimes [15-19], quand bien même la notion de « traumatisme », au sens commun du terme, s'est généralisée en même temps que celle de « victime ». Seule une juridiction peut dire le droit et faire état d'un sujet coupable d'agression envers un sujet victime. Mais parfois, notamment en contexte militaire, la limite entre les cas de violences légales et/ou illégales reste incertaine du point de vue de la subjectivité individuelle. De nos jours, ces situations complexes, souvent marquées d'indicibilité, tenace, faisant le lit de souffrances massives, sont plutôt rencontrées en expertise de réparation juridique du dommage diligentée pour un autre fait en cause, commun, éloigné du temps réel de la carrière militaire, à une première lecture.

3. Hans, ancien légionnaire, adressé au sapiteur psychiatre

L'expertise psychiatrique s'annonçait banale. Depuis « *l'agression* », comme il dit, avec sa chute survenue à ses 64 ans, « sans gravité » d'après plusieurs médecins, cet homme ressentait des douleurs à l'épaule, dormait mal, devenait irritable et ruminait, au point d'avoir dû consulter un psychiatre. Le médecin expert missionné par le tribunal, au terme de son examen trois ans après les faits, avait logiquement sollicité l'adjonction d'un sapiteur. Dans son courrier de liaison, il annonçait ne pas bien comprendre comment cet ancien légionnaire, qui « *avait dû en voir bien d'autres...* », ne se remettait pas, psychologiquement, d'un tel événement considéré « objectivement » mineur avec cette lésion simple de l'épaule. Le récit du consultant allait éclairer un tout autre aspect des choses, révélant une dynamique psycho-traumatique insoupçonnée.

3.1 Commémoratifs

Hans est un homme de 66 ans en bonne forme physique apparente, d'emblée d'excellent contact, se montrant affable, souriant, non plaintif ni quérulent. Il est coopératif, s'exprime sans réticence, livre assez facilement des éléments personnels, y compris difficiles. Son propos, riche en digressions et détails factuels, apparaît toutefois ponctuellement complexe à suivre, la fluidité de l'exposé biographique semblant aussi contrariée par une mémoire incertaine. Il ne fait pas état d'antécédent psychiatrique ni de consommation de substances psychoactives.

Hans relate les faits, sans émotion exacerbée. Après sa retraite militaire, devenu gardien d'immeuble dans une grande ville, il surprend au petit matin deux jeunes garçons en train de fracturer la porte d'un appartement. Alors qu'il s'avance vers eux, ceux-ci tentent de prendre la fuite en le bousculant, entraînant sa chute dans l'escalier où il se blesse à l'épaule ; il retient toutefois l'un d'eux et l'immobilise en attendant la police. Il n'y a pas eu de « bagarre » avec ces jeunes gens, Hans est resté bien lucide, il n'a été ni désarmé ni effrayé, ne s'est pas senti en danger ni impuissant face aux cambrioleurs lesquels ne se sont pas comportés de manière

particulièrement menaçante. Questionné sur son état d'esprit durant les quelques minutes du chahut, il évoque avoir d'emblée eu le sentiment de gamins pauvres volant par nécessité, comme ceux côtoyés lors de ses missions militaires. « *C'est pas possible... Ça recommence* », s'exclame-t-il avec inquiétude. Dans les suites immédiates, Hans est examiné à l'hôpital : les certificats font état d'atteintes somatiques de l'épaule et d'une décompensation de cervicalgies, sans signes psychiques associés. Le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs est porté à distance, nécessitant une intervention chirurgicale permettant antalgie et amélioration fonctionnelle transitoires. Le sujet se plaindra ensuite de cervicalgies résiduelles, mal calmées par la prise d'antalgiques et la kinésithérapie. Deux ans plus tard, le médecin du travail déclare Hans définitivement inapte à l'emploi de gardien d'immeuble, en raison des séquelles orthopédiques, sans mention de troubles psychiques. Hans est à la même date consolidé par le médecin conseil de la sécurité sociale au vu des seuls aspects somatiques d'après le libellé suivant : « *Limitation moyenne de la mobilité de l'épaule droite chez un droitier séquellaire d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Taux d'incapacité permanente : 20%* ». L'expert judiciaire somaticien envisage de retenir comme imputables les séquelles scapulaires, tandis que les cervicalgies seraient attribuées à une arthrose cervicale préexistante.

3.2 Analyse psychiatrique

Depuis l'agression, Hans rapporte la persistance d'un malaise intérieur mal défini, ressentant une douleur morale envahissante, se disant plus « *écœuré* » que triste, sans inquiétude majeure quant à la gravité ou les séquelles de ses lésions. Il fait état de troubles du sommeil persistants. Après la cessation de son activité professionnelle, il revient vivre dans sa région d'origine, en Lorraine, sans que cela ne semble motivé par un éloignement géographique des faits de la cage d'escalier. Mais son comportement change franchement, il devient agressif, jusqu'à se retrouver impliqué dans des épisodes de violences répétées (altercations dans des lieux publics,

notamment des bars), ce qui amène son nouveau médecin traitant à l'adresser, pour la première fois de sa vie, à un psychiatre libéral. Celui-ci introduit un antidépresseur sédatif et note dans un certificat que son patient présente des troubles post-traumatiques avec équivalents suicidaires. Toutefois, lorsqu'il est reçu en expertise psychiatrique sur indication du tribunal, plus de trois ans après les faits, Hans indique qu'il a retrouvé de l'énergie, il se défend d'être déprimé, affirme que sa vie actuelle lui convient : il s'épanouit dans une association qu'il a créée pour venir en aide aux personnes sans domicile, il réalise des voyages, *etc.* Il ne semble effectivement pas présenter de syndrome thymique caractérisé. Une légère anxiété apparaît malgré tout perceptible, sans motif précis ou objet phobique. L'intéressé se décrit encore tracassé par des images de l'événement qui lui reviennent en journée et, plus souvent la nuit, où elles se mêlent à des scènes d'autres violences survenues pendant sa vie militaire et depuis son retour mouvementé au pays natal. S'il n'y a plus de plainte concernant son épaule, subsistent toujours des cervicalgies sans aspect psychogène évident : Hans admet qu'elles ne sont pas imputables, ne revendique rien à leur sujet, déplorant simplement qu'elles le gênent pour conduire.

L'expertise aurait pu se limiter à ces simples constatations, concluant rapidement à un trouble post-traumatique d'intensité modérée avec peu de conséquences au quotidien, et ainsi justifier du taux d'incapacité permanente correspondant. Cependant, emporté par ses souvenirs, Hans va livrer davantage son histoire, révélant les déterminants de la structuration post-traumatique actuelle.

3.3 Analyse psychologique

Hans est né en Lorraine dans l'immédiat après-guerre. Un certain flou entoure son histoire familiale : de père inconnu, il a été élevé par sa grand-mère jusqu'à l'âge de 4 ans, puis par sa mère. Ses conditions de vie ont été difficiles tout au long de l'enfance, se disant victime de

violences répétées, parfois graves, de la part de son beau-père, s'associant à une globale sensation de mise à l'écart. Il a d'abord porté le nom de jeune fille de sa mère, puis celui du beau-père ; il a deux demi-frères et une demi-sœur. Après son certificat d'études, Hans explique fuir cet environnement douloureux par son engagement dans la légion étrangère. Il y sert de ses 18 ans jusqu'à la fin des années 90, posant le képi blanc avec le grade de lieutenant. Il indique avoir pratiquement toujours vécu en casernement, tout en faisant état de plusieurs années de relation avec une compagne : il a progressivement perdu tout contact avec leurs trois enfants. Bien difficile pour lui de retracer chronologiquement son parcours professionnel, les périodes s'y télescopent. Hans a été amené à participer à de nombreuses missions sur des théâtres d'opérations à l'étranger, où il a été confronté à des situations difficiles qui l'ont profondément marqué. Il rapporte avoir été témoin d'exécutions sommaires, de fosses communes, de la misère économique dans laquelle vivent certaines populations... *« Je m'en suis voulu... Ça puait la mort... On a brûlé nos vêtements... J'arrive plus à vivre comme ça... Mon cerveau est tordu comme du fil de fer serré... Et quand les lumières s'éteignent les horreurs reviennent en rampant... Le sol est parsemé de paquets de chairs mortes et d'os... Ces êtres humains qu'on enterrait en masse, pêle-mêle, sans sépulture décente... J'ai vu la mort, je me suis vu mort, je suis mort... »* confie-t-il.

S'il n'a jamais été physiquement atteint, Hans précise avoir participé à des combats ayant entraîné des victimes. Il relate l'exposition à des situations périlleuses, sans avoir jamais risqué directement sa vie, bien qu'il témoigne, dans la phrase suivante, d'un épisode contraire. Lors d'un affrontement avec un groupe armé, Hans se trouve, face à face, avec deux « *enfants soldats* », selon ses mots, lesquels auraient maladroitement tenté de le mettre en joue. Son appréciation de la menace, réelle, fluctuante de seconde en seconde, s'avère alors complexe... Plus aguerri dans le maniement des armes, il fait feu et les touche en premier ; il ne parlera jamais de cet événement... jusqu'à l'expertise.

4. Discussion

4.1 Discussion séméiologique

La clinique du traumatisme psychique était encore, il y peu, essentiellement connue des médecins militaires. Du fait de l'évolution sociétale, l'intérêt pour la psychotraumatologie s'est généralisé avec l'essor de concepts psychopathologiques, neurobiologiques et aussi, sociologiques. Toutefois, à cause de la présentation des troubles psychiques post-traumatiques, le sous-diagnostic et les diagnostics tardifs, au stade des souffrances intenses, restent nombreux. Ces errements s'avèrent conséquents à la diversité des événements potentiellement psychotraumatiques (catastrophes naturelles, agressions, accidents de la voie publique, accidents du travail, *etc.*) et à l'évolutivité complexe des troubles dans le temps, comme d'un sujet à l'autre (traumatisme > phase de latence > trouble psychique post-traumatique > fluctuation de symptômes chroniques)[4]. Aussi, les reviviscences et les autres signes cardinaux du trouble de stress post-traumatique (hyperactivation neurovégétative, stratégies d'évitement, dissociation) peuvent intégrer de multiples expressions cliniques ne correspondant pas uniquement à des comorbidités ou à des complications mais qui constituent d'authentiques formes cliniques post-traumatiques (expressions thymiques et anxieuses, deuils, mésusages de substances psychoactives, modifications de la personnalité, atteintes somatoformes et psychosomatiques, désadaptation sociale avec mise en péril de la quiétude du foyer et problématiques d'inscription professionnelle, *etc.*)[4]. Ces difficultés apparaissent le plus souvent muettes concernant leurs origines psychotraumatiques. La structuration du trouble à trois temps, via la fameuse phase de latence dont on ne dit quasiment rien ni dans la littérature ni dans les traités de psychiatrie, si ce n'est qu'elle dure de quelques heures à quelques

décennies avant de s'arrêter sous le coup d'un « facteur déclenchant » (ou redéclenchant plutôt) rappelant les reviviscences, complique souvent la description de l'anamnèse, toujours cachée par l'indicibilité symptôme. La difficile propension des sujets blessés psychiques à identifier et verbaliser les émotions, doublée d'une relative anesthésie phantasmatique, perturbent encore la démarche clinique. Comment donc faire le diagnostic de trauma ? Le discours du sujet garde en lui des traces aux plans lexicaux, syntaxiques, sémantiques et pragmatiques [20,21].

Marquée de réductions quantitatives et qualitatives avec ses dimensions anomiques, répétitives et désorganisées, la discontinuité de la parole du sujet blessé psychique se manifeste selon un gradient témoignant d'une dissociation automatico-volontaire : plus la pensée se rapproche de la scène traumatique et/ou de ses conséquences, plus les difficultés d'expression se majorent. Inversement, plus les cognitions et perceptions du sujet s'éloignent du trauma, plus ses capacités d'expression verbale redeviennent préservées. La connaissance de ces symptômes psycholinguistiques aidera le praticien à mener son entretien.

4.2 Discussion psychologique

Une situation paradigmatique fréquemment rencontrée en pratique expertale appelle un patient ayant souffert de négligences pendant son enfance, et qui développe des mécanismes de défense psychique utilisant notablement le déni et la projection au détriment d'une maturation des capacités d'élaboration et de symbolisation. Ainsi, Hans apparaît d'abord un enfant malaimé et maltraité. Ses choix de vie s'organisent à partir de certaines carences. Fuyant le milieu familial, il s'intègre sans difficulté dans le cadre militaire. Les motivations à son engagement, à savoir se désengager de la violence subie tout en se soumettant à la contrainte d'une hiérarchie contenante, vont se confronter, du fait des aléas d'une mission, à l'inverse de ce qu'il était venu consciemment y chercher. Les faits pour lesquels Hans est invité à l'expertise n'ont pas eu d'impact traumatique au sens de la blessure psychique, mais apparaissent comme le

déclencheur d'un état de stress post-traumatique, latent pendant plusieurs décennies, puis rappelé par une confrontation similaire. Dans l'acte un, ce sont les insurgés qui se rapprochent de lui ; dans l'acte deux, c'est lui qui va au contact des cambrioleurs. N'aurait-il point pu alors les laisser filer, par évitement ou par mansuétude ? Pour ce second événement, le fait qu'il n'y ait eu aucune réponse judiciaire à visée des deux jeunes voleurs, semble avoir entretenu une confusion agresseur/victime alimentant le malaise ancien de Hans. Le sujet se pose sempiternellement la question de savoir s'il était nécessaire de tirer pour protéger sa vie où, s'il s'est fourvoyé, dans une situation de toute puissance, ce geste faisant de lui un potentiel bourreau, dans une répétition qui l'envahit. Restant vives, ses interrogations et sa culpabilité apparaissent à l'origine de ses actions ultérieures de défenseur des opprimés et déshérités, comme autant de tentatives de réparation mais qui, encore, pèsent selon un balancier vacillant entre justicier et justiciable. Hans rapporte avoir été roué de coups par trois individus alors qu'il portait secours à une femme en détresse, et encore avoir été légèrement blessé par arme blanche en protégeant une autre victime dont il a durement frappé les agresseurs. Certains de ces événements restent encore très actuels, sous forme d'images répétitives : *« Ça s'emmagine dans ma tête... Je la revois comme si c'était maintenant... »*. Il souffre d'un télescopage, et parfois même d'une association des reviviscences, séquentiellement ou conjointement au sein d'une « même » intrusion. Ainsi, certains patients blessés psychiques sont davantage à risque d'une réexposition à des situations potentiellement traumatogènes, symptôme de répétition en soi, sur fond de traits de personnalité labiles, mais non forcément pathologiques. Les passages à l'acte hétéro-agressifs peuvent, l'intensité des troubles s'aggravant dans le temps, se muer en équivalents suicidaires, ultimes reconfrontations à la mort.

4.3 Discussion psycho-légale

Intrinsèquement, la clinique du trauma perturbe l'analyse psycho-légale, autant que de multiples confrontations potentiellement traumatiques et autres facteurs majeurs de stress émaillent le parcours de vie. La situation clinique de Hans pose ainsi une difficile question psycho-légale : doit-on imputer un trouble post-traumatique à l'événement l'ayant initialement favorisé, ou bien, au fait l'ayant causé ensuite, ou finalement, après la phase de latence, aux éléments ayant rappelé les reviviscences ?

Rappelons qu'un état antérieur constitue une pathologie qui préexistait avant le fait générateur traumatique. Une maladie patente constitue un état antérieur, à la différence d'une atteinte latente, c'est-à-dire silencieuse. Une vulnérabilité psychique peut assombrir un pronostic sans en être nullement le processus générateur, et donc sans constituer un état antérieur. Une prédisposition pathologique, d'ailleurs souvent simplement supposée, ne correspond pas à un état antérieur mais à une potentialité résultant d'un état physiologique normal. Il ne faut donc pas confondre « histoire » antérieure et « état » antérieur, ou encore réduire « facteurs » psychologiques et « trouble » psychologique. L'existence d'un état antérieur doit être documentée en recueillant des comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, des certificats, des ordonnances et plus généralement des éléments justifiant de toute consommation de soins et de biens médicaux. Des traits de personnalité suspectés comme divergents de la normale mais qui n'ont jamais fait l'objet de consultation ou de prescription tout en permettant une intégration sociale correcte, ne constituent pas un état antérieur qui, rappelons-le, correspond à une pathologie certaine. Un trouble considéré comme déclenché ou révélé par un fait générateur lui reste entièrement imputable. En revanche, si une pathologie connue est aggravée par un fait générateur, même transitoirement, seule cette part d'aggravation peut lui être imputable (en fonction du cadre juridique toutefois). En cas d'accélération par le trauma d'une évolution antérieure inéluctable, seule l'anticipation du dommage est imputable. Si un état antérieur était resté silencieux sans trauma, alors on devrait imputer les troubles au fait

générateur mais, dans la réalité, en fonction des intérêts des éventuelles parties, un point de vue différent est parfois invoqué : sans l'état antérieur le fait traumatique aurait-il eu autant de conséquences ? Dans son raisonnement, l'expert peut se demander quelle aurait été l'évolution d'un trouble antérieur en l'absence du fait générateur et quels auraient pu être les symptômes post-traumatiques en l'absence de l'état antérieur. Pour les situations complexes, le raisonnement de l'expert peut se baser sur la question suivante : peut-on affirmer de manière certaine qu'en l'absence du fait générateur, les symptômes observés dans ses suites seraient apparus de manière certaine ? En d'autres termes, peut-on dire avec certitude qu'en l'absence du fait générateur invoqué, le symptôme aujourd'hui constaté serait nécessairement apparu ? Si la réponse apportée est négative, le symptôme est considéré imputable au fait générateur.

Dans le cas d'expositions à des traumatismes multiples au cours de la biographie, le clinicien doit bien percevoir lesquels sont directement l'objet de sa mission d'expertise. Dans le cas de Hans, les troubles actuels sont-ils le fait de son enfance maltraitée, de sa carrière militaire, ou d'avoir été bousculé par des cambrioleurs 20 ans plus tard ? Ces moments de vie ne sont-ils pas tous constitutifs de trauma à des degrés divers ? Un écrit l'histoire, l'autre fait l'acte, le troisième la raconte ? Quelle serait alors leur part relative ? Des troubles psychotraumatiques résultant de traumatismes anciens peuvent avoir constitué un état antérieur à d'autres expositions subséquentes, notamment lorsque des conduites de répétitions sont présentes. D'autre part, un événement stressant ou traumatisant peut réactiver ou déclencher des troubles post-traumatiques considérés auparavant « guéris ». Compliquant l'analyse, les symptômes subséquents à plusieurs traumas successifs peuvent s'associer cliniquement, notamment au cours d'une même reviviscence remaniée, comme dans le cas de Hans. Pourrait-on alors incriminer le facteur déclenchant comme cause de l'état psychique constitué du syndrome de répétition traumatique réactivé ? En l'absence de ce facteur gâchette, peut-être que le sujet serait resté en phase de latence jusqu'à la fin de ses jours... Sur le plan théorique cette hypothèse

semble peu probable eu égard aux constatations réalisées chez la personne âgée où les reviviscences ressurgissent, du fait des remaniements mnésiques et du rapprochement de l'inéluctable [22]. Mais concrètement, rien ne permettra à l'expert de supposer l'évolution de la santé psychique si ce facteur déclenchant ne s'était jamais présenté.

Enfin, les conséquences médicales et psychologiques de l'événement traumatique, même tardives, lui sont imputables. Mais doit-on considérer imputable une cirrhose éthylique causée par un alcoolisme secondaire à un trouble de stress post-traumatique ? Doit-on considérer la présence d'une cicatrice résultant d'une tentative d'autolyse actée lors d'une dépression post-traumatique ? Doit-on considérer des troubles psychotiques induits par des substances psychoactives consommées à visée sédatrice dans les suites du fait générateur ? De telles situations sont complexes et l'expert argumentera au cas par cas sa compréhension de la chronologie des troubles et son analyse de la relation de signification des symptômes au fait générateur, toujours en fonction du cadre juridique. Alors qu'en droit commun nul ne pourrait être indemnisé doublement pour le même dommage, plusieurs axes de réparation du dommage peuvent souvent être articulés [23]. Si la jurisprudence tend vers une harmonisation des principes de la réparation des préjudices, cet exercice peut devenir complexe en pratique car la définition des concepts médico-légaux de même que les barèmes idoines ne sont pas strictement superposables d'un cadre indemnitaire à un autre [24]. Notons ici les avancées de la jurisprudence concernant le passage de la réparation forfaitaire à la réparation intégrale du dommage, sous conditions, au profit des salariés, des fonctionnaires et des militaires. Existente des voies d'indemnisations spécifiques concernant le droit assurantiel et la prise en charge du handicap. Aussi, dans le cas de Hans, il conviendrait d'inviter à ouvrir un dossier de pension militaire d'invalidité.

5. Conclusions

L'expertise est un moment capital pour le sujet blessé psychique. Si la personne considérée attend parfois de l'expert des conseils thérapeutiques, nul ne peut être médecin-expert et médecin-traitant du même consultant (sauf en milieu militaire, dans un contexte d'urgence ou de réquisition judiciaire). Toutefois, pour reprendre les termes du décret de 1992 applicable aux personnes victimes de guerres et d'attentats : « l'expert accomplit une tâche qui comporte indirectement une dimension thérapeutique » [25]. L'attitude du praticien est bienveillante, aussi proche possible de celle de la relation de soins : en dépend la validité de l'évaluation clinique. N'oublions pas que, comme Hans, certaines personnes blessées psychiques se confient pour la première fois. Mésestimer l'impact subjectif d'un trauma pourrait ici conduire à ce que Claude Barrois nomme le « traumatisme second » [26]. Si les conséquences sur le symptôme restent imprévisibles, une expertise bien menée, quelles que soient ses conclusions, amène un soulagement. La mise en mot de l'événement, l'affirmation d'une date de consolidation et la reconnaissance des séquelles imputables permettent le plus souvent une nouvelle projection du sujet vers l'avenir.

Conflits d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt. Les idées exprimées dans ce travail ne sont que celles des auteurs et ne devront en aucun être considérées celles d'une quelconque institution.

Références :

- [1] Auxéméry Y. De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ? *Ann Med Psychol* 2012 ; 170(5) :318-23.
- [2] Senninger JL, Laxenaire M. Etat de stress post-traumatique chez les malades mentaux criminels. *Ann Med Psychol* 1995 ; 9 : 618-21.
- [3] Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *Encephale* 2011 ; 37(6) :433-8.
- [4] Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *The European Journal of Trauma and Dissociation* 2019 [epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>.
- [5] Young A. L'auto-victimisation de l'agresseur : un éphémère paradigme de maladie mentale. Trad. R. Rechtman. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 (4) : 651-75.
- [6] American Psychiatric Association iagnostic and statistical manual of mental disorders (First edition). Washington (D.C.) American Psychiatric Association Press; 1952..
- [7] Stengel E. Classification of mental disorders. *Bull World Health Organ* 1959;21:601–63.
- [8] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Second edition). Washington (D.C.) American Psychiatric Association Press ;1968 .
- [9] Fassin D, Rechtman R. La fin du soupçon. In : *L'empire du traumatisme*. Paris : Flammarion, 2016. p. XXX.
- [10] Rechtman R. Remarques sur le destin de la psychanalyse dans les usages sociaux du traumatisme. *Rev Franç Psychosom* 2006 ; 28 : 27-38.
- [11] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition revised (Third edition). Washington (D.C.) American Psychiatric Association Press; 1980.

- [12] Rechtman R. Être victime : généalogie d'une condition clinique. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 (4): 775-95.
- [13] Ribeton M, Auxéméry Y. « Reconnaissance » et « réparation » des troubles psychiques de guerre : le point de vue des patients. Partie 2 : analyse de contenu du discours de quinze militaires blessés psychiques de guerre. *Ann Med Psychol* 2018 ; 176 (1) : 28-33.
- [14] Young A. The harmony of illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton University Press, 1995.
- [15] Spitzer C, Dudeck M, Liss H, et al. Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry* 2001 ; 12(1) : 163-77.
- [16] Goff A, Rose E, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison population? A systematic literature review. *Criminal Behavior and Mental Health* 2007 ; 17 : 152- 62.
- [17] Combaluzier S. D'une dimension assez peu étudiée dans les tableaux cliniques des auteurs de violence : réflexion sur l'impact des difficultés post-traumatiques afférentes aux actes posés. *Evol Psychiatr* 2009 ; 74 : 537-47.
- [18] Donley S, Habib L, Jovanovic T, et al. Civilian PTSD symptoms and risk for involvement in the criminal justice system. *J Am Acad Psychiatry Law* 2012 ; 40(4) : 522-9.
- [19] Chaufer A. Prévalence du psychotraumatisme en milieu carcéral. *Int J of Victimology* 2016 ;13(1) : 1-9.
- [20] Huon P, Rebourg Roesler C. Psychopathologie de l'énonciation dans le champ de la clinique de l'agir : la notion de subjectivité sans sujet. *Evol Psychiatr* 2017 ; 82 : 255-71.
- [21] Auxéméry Y. De la séméiologie psychiatrique à la psycholinguistique : définition d'un nouveau modèle de la clinique post-traumatique. *Evol Psychiatr* 2019 ; 84 : 631-43
- [22] Auxéméry Y. Le vieillissement traumatique. *Ann Med Psychol* 2014 ; 172 (7): 519-23.
- [23] Auxéméry Y. I - Les points clés de l'expertise médico-psychologique d'évaluation du dommage en psycho-traumatologie. *Ann Med Psychol* 2017 ; 175(4) : 386-92.

[24] Auxéméry Y. VI - Les voies de passage entre les différents systèmes d'indemnisation de réparation du dommage psychique : vers une harmonisation ? *Ann Med Psychol* 2017, à paraître, doi:10.1016/j.amp.2017.09.010.

[25] République Française. Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre. Journal Officiel de la République Française, 12 Janvier 1992, p 661. NOR: ACVP9120015D. Décret repris dans le nouveau code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre de 2016 (Annexe 2, 14).

[26] Barrois C. Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. *Ann Med Psychol* 1998 ; 156 : 487-92.