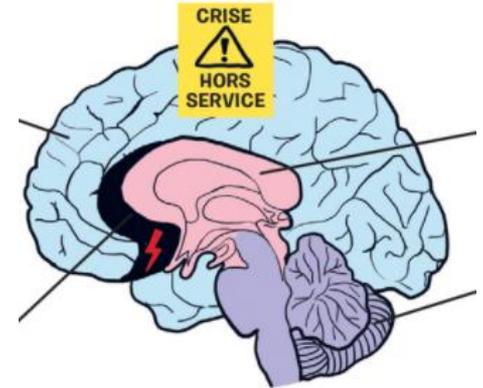


Traumatisme, violence et passage à l'acte

Pour une meilleure compréhension et une intervention adaptée



Olivier Sorel
Psychologue, PhD

Le stress

Quelques notions
fondamentales



Le stress

- Concept bio-physiologique décrivant
 - les réactions adaptatives (immédiates et éphémères)
 - de l'organisme (décharge d'adrénaline et de cortisol)
 - face à une agression ou une menace (Hans SELYE)

Un stress adapté peut se muer en stress dépassé.

Le stress

- Crocq : « la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace ».
- Ce climat de tension psychique exceptionnel s'achève dans une sensation mitigée de soulagement et d'épuisement.

Le stress

Hans Selye : « réaction non spécifique du corps à une quelconque demande ».

Réponse à des expériences négatives. Mais pas que !
(Mariage, déménagement, changement de travail, le fait de quitter la maison pour des études supérieures...)

-> Déséquilibre / équilibre environnemental

Le stress

Le stress traumatique (ST) :

La forme la plus extrême de stress -> survient lors d'un événement traumatisant. Ce stress dure le temps de l'événement traumatique et se termine à la fin de l'événement.

Le stress

Le stress post-traumatique (SPT) :

C'est le stress traumatique qui persiste après l'incident traumatisant (Rothschild, 1995)

Le stress

Trouble stress post-traumatique (SSPT-TSPT) :

Devient pathologique -> DSM => le terme de syndrome de stress post-traumatique peut être appliqué.

Le TSPT implique un haut degré de dysfonctionnements quotidiens. Il existe un grand nombre de personnes ayant survécu à des traumatismes qui souffrent de stress post-traumatique : elles ne sont pas guéries de leurs traumatismes mais ne souffrent pas des perturbations décrites dans le TSPT.

Le stress

Les étapes d'un trauma T, sur le plan clinique :

- La phase immédiate ou « réaction émotionnelle immédiate »

Elle dure quelques heures à une journée, et peut être dénommée stress. Ce stress peut être adapté, ou dépassé avec sidération, agitation, fuite panique et action automatiques (stéréotypées).

Attention : certains stress apparemment adaptatifs masquent un traumatisme. Il n'y a donc pas de correspondance étroite entre les deux oppositions stress adapté versus stress dépassé et absence de séquelles versus survenue de séquelles.

- La phase post-immédiate

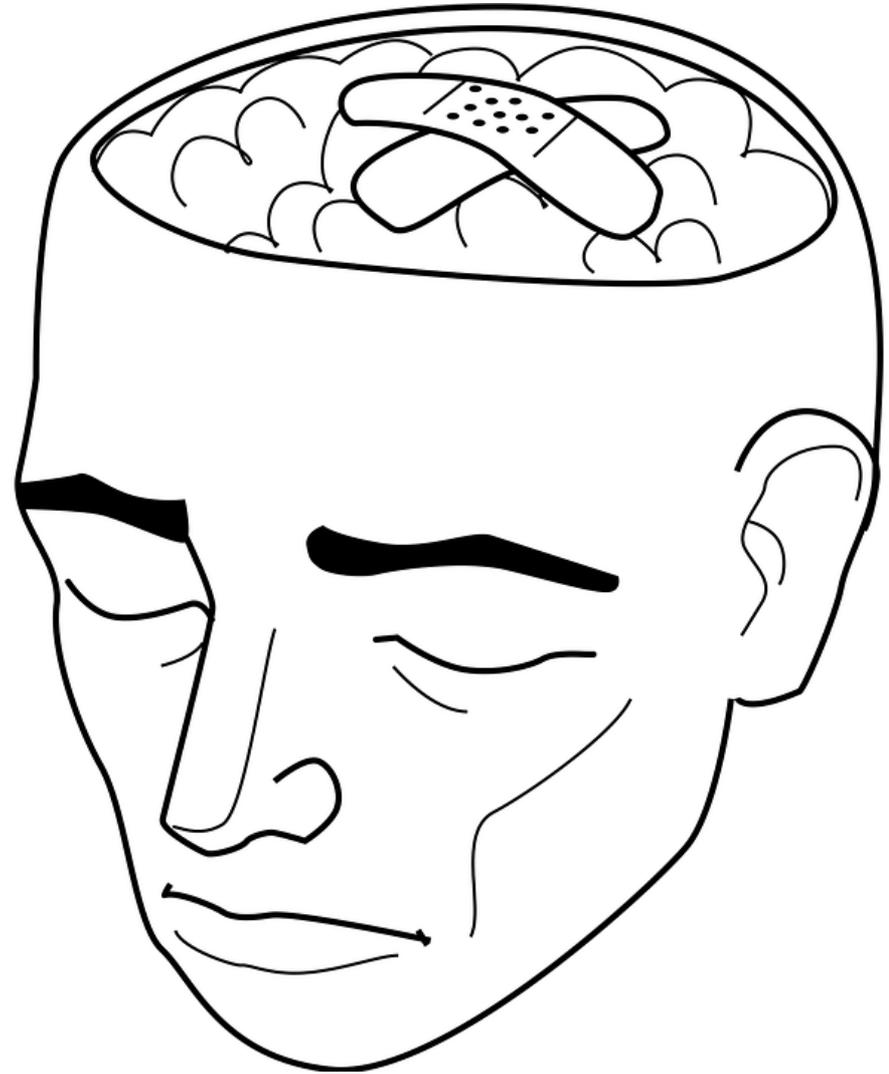
Elle est une phase d'évolution et de surveillance. Voire une phase de latence précédant l'installation d'un état de stress post-traumatique. Elle correspond à 48-72 heures après l'événement.

- La phase différée ou chronicisée

C'est la période de mise en place du « syndrome psychotraumatique différé », totalement différent d'une phase de stress. Ces pathologies peuvent encore rester transitoires, ou évoluer vers des syndromes durables.

Le TSPT

Un concept spécifique
Définition et clinique



Le TSPT

Crocq (2007)

Ce n'est pas du stress mais de l'effroi,
effroi de la « réalité de la mort ».

Le TSPT

Symptomatologie du TSPT :

Le TSPT constitue un état psychobiologique. L'événement traumatisant n'est pas mémorisé ni relégué dans le passé de la même manière qu'on le fait pour d'autres événements de la vie (Rothschild, 1995).

Le souvenir traumatique se situe dans un réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké (Shapiro).

Des études ont tenté de trouver physiquement ce réseau de mémoire, un laboratoire de Harvard a réussi à identifier physiquement ce réseau dysfonctionnellement stocké et l'ont décrit comme une « cicatrice » dans la matrice neuronale du cerveau (David Servan Schreiber, 2005).

Le TSPT

En cas de TSPT, le traumatisme continue de s'immiscer dans la vie de ceux qui en sont les victimes par le biais d'une réalité somatique :

- visuelle,
- auditive,
- ...

Sans cesse ces personnes revivent les expériences subies, qui ont mis leur vie en danger, réagissant dans leur corps et dans leur tête comme si de tels événements étaient encore en train de se produire.

Le traumatisme c'est le passé qui vit au présent.

Le TSPT

- Toute personne ayant vécu un événement traumatisant ne développe pas de TSPT, c'est uniquement quand les capacités d'intégration et de traitement de l'information de la personne sont submergées que le TSPT s'installe.
- Environ 20% des personnes vont présenter un TSPT (Breslau, David, Andreski et Peterson, 1991 ; Elliott, 1997 ; Kulka et al., 1990).

Le TSPT

Les facteurs pouvant expliquer ces divergences font encore l'objet d'études mais on peut repérer :

- la préparation au stress prévu (quand c'est possible),
- la lutte victorieuse,
- la fuite réussie,
- les acquis lors du développement de la personne,
- le système de croyances,
- l'expérience antérieure,
- les ressources internes et le soutien reçu de la part de la famille, de la communauté et des réseaux sociaux immédiatement après l'événement traumatique.

Le TSPT

Première apparition du TSPT : 3e édition du Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM-III, APA, 1980). Définit le TSPT comme une expérience que tout le monde trouverait traumatisante.

Deux problèmes : pas de place à la perception et l'expérience individuelle d'un événement, et supposition que chaque personne présenterait d'office un TPST après un tel événement.

4e édition, DSM-IV, APA (1994) prise en compte du fait que le TSPT peut se développer chez une personne en réponse à trois types d'événements :

- des incidents qui menacent la vie ou l'intégrité corporelle de quelqu'un, ou qui sont perçus comme tels.
- le fait d'être témoin d'actes de violence commis sur autrui.
- le fait d'entendre parler de la violence faite à des proches ou de leur mort inopinée ou violente (trauma vicariant).

Le TSPT

Selon le DSM-IV, les événements qui pourraient être qualifiés de traumatisants, comprennent la guerre, les agressions physiques et sexuelles, le fait d'être pris en otage ou emprisonné, le terrorisme, la torture, les catastrophes naturelles ou celles provoquées par l'homme, les accidents et l'annonce d'un diagnostic de maladie mortelle .

De plus le DSM-IV signale que le TSPT peut survenir chez des enfants qui ont subi des maltraitements sexuelles, même si celles-ci n'ont pas mis leur vie en danger.

« Le trouble peut être particulièrement sévère ou de longue durée quand le facteur de stress est dû à la volonté et aux actes d'humain(s) (par exemple, dans la torture, le viol) »

APA, American Psychiatric Association, 1994, p.424

Le TSPT

DSM – V

American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: Author.

- Critère A : Stresseur
- Critère B : Symptômes intrusifs
- Critère C : Évitement
- Critère D : Altération négative des cognitions et de l'humeur
- Critère E : Altération de la vigilance et de la réactivité
- Critère F : Durée
- Critère G : Fonctionnement au quotidien
- Critère H : Exclusion de facteur médicamenteux

Spécifier si :

- Avec symptômes dissociatifs (dépersonnalisation - déréalisation)
- Avec un délai d'apparition

Le TSPT

- Les critères diagnostiques du TSPT comprennent des antécédents d'exposition à un événement traumatisant et les symptômes spécifiques de chacun des quatre groupes de symptômes : i) intrusion, ii) évitement, iii) modifications négatives de cognitions et de l'humeur, et iv) des modifications dans l'éveil et réactivité. Le sixième critère concerne la durée des symptômes, le septième évalue le fonctionnement et, le huitième critère précise que les symptômes ne sont pas attribués à une substance ou concomitants à une condition médicale.
- Notez que le DSM-5 introduit un sous-type préscolaire de stress post-traumatique pour les enfants âgés de 6 ans et moins. Les critères ci-dessus sont spécifiques aux adultes, adolescents et enfants de plus de 6 ans.

Le TSPT

Critère A : facteur de stress

- La personne a été exposée à : la mort, la mort menace, réelle ou menacée de graves blessures ou réelle ou menace de violence sexuelle, comme suit : (1 requis)
 - 1- L'exposition directe.
 - 2- Un témoignage, en personne.
 - 3- Indirectement, en apprenant qu'un ami ou un parent proche a été exposé à un traumatisme. Si l'événement a impliqué la mort ou la menace, il a dû être violent ou accidentel.
 - 4- Une exposition répétée ou indirecte extrême aux détails de l'événement aversif, généralement dans le cadre d'activités professionnelles (par exemple, les premiers intervenants, la collecte de pièces de carrosserie, les professionnels exposés à plusieurs reprises aux détails de la maltraitance des enfants). Cela ne comprend pas l'exposition indirecte de non-professionnel par le biais des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos.

Le TSPT

Critère B : symptômes intrusifs : l'événement traumatique est constamment revécu, de la manière suivante(s) : (1 requis)

- 1- Souvenirs récurrents, involontaires, et intrusifs. Note: Les enfants âgés de 6 ans peuvent exprimer ce symptôme dans un jeu répétitif.
- 2- Cauchemars traumatiques. Note : les enfants peuvent avoir des rêves effrayants sans contenu lié au traumatisme.
- 3- Réactions dissociatives (par exemple, les flashbacks) qui peuvent survenir sur un continuum allant de brefs épisodes à la perte de conscience.
Note : les enfants peuvent revivre l'événement en jeu.
- 4- Détresse intense ou prolongée après une exposition à des rappels traumatiques (attaque de panique suite à un déclencheur).
- 5- Réaction physiologique après une exposition à des stimuli liés au traumatisme (nausées, vomissement, rush cutanées, ...).

Le TSPT

Critère C : évitement : évitement continué des douloureux stimuli liés au traumatisme après l'événement : (1 requis)

- 1- Pensées ou sentiments liés au traumatisme.
- 2- Rappels externes liés au traumatisme (les gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets ou des situations) -> « déclencheurs »

Le TSPT

Critère D : modifications négatives des cognitions et de l'humeur

- Modifications négatives des cognitions et de l'humeur ayant débuté ou s'étant aggravé après l'événement traumatique : (2 requis)
 - 1- Incapacité de se rappeler les principales caractéristiques de l'événement traumatique (amnésie dissociative ; non due à un traumatisme crânien, d'alcool ou de drogues).
 - 2- Croyances persistantes (et souvent déformées) et attentes négatives sur soi-même ou sur le monde (par exemple, «je suis mauvais», «Le monde est complètement dangereux»).
 - 3- Reproches persistants non adaptés sur soi-même ou sur d'autres quant à l'origine de l'événement traumatique ou sur les conséquences qui en découlent.
 - 4- Émotions négatives persistantes liées à un traumatisme (par exemple, la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte).
 - 5- Diminution marquée de l'intérêt dans les activités importantes.
 - 6- Se sentir aliéné des autres (par exemple, le détachement ou l'aliénation).
 - 7- Émoussement affectif : l'incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Le TSPT

Critère E : altérations dans l'éveil et réactivité

- Modifications liées à l'éveil et la réactivité ayant commencées ou s'est aggravées après l'événement traumatique : (2 requis)
 - 1- Comportement irritable ou agressif.
 - 2- Comportement autodestructeur ou téméraire.
 - 3- Hypervigilance.
 - 4- Réaction de sursaut exagéré.
 - 5- Problèmes de concentration.
 - 6- Troubles du sommeil.

Le TSPT

Critère F : durée

- Persistance des symptômes (dans les critères B, C, D et E) pour plus d'un mois.

Critère G : fonctionnement

- Symptômes significatifs de détresse liés à une déficience fonctionnelle (par exemple, sociale, professionnelle).

Critère H : exclusion

- La perturbation n'est pas due aux médicaments, la consommation de drogues, ou d'autres maladies.

Le TSPT

Précisions supplémentaires

- Avec des symptômes dissociatifs.
- En plus des critères de diagnostic, l'individu éprouve des niveaux élevés d'un des éléments suivants en réaction à des stimuli liés au traumatisme :
 - Dépersonnalisation : expérience d'être un observateur extérieur ou détaché de soi (par exemple, se sentant comme si "ce n'est pas le cas pour moi" ou un dans un rêve).
 - Déréalisation : expérience d'irréalité, de la distance ou de distorsion (par exemple, «les choses ne sont pas réels»).
- Avec un délai dans la manifestation complète de symptômes.
- Le diagnostic complet n'est pas atteint avant au moins 6 mois après le traumatisme, même si l'apparition des symptômes peut se produire immédiatement.

Le TSPT

- La perturbation somatique est au cœur du TSPT. Les patients qui en sont affectés souffrent de beaucoup de symptômes physiques qui les effraient, semblables à ceux, caractéristiques, de l'hyperstimulation du SNV, vécus lors de l'incident traumatisant : accélération du rythme cardiaque, sueurs froides, respiration rapide et superficielle, palpitations, hypervigilance et réactions de nervosité exacerbée (tressaillements).
- Dans la phase chronique ces symptômes peuvent amener des troubles du sommeil, une perte d'appétit, des dysfonctionnements sexuels et des difficultés de concentration, qui sont des caractéristiques supplémentaires du TSPT.
- Le DSM-IV reconnaît que les symptômes du TSPT peuvent être induits par des réminiscences tant externes qu'internes de l'événement traumatisant. Les symptômes somatiques peuvent donc déclencher, à eux seuls, une réaction de TSPT. Le TSPT peut ainsi former un cercle vicieux entre symptômes et réactivations.

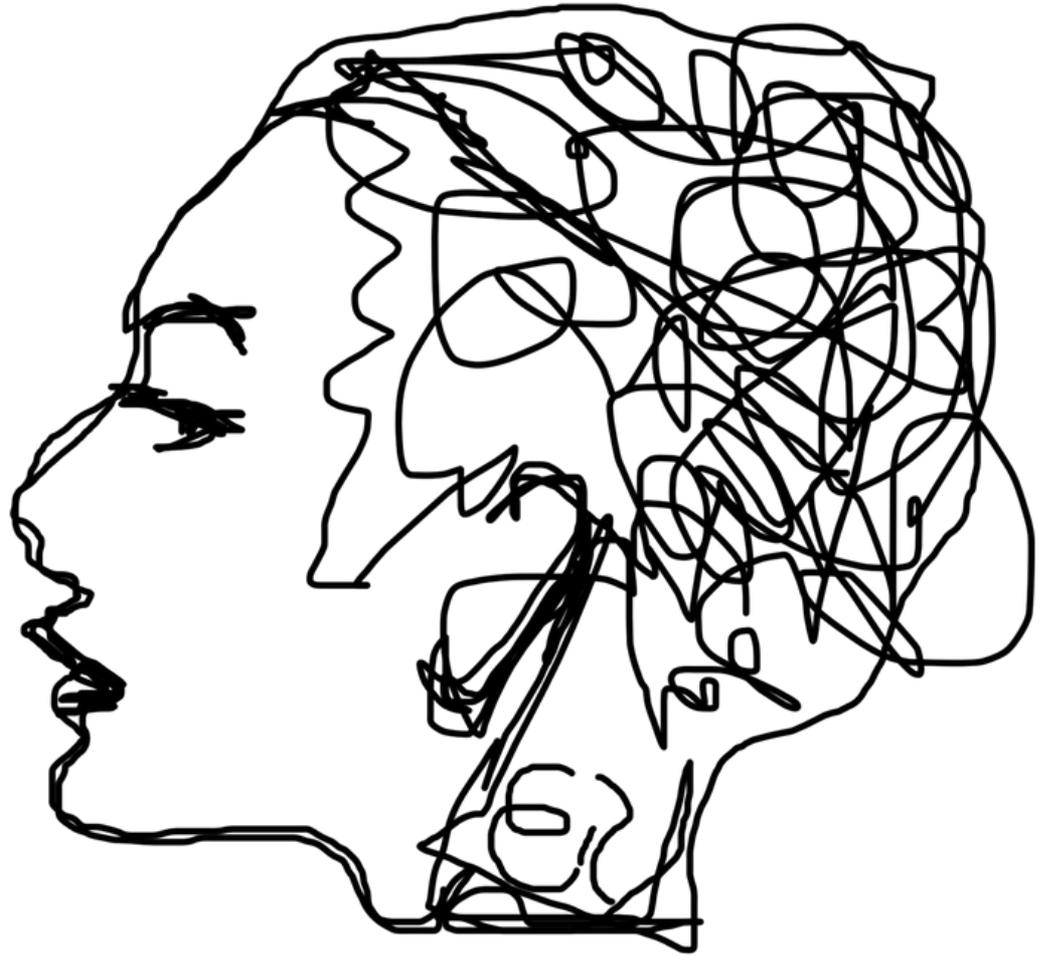
La survie et le système nerveux

https://www.youtube.com/watch?v=YC_WgxJQ1DE

<https://www.koreus.com/video/viol-amygdale.html>

Le TSPT

Approche neuro



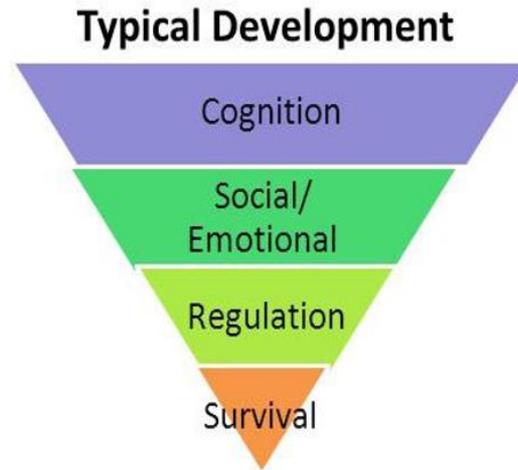
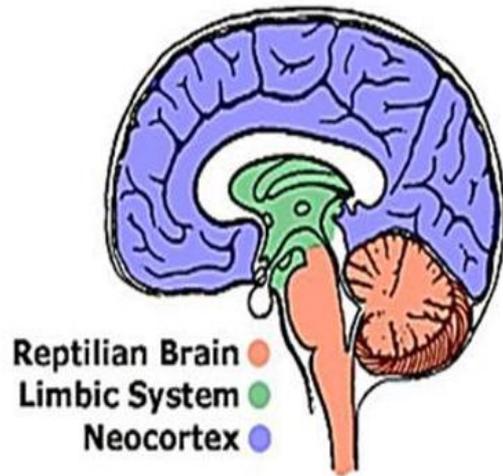
Les expériences traumatiques durant l'enfance

- ❑ Traumatismes répétés chez les enfants !
- ❑ Adverse Childhood Experiences -> les violences et expériences négatives familiales subies dans l'enfance ont un impact sur la santé physique et psychique de l'adulte (Felitti et Anda, 2010)

Types of Childhood Adversity

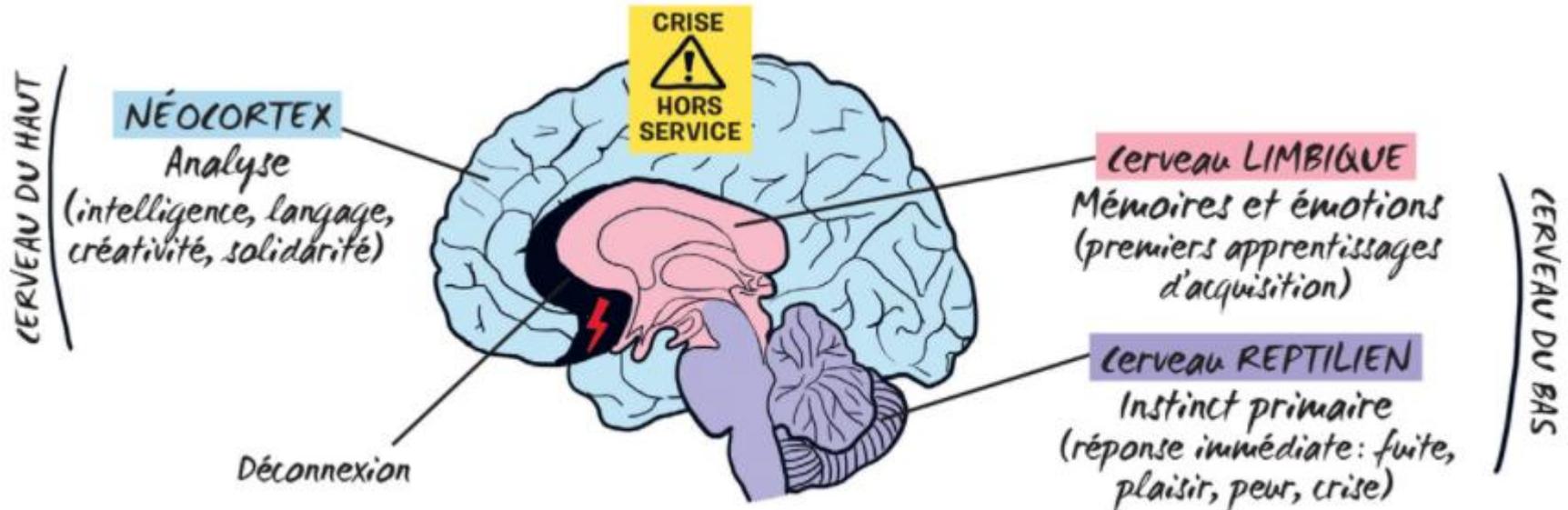


L'impact neuro des trauma sur le



Les mécanismes en jeu dans le cerveau

☐ Le cerveau triunique (Mac Lean)



Le besoin de sécurité



Sécurité dans notre corps, dans notre environnement et dans nos relations avec les autres.

Système nerveux autonome = système de surveillance personnel, toujours sur ses gardes, toujours à se demander « suis-je en sécurité ? ».

Son but est de nous protéger en évaluant la sécurité et le risque, en écoutant à chaque instant ce qui se passe dans notre corps et autour de lui, ainsi qu'au niveau des liens que nous avons avec les autres.

Anatomie et capacités

Deux branches...trois chemins



Notre système nerveux autonome a trois modes de réponse :

- tout d'abord le mode de **l'engagement et du lien social**, lorsqu'il se sent en sécurité ;
- ensuite, le mode de la **mobilisation**, pour répondre à un danger ;
- enfin, le mode de **l'extinction ou de l'effondrement**, quand il semble impossible d'échapper au danger.

Dans chaque mode, nous réagissons de différentes manières.

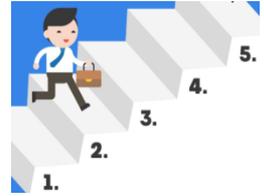
Syst sympathique et parasympathique



Le système nerveux est fait de deux branches principales :

- Sympathique et parasympathique.
- La branche **parasympathique se divise à son tour en deux chemins**, donnant en tout au système nerveux autonome trois voies de réponses possibles.
- Quelque soit le chemin que nous suivons, nos réactions sont « au service de la survie ».

Le système sympathique = combat ou fuite



- La branche sympathique se trouve dans la partie centrale de la moelle épinière et nous prépare à l'action.
- C'est ce système qui recherche des indices de danger et qui déclenche la sécrétion d'adrénaline qui alimente le réflexe de combattre ou fuir.

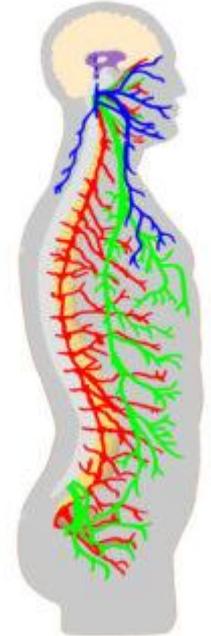
Le système parasympathique

- Dans la branche parasympathique, nous trouvons les deux chemins restants, avec un nerf dit « **nerf vague** »
- En partant du tronc cérébral, situé dans la base de la tête, le nerf vague part dans deux directions :
 - vers le bas, dans les poumons, le cœur, le diaphragme et l'estomac
 - vers le haut, en se connectant aux nerfs du cou, de la gorge, des yeux et des oreilles.
- Le nerf vague se divise en deux parties :
la voie vagale ventrale et la voie vagale dorsale



LE SYSTEME NERVEUX AUTONOME
THEORIE POLYVAGALE

SYMPATHIQUE
VAGAL DORSAL
VAGAL VENTRAL



Le système parasympatique



- La voie **vagale ventrale** s'occupe de la sensation de **sécurité** et du lien social.
- Lorsque nous nous sentons à l'aise et en lien, notre système vagal ventral est connecté et c'est lui qui dirige.
- Se situe entre autre au niveau du visage, + myélinisation, + sophistiqué
- A l'inverse, la voie **vagale dorsale** répond aux signaux de **danger** extrême.
- Elle nous sort du lien et de la conscience pour nous plonger dans un état protecteur d'effondrement.
- Lorsque nous nous sentons paralysés, engourdis ou « absents », c'est que le système vagal dorsal a pris le contrôle.

Les changements de systèmes



Porges a identifié une hiérarchie de réponses intégrée à notre système nerveux autonome et ancrée dans le développement de notre espèce au cours de l'évolution.

1- la voie **vagale dorsale** se trouvent chez nos ancêtres reptiliens => **immobilisation**

2- le système nerveux **sympathique**, qui s'est développé ensuite, se manifeste dans les accélérations subites des poissons => **mobilisation**

3- le dernier ajout, la voie **vagale ventrale**, est propre aux mammifères => **l'engagement social (si sécurité)**

Hiérarchie de l'évolution

1- dorsovagal => immobilisation

2-syst sympathique => mobilisation

3- ventrovagal => engagement social

La théorie polyvagale

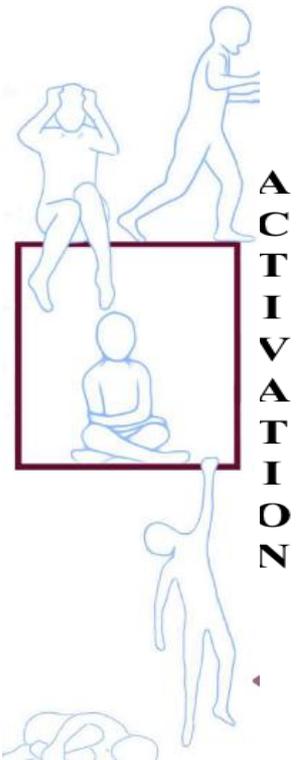


Hierarchie d'inhibition

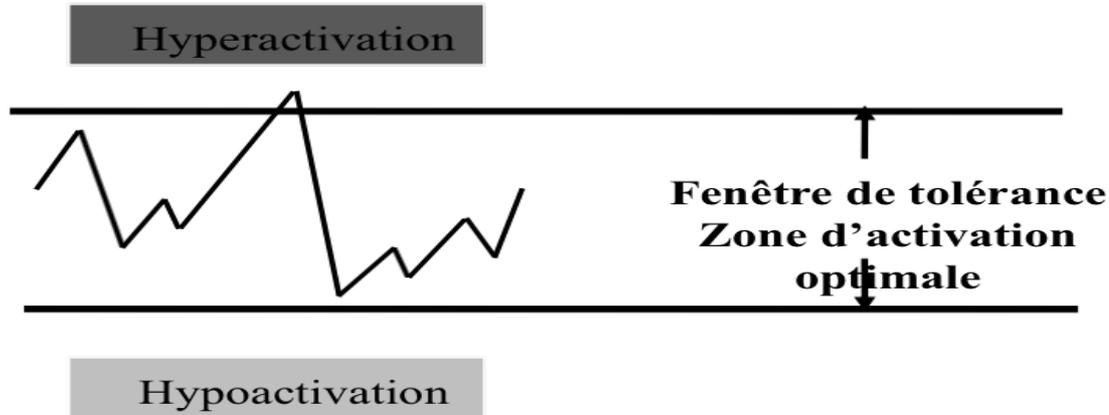
- Le système ventro vagal (1) **domine**
 - le système sympathique (2)
 - **qui domine** le dorso vagal (3)
- Les systèmes nerveux supérieurs inhibent les systèmes nerveux inférieurs
- Si le système inhibiteur est off celui du dessous prend le relais

La fenêtre de tolérance

Modulation de l'activation émotionnelle
Siegel, 1999 / Pat Ogden et Milton, 2000



A
C
T
I
V
A
T
I
O
N



Sympathique :
fuite / combat

Parasympathique
ventrovasal :
engagement
social

Parasympathique
dorsovasal :
sidération, mort
feinte

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					

10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION AFFECTIVE

Encercler le nombre qui correspond le mieux à la réaction de crise de cette personne.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERTURBATION									
AUCUNE	MINIMALE	PEU		MODÉRÉE		MARQUÉE		SÉVÈRE	
Humeur stable avec variation émotive normale pour le fonctionnement quotidien.	Émotions appropriées pour la situation. Brèves périodes pendant lesquelles l'humeur négative est légèrement plus intense que la situation le demande. Les émotions sont en grande partie contrôlées par la victime.	Émotions appropriées pour la situation mais de plus longues périodes avec humeur négative un peu plus intense que la situation le demande. La victime se perçoit en contrôle de ses émotions.		Émotions peuvent être incongrues. Plus longues périodes avec humeur est clairement plus intense que la situation le demande. Émotion labile possible. Effort pour contrôler ses propres émotions.		Émotions négatives marquées et à un plus haut niveau que la situation le demande. Les émotions peuvent être clairement incongrues. S'il y a une variation de l'humeur, elle est prononcée. L'apparition de l'humeur négative semble, selon la victime, hors de son contrôle.		Décompensation ou dépersonnalisation évidente.	

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA RÉPONSE COGNITIVE

Encercler le nombre qui correspond le mieux à la réaction de crise de cette personne.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERTURBATION									
AUCUNE	MINIMALE	PEU	MODÉRÉE	MARQUÉE	SÉVÈRE				
Concentration intacte. Capacité « normale » à prendre des décisions et en résolution de problèmes. Perception et interprétation de l'événement correspondant à la situation réelle.	La personne peut penser à l'événement mais elle a un contrôle sur ses pensées. Prise de décisions et la résolution de problèmes minimalement affectées. Perception et interprétation de l'événement correspondent assez bien à la situation réelle.	Diminution occasionnelle de la concentration. La personne perçoit un manque de contrôle sur ses pensées/l'événement. Difficultés répétées pour la prise de décisions et la résolution de problèmes. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer de la situation réelle sur quelques aspects.	Diminution fréquente de la concentration. Pensées intrusives/événement et contrôle limité. Capacité en résolution de problèmes et prise de décisions affectées par les pensées obsessives, le doute de soi et la confusion. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer considérablement de la situation réelle.	Pensées très intrusives se rapportant à l'événement. Capacité en résolution de problèmes et prise de décisions affectées par les pensées obsessives, le doute de soi et la confusion. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer de la situation réelle de manière importante.	Grande incapacité à se concentrer sur quoi que ce soit sauf l'événement. La personne est très affectée par ses pensées obsessives, le doute de soi et la confusion au point que sa capacité en résolution de problèmes et prise de décisions est, à ce moment, nulle. Perception et interprétation de l'événement peuvent différer de la situation réelle au point d'être une menace à son bien-être.				

Evaluation

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION COMPORTEMENTALE

Encercler le nombre qui correspond le mieux à la réaction de crise de cette personne.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERTURBATION									
AUCUNE	MINIMALE	PEU	MODÉRÉE	MARQUÉE	SÉVÈRE				
Comportements appropriés considérant la situation de crise. La personne fonctionne bien au quotidien.	Utilise occasionnellement des comportements inefficaces pour gérer la situation de crise. La personne fonctionne au quotidien mais avec un certain effort.	Utilise occasionnellement des comportements inefficaces. Le fonctionnement au quotidien est quelque peu compromis. La personne néglige certaines nécessités du quotidien.	La personne montre des comportements qui sont susceptibles d'exacerber la situation de crise. Le fonctionnement au quotidien est compromis.	La personne montre des comportements qui sont susceptibles d'exacerber la situation de crise. Incapacité à fonctionner au quotidien.	Les comportements sont erratiques et imprévisibles. Les comportements de cette personne sont dangereux pour elle-même ou pour les autres.				

Evaluation

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ TOTALE

Domaine émotif-affectif : _____

Domaine cognitif : _____

Domaine comportemental : _____

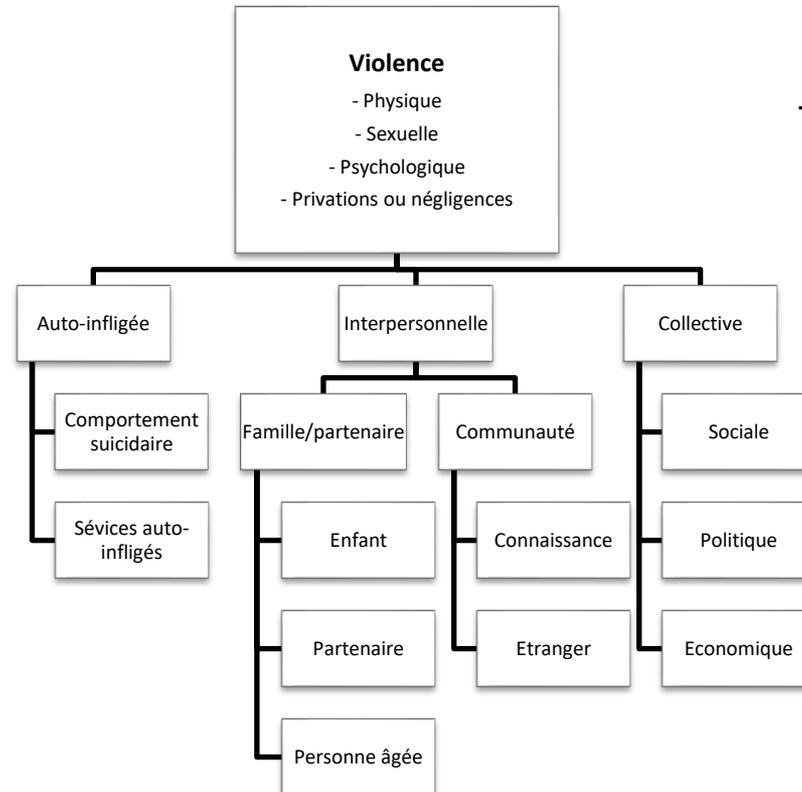
TOTAL : _____

Suite à l'événement critique, une évaluation comprise entre 8 et 10 sur 10 dans un des domaines signifie qu'il est préférable que la personne ne continue pas son quart de travail et qu'elle ne soit pas seule à la maison pour les heures qui suivent. Une évaluation de entre 8 et 10 dans plus d'un domaine signifie que la personne devrait être évaluée par un médecin en clinique ou en salle d'urgence.

Apprécier et comprendre le risque de violence

LE PASSAGE A L'ACTE

Les formes de violence



**Typologie de la violence,
d'après l'OMS (2002)**

Les formes de violence

Taxonomie des comportements violents et agressifs de Buss (1961), d'après Fontaine (2003).

Degré d'activité	Type de violence	Orientation	Comportements
Actif	Physique	Directe	Coups et blessures sur une victime
		Indirecte	Coups et blessures sur un proche de la victime
	Verbale, Psychologique	Directe	Insultes, moqueries, harcèlement
		Indirecte	Rumeurs
Passif	Physique	Directe	Empêcher la victime d'obtenir quelque chose de positif
		Indirecte	Ne pas protéger la victime
	Verbale, Psychologique	Directe	Ne pas dénoncer un acte nuisible à une victime
		Indirecte	Ne pas approuver un acte positif pour la victime

Le modèle intégré proposé par Andrews et Bonta

□ 3 principes de base:

- Les comportements sont généralement appris (selon des principes connus et documentés)
 - Schémas cognitifs, scripts comportementaux, trames émotionnelles, etc.
- L'apprentissage est fonction de la situation immédiate
 - Théories de l'action situationnelle, etc.
- Les éléments situationnels interagissent et sont fonction des caractéristiques personnelles
 - Théorie du processus criminogène.

1. Le processus du PAA selon l'action situationnelle

Selon la théorie de l'action situationnelle...

- . Toute action est morale et résulte de nos perceptions et de nos choix.
- . Les règles morales individuelles constituent la morale sociale générale et l'ensemble des actions situationnelles moralement définies.

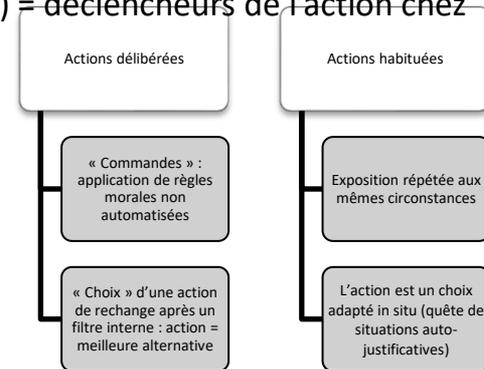
. Actions humaines par l'impulsion conjointe de forces déterministes et volontaristes.

Il existerait deux types d'actions humaines : les actions délibérées & les actions habituées

- . Différenciation selon la connaissance que l'auteur a de la situation.
- . Les règles morales peuvent être appliquées à la fois pour des raisons internes et externes.
- . Self-control (interne) & Facteurs situationnels (eg alcool, drogue) = déclencheurs de l'action chez l'individu.

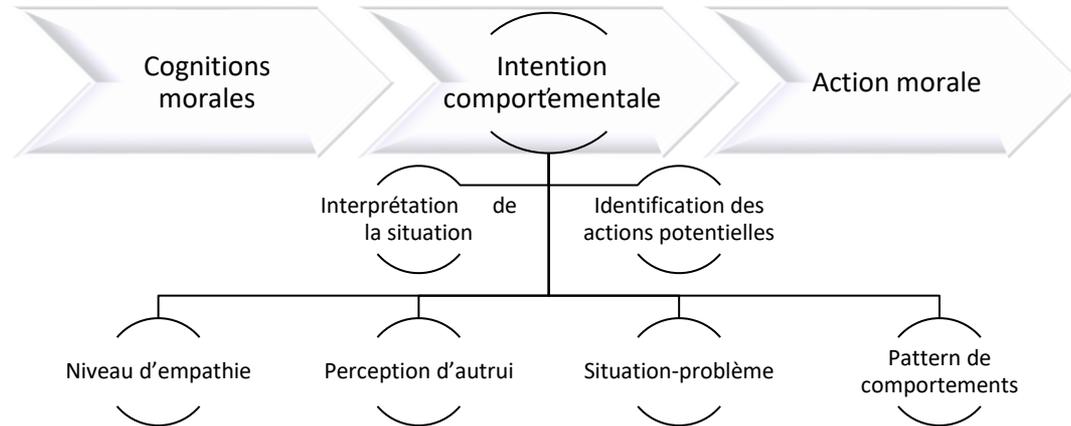
Si règles morales personnelles et perception arrangée de la violence (absence honte/culpabilité) = violence comme une réponse alternative.

Ex : psychopathie / absence d'émotion, la perception de l'auteur est biaisée et ses habitudes morales deviennent violentes.



2. La théorie du processus référentiel

- ❑ Evaluation de la rationalité subjective que l'auteur a de son acte violent.
- ❑ Dans une situation donnée, sujet adopte un choix de conduite sociale (travail cognitif de type référentiel).
- ❑ Evaluation de la situation et sélection du comportement adapté (selon son répertoire comportemental).



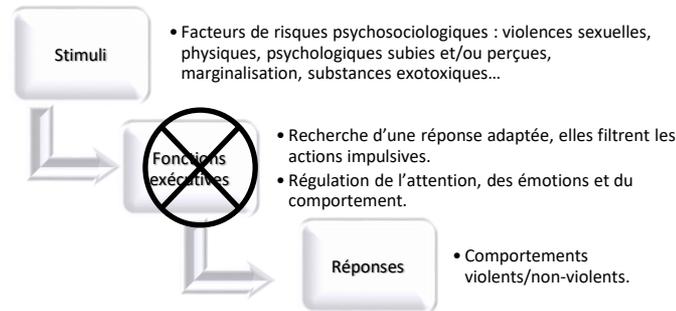
3. Les facteurs de risques et les fonctions exécutives

Les facteurs de risques psychosociologiques

- . Ensemble des « processus qui prédisposent les individus à des résultats spécifiques négatifs ou indésirables ».
- . Facteurs de risque qui renforcent l'individu dans sa trajectoire, + probabilité d'un comportement antisocial persistant.

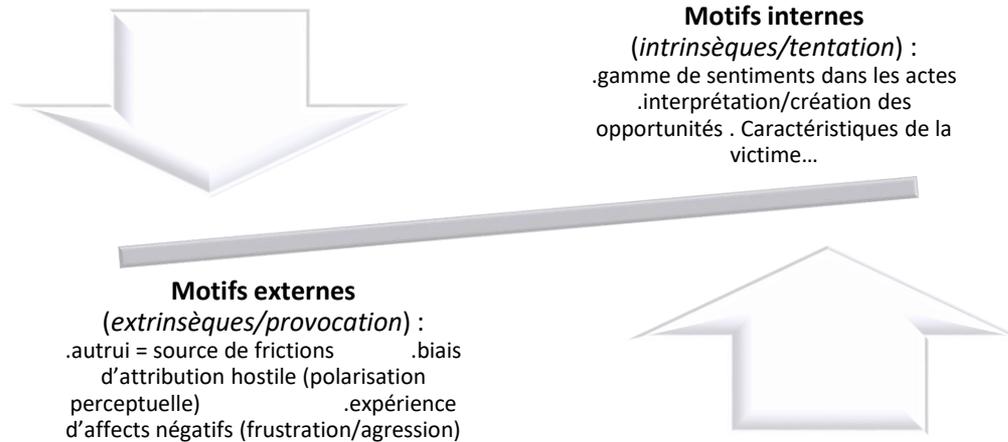
Les fonctions exécutives

- . Ensemble de processus complémentaires régulant l'activité mnésique (but de contrôler et inhiber les interférences).
- . Durant le développement, les sujets acquièrent des schémas de contrôle des comportements dans de nombreuses situations.
- . *Agresseurs violents : FE ne jouent plus leur rôle d'autorégulation, sujet dépourvu d'empathie, incapable de réprimer ses pulsions.*



4. Motivations en jeu

- . Motivation : force qui nous pousse de manière relativement automatique pour satisfaire nos besoins hiérarchisés.



- . « Occasions » : croisement situationnel 1.victime potentielle, 2.auteur avec intention de nuire (≈ choix rationnel).
- . Liens entre les « habitudes », les émotions, le type de raisonnement moral, et l'impulsivité (troubles des conduites, addictions...)

Une structure du passage à l'acte

	Causes distales de l'acte	Causes proximales de l'acte		Acte criminel
Théorie de l'action situationnelle & Théorie du Processus référentiel	Cognition morales	Contexte médian	Intentions comportementales	Actions criminelles
	Développement moral de l'individu	Vulnérabilité (interne) & Risque (externe)	Interprétation de la situation _ Perception & Interprétation _ Frictions _ Emotions	Identifications des actions potentielles _ Commandes délibérées (self-control/dissuasion) _ Habitudes (marqueur somatique)
Dynamiques du Profiling	Dynamiques sociales	Dynamiques contextuelles	Victimologie & Espace-temps	Mode opératoire & Signature

La question de la violence

Un traitement de l'information sociale
particulier ?

La morale en cause ?

Le modèle de Kohlberg s'articule en 3 niveaux, chacun composé de deux stades :

- ❑ Pré conventionnel
 - Obéissance simple
 - Utilitarisme

- ❑ Conventionnel
 - Bonne concordance interpersonnelle
 - La loi et l'ordre social

- ❑ Post conventionnel
 - Le contrat social
 - L'éthique universelle.

Tableau 15.1 – Niveaux et stades de développement moral d'après Kohlberg (adapté de Berk, 2005)

Niveau 1 : Morale préconventionnelle	
Stade 1 : Orientation vers la punition et l'obéissance	Peur de l'autorité et évitement de la punition
Stade 2 : Relativisme instrumental	Comportements pour la satisfaction des besoins personnels
Niveau 2 : Morale conventionnelle	
Stade 3 : Concordance interpersonnelle	Comportements qui garantissent l'affection et l'approbation des proches
Stade 4 : Conscience du système social	Respect des lois pour maintenir l'ordre social
Niveau 3 : Principes moraux ou morale post-conventionnelle	
Stade 5 : Contrat social et droits individuels	Respect des lois qui préservent les besoins collectifs et respectent les droits individuels ; possibilité d'intervenir pour changer ces lois
Stade 6 : Principes éthiques universels	Principes éthiques librement choisis sans référence à la loi ou à l'approbation des autres

58

La morale en cause ?

Stade 1 : obéir pour éviter la punition.

Stade 2 : se conformer pour obtenir une récompense, des faveurs en retour.

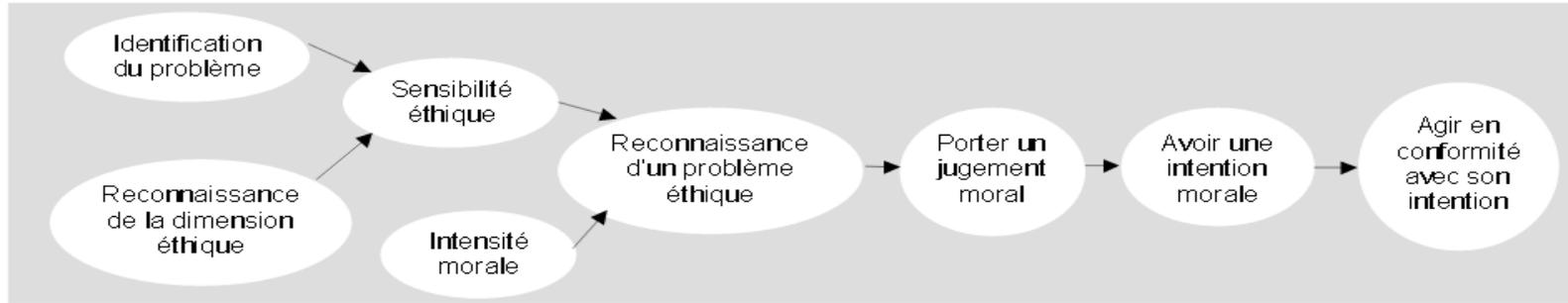
Stade 3 : se conformer pour éviter d'être désapprouvé par les autres.

Stade 4 : se conformer pour éviter la censure de l'autorité légitime et la culpabilité conséquente.

Stade 5 : se conformer pour sauvegarder le respect d'un spectateur impartial jugeant en termes de bien être commun.

Stade 6 : se conformer pour éviter l'auto-condamnation.

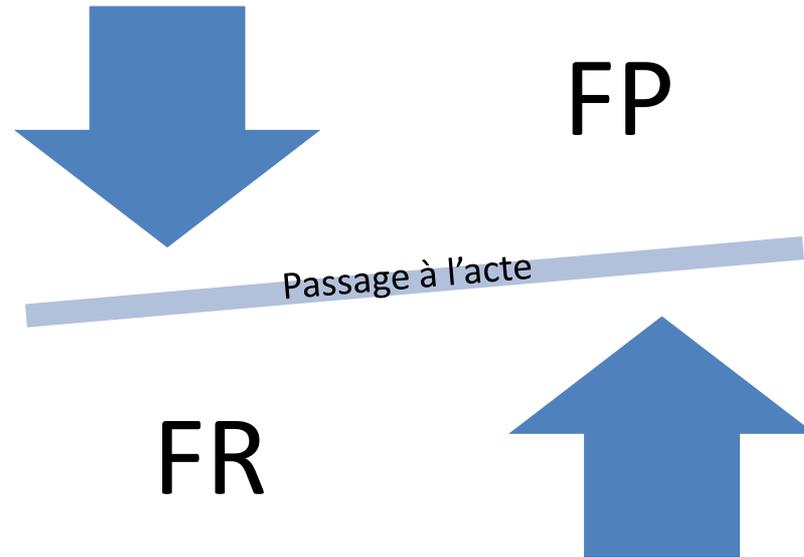
La morale en cause ?



Modèle de prise en considération d'un problème moral

Wright, Cullinan, Bline (1998) , in Prat (2003)

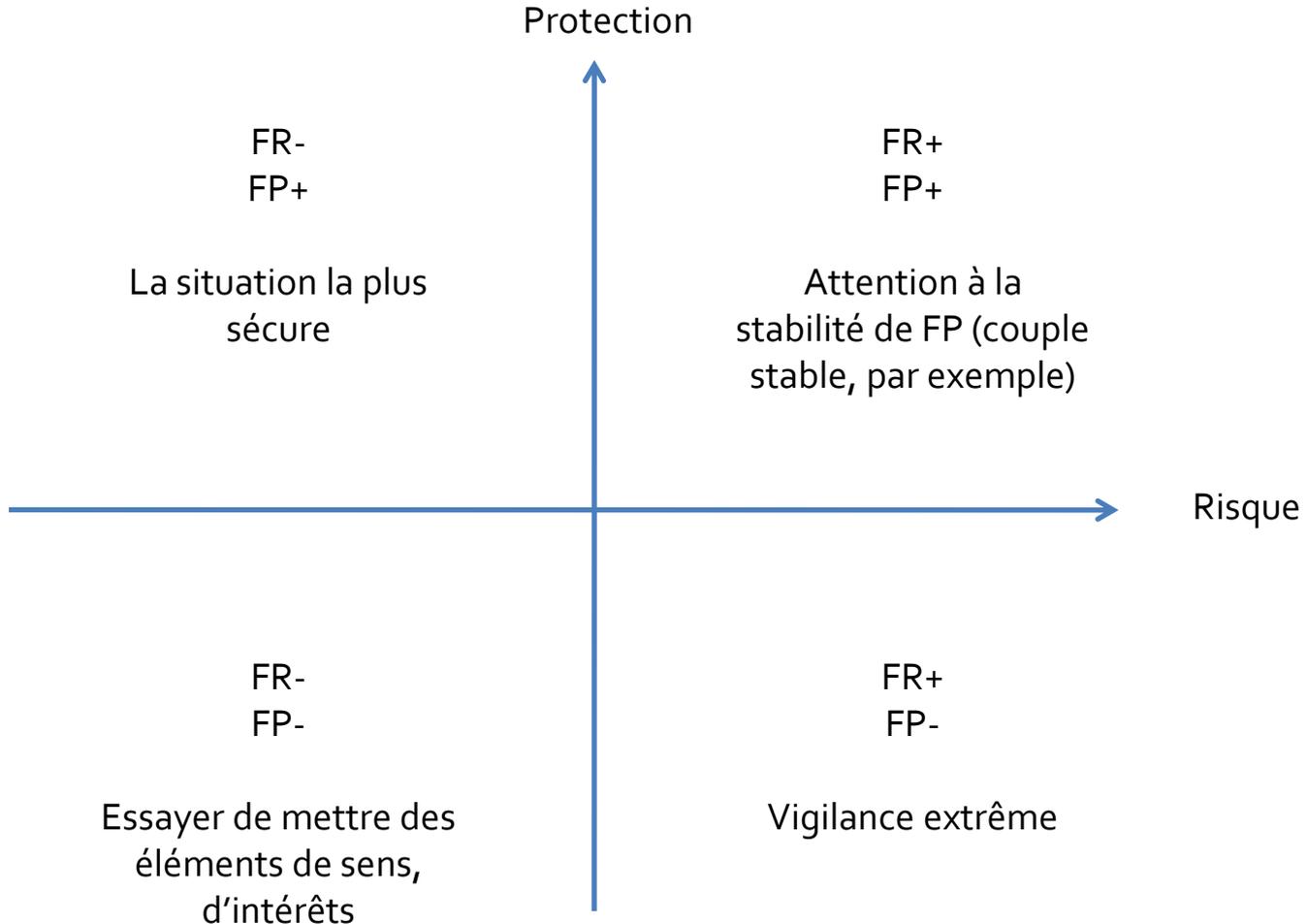
Facteurs de Risque (FR) et Facteurs de Protection (FP)



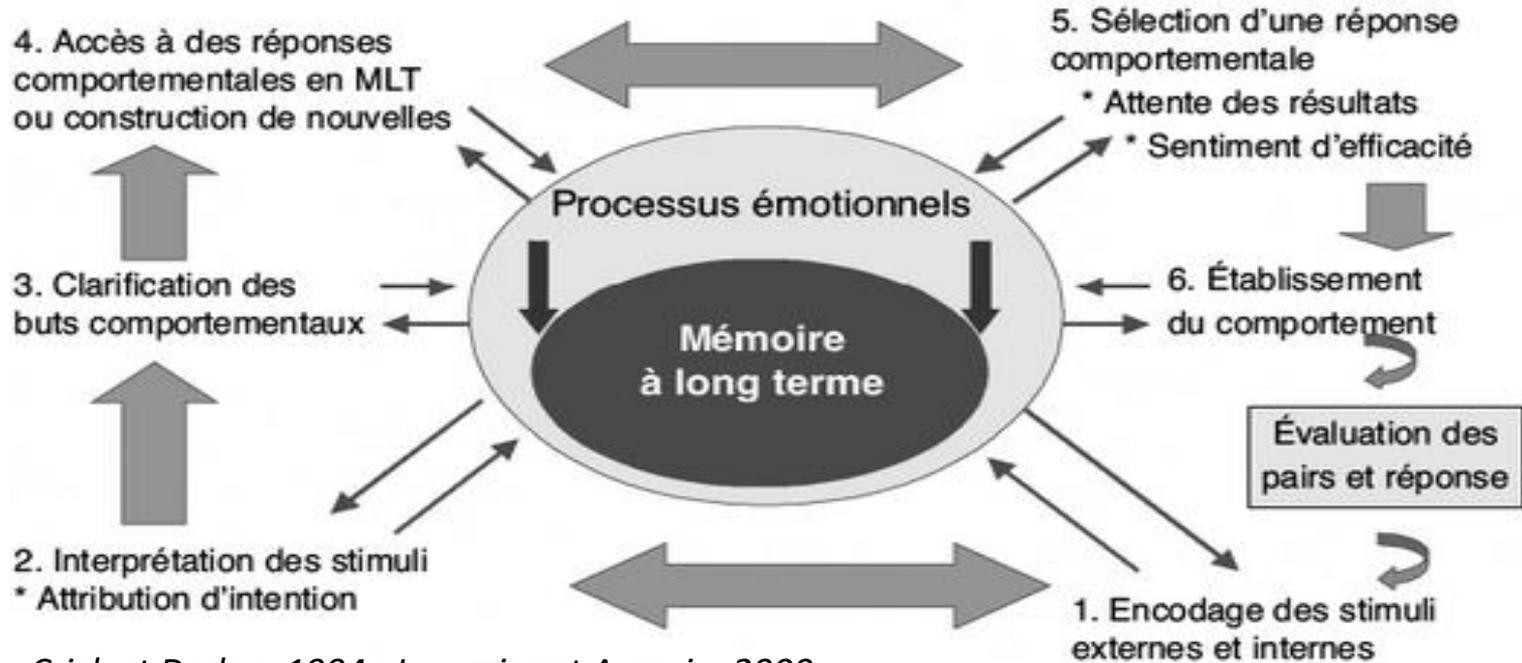
Facteurs de Risque (FR)

- ❑ Les facteurs de risques (vulnérabilité) vont augmenter la probabilité de passage à l'acte
- ❑ Les facteurs de protection vont minimiser la probabilité de passage à l'acte -> facteurs de compensation (médicaments pour un trouble psy stabilisé) et/ou facteurs de modération (personne ressource)

FR et FP



Le modèle de traitement de l'information sociale



Crick et Dodge, 1994 ; Lemerise et Arsenio, 2000.

Le modèle de traitement de l'information sociale

6 Mécanismes cognitifs (Fontaine, 2003) :

1. Le filtrage / abstraction sélective
2. L'analyse et l'attribution causale
3. L'inférence des points de vue d'autrui / biais d'attribution
4. Evaluation de la probabilité que le but soit atteint
5. Evaluation de l'exactitude dans des échanges sociaux antérieurs
6. Inférence des significations des échanges sociaux, présents et passés

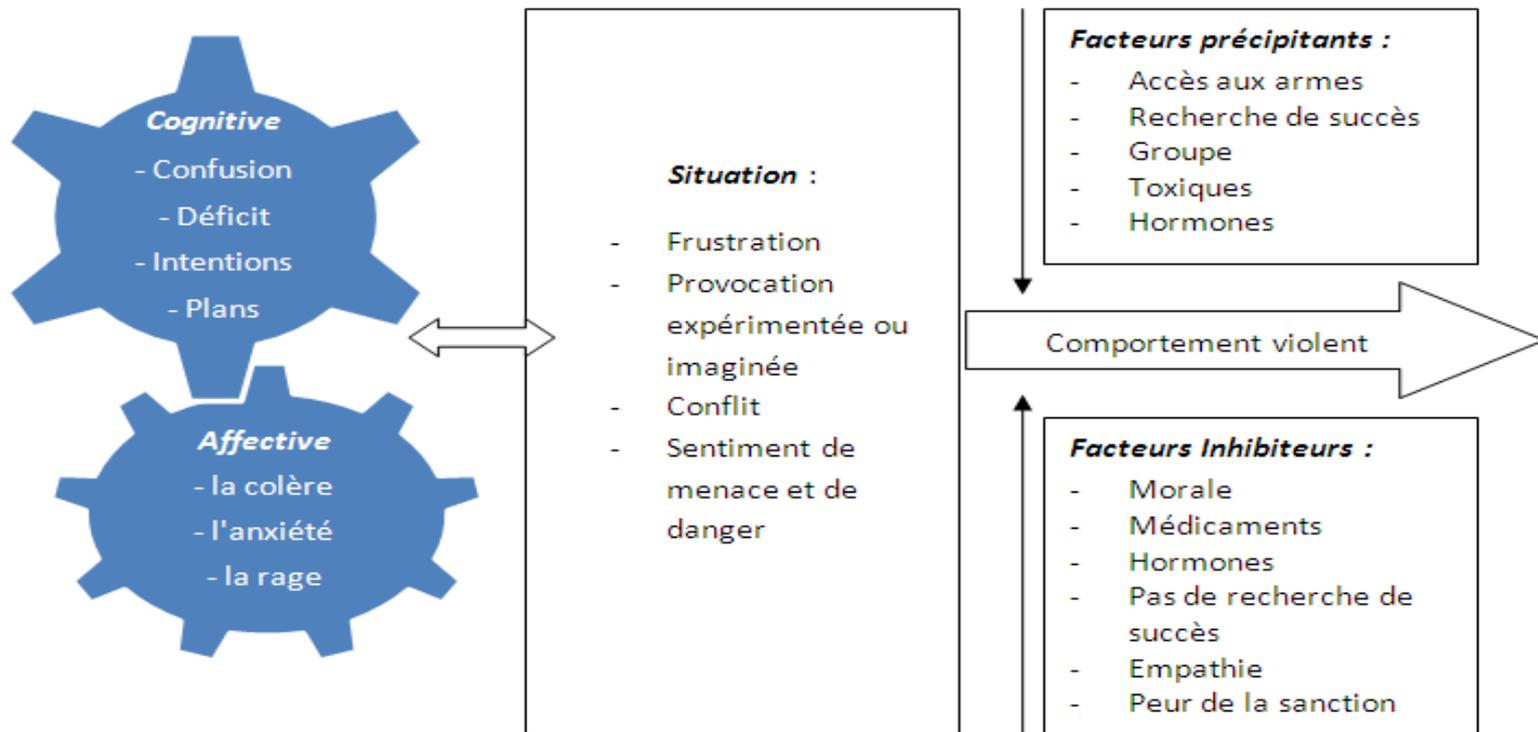
Bowlby (1969) : modèle interne de travail des relations sociales

Notion de schémas

-> Modification des schémas

4 stades de modification des schémas :

- Remplacement
- Reformulation partielle
- Mise à distance
- Camouflage



Dynamique situationnelle du passage à l'acte du modèle bio-psycho-social de la violence, d'après Steinert et Whittington (2013)

Vers une recherche des causes

Gibb et Coles (2005) définissent un modèle de vulnérabilité et de stress dans une situation donnée

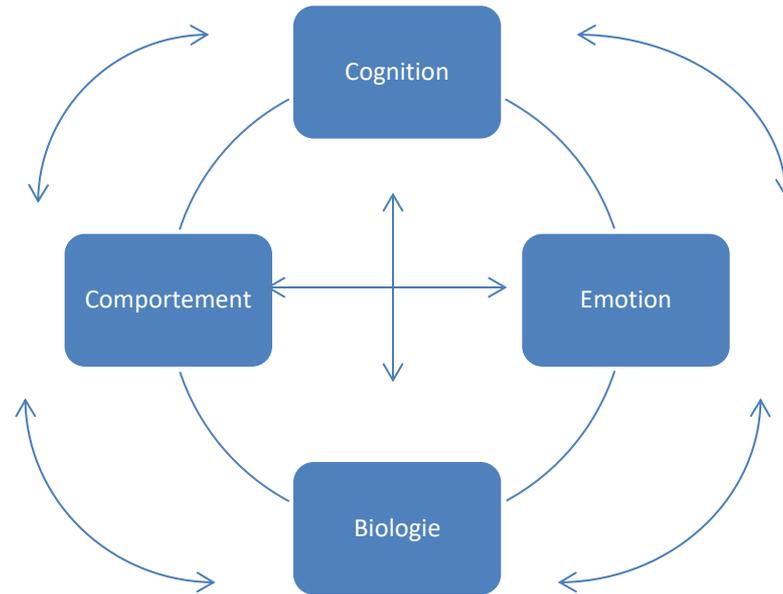
Steinert et Whittington (2013) : coping sous la forme d'un modèle bi-factoriel

		Stress		
		Faible	Elevé	Très élevé
Vulnérabilité	Faible	Pas de violence	Pas de violence	Violence
	Elevée	Pas de violence	Violence	Violence

Modèle bi-factoriel de stress et de vulnérabilité comme prédisposition individuelle à la violence, d'après Steinert et Whittington (2013)

Vers une recherche des causes

Des causes aux applications...



Apprécier le risque pour penser notre intervention

LE RISQUE SUICIDAIRE

Les comportements violents sont-ils préparés ?

4 types de comportements préparatoires

- Préméditation / Prédiction seule (demain je commets ; pas de détails)
- Planification / Prévision seule (un couteau au cas où)
- Préméditation et planification
- Circonstanciel (réaction à)

Prise en considération ...

- Le PAS à PAS (utilisable pour les troubles auto et hétéro agressifs) :
 - **Psychiatrie**
 - **Addiction**
 - **Social** (famille, tiers présents, personnes ressources, figure d'attachement, ...)

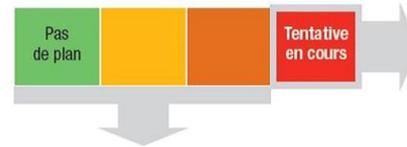
 - **Accessible** (cohérence du discours, hermétisme, discernement)

 - **Personnalité** (mode de communication, propos, statut accordé)
 - **Arme** (déclaratif, avéré, médicaments, ...)
 - **Stratégie** (situation, revendication, facteurs évoqués, intention, projections futures, sens de l'acte, utilité de l'acte)

Risque suicidaire

☐ Intervention globale

- Évaluer la planification du suicide.
 - Aborder directement la question du suicide.
 - S'informer de la planification (à l'aide du COQ).
 - S'informer de l'accès au moyen et des préparatifs.
 - Déterminer le niveau de la planification sur le continuum.



- Assurer la sécurité : éloigner le moyen, appeler le 911 ou accompagner à l'hôpital

- Poursuivre l'estimation, dans la mesure où la tentative de suicide n'est pas en cours et que la personne accepte de collaborer.

- Vérifier la présence ainsi que le niveau des facteurs associés et des facteurs de protection pour savoir où se situe la personne suicidaire et faciliter l'intervention.

■ Aucune tentative de suicide		Tentative récente
■ Capacité à espérer un changement		Grand désespoir
■ Aucune ou légère consommation de substances		Abus grave de substances
■ Capacité à se contrôler		Forte impulsivité
■ Présence d'un proche		Solitude et isolement
■ Capacité à prendre soin d'elle		Se laisser aller

- Utiliser, comme leviers d'intervention, les premières réponses de la personne suicidaire afin de travailler sur l'ambivalence et d'en arriver à faire diminuer le niveau de dangerosité.
- Effectuer l'estimation finale de la dangerosité.



- Poursuivre l'intervention en fonction de votre estimation finale et conclure en sécurité.

Risque suicidaire

❑ Intervention globale

❑ Le RUD :

- Risque
- Urgence -> le COQ
- Dangérosité

❑ Le COQ :

- Comment
- Où
- Quand

-> niveau d'élaboration !

Risque suicidaire

☐ Facteurs de risques

- Primaires
- Secondaires
- Tertiaires

☐ Facteurs de risques :

- Contribuants
- Prédisposants
- Précipitants

Risque suicidaire

Tableau 1. Evolution du risque suicidaire: les quatre stades possibles d'une personne suicidaire

Etat d'équilibre (*avec recherche active de solutions*)

↓ Facteur de stress présent (exemples: séparation, chômage, décès)

Etat de vulnérabilité (*idées noires, manque de solutions*)

↓ Non-intervention, facteur de stress toujours présent

Etat de crise (*cristallisation, plan suicidaire*)

↓ Non-intervention, mauvaise évaluation, mauvais pronostic

Passage à l'acte suicidaire

Risque suicidaire

Tableau 2. Tableau récapitulatif pour la gestion du potentiel suicidaire: dépistage, évaluation, stratégie

R.U.D.: risque suicidaire (R), urgence de la menace (U), dangerosité du scénario suicidaire (D); CTB: centre de thérapie brève.

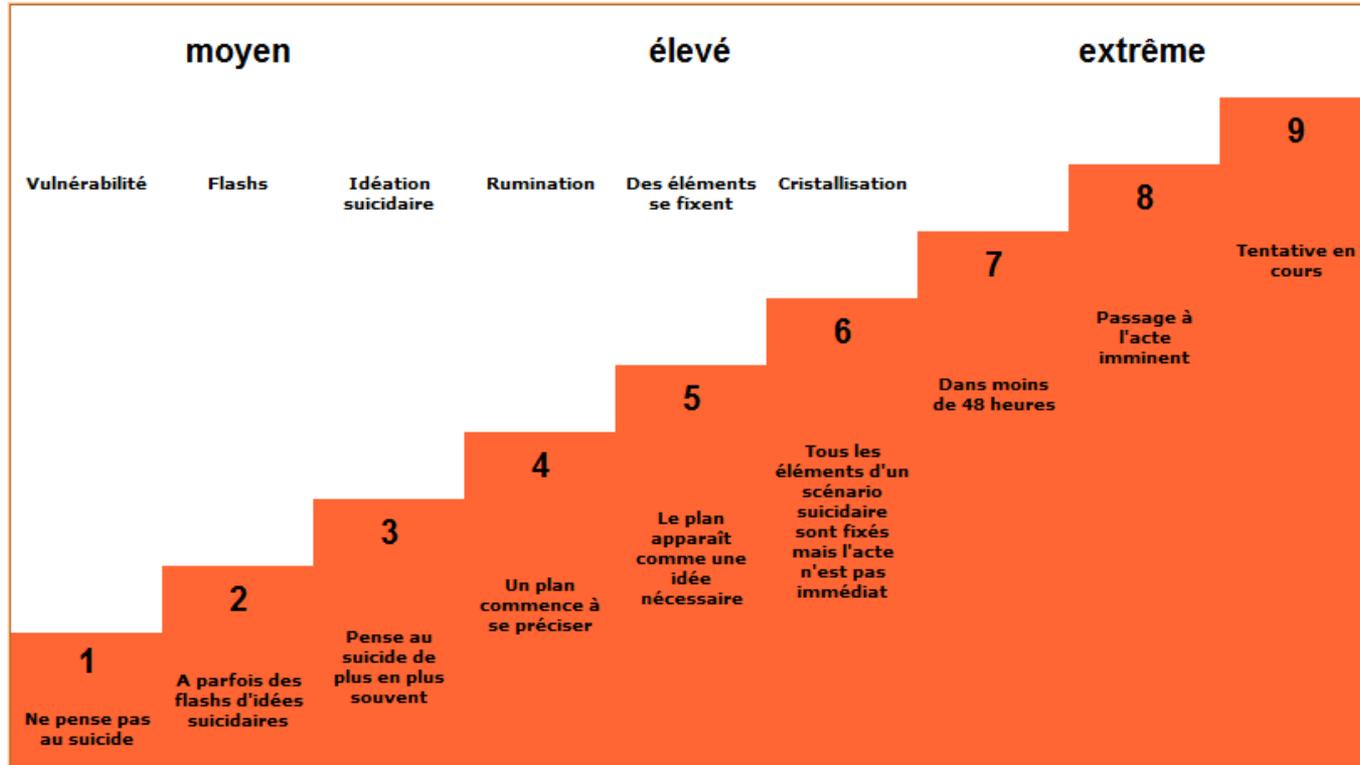
Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D.	Actions proposées
0	Pas de détresse	–	–
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D. faible	Suivi par généraliste
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D. faible	Suivi ambulatoire psychiatrique ou par généraliste
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. faible ou moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique
4	Idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation, selon alliance thérapeutique et engagement du patient
5	Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique (soutien CTB) si engagement du patient
6	Idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D. élevé	Hospitalisation
7	Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	R.U.D. élevé	Hospitalisation

Risque suicidaire

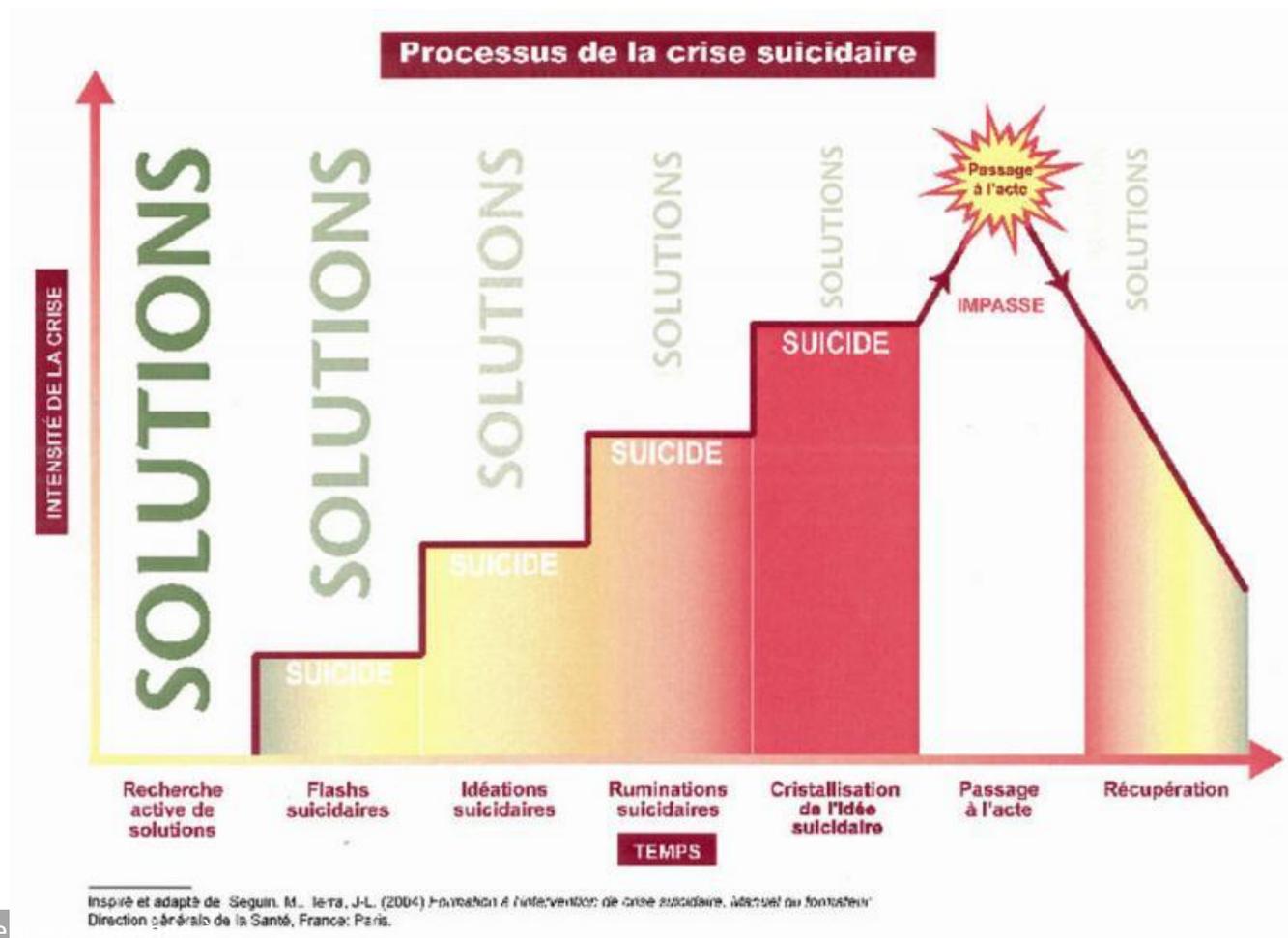


Risque suicidaire

Etapas du processus de la crise suicidaire



Risque suicidaire



Risque suicidaire

Est à considérer en urgence faible une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante ;
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

Risque suicidaire

Est à considérer en urgence moyenne une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ;
 - ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ;
 - a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

Risque suicidaire

Est à considérer en urgence forte une personne qui :

- est décidée ; sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ;
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- est très isolée.

Risque suicidaire

☐ 8 étapes de l'intervention :

- Etablissement d'un lien de confiance
- Explorer les émotions et les sphères de la souffrance
- Evaluation du potentiel suicidaire : RUD
- Identifier l'événement précipitant et atténuer son impact
- Formuler la crise
- Briser l'isolement
- Arrêt du processus autodestructeur
- Préparer l'après-crise