

## Quelques remarques sur l'expertise des victimes de traumatismes psychiques

**Louis CROCQ**

**Psychiatre des armées, Professeur honoraire à l'Université René Descartes,  
Expert honoraire à la Cour d'appel de Paris, Expert « stress » à l'ONU (Critical Incident  
Stress Management Unit)**

Notre monde de violence produit des « *victimes de traumatismes psychiques* » (Crocq, 1994), qui ont vécu dans l'immédiat les affres de la frayeur, de l'horreur et du sentiment aigu de l'imminence de leur mort et dont le psychisme demeure ensuite profondément bouleversé par cette expérience. L'évaluation de la souffrance et de l'invalidité de ces victimes de « traumatismes psychiques » incombe à l'expert psychiatre.

### **I) Tableaux cliniques à expertiser.**

#### ***Considérations préalables***

Actuellement – l'hégémonie de la langue y aidant – le tableau clinique psycho-traumatique séquellaire est dénommé « **Trouble stress post-traumatique** » (traduction française de *Posttraumatic Stress Disorder* ou *PTSD*), par emprunt à la nosographie américaine DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*), qui en a édicté les critères diagnostiques dans la cinquième version du manuel en 2013 (DSM-5). Ce diagnostic correspond à l'ancienne entité « **Névrose traumatique** » identifiée par Hermann Oppenheim en 1888 au sujet des accidents de chemin de fer ; et, d'une manière générale au vocable « **Syndrome psycho-traumatique différé-chronique** » utilisé par beaucoup de cliniciens européens pour désigner ces états, qu'ils soient ou non structurés en névrose. Cette équivalence suscite quelques réflexions : primo, le diagnostic de **Trouble stress post-traumatique** exige la com-présence de plusieurs critères de différentes catégories, et il peut arriver que l'on ait à expertise un tableau clinique infra-critères qui n'ait pas droit à l'appellation Trouble stress post-traumatique, mais qui correspond à l'entité plus générale Syndrome psycho-traumatique et génère une souffrance psychique réelle ; secundo, l'entité Trouble stress post-traumatique du DSM n'inclut pas dans ses critères les symptômes non spécifiques de la névrose traumatique, qu'elle considère comme « pathologie associée ». L'expert devra donc inventorier cette pathologie associée et en discuter l'imputation causale ; prenons comme exemples les rituels de protection obsessionnels apparus au lendemain d'une agression et persistant ensuite, et certaines affections psychosomatiques (telles qu'ulcère gastrique et eczéma) apparues après un trauma psychique et évoluant par poussées chaque fois qu'un stimulus évocateur du trauma se manifeste.

En général, le Tribunal missionne un expert psychiatre pour évaluer les préjudices et le taux d'invalidité permanente partielle (IPP) d'un trouble de stress post-traumatique séquellaire, stable (on dit « consolidé »). On ne le missionne presque jamais pour effectuer cette évaluation lors de la phase immédiate (des premières vingt-quatre heures), ni même de la période post-immédiate (du deuxième au trentième jour). Et, dans ce dernier cas, il ne peut établir qu'un constat provisoire, en formulant des réserves quant à l'évolution. Mais, même si

c'est la période différée-chronique qui l'intéresse, il doit aussi connaître la période immédiate, pour déterminer si le patient a vécu l'événement sur le mode du trauma, et la période post-immédiate (pour repérer l'éclosion des différents symptômes et leur devenir, et pour évaluer une éventuelle incapacité totale temporaire (ITT) initiale ou une éventuelle incapacité temporaire partielle (ITP).

### **A) LA PERIODE IMMEDIATE (PREMIERES VINGT-QUATRE HEURES)**

À un moment ou l'autre de son entretien clinique avec la victime, l'expert devra explorer - rétrospectivement - le vécu immédiat de l'événement : « *comment avez-vous vécu l'événement, qu'avez-vous ressenti alors ?* » Il importe en effet de déterminer si la victime a réagi par un stress adapté, ou au contraire par un stress dépassé, traumatique, et à quelle intensité.

Le stress est « *la réaction immédiate d'alarme, de mobilisation et de défense face à une agression ou une menace* » (Crocq, 1999). C'est une réaction réflexe, bio-neuro-physiologique, qui ne dépend pas de la volonté, bien que le sujet soit conscient de ses effets physiologiques (accélération des rythmes cardiaque et respiratoire en particulier). Toutefois, il donne lieu à une mobilisation psychologique consciente, qui se traduit par une élévation du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention sur la situation de menace ou d'agression, une exacerbation des capacités de jugement, de raisonnement et d'élaboration décisionnelle, et une incitation à exécuter la réponse choisie. Il donne lieu aussi à contrôle – au moins partiel - de la peur et des perturbations émotionnelles qui y sont liées. Le stress est utile, adaptatif, mais il est accompagné de perturbations neurovégétatives gênantes (pâleur, tachycardie, hypertension, sensation de striction laryngée et thoracique, spasmes viscéraux) et il est dépensier en énergie physique et psychique. Quand la réaction de stress est terminée (au bout de quelques heures et, en tout état de cause en moins de vingt-quatre heures), le sujet se sent à la fois soulagé et épuisé.

Mais, si le stress est trop intense, trop prolongé ou répété à de courts intervalles, il déborde les capacités de réponse adaptative et se mue en **stress dépassé**, inadapté. Il existe quatre modalités de stress dépassé : *la sidération stuporeuse, l'agitation psychomotrice incohérente, la fuite panique éperdue et l'action automatique* avec répétition de gestes inutiles ou exécution d'actes pseudo-adaptatifs dont le sujet ne gardera pas le souvenir. Le stress dépassé est vécu avec des symptômes qui témoignent de l'existence du phénomène de traumatisme psychique ou « **trauma** ». Ces symptômes sont considérés comme traduisant la « *dissociation péritraumatique* » de la conscience (Marmar, 1997) ; en fait, on devrait dire « *per-traumatique* » car ces symptômes ne sont pas « autour » du trauma mais en plein dedans. Ces symptômes sont, principalement : la surprise, la frayeur, la terreur, l'horreur, la sidération cognitive (perte de l'orientation dans le temps et l'espace, impression de temps accéléré ou ralenti, arrêt de la pensée, de type « trou noir »), l'orage neurovégétatif (avec sueur, pâleur, lipothymie, tachycardie, striction laryngée et thoracique, blocage respiratoire, nausées, spasmes intestinaux ou vésicaux), les troubles de l'élocution (bégaiement, cri ou mutisme), l'inhibition de la volonté, les troubles moteurs (sidération motrice, ralentissement des gestes, ou au contraire décharge motrice incohérente ou fuite éperdue), l'impression d'un monde lointain, irréel ou non reconnu, l'impression de vivre un rêve ou un cauchemar, l'impression de flotter ou même l'impression d'être dédoublé, de marcher à côté de soi. Cet état altéré de

conscience, avec ses symptômes, peut avoir été très bref, avec reprise rapide de la lucidité ; mais il peut aussi avoir perduré plusieurs heures et laissé un état résiduel de déréalisation, dépersonnalisation et perplexité perdurant une dizaine d'heures. Pour simplifier, les nosographies courantes (ICD-10 par exemple) assignent une durée maximale de vingt-quatre heures à la réaction immédiate, prolongée ou renouvelée si l'agent traumatisant est lui-même prolongé ou répété. L'expert devra donc explorer avec minutie, rétrospectivement, le vécu du patient lors de l'événement, pour déterminer si le patient a vécu l'événement sur le mode du trauma ou sur le mode du stress adaptatif.

Le DSM-5 ne propose aucune entité diagnostique pour décrire cette pathologie traumatique des vingt-quatre premières heures, et c'est une lacune regrettable. Il ne prend en compte cette pathologie que si elle persiste plus de quarante-huit heures, et il l'inclut alors dans le diagnostic « **Trouble stress aigu** » (*Acute stress disorder*), avec comme critères de durée : trois jours à un mois après l'exposition au traumatisme.

## **B) LA PERIODE POST-IMMEDIATE (DU DEUXIEME AU TRENTIEME JOUR)**

La période post-immédiate (Crocq, 1999, 2003, 2012) s'étend en principe du 2<sup>ème</sup> au 30<sup>ème</sup> jour, mais il existe des variantes de durée, de quelques jours à plus d'un mois. La période post-immédiate requiert une surveillance psychologique attentive et soutenue. En effet, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien les symptômes (neurovégétatifs et de déréalisation) de la période immédiate s'éteignent progressivement et le sujet, qui n'est plus obnubilé par le souvenir de l'événement, commence à reprendre ses occupations ; ou bien ces symptômes persistent, tandis que le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement et se montre incapable de reprendre ses occupations. En outre il commence à souffrir de nouveaux symptômes, psycho-traumatiques, tels que reviviscences, troubles du sommeil et anxiété phobique, augurant de l'installation d'une pathologie psycho-traumatique durable. Par ailleurs, il arrive que certaines victimes, qui dans l'immédiat ne ressentaient aucune souffrance dans l'euphorie de s'en être tirées « quittes pour la peur », commencent à présenter au bout de quelques jours des signes d'une pathologie psycho-traumatique.

La variété morbide de la phase post-immédiate était bien connue des auteurs anciens (Janet, 1889 ; Charcot, 1890), qui la dénommaient par les vocables imagés de *période de préparation, d'incubation, de méditation, de contemplation ou de ruminantion*, et qui l'incluaient dans la névrose traumatique dont elle constituait à leurs yeux la phase préalable silencieuse, marquée par le travail torpide de « *l'émotion retardante* » (Janet, 1889). Comme sa symptomatologie est en partie différente de celle de la névrose traumatique, on préfère aujourd'hui la différencier de cette affection et lui accorder un statut nosologique à part.

Cette symptomatologie a longtemps été considérée comme latente, c'est-à-dire non extériorisée, cliniquement silencieuse. Il s'agissait toutefois le plus souvent de sujets qui demeuraient isolés, repliés sur eux-mêmes, peu expansifs, voire mutiques. Une observation attentive pouvait déceler leur mimique préoccupée, leur expression perplexe, leur regard vide et leur propension à demeurer figés. Une variante clinique du temps de latence est la forme « euphorique-agitée ». Le sujet, rescapé d'une catastrophe ou d'un accident, se sent euphorique pour s'en être sorti « quitte pour la peur », ce qui pourrait paraître normal. Mais il manifeste cette euphorie de façon exubérante, logorrhéique, recherchant la compagnie des

autres pour leur raconter son histoire, ne tenant pas en place, ne pouvant maintenir son attention sur une occupation. Cette euphorie de mauvais aloi est suspecte : elle cache la fixation du sujet à son trauma, malgré ses efforts superficiels et désordonnés pour s'en dégager ; et elle conduit inmanquablement à l'installation d'une névrose traumatique.

Les critères diagnostiques du Trouble stress aigu (DSM-5) sont : des symptômes de reviviscence intrusive de l'événement, des réactions de détresse aux stimuli évocateurs, l'incapacité à éprouver des sentiments positifs, des symptômes dissociatifs, l'amnésie élective de certains aspects de l'événement, des symptômes d'évitement et des symptômes d'hypervigilance.

### **C) LA PERIODE DIFFEREE-CHRONIQUE (AU-DELA DE TRENTE JOURS)**

La période différée-chronique démarre en principe après le trentième jour. Mais elle peut débuter avant, si la période de latence s'est avérée plus courte, ou longtemps après, si des circonstances particulières (poursuite des combats, longue période d'hospitalisation maternante empêchant le retour de l'autonomie du sujet) ont rallongé cette latence.

Le tableau clinique le plus typique de cette période différée-chronique est celui de la **névrose traumatique** (Oppenheim, 1888 ; Fenichel, 1945 ; Crocq, 1974, 1999, 2003 ; Barrois, 1988). C'est l'Allemand Herman Oppenheim qui créa en 1888 le diagnostic de « névrose traumatique » pour désigner les états psychiques morbides consécutifs aux accidents de chemin de fer : reviviscences de l'accident, troubles du sommeil et cauchemars, sursauts au bruit, phobie du chemin de fer (la *sidérodromophobie*), et labilité émotionnelle. Il imputait ce trouble à l'effroi (*schreck*) qui provoquerait ces altérations psychiques durables. Durant les deux guerres mondiales, les neuropsychiatres aux armées observèrent beaucoup de **névroses de guerre**, variétés guerre de la névrose traumatique, consécutives aux frayeurs et émotions éprouvées au combat. Il convenait de les distinguer du **shell shock**, syndrome commotionnel dû au souffle de l'explosion. Le **trouble stress post-traumatique** de la nosographie américaine DSM-5 et de la CIM-10 correspond à peu près à la névrose traumatique, avec cette différence que les symptômes non spécifiques y sont considérés comme pathologie « associée ». En gros, la névrose traumatique regroupe trois catégories de symptômes : 1/ les symptômes de répétition ou reviviscence, 2/ les symptômes non spécifiques, et 3/ l'altération de la personnalité.

Les symptômes de reviviscence comprennent les hallucinations, les illusions, les souvenirs forcés, les ruminations mentales, les vécus et agir comme si l'événement allait se reproduire et le cauchemar de répétition ; tous ces symptômes étant accompagnés de détresse et d'orage neurovégétatif ; et tous pouvant survenir soit spontanément, soit déclenchés par un stimulus évocateur, soit enfin à la faveur d'un fléchissement du niveau de conscience (pré-endormissement par exemple). Pierre Janet (1919) insistait sur le caractère intrusif et tenace des symptômes de reviviscence (« *Quand un homme tourmenté par quelque triste souvenir cherche à l'oublier en partant au loin, le chagrin monte en croupe et voyage avec lui* »).

Les symptômes non spécifiques – apparus après l'exposition traumatique et ainsi nommés car on les constate aussi dans le plupart des affections mentales - comprennent : 1/ l'asthénie (triple asthénie, physique, psychique et sexuelle), 2/ l'anxiété (accès anxieux psychique et

somatique et état anxieux intercritique), 3/ les superstructures psychonévrotiques (hystériques, phobiques et obsessionnelles) telles que conversions, phobies liées à l'événement et rituels protecteurs liés au trauma, 4/ les plaintes somatiques et les troubles psychosomatiques (tels que psoriasis, asthme, hypertension et ulcère gastrique) et 5/ les troubles des conduites, dont l'anorexie et la boulimie, les conduites alcooliques et toxicomaniaques, les conduites suicidaires et les conduites agressives.

L'altération de la personnalité consécutive au trauma résulte d'un triple blocage des fonctions du moi (Fenichel, 1945) :

- *blocage de la fonction de filtration*, le sujet n'étant plus capable de filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas, d'où son attitude d'alerte permanente, son hypervigilance, ses sursauts et sa résistance à l'endormissement ;
- *blocage de la fonction de présence*, le sujet se sentant détaché du monde, d'où son impression d'un monde lointain ou déréel, sa perte de motivation pour les activités jadis motivantes et son impression d'avenir bouché ;
- *blocage de la fonction de relation équilibrée à autrui*, le sujet étant devenu dépendant, quêtant l'affection, récriminateur insatisfait, mais incapable d'aimer les autres, de les comprendre et de se faire comprendre (comme enfermé dans une « *membrane invisible* » ; Shatan, 1974).

En fait, marqué par l'impact du trauma, le sujet a désormais « *une autre manière de percevoir le monde, de le comprendre, d'y aimer, d'y vouloir et d'y agir* » (Crocq, 1999). Lui-même se sent changé, et les autres le trouvent changé. Le trauma a profondément bouleversé sa personnalité ; Simmel (1918) parlait de changement d'âme et Shatan (1974) de transfiguration de la personnalité.

L'évolution de ces états cliniques de la phase différée-chronique - TSPT ou névrose traumatique - est variable selon les cas et l'effet de la thérapeutique. Certains cas, peu sévères, disparaissent spontanément et progressivement en quelques mois. Pour eux, on a invoqué l'effet de la « résilience » ou capacité de l'individu à rebondir et à se dégager de l'emprise de son trauma, en puisant dans ses propres ressources ou en se faisant aider par son entourage familial et social. D'autres cas s'avèrent plus durables, voire chroniques. Certains cas sévères, non traités, peuvent persister tels quels pendant la vie entière. Certains cas, traités ou non, voient leurs symptômes de répétition s'estomper et s'espacer, mais s'enkystent dans leurs troubles caractériels (Crocq, 1974). L'évolution varie aussi au gré de l'exposition à des stimuli évocateurs du trauma (y compris les enquêtes, les expertises et le procès), voire de l'exposition à de nouveaux événements traumatisants (effet de réactivation, voire d'après-coup). A signaler enfin que le départ à la retraite, privant le patient de ses activités professionnelles dérivatives, occasionne souvent une aggravation ou une relance de la névrose traumatique, en particulier chez les anciens combattants (Crocq, 1997, 1999).

## **II) Les barèmes d'évaluation de l'invalidité**

### **A) LES ANCIENS BAREMES**

En France, dans les barèmes d'invalidité pour anciens combattants et victimes de guerre de l'époque des lendemains de guerre (1919-1945-1962), l'hystérie de guerre, stigmatisée, est

évaluée à 0% d'invalidité, et la névrose traumatique (au sens de psycho-traumatique) est ignorée. Seul est reconnu le « syndrome subjectif des traumatisés du crâne », commotionnel, avec lésion osseuse ou cérébrale, qui se voit gratifié d'un taux de 20 à 50%. S'il est a-lésionnel, donc purement subjectif, on lui concède 5 à 10% sous le vocable de « neurasthénie émotive ». Une exception, cependant, en faveur des déportés retour des camps de la seconde guerre mondiale: l'« asthénie des déportés », identifiée par Targowla (1948, 1954), qui comprend essentiellement une sémiologie d'asthénie ou d'épuisement physique et psycho-cognitif, mais qui peut comporter aussi un « syndrome d'hypermnésie émotionnelle », avec « revécus et cauchemars de traumas psychiques intenses », et qui se voit attribuer une fourchette de 30 à 50% (asthénie seule), voire 60 à 80% (s'il y a hypermnésie émotionnelle).

## **B) LES BAREMES OFFICIEUX POSTERIEURS A 1980**

La Société de médecine légale et de criminologie de France a publié en 1982 un barème indicatif proposant une fourchette de taux d'invalidité qui s'étend de 5 ou 10% pour une névrose traumatique « sans réelle gravité » à anxiété diffuse dominante, jusqu'à 35% pour une névrose post-traumatique sévère avec perte d'intérêt, hypocondrie et repli sur soi ; toutefois, on peut attribuer aux « formes majeures » un taux d'incapacité permanente plus élevé, allant jusqu'à 60%.

Le barème d'évaluation des incapacités psychiatriques de Melennec, Bornstein, Besançon, Dubouis-Bonnefond et Sichez (1988) recommande une fourchette de taux identiques (0 à 60%).

Le barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires de droit commun, publié dans le journal *Le Concours Médical* en 1993 (actualisation de l'édition de 1982), indique une fourchette de pourcentages similaire, c'est-à-dire de 5 à 35%, et jusqu'à 60% pour les formes majeures « avec état de régression affective et dépendance ».

## **C) REVISION A LA BAISSSE DU BAREME DE CONCOURS MEDICAL (2001)**

Mais une révision à la baisse de ce barème du *Concours Médical*, élaborée par des experts rémunérés par des compagnies d'assurance, sous le nom de barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition de 2001), réduit cette fourchette des taux : de 0 à 3% pour des manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles, tension psychique ; de 3 à 10% pour les manifestations anxieuses spécifiques avec conduites d'évitement et syndrome de répétition ; 10 à 15% pour l'anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, conduites d'évitement étendues, syndrome de répétition diurne et nocturne ; et, exceptionnellement, jusqu'à 20%.

Donc, de 1980 à 2000, un consensus existait entre les experts psychiatres pour une évaluation correcte du taux d'IPP, selon une fourchette assez large (de 0 à 60%). L'importante baisse du plafond de cette fourchette (ramenée de 60 à 20%), sans que la majorité des experts compétents et indépendants aient été consultés, a de quoi laisser le lecteur songeur. Pourquoi, par exemple, une victime atteinte d'une névrose traumatique assez sévère, évaluée à 30% d'IPP (au milieu de la fourchette) en 2000, devrait subir une réduction de ce taux lors

d'une évaluation effectuée l'année suivante, et ramenée à 10% (au milieu de la fourchette), alors que son état clinique est demeuré inchangé ? Nous confinons à l'absurde.

#### **D) LE DECRET DU 10 JANVIER 1990 (ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE), SEUL BAREME OFFICIEL EN FRANCE**

En France, la reconnaissance officielle des névroses de guerre par les autorités fut concrétisée par le décret du 10 janvier 1992 (Secrétariat d'État aux anciens combattants et victimes de guerre, J.O. du 12 janvier 1992), qui détermine les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre (anciens combattants et victimes civiles), et prescrit aussi l'attitude que doit adopter l'expert vis-à-vis du postulant à pension d'invalidité.

Les diagnostics de névrose traumatique et d'état de stress post-traumatique (nosographie américaine du DSM) y sont admis, regroupés sous le vocable plus général de « psychosyndrome traumatique », reconnu « comme une blessure ». En outre, une circulaire du 18 juillet 2000 le commente et formule certaines recommandations à l'intention de l'expert psychiatre. Les notions à connotation péjorative (pithiatisme, sinistrose) sont proscrites. L'expert doit se départir de toute attitude de suspicion a priori, se montrer neutre et bienveillant, et procéder à un examen d'au moins 45 minutes (qu'il ne doit pas hésiter à renouveler par un ou deux autres entretiens s'il l'estime nécessaire). Concernant l'imputation causale, étant donné l'absence éventuelle de documents d'origine se rapportant aux faits, le décret stipule que « *l'expertise médicale peut accéder au rang d'élément décisif de preuve, fondée sur la rigueur de l'argumentation* ». Enfin, il est recommandé à l'expert de se méfier de l'hypothèse facile d'un « état antérieur » : ou bien cet état n'existe pas, ou bien il existe mais n'a aucun rapport avec la névrose traumatique, ou bien enfin il existe en tant que vulnérabilité et n'a fait qu'assombrir le pronostic du syndrome psychotraumatique, sans l'expliquer d'aucune manière.

Six niveaux de troubles de fonctionnement décelables sont distingués, donnant lieu à six évaluations du taux d'invalidité, avec toute liberté d'attribuer des pourcentages intermédiaires :

- absence de trouble décelable : 0%
- troubles légers : 20%
- troubles modérés : 40%
- troubles intenses : 60%
- troubles très intenses : 80%
- déstructuration psychique totale avec perte de toute capacité existentielle, et nécessitant une assistance de la société : 100%.

#### **IV) La conduite de l'expertise**

##### **A) L'ATTITUDE DE L'EXPERT**

Nous recommandons que l'expert, missionné par le Tribunal, soit rigoureusement neutre et indépendant. Il ne doit entretenir aucune attitude de méfiance ni de suspicion à l'encontre du patient ; et il ne doit être aucunement lié aux intérêts des compagnies d'assurance. En d'autres termes, c'est mieux si l'expert, dès qu'il figure sur la liste officielle des experts du

Tribunal, s'abstienne désormais de pratiquer des expertises « privées », soit à la demande des compagnies d'assurances, soit à la demande du patient ou de ses avocats. Ainsi, il sera à l'abri autant des tentations que des suspicions, et il mettra sa compétence expertale uniquement au service de la justice.

Certains experts ignorent la pathologie psycho-traumatique ; il faut dire qu'elle n'a fait son apparition dans les manuels de psychiatrie français qu'à partir de 1977 (Lempérière et Féline) et n'a été exposée dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale qu'à partir de 1983 (Crocq, Sailhan, Barrois). D'autres en dénie passionnément l'existence (nous avons assisté plusieurs fois à de telles dénégations). Certains vont même jusqu'à remettre en cause les faits et la pathologie admis par le Tribunal. Dans notre expérience, nous avons constaté beaucoup de tels errements, qui traduisent un mépris systématique vis-à-vis de la victime. Or, les victimes, lorsqu'elles lisent le rapport les concernant, souffrent de cette incompréhension et désespèrent de la justice.

## **B) LA CONDUITE DE L'EXAMEN**

Dans les expertises somatiques, de chirurgie traumatique par exemple, il est classique de faire précéder l'examen clinique par l'audition des « doléances » du patient. En psychiatrie, la façon dont le patient fait part de ses doléances, son ton, son attitude, l'expression de son visage, ses abréactions éventuelles et l'organisation de son discours (apparemment, oublis) font déjà partie de l'examen clinique. De toute façon, l'expert psychiatre devra investiguer les trois périodes de la pathologie psycho-traumatique, et ne pas se contenter du bilan de la troisième. En effet, c'est en explorant la première qu'il pourra reconnaître si son patient a vécu l'événement sur le mode du trauma ; c'est en retraçant la deuxième qu'il suivra l'évolution de l'état psychique dans le ou les premiers mois, avec l'opportunité de reconnaître une période d'ITT (invalidité temporaire totale), puis d'ITP (invalidité temporaire partielle) plus graves que l'état stabilisé ; et c'est en suivant la troisième – au moins sur deux ans - qu'il sera en mesure d'apprécier l'évolution du syndrome et la gravité du tableau clinique séquellaire après « consolidation », c'est-à-dire fixer le taux d'IPP.

En établissant le bilan clinique de cet état séquellaire, l'expert ne devra pas se limiter aux classiques « doléances » du patient, car ce patient ne pense pas toujours à inventorier toute sa souffrance ; il devra, en complétant ces « doléances » par des questions judicieuses, passer la revue systématique de tout le tableau clinique du syndrome différencié-chronique. En particulier, on rencontre beaucoup de cas où des phobies spécifiques gênantes ne sont pas mentionnées par le patient, non plus que des affections psychosomatiques (avec lésion d'organe), telles qu'ulcère gastrique, asthme, hypertension, diabète, goitre ou eczéma, apparues au décours du trauma et évoluant par poussées au gré de ses relances, parce qu'il n'a pas lui-même établi cette relation causale et qu'il estime que cette pathologie relève de la médecine générale et non de la psychiatrie ; et il en est de même pour le tabagisme, l'alcoolisme ou l'appétence toxicomaniaque d'apparition dans les jours ou semaines suivant le trauma.

Le diagnostic de syndrome psycho-traumatique peut ne pas recouvrir toute la pathologie psychique consécutive à l'événement. Soit, par exemple, un sujet victime d'un accident de la circulation ayant impliqué un traumatisme crânien (au sens somatique du terme), mais aussi

un traumatisme psychique (maintien de la conscience lors du choc, avec expérience aiguë de surprise, de frayeur, d'horreur et vécu d'imminence de mort) et ayant entraîné un important délabrement facial ; cette victime peut développer trois pathologies psychiques séquellaires : primo, un syndrome post-commotionnel crânien, avec céphalées, vertiges, acouphènes et altération de l'efficacité cognitive ; secundo un syndrome psycho-traumatique, avec toute la sémiologie que nous avons mentionnée plus haut, et tertio un état dépressif, avec hypocondrie, lié au vécu de dépréciation de son image du corps par défiguration.

Par ailleurs, tel ou tel patient, à côté de son syndrome psycho-traumatique, peut très bien manifester d'autres symptômes traduisant une autre affection mentale : délire chronique ou psychonévrose. Dans la plupart de des cas, ces autres pathologies se sont manifestées bien avant la survenue de l'événement traumatisant, et ont fait l'objet d'observations et de soins psychiatriques. Voilà pourquoi, dans les investigations propres à son expertise, l'expert devra être attentif au relevé des antécédents psychiques du patient, et même aux anomalies de sa biographie. Pour apprécier tous ces éléments, l'expert disposera des déclarations du patient et de son entourage, et des documents médicaux (certificats, bulletins d'hospitalisation, ordonnances), tout en sachant que, dans les certificats médicaux délivrés par le médecin traitant et portant sur la période postérieure à l'événement traumatique, les termes de dépression, état anxieux et état asthénique peuvent très bien désigner en réalité un syndrome psycho-traumatique.

### **C) L'IMPUTATION CAUSALE ET LA QUESTION DE LA « PERSONNALITE ANTERIEURE »**

L'imputation causale d'un syndrome psycho-traumatique repose sur l'évidence. Il s'agit d'abord d'une évidence dans la séquence temporelle de l'apparition du syndrome : en l'absence de symptômes psycho-traumatiques manifestés avant l'événement, on relève l'existence de symptômes de dissociation per-traumatique lors de l'événement, puis – au terme d'un temps de latence variable – on voit apparaître des symptômes psycho-traumatiques. Il s'agit ensuite d'un lien de signification entre l'événement causal et le contenu de certains symptômes : par exemple des cauchemars qui répètent l'expérience traumatique, des phobies et des rituels obsessionnels protecteurs qui sont spécifiquement liées à cette expérience, et même des conversions hystériques « légitimes », portant sur l'organe ou la fonction menacée lors de l'événement.

Dans le cas où on a découvert l'existence d'une pathologie psychiatrique antérieure à l'événement, il convient de chercher si cette pathologie : 1/ n'a rien à voir avec le syndrome psycho-traumatique (et il existe donc deux pathologies psychiques indépendantes), 2/ a orienté (par prédisposition qualitative) le syndrome psycho-traumatique vers certains symptômes, anxieux ou phobiques par exemple, 3/ a constitué une vulnérabilité, un état de moindre résistance, à l'impact du trauma (prédisposition quantitative), et 4/ a déterminé entièrement ou presque entièrement le syndrome psycho-traumatique constaté actuellement. En gros, cela revient à chercher l'existence : a/ d'une « personnalité pathologique antérieure », prédisposante, b/ d'un traumatisme psychique antérieur, et responsable d'une névrose traumatique antérieure, manifeste ou « latente ». Cela revient, dans la discussion sur l'imputation causale, à s'interroger sur les deux concepts de personnalité antérieure et d'effet « après-coup ».

## La personnalité antérieure

La personnalité antérieure peut constituer une vulnérabilité spécifique, qualitative ; une « prédisposition » à étoffer le syndrome psycho-traumatique de tel ou tel symptôme psychonévrotique, inspiré par telle ou telle personnalité psychonévrotique : conversions hystériques et états seconds pour les personnalités hystériques (ou histrioniques), phobies et conduites contraphobiques pour les personnalités phobiques (ou évitantes), rituels obsessionnels vérificateurs de protection pour les personnalités obsessionnelles (ou compulsives, ou anankastiques). Dans tous ces cas, le tableau clinique de la névrose traumatique serait enrichi des symptômes propres à la psychonévrose antérieure. Fenichel (1945) parlait de « complications psychonévrotiques » pour désigner cette particularité, mais il ne s'agit pas de complications au sens temporel du terme, mais plutôt de « superstructures ». Les incidences médico-légales sont importantes car, dans ces cas, il faut déterminer ce qui revient à l'événement traumatique et ce qui revient à la personnalité antérieure prédisposante. Et, pour Fenichel, il existe toute une gamme de cas de figure, depuis celui où la cause traumatique détermine à elle seule le symptôme, jusqu'à celui où les dispositions psychonévrotiques acquises dans l'enfance l'emportent (par exemple un sujet phobique depuis l'enfance), avec des cas mixtes combinant les deux causalités en diverses proportions.

## Après-coup

Il arrive que l'on découvre dans le passé d'un patient récemment traumatisé l'existence d'un événement ancien « a priori » traumatogène, mais qui n'avait pas donné lieu jusqu'à présent à l'extériorisation d'une symptomatologie psycho-traumatique. Certains cliniciens affirment que le sujet développait à bas bruit une « névrose latente », qui n'attendait que la pichenette du deuxième événement pour s'affirmer au grand jour, et que c'est le premier événement qui est la cause principale, ayant exercé tardivement un effet « d'après coup ». Le cas Katharina, exposé par Freud (1895) en serait un exemple type : cette jeune fille qui, à l'âge de quatorze ans, avait repoussé sans comprendre son oncle ivre qui tentait d'entrer dans son lit, découvre quatre ans plus tard cet oncle en train de copuler avec sa cousine, et comprend alors – parce qu'elle a mûri – à la lumière de ce deuxième événement, le sens de séduction sexuelle du premier événement. Mais, quand on se réfère aux propres écrits explicatifs de Freud (1896), sa conception de l'après-coup est tout autre ; ce n'est pas du tout le conte de la Belle-au-Bois Dormant (critiqué par Crocq, 1985, 1999), où un événement premier serait doté dès sa survenue d'un potentiel traumatique latent, et conserverait pendant des années ce potentiel intact jusqu'au jour où un deuxième événement n'ayant qu'un rôle de rappel le ferait resurgir à la conscience devenue mûre et capable d'en percevoir le pouvoir traumatique ; c'est, au contraire, dit Freud, « *un remaniement après-coup, une réorganisation, une réinscription de traces mnésiques d'un psychisme qui se constitue par stratifications.* » L'après-coup ne livre donc pas l'événement passé tel qu'il avait alors été vécu, mais remodelé par un long travail de mémoire (Crocq, 2006). Au moment où un événement se termine, sa vérité n'est pas établie une fois pour toutes ; elle n'est que sursitaire.

En clinique du traumatisme, cela donne lieu à l'« *illusion rétrospective du vrai* », selon la formule de Bergson, qui avait coutume de dire que le vrai d'aujourd'hui nous semble avoir toujours été vrai. Si nous interrogeons un patient traumatisé sur son histoire de vie, il a

tendance, sous le coup de son état traumatique d'aujourd'hui, à ne sélectionner dans son passé que les événements ressemblant à cet événement traumatique, et, s'il évoque aussi d'autres événements, à les mettre en perspective avec cet événement traumatique, les dotant ainsi d'un sens nouveau. La mémoire historique choisit et colore (Crocq, 1965, 1985, 2007) ; elle rappelle au grand jour certains faits qu'elle valorise et aligne, tandis qu'elle en laisse d'autres dans l'ombre, comme des non-sens dérisoires. Et le patient, de toute bonne foi, nous livre cette version de son histoire de vie comme authentique, tandis que nous-même, si nous n'y prenons pas garde, allons avaliser cette version, tant il est vrai que l'illusion rétrospective est souvent partagée par le patient et son thérapeute.

L'évaluation du taux d'invalidité, ou du taux d'incapacité, doit correspondre à ce que la personne a perdu de ses capacités et de son autonomie. La fourchette de ces taux doit être très large car, si cette perte n'est que relative dans la plupart des cas, il existe d'autres cas où la perte d'autonomie est importante et où la victime traumatisée a subi un tel choc et un tel bouleversement qu'elle est devenue entièrement dépendante de son entourage et de la société. Voilà pourquoi le barème officiel du décret du 10 janvier 1992 nous paraît répondre à toutes les éventualités.

### **Conclusion**

Ayant assisté à des expertises où certains experts psychiatres paraissent ignorer l'existence des syndromes psycho-traumatiques, ou même en dénie l'existence nosologique, dressent un inventaire sémiologique rudimentaire et grevé de lacunes, négligent d'explorer le vécu de la phase immédiate, adoptent une attitude sceptique envers le patient, nient l'existence du trauma, attribuent systématiquement la cause du syndrome à une hypothétique personnalité antérieure décrétée fragile ou prédisposante, et concluent à une IPP dérisoire par référence à des barèmes officieux élaborés unilatéralement à la baisse, nous formulons les recommandations suivantes :

- 1 - être bien au fait de la pathologie psycho-traumatique ;
- 2 - étudier attentivement le dossier ;
- 3 - accueillir le patient avec bienveillance ;
- 4 - écouter ses doléances avec attention, tout en notant son état clinique lors de son exposé ;
- 5 - procéder à une exploration fouillée des antécédents psychiques, de la biographie, et de la rupture éventuelle qu'a provoqué l'événement dans l'histoire de vie ;
- 6 - inventorier non seulement l'état psychique séquentiel actuel, mais aussi la période immédiate (rechercher les caractères d'un vécu traumatique) et la période post-immédiate (primordiale pour suivre la constitution du syndrome psycho-traumatique) ;
- 7- tenir compte non seulement de la souffrance psychique, mais aussi des incapacités psychiques que le syndrome provoque et des conséquences invalidantes que cela entraîne dans sa vie familiale, professionnelle et sociale ;
- 8 - procéder à une discussion minutieuse de l'imputation causale, en considérant la relation séquentielle et de parenté de sens entre le vécu traumatique de l'événement et le tableau clinique apparu ensuite ; en considérant aussi les parties non traumatiques du tableau clinique (dues à une pathologie antérieure ou contemporaine) ; et en considérant enfin le rôle éventuel d'un état psychique antérieur (personnalité pathologique ou autre affection psychiatrique) comme vulnérabilité « quantitative » ou prédisposition « qualitative » ; se garder de l'hypothèse fallacieuse de l'effet « après-coup » d'un événement antérieur ;

9 - choisir un barème honnête pour l'évaluation du taux d'invalidité : soit le barème officiel du décret du 10 janvier 1992 (que l'on adaptera aux situations de la pratique civile), soit les barèmes appliqués entre 1980 et 2000 et soutenus par le consensus des experts.

## Bibliographie

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Washington, DC, APA, 1980, 1 vol.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Washington, DC, APA, 2013, 1 vol.
- Barème proposé par la Société de médecine légale et de criminologie de France. Editions Alexandre Lacassagne, Lyon, 1982 - *Les séquelles traumatiques. Evaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun (déficits fonctionnels séquellaires)*.
- Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun. *Le Concours Médical*, N° spécial, 1993
- Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. *Le Concours Médical*, n° spécial, 2001.
- Barème d'évaluation médico-légale*. Société de Médecine légale et de Criminologie de France, Association des Médecins Experts en dommage corporel, Editions ESKA, EAL Editions Alexandre Lacassagne, Lyon, 2000.
- CROCQ L., LEFEBVRE P., GIRARD V. (1965) Hystérie et névrose traumatique, *LXIII<sup>e</sup> Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française*, Lausanne, Septembre, compte rendus, Paris, Masson, p. 347-352.
- CROCQ L. (1969), Les névroses de guerre, *La Revue de Médecine*, 2, p. 57-82, et 3, p.175-188.
- CROCQ L. (1969), Délimitation et signification du concept de névrose traumatique, *LXVII<sup>e</sup> Congrès de Psychiatrie et Neur. de Langue Française*, Bruxelles, septembre 1969, compte rendus, Paris, Masson, p.1432-1436.
- CROCQ L. (1974), Stress et névrose traumatique, *Psychologie Médicale*, 6, p.1493-1531.
- CROCQ L., SAILHAN M. et BARROIS C. (1983), Névrozes traumatiques : névrozes d'effroi, névrozes de guerre, *Encycl. Med. Chir.*, 1983, 2, 37329 A-10, 12 p., biblio.
- CROCQ L. (1985), Les névrozes traumatiques doivent être reconnues et indemnisées, *LXXXIII<sup>e</sup> Congrès de Psychiatrie et Neur. de Langue Française*, Besançon, 24-28 juin, compte rendus, Paris, Masson, p. 615-624.
- CROCQ L. (1985), Evénement et personnalité dans les névrozes traumatiques de guerre, in GUYOTAT J., FEDIDA P., *Evénement et psychopathologie*, Villeurbanne, SIMEP éd., 1985, p. 111-120.
- CROCQ L. (1994). Les victimes psychiques, *Victimologie*, 1, p. 25-33.
- CROCQ L. (1996). Critique du concept d'état de stress post-traumatique, *Perspectives Psychiatriques*, 35, 5, p. 363-376.
- CROCQ L. (1997). The emotional consequences of war 50 years on. In L. HUNT, M. MARSHALL, C. ROWLINGS, *Past Trauma in Late Life*, Londres, Jessica Kingley Pub., chap 4 : 39-48.
- CROCQ L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris, Odile Jacob, 1 vol.
- CROCQ L. (2002). Evaluation de l'incapacité dans les syndromes psycho-traumatiques. *Médecine Légale et Société*, 5, 3, pp. 87-92.
- CROCQ L. (2003). Stress et trauma. *Le Journal des Psychologues*, N°206, pp. 8-12.
- CROCQ L. (2006). Trauma et mémoire. Perspective historique. *Stress et Trauma*, 6 (4), pp. 197-205.
- CROCQ L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris, Odile Jacob, 1 vol.
- FENICHEL O. (1945). *La théorie psychanalytique des névrozes*. Trad. Frse PUF, Paris, 1953, 1 vol.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Etudes sur l'hystérie* (1895), précédées de *Communication préliminaire* (1893). Trad. Française, PUF, Paris, 1953, 1 vol.
- FREUD S. (1896). Nouvelles remarques sur les névrozes de défense. Trad. fr. in *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1979.
- JANET P. (1889). *L'Automatisme mental*. Pars, Larcan, 1 vol.
- JANET P. (1893-94). *L'État mental des hystériques*. Paris, Rueff, vol. 1 (1893), et vol. 2 (1894), rééd., Marseille, Laffitte Reprints, 1993, 1 vol.
- JANET P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris, Alcan, 3 vol.
- LEMPERIERE T., FELINE A. (1977). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris, Masson, 1 vol.
- MARMAR C. (1997). Trauma and dissociation, *PTSD Research Quarterly*, 8,3 : 1-3.
- MATHIEU P, PADOVANI P. *Barème accidents du travail et maladies professionnelles*. Editions Lamarre-Poinat, Paris, 1970 (révision du barème de Mayet et Rey).
- MELENNEC L, BORNSTEIN S, BESANCON G, DUBOIS-BONNEFOND JC, SICHEZ JP. Barème d'évaluation des incapacités psychiatriques. *Annales de Psychiatrie*, 1988, 3, 3 : 188-190.
- OPPENHEIM H (1888). *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, V. von August Hirschwald ed., 1892 (2ème édition), 1 vol.
- Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Masson, Paris, 1993, 1 vol.
- SHATAN C.F. (1974), Through the membrane of reality : impacted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans, *Psychiatric Opinion*, 11, 6, oct., p. 7-14.
- SIMMEL E. (1918). *Kriegs-Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien*. Munchen-Leipzig, Otto Nemnich, 1 vol.
- TARGOWLA R. (1950). Le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique. *La Presse Médicale*, 24 juin, 58, 40, p. 728-730.
- TARGOWLA R. (1954). La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire. Rapport de psychiatrie, Congrès International *La pathologie des déportés*, Paris, 4-5 Octobre 1954, compte rendus, Paris, RMF, p. 177-189.

