

FACTSHEET

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ ET PSYCHOTRAUMA- TOLOGIE

FPS, juin 2024

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos de la FSP	2
1. Définitions	3
1.1 La Satanic Panic	3
1.2 Mind Control	3
1.3 Distinction entre la Satanic Panic et le Mind Control, et la violence et la manipulation psychique dans d'autres contextes	4
2. Bases scientifiques	5
2.1 Dissociation	6
2.2 Trouble dissociatif de l'identité (partiel)	6
2.3 Controverses/mythes	7
2.4 Preuves scientifiques du trouble dissociatif de l'identité	8
2.5 Diagnostic différentiel	8
3. Le contexte juridique de la Satanic Panic	10
3.1 Classification selon la police	10
3.2 Le cas « Nathalie »	11
3.3 Conclusion	12
4. Bases déontologiques	13
5. Comportements recommandés	14
6. Références	15
À propos des auteur-e-s	17

Avant-propos de la FSP

Hamlet dit «There are more things in heaven and earth [...] than are dreamt of in your philosophy». Par cette phrase, il exprime le fait qu'il existe entre le ciel et la Terre des choses que nous ne sommes pas capables d'appréhender avec nos connaissances et notre imagination actuelles. Qu'il soit réel ou non, ce constat est utilisé par les adeptes de la théorie du complot pour défendre la «sagesse» de leurs idées. Il s'avère parfois utile de se questionner sur le champ de possibilités en dehors de nos connaissances et de notre imagination. Cela peut marquer le début d'une réflexion scientifique, qui nécessitera par la suite une étude scientifique afin de pouvoir répondre définitivement à la question. Les adeptes de la théorie du complot prennent ici un raccourci drastique : ils élèvent directement leurs prétendues connaissances non vérifiées au rang de sagesse.

Pour les autorités de poursuite pénale, les informations fournies autour de la Satanic Panic (ou panique satanique) sont faciles à vérifier. Jusqu'à présent, aucun fait allégué dans le cadre de la Satanic Panic n'a pu résister à l'une de leurs enquêtes. Cela doit donner à réfléchir.

Revenons-en à Hamlet : oui, il y a des choses que nous avons du mal à concevoir. Mais pas seulement car elles vont au-delà de notre imagination. Certaines choses sont tellement horribles, que nous ne voulons même pas les imaginer. Les actes les plus cruels perpétrés sur les enfants existent, tout comme le crime organisé. Les deux peuvent aller de pair, mais ce n'est pas nécessairement le cas. La Satanic Panic, quant à elle, va encore plus loin dans les allégations.

Nous remercions grandement nos auteures pour leur analyse complète et approfondie du sujet. Elle constitue une base importante pour aborder objectivement la Satanic Panic en thérapie, mais aussi pour mieux comprendre les traumatismes et leurs conséquences. Dans toute cette discussion, il ne faut pas oublier que les patientes et les patients traumatisés ont un urgent besoin d'aide et d'infrastructures adaptées. Il est donc primordial de surmonter le plus rapidement possible la Satanic Panic, afin que des établissements fonctionnels soient à nouveau disponibles.

Jacqueline Frossard, Dre en phil. et MLaw
Membre du comité de la FSP

1. Définitions

(B. Kleim / R. Bachem)

La gestion des souvenirs dans la thérapie des traumatismes et le traitement du trouble dissociatif de l'identité (TDI) représentent des thèmes très complexes et sensibles de la psychothérapie. Le terme de « Satanic Panic » a fait grand bruit dans les années 1980, notamment aux États-Unis, et ce phénomène n'est apparu dans le paysage médiatique suisse que très récemment.

La section suivante vise à expliquer les termes Satanic Panic et Mind Control. Pour cela, nous faisons une distinction avec d'autres formes réelles de violence. En outre, nous définissons le trouble dissociatif de l'identité et établissons les différences avec d'autres pathologies. Ce dernier point semble particulièrement important pour les thérapeutes, car il peut avoir des répercussions directes sur leur professionnalisme en matière de diagnostic et de traitement.

1.1 La Satanic Panic

Le terme de violence sataniste fait référence à des délits présumés commis par des cultes ou des groupes qui pratiquent des rituels satanistes impliquant de graves abus physiques et psychologiques, ainsi que des actes de violence sur leurs victimes. Ces accusations reposent souvent sur des allégations extrêmes, telles qu'une pratique de sacrifices humains, d'abus rituels sur des enfants et l'implantation de faux souvenirs dans la psyché des personnes concernées. Le phénomène est ainsi associé à l'exercice du Mind Control, ce qui est décrit dans la section suivante.

Les récits de Satanic Panic reposent sur des expériences subjectives et non confirmées. Ainsi, l'existence réelle de tels cultes ou actes est largement mise en doute et il n'en existe aucune preuve (voir à ce sujet le chapitre sur le contexte juridique).

1.2 Mind Control

Le terme Mind Control fait référence à différentes techniques, pratiques ou manipulations visant à contrôler ou à influencer la pensée, le comportement ou la prise de décision d'une personne. Les termes « programmation » ou « contrôle de l'esprit » sont également utilisés dans les médias et les discours non scientifiques à ce propos. Dans ce contexte, l'argument est le suivant : au cours de la petite enfance, les stimuli seraient couplés à des déclencheurs et à des réactions souhaitées à partir de processus de conditionnement. Il serait donc possible de générer des dissociations ciblées et de former une structure identitaire dissociative, pour ensuite entraîner et utiliser des éléments de personnalité aux fins d'exécution de crimes. Ces techniques font régulièrement l'objet de discussions dans les domaines de la psychologie, de la sociologie et des récits conspirationnistes. Mais il n'existe aucune preuve solide de l'existence et de la faisabilité de ces pratiques.

L'explication susmentionnée du Mind Control est controversée dans les milieux spécialisés et majoritairement critiquée, car il n'existe aucune preuve scientifique solide de l'existence et de l'efficacité de telles pratiques. Il est essentiel que la discussion autour de tels phénomènes soit étayée par des preuves empiriques. En raison du manque de preuves, les contributions sur le mode d'action du Mind Control doivent être abordées de manière critique. Elles ne donnent pas une image plus complète du TDI et d'autres maladies psychiques, et peuvent être source de confusion pour les médecins cliniciens. En outre, il est dangereux d'intégrer de telles allégations à la pratique, alors qu'il n'existe aucune preuve de leur existence ou de l'efficacité et de la sécurité des interventions correspondantes, car les conséquences pourraient être néfastes pour la patientèle et la qualité des soins psychothérapeutiques. Ces réflexions sont abordées plus loin dans le chapitre consacré à la classification scientifique.

Alors que les récits sur l'existence de la Satanic Panic et du Mind Control doivent être résolument remis en question, il est important de noter que la violence psychologique et physique existe bel et bien, mais qu'elle se produit dans d'autres contextes. Dans la prochaine section, nous ferons une distinction avec d'autres formes réelles de violence.

1.3 Distinction entre la Satanic Panic et le Mind Control, et la violence et la manipulation psychique dans d'autres contextes

(J. Frossard / B. Kleim / R. Bachem)

Les récits autour de la Satanic Panic font état d'une violence sexuelle et organisée. Nous expliquons rapidement et classons ces formes de violence ci-dessous.

La **violence (sexualisée)** peut apparaître dans divers contextes, y compris dans les familles, les groupes religieux, les institutions, les réseaux criminels ou lors de guerres et de conflits armés. Cette violence peut être subie par des individus seuls, par plusieurs individus, ou par un groupe en particulier. Cette forme de violence peut avoir pour principal objectif de satisfaire un seul individu, mais aussi d'humilier des adversaires ou de soumettre des personnes pour s'enrichir ensuite à leurs dépens. Au sein de ces structures, les dynamiques présentent généralement des différences considérables qu'il convient de distinguer.

La violence (sexualisée) **au sein de réseaux criminels** vise en premier lieu à obtenir l'obéissance de personnes pour s'enrichir ensuite à leurs dépens. Il s'agit d'une forme d'abus ou de violence sexuelle où les agresseurs agissent de manière organisée et coordonnée pour commettre des abus sexuels, une exploitation sexuelle ou des violences sur les victimes. La satisfaction de besoins (sexuels) individuels n'est donc pas nécessairement au premier plan. Il s'agit plutôt de soumettre des personnes à la prostitution ou à un autre travail dans des conditions proches de l'esclavage, par exemple, et de réaliser ainsi des gains matériels considérables, voire d'accroître son pouvoir.

La violence (sexualisée) lors de **guerres et de conflits armés** vise à humilier la partie adverse, à la vaincre et parfois aussi à imposer des enfants de sa propre ethnie à la population ennemie. L'objectif est ici la suprématie, la victoire et peut même prendre la forme d'une tentative de «nettoyage ethnique» au sens d'un génocide. La motivation est avant tout politique et stratégique. En temps de guerre, le nombre d'agressions individuelles peut toutefois augmenter en raison du manque de contrôle sur la situation. Ces dernières servent alors à la satisfaction du propre plaisir de l'auteur et n'ont pas lieu dans le contexte d'un appel à la violence (sexualisée). En règle générale, aucune relation personnelle n'est établie dans ce contexte.

Dans le cas de la violence sexualisée au sein de la **famille** ou de l'**environnement social**, les agresseurs cherchent en premier lieu leur propre satisfaction (sexuelle) ou l'évacuation de leurs tensions (sexuelles). Notamment au sein de la famille, aucun lien n'est créé pour pouvoir commettre les actes, puisque le lien et la dépendance (infantile) existent déjà par nature, ce qui permet souvent de perpétrer ces crimes pendant de longues périodes sans être inquiété-e.

La violence (sexualisée) au sein de **groupes religieux** et d'**institutions** est régulièrement dévoilée au grand jour, parfois des années plus tard. Dans ces contextes, les victimes sont généralement nombreuses, tous comme les agresseurs. Même si l'on peut supposer que ces agresseurs se connaissent et se couvrent mutuellement, la satisfaction des besoins (sexuels) individuels est ici au premier plan. En règle générale, il n'existe pas d'accords institutionnalisés au sens d'actions organisées ou coordonnées. Et même si cette forme de violence peut être fréquente, il convient de la distinguer clairement d'une action organisée.

Il est indiscutable qu'il existe bien des cas de violences sexuelles organisées. On retrouve dans la littérature scientifique et dans la pratique clinique des cas bien documentés d'abus sexuels organisés, basés sur des preuves et des témoignages solides. La violence sexuelle organisée a surtout lieu au sein de réseaux criminels (le plus souvent en lien avec la traite des êtres humains) ou lors de conflits armés dans l'objectif d'obtenir la souveraineté du pouvoir. Les agresseurs font partie d'une organisation qui agit de manière coordonnée. Il n'existe aucune preuve de l'existence de cette forme de violence (sexuelle) organisée dans des milieux spirituels, bien qu'elles auraient pu être facilement trouvées à partir des informations parfois fournies dans le cadre d'enquêtes pénales (voir à ce sujet la section sur le contexte juridique).

Outre la violence physique et sexualisée, des formes de manipulation psychique peuvent également apparaître dans le contexte de la violence organisée. Des recherches psychologiques menées auprès de victimes de la traite d'êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, ou de personnes ayant été prisonnières de guerre, ont fait état de techniques appliquant systématiquement la récompense et la punition pour créer une dépendance émotionnelle et une loyauté envers les agresseurs (Chambers et al., 2022). Les tactiques psychologiques impliquant le système d'attachement comprennent entre autres la construction d'une relation étroite entre l'agresseur et la victime, ainsi que l'établissement de l'agresseur comme source toute-puissante à la fois de souffrance et de soulagement (Herman, 1992). Ce type de lien peut persister même après la fin de la relation entre le survivant et l'agresseur, ce qui explique que les victimes puissent même défendre leurs agresseurs (Chambers et al., 2022).

Il importe ici de faire la distinction entre les liens affectifs et les dépendances (infantiles) déjà existants, et ceux qui sont établis dans le but d'être exploités. Les agresseurs profitent des liens existants (par exemple au sein de la famille) pour agir sans être inquiétés, car ils peuvent compter sur le silence des victimes ou s'en assurer en invoquant la dépendance («sinon, tu iras dans un foyer»). La situation est totalement inversée dans le crime organisé : la dépendance psychique, éventuellement physique (par exemple au moyen de drogues), ou émotionnelle est systématiquement établie afin d'exploiter ensuite la victime avec la plus grande efficacité possible. Il n'y a cependant aucune preuve que le Mind Control permette d'induire de manière ciblée des éléments dissociés de la personnalité qui pourraient ensuite être entraînés et utilisés par les agresseurs (voir à ce sujet les sections sur les bases scientifiques et le contexte juridique).

Malgré tout, la violence (sexuelle) organisée reste un défi, car elle s'accompagne souvent d'une dissimulation, de déséquilibres de pouvoir et de structures sociales complexes. La gestion de cette forme de violence nécessite une collaboration engagée entre les autorités de poursuite pénale, les psychologues, les travailleuses et travailleurs sociaux et d'autres professionnel-le-s afin de protéger les victimes, de leur apporter du soutien et de faire en sorte que les agresseurs répondent de leurs actes.

Les allégations concernant la violence satanique et le Mind Control suscitent d'importantes controverses et des débats au sein de la communauté de spécialistes. Ces phénomènes sont souvent discutés en lien avec des cas de TDI et d'autres troubles post-traumatiques. Raison pour laquelle nous proposons maintenant une description des troubles psychiques et une classification scientifique de ces maladies dans le contexte des récits de Satanic Panic.

2. Bases scientifiques

(B. Kleim / R. Bachem)

La psychotraumatologie est un domaine de spécialité interdisciplinaire qui englobe la psychologie, la médecine, le travail social et d'autres domaines, et qui vise à réduire la souffrance des personnes

ayant vécu des expériences traumatiques. Son champ d'action comprend l'étude des traumatismes, de leurs effets sur la psyché et le développement d'interventions efficaces pour traiter les séquelles des traumatismes. Il s'agit notamment du trouble de stress post-traumatique (TSPT), de sa forme complexe (TSPTc), des troubles dissociatifs et d'autres problèmes de santé mentale liés à des expériences traumatiques.

La psychotraumatologie vise essentiellement à développer et à explorer des interventions basées sur des preuves pour traiter les séquelles des traumatismes. Cela comprend notamment des approches psychothérapeutiques telles que la psychothérapie centrée sur le traumatisme (voir Schäfer et al., 2019). Dans la pratique clinique, les psychotraumatologues utilisent donc leurs connaissances et les résultats de leurs recherches pour aider les personnes souffrant de traumatismes et de leurs séquelles. Elles et ils proposent des évaluations diagnostiques et des traitements fondés sur des données probantes aux personnes traumatisées.

Les récits de Satanic Panic et les troubles psychiques post-traumatiques relèvent du domaine de la psychotraumatologie. Bien qu'il n'existe aucune preuve concrète de l'existence de réseaux d'agresseurs satanistes ou de la faisabilité des techniques de Mind Control, les maladies psychiques abordées en lien avec la Satanic Panic sont néanmoins réelles et méritent l'attention de la communauté clinique et de la recherche. La suite de la discussion mettra donc en lumière l'état actuel de la recherche sur le trouble dissociatif de l'identité, afin d'approfondir les connaissances sur ce trouble et les séquelles psychiques similaires des traumatismes.

2.1 Dissociation

La CIM-11 définit la dissociation comme une perturbation ou une interruption involontaire de l'intégration normale des expériences biopsychosociales d'une personne, telles que son identité, ses sensations, sa perception, ses pensées, ses souvenirs, ses émotions ou son contrôle moteur. La perturbation ou la discontinuité peut être totale, mais elle est plus souvent partielle et peut varier d'un jour, voire d'une heure à l'autre (WHO, 2018). Les symptômes dissociatifs peuvent avoir un impact considérable sur la vie quotidienne et le bien-être psychique de la personne concernée. Ils se manifestent dans le cadre de différents troubles ayant chacun des caractéristiques et des effets propres.

2.2 Trouble dissociatif de l'identité (partiel)

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI) est souvent considéré comme la forme la plus grave des troubles dissociatifs (Gast et al., 2006), mais toutes les personnes présentant des symptômes dissociatifs ne développent pas ce type de trouble. Le TDI a été reconnu comme un trouble psychique à part entière dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) publié dans les années 1980, et dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) à partir de 1991. Autrefois appelé «trouble de l'identité multiple», ce terme est aujourd'hui considéré comme obsolète, car il ne reflète pas de manière adéquate la complexité et les multiples facettes du trouble. Le TDI se caractérise par la présence d'au moins deux états de personnalité ou identités distincts qui contrôlent alternativement le comportement, les pensées et les souvenirs de la personne concernée. Ces différentes identités peuvent inclure différents noms, sexes, âges et traits de personnalité. Chacune de ces identités peut avoir son propre ensemble unique de souvenirs, de comportements et de caractéristiques. Les transitions entre les identités peuvent être abruptes ou progressives, et elles s'accompagnent souvent de pertes de mémoire pendant certaines périodes (OMS, 2018).

Le diagnostic de TDI s'accompagne désormais d'un diagnostic apparenté appelé «trouble dissociatif de l'identité partiel» (6B65) : contrairement au TDI, celui-ci se caractérise par des dissociations

moins marquées entre les états de la personnalité. Bien que des actions partiellement dissociées soient régulièrement observées, le TDI partiel n'entraîne généralement pas d'amnésie liée au traumatisme (Raison & Andrea, 2023; WHO, 2018).

Le TDI est actuellement appréhendé comme un trouble du développement post-traumatique chronique et complexe, où les expériences traumatisantes commencent généralement dans la petite enfance (0-6 Jahre; Raison & Andrea, 2023). L'exposition répétée à des traumatismes, en particulier à des abus sexuels ou physiques, conduit le cerveau à décontextualiser le traitement des états cognitifs et/ou émotionnels et des souvenirs, et favorise ainsi l'émergence d'états dissociatifs de soi (Brand & Loewenstein, 2014; Raison & Andrea, 2023). Le clivage dissociatif d'éléments de la personnalité sert de mécanisme d'adaptation de la psyché pour faire face à des expériences insupportables (Raison & Andrea, 2023). Dans un contexte de traumatismes interpersonnels précoces, les réactions dissociatives peuvent donc être comprises comme des réactions adaptatives permettant la survie et la poursuite du fonctionnement (Temple, 2019). Elles deviennent maladaptatives si elles persistent alors que les menaces interpersonnelles n'existent plus. À long terme, le TDI entraîne des souffrances et des handicaps importants, car les personnes concernées ont des difficultés à maintenir une image cohérente d'elles-mêmes et à gérer leur vie quotidienne. Celle-ci s'avère d'autant plus difficile que les personnes concernées se détachent souvent inconsciemment du quotidien, dès que des déclencheurs externes ou internes signalent un danger (Mueller-Pfeiffer et al., 2012).

À partir des résultats d'une revue de Temple (2019), on peut supposer une prévalence d'environ 1 % dans la population générale et de 2 à 5 % dans les populations de patientes et patients psychiatriques hospitalisés. Ces chiffres sont comparables à la prévalence de la schizophrénie (Rössler, 2011). Les femmes représentent la grande majorité de la patientèle atteinte de TDI (z.B. Fedai & Asoğlu, 2022).

2.3 Controverses/mythes

Le TDI reste un trouble controversé dans les milieux spécialisés. Outre le modèle traumatique qui conceptualise le TDI comme une conséquence d'un traumatisme grave de l'enfance, une deuxième hypothèse sur l'origine du TDI est discutée dans la littérature. La théorie iatrogène, également appelée modèle du fantasme, postule que la dissociation est due à la suggestibilité dans les thérapies, la simulation, les distorsions cognitives ou les faux souvenirs chez les personnes vulnérables, souvent exposées à des traumatismes (Lynn et al., 2014).

Étant donné que les médias (films hollywoodiens, contenus YouTube avec des témoignages, blogs) fournissent de très nombreuses informations sur le TDI, les personnes éprouvant de la confusion par rapport au concept de soi peuvent découvrir ce diagnostic par divers canaux. Il arrive que des personnes souffrant de problèmes psychiques croient se reconnaître dans l'éventail des symptômes du TDI et en rapportent plus tard (même involontairement) les symptômes principaux de manière très convaincante dans le contexte thérapeutique («TDI imité»). En outre, il arrive également que certains cas soient mal diagnostiqués par des professionnel-le-s insuffisamment qualifié-e-s. Pour ces patientes et patients, le modèle du fantasme peut tout au plus constituer une approche explicative pertinente (Pietkiewicz et al., 2021).

Classification dans le contexte de la Satanic Panic

Alors que le TDI existe et que cette pathologie est basée sur l'exposition à des traumatismes, notamment à des abus sexuels et physiques, il n'existe aucune preuve du TDI dans le contexte de la Satanic Panic (voir à ce sujet la section sur le contexte juridique). De plus, il n'est pas scientifiquement prouvé qu'un TDI puisse être généré consciemment, comme le décrit le phénomène du Mind Control. Pour évaluer l'existence d'un TDI, il est essentiel de procéder à un diagnostic différentiel minutieux, raison pour laquelle la distinction entre le TDI et d'autres pathologies est abordée ci-après.

Néanmoins, il existe aujourd'hui suffisamment de preuves psychologiques et neurophysiologiques qui confirment l'existence du diagnostic de TDI, indépendamment des faux diagnostics positifs ou des cas de «TDI imité». Nous vous présentons ci-dessous des principales études.

2.4 Preuves scientifiques du trouble dissociatif de l'identité

Certaines études psychologiques ont pu démontrer empiriquement le lien entre le traumatisme et la dissociation, même si la tendance au fantasme a été contrôlée statistiquement (Dalenberg, 2012). En outre, une comparaison entre des patient-e-s atteint-e-s de TDI et un groupe de contrôle sain a montré que les premières personnes n'étaient pas plus sujettes aux fantasmes ou sensibles aux tentatives d'influence et ne créaient pas plus de faux souvenirs (Vissia et al., 2016).

L'étude des changements neurologiques liés à la pathologie du TDI constitue une approche particulièrement fructueuse en lien avec la controverse sur l'existence du TDI. Par rapport aux personnes du groupe de contrôle sain, les images cérébrales des sujets atteints de TDI montrent par exemple des volumes corticaux et sous-corticaux réduits dans l'hippocampe, l'amygdale, les régions associées à la perception et à la conscience de la personne, les structures pariétales et les régions frontales du cerveau (Blihar et al., 2020).

Afin d'étudier la simulation éventuelle de dissociations, l'activité cérébrale de patientes atteintes de TDI a été comparée à l'activité cérébrale d'actrices simulant un TDI pendant la confrontation subliminale avec des visages en colère ou neutres. Les patientes atteintes de TDI ont montré des réactions biopsychosociales qui ne pouvaient pas être simulées par des actrices (par exemple, une activation plus forte dans le tronc cérébral, dans les régions sensibles au visage et dans les zones motrices après la confrontation avec des visages neutres). En outre, des différences neuronales ont été détectées, à un niveau préconscient, entre une «partie apparemment normale» et une «partie émotionnelle» chez les patientes TDI. Par exemple, la «partie émotionnelle» a montré une activation plus importante du gyrus parahippocampique droit, une structure cérébrale impliquée dans les souvenirs autobiographiques, en présence d'images neutres (Schlumpf et al., 2013).

2.5 Diagnostic différentiel

Le diagnostic et la classification des troubles dissociatifs sont complexes et nécessitent une évaluation clinique minutieuse menée par des professionnel-le-s qualifié-e-s. Les personnes atteintes de TDI suivent généralement un traitement psychothérapeutique pendant des années avant de recevoir le bon diagnostic (Brand et al., 2016). Les principales difficultés liées au diagnostic du TDI résident dans le fait que les patient-e-s présentent généralement un fort comportement d'évitement et que les symptômes dissociatifs, générant de la honte, ne sont souvent rapportés que sur demande directe (Pietkiewicz et al., 2021). Dans le cadre du diagnostic et de la thérapie, il est extrêmement important d'éviter les questions suggestives, car elles peuvent fausser les résultats et conduire à des diagnostics ou des traitements erronés. Il est nécessaire de créer un environnement dans lequel la patientèle se sent en sécurité pour partager des informations authentiques, sans être influencée par la nature de la question. Une évaluation diagnostique minutieuse et une thérapie appropriée sont essentielles pour répondre aux besoins et soutenir le processus de guérison des personnes concernées.

Le TDI présente certaines caractéristiques phénoménologiques qui se recoupent d'autres troubles, en particulier le trouble de la personnalité borderline et la schizophrénie, ce qui complique l'établissement d'un diagnostic. Il est donc essentiel de procéder à un examen précis et à un diagnostic différentiel. Les pathologies sont différenciées ci-après.

Distinction avec le trouble de la personnalité borderline (TPB) : Au premier abord, le TPB et le TDI semblent avoir des profils de symptômes très similaires et difficiles à distinguer l'un de l'autre : les troubles de l'identité, les changements d'humeur soudains, les comportements impulsifs à risque, l'automutilation et les tentatives de suicide sont fréquents dans les deux troubles. Toutefois, alors que les personnes atteintes de TDI font état d'amnésies lors de certaines expériences vécues dans des états de dissociation de la personnalité, les personnes atteintes de TPB peuvent généralement se souvenir de leurs actions au-delà de différents états émotionnels (Brand et al., 2016). L'altération du vécu identitaire est en outre moins profonde chez les cas borderline, de sorte qu'ils n'attribuent pas leurs propres actes à une « autre personne » (Gast et al., 2006). Néanmoins, le TDI et le TPB sont souvent comorbides. Selon différentes études, 10 à 24 % des personnes atteintes de TPB remplissent les critères du TDI. À l'inverse, 31 à 73 % des personnes atteintes de TDI remplissent les critères d'un trouble de la personnalité borderline comorbide (revue de Brand et al., 2016).

Distinction avec la schizophrénie : Le TDI peut être confondu avec la schizophrénie, notamment en raison des symptômes d'entente dissociative de voix. Dans les deux types de troubles, les voix peuvent être interprétées comme venant de l'intérieur, plus fréquemment dans le cas du TDI. Chez les patient-e-s qui décrivent uniquement des voix extérieures, la probabilité d'une schizophrénie est plus grande que celle d'un TDI (Dorahy et al., 2023). Dans le cas d'un TDI, la plupart des troubles du raisonnement formels et contextuels et des symptômes paranoïaques sont absents (Gast et al., 2006). Enfin, la distinction du TDI est également possible en raison de l'absence de symptômes négatifs dans ce cas (Fedai & Asoğlu, 2022).

3. Le contexte juridique de la Satanic Panic

Le terme de violence sataniste fait référence à des délits présumés commis par des cultes ou des groupes qui pratiquent des rituels satanistes impliquant de graves abus physiques et psychologiques, ainsi que des actes de violence sur leurs victimes. Ces accusations reposent souvent sur des allégations extrêmes, telles qu'une pratique de sacrifices humains, d'abus rituels sur des enfants et l'implantation de faux souvenirs dans la psyché des personnes concernées.

De telles accusations tombent sous le coup du code pénal et sont poursuivies d'office. Les médias se sont fait l'écho de plusieurs événements, comme le cas « Leonie »¹, à la clinique privée de Meiringen et au centre psychiatrique de Münsingen, qui a par la suite fait l'objet d'une enquête² qui a permis de relever des erreurs et de prendre des mesures. La clinique Littenheid en Thurgovie a également fait l'objet de critiques. Là encore, une enquête externe a été menée et des plaintes pénales ont été déposées. À Soleure, une enquête a été menée sur le cas « Nathalie »³, dans lequel un père aurait abusé de sa fille dans le cadre d'une violence rituelle. Cette enquête a également débouché sur une procédure pénale qui sera développée plus loin.

Les éventuels cas de violence rituelle font donc l'objet d'une enquête pénale par les autorités compétentes. Quels ont été les résultats de ces procédures et comment la police voit-elle la situation actuelle? La présente section vise à clarifier de telles questions et situe le phénomène de la violence rituelle selon le droit pénal. Elle aborde également plus en détail le cas « Nathalie » et tire des conclusions.

3.1 Classification selon la police

Il ressort d'une demande du Conseil d'État zurichois et de la prise de position officielle de la police cantonale zurichoise qui s'en est suivie en 2019, qu'aucune statistique n'est tenue sur le nombre de cas de violence rituelle, car il ne s'agit pas d'un délit en tant que tel. De tels cas seraient couverts par d'autres éléments constitutifs comme la contrainte sexuelle, le viol, les lésions corporelles, la privation de liberté ou les menaces. En septembre 2023, la police cantonale bernoise a confirmé cette position à sa propre demande. En outre, aucun cas n'a été signalé à Berne. En revanche, il ressort du communiqué de la police cantonale zurichoise de 2019 que quelques procédures concernant la violence rituelle étaient en cours auprès du ministère public, mais qu'elles étaient peu nombreuses par rapport à l'ensemble des délits violents et sexuels examinés. La police cantonale informe la population sur les affaires en cours.

Dans sa prise de position, elle indique en outre la nécessité de distinguer la violence organisée et la violence rituelle. Cette dernière est généralement influencée par des attitudes religieuses, culturelles ou idéologiques. Il convient ainsi de distinguer le phénomène de la violence rituelle d'autres formes réelles de violence et de criminalité organisée comme la traite des êtres humains. Toute organisation criminelle est considérée comme une infraction spécifique (art. 260^{er} CP). La violence organisée est donc bien soumise au code pénal et les cas correspondants ainsi que la découverte de telles organisations sont poursuivis. Enfin, le fait qu'aucun cas de violence rituelle n'ait jamais été confirmé ne nie pas l'existence du crime organisé. Cela signifie qu'il n'y a tout simplement aucune

¹ Stämpfli, I. (2023). «Leonies Fall zeigt die tragischen Folgen von «satanic panic». SRF.

² DSSI (2022). Les conclusions du rapport sur le Centre psychiatrique de Münsingen. *Canton de Berne*.

³ Regionaljournal Aargau Solothurn (2022). Sexuelle Gewalt an Kind: Staatsanwaltschaft findet keine Beweise. SRF.

preuve de l'existence d'un groupe pratiquant la violence rituelle, et ce malgré les enquêtes récurrentes menées dans ce sens depuis les années 1980. L'existence de réseaux sataniques et leur capacité à influencer mentalement les victimes sont étudiées depuis des années dans de nombreux pays, mais aucun indice n'a jamais été trouvé (Schetsche & Schmidt, 2015). De nouvelles enquêtes sont régulièrement menées. Le cas « Nathalie »⁴, survenu dans le canton de Soleure, est un exemple des procédures menées au cours des dernières années. Le cas et les résultats de l'enquête sont présentés dans la section suivante.

3.2 Le cas « Nathalie »

Le cas « Nathalie » a été examiné par la Cour suprême du canton de Soleure. Le ministère public a engagé une procédure suite à des accusations d'actes sexuels multiples, de viol, d'agression sexuelle, de pornographie et de menaces à l'encontre du père d'une fillette alors âgée de 9 ans. Les récits de la jeune fille comprenaient également des rituels satanistes et des mises à mort rituelles. Diverses mesures de contrainte ont été mises en œuvre dans le cadre de l'enquête, dont une perquisition du domicile, de différents supports de données et du téléphone mobile. En outre, diverses personnes ont été entendues par le ministère public. La procédure a finalement été classée faute de preuves objectives et sur la base de l'expertise d'une psychologue spécialisée en psychologie légale, qui soulignait la probabilité d'une construction suggestive des déclarations. Le Tribunal fédéral⁵ a décidé que le ministère public avait classé la procédure à juste titre. L'enquête de la Cour suprême conclut que les accusations sont le produit de processus suggestifs. « Nous avons pu identifier de nombreux facteurs suggestifs en interaction et qui peuvent expliquer toutes les déclarations [...] comme étant le produit d'un pseudo-souvenir. » Cette conclusion n'est pas seulement possible, mais aussi très probable. L'analyse montre qu'en plus de l'absence de preuves, les déclarations de la jeune fille ne semblent pas objectivement crédibles.

Elles contiendraient diverses impossibilités physiques, des indications inconstantes et des changements dans les déclarations au fil du temps, ainsi que des contradictions majeures. Les arguments invoqués aux fins de plausibilité, tels que la honte ou le traumatisme, et qui devaient expliquer de telles déclarations, ont été rejetés notamment en raison d'erreurs logiques et de l'absence de connaissances en psychologie du développement. Par exemple, au cours des premières années des

Comment explique-t-on les représentations de la Satanic Panic?

L'expertise part du principe qu'un processus suggestif a été mis en place par le biais d'images mentales intenses de l'événement supposé. Les souvenirs ne sont donc pas réels, mais ils ont été induits de l'extérieur, c'est-à-dire suggérés, jusqu'à ce qu'ils soient perçus comme vrais. Dans le cas « Nathalie », la mère avait ce type de points de vue et les a en quelque sorte inculqués à l'enfant. Dans d'autres cas, un traitement inadéquat mis en place par une personne chargée du soutien psychologique et qui a suggéré une violence rituelle, a généré de telles représentations. En effet, selon la psychologue spécialisée, l'utilisation répétée d'images les rend familières, vivantes et faciles à se remémorer, de sorte qu'on les perçoit comme réellement vécues. Le processus est renforcé lorsqu'une personne de référence soutient la personne en doute dans cette idée. La réceptivité aux effets suggestifs naît d'un état de carence cognitive ou émotionnelle et de besoins structurels momentanés qui seraient nourris par la solution suggérée.

⁴ Décision de classement BKBES.2022.72 Cour suprême, Soleure

⁵ Arrêt du Tribunal fédéral : 7B_28/2023, 24.10.2023

activités présumées, la jeune fille était si jeune qu'elle n'aurait pas été en mesure de garder les événements pour elle, n'ayant pas encore atteint l'âge auquel se développe le concept du secret. Autre exemple : la description de la fillette selon laquelle son père aurait attrapé une biche à mains nues et en aurait abusé, ce qui semble impossible. Le rapport précise enfin que toutes les clarifications et enquêtes possibles et imaginables ont été menées, mais qu'aucune preuve d'infraction n'a pu être trouvée.

3.3 Conclusion

La décision de justice rendue dans le cas « Nathalie » en janvier 2023 mentionne clairement qu'il n'existe à ce jour aucune preuve d'une situation confirmée de violence rituelle et que, malgré les enquêtes intensives menées par la police et le ministère public dans de nombreux pays, l'existence de tels cercles et rituels n'a jamais pu être prouvée. Les pseudo-souvenirs pouvant être générés par des processus d'autosuggestion et de suggestion extérieure constituent une explication possible. La théorie de la violence rituelle se soustrait en outre à la critique, car même l'absence de preuves est perçue comme une preuve de l'organisation réussie du groupe. Le phénomène de violence rituelle échappe donc au contrôle de la réalité, et la Cour suprême le considère comme un récit conspirationniste.

Le rôle des thérapeutes consiste à fournir un traitement psychologique basé sur des preuves scientifiques et réelles. La recherche de la vérité est laissée à l'instance pénale, et selon les déclarations de cette dernière, on peut supposer, en temps voulu, qu'aucune violence rituelle n'est exercée et que ce phénomène repose sur de faux souvenirs induits.

Lorsque des actes relevant de la violence rituelle sont décrits dans le cadre d'une consultation ou d'une psychothérapie, les psychologues clinicien-ne-s et les thérapeutes traitants ne doivent pas mener leurs propres recherches, même s'ils soupçonnent que les faits décrits sont objectivement exacts. Dans de tels cas, il convient de tenir compte des recommandations ci-dessous et de ne pas oublier que les traitements basés sur la croyance en la violence rituelle peuvent être dangereux, car ils peuvent générer des représentations et aggraver la situation des personnes concernées.

4. Bases déontologiques

(J. Frossard / S. Blickenstorfer)

Principes de base, infractions

Le code de déontologie a pour but de garantir l'éthique et la qualité des prestations psychologiques, de renforcer la confiance entre les psychologues et leurs clientes et clients ou leurs patientes et patients, de préserver la bonne réputation des professions de la psychologie et de protéger le public contre toute utilisation abusive de la psychologie.

Le code de déontologie a valeur contraignante pour les membres de la FSP. Ceux-ci doivent exercer leur activité professionnelle en s'inspirant des normes éthiques ancrées dans le code déontologique. En adhérant à la FSP, chaque membre s'engage à le respecter. En cas d'infraction au code, une plainte peut être déposée auprès de la FSP contre le membre concerné.

Les membres de la FSP sont conscients de leurs responsabilités professionnelles à l'égard de leurs clientes et clients, de leurs patientes et patients, de leurs collègues, ainsi qu'à l'égard de la société. Ils évitent de porter préjudice à autrui et sont responsables de leurs actes⁶.

Les membres de la FSP sont dans l'obligation d'assurer un niveau de compétences le plus élevé possible de leurs activités psychologiques et de s'employer à le maintenir. Ils doivent connaître leurs limites et peuvent fournir uniquement les prestations pour lesquelles ils disposent des connaissances et des capacités nécessaires en raison de leur formation de base, postgrade et continue ou de leur expérience⁷.

En outre, les membres de la FSP renoncent à exercer toute forme d'influence idéologique ou religieuse⁸.

Selon ces dispositions, les psychologues doivent donc travailler selon des méthodes scientifiques reconnues. Leur travail repose en premier lieu sur leurs connaissances psychologiques et scientifiquement fondées. Les demi-vérités, voire les contre-vérités, peuvent certes être abordées avec la patientèle en cas de besoin, mais elles doivent être clairement énoncées comme telles. Si ce n'est pas le cas, la ou le psychologue s'approche non seulement de l'exercice d'une influence idéologique, ce qui est clairement interdit par le Code de déontologie, mais s'éloigne également de son engagement à garantir la qualité professionnelle et la démarche scientifique exigées par le Code de déontologie.

Un tel comportement peut être sanctionné par la CDD, la Chambre de déontologie de la FSP, qui peut entre autres décider d'un blâme, de l'obligation de participer à des séminaires de formation continue et des séances de supervision, d'une amende pouvant aller jusqu'à 25 000 CHF, et/ou de l'exclusion de la FSP⁹.

En droit pénal, la recherche de la vérité est indubitablement en dehors de la compétence psychologique. Elle nécessite des connaissances spécifiques et les psychologues doivent impérativement s'abstenir de s'engager dans cette direction. Si les psychologues le font quand même, elles et ils

⁶ Art. 3 Code de déontologie de la FSP

⁷ Chiffre 2 Code de déontologie en lien avec l'art. 4 Code de déontologie de la FSP

⁸ Art. 9 al. 2 Code de déontologie et art. 31 Code de déontologie

⁹ Art. 20 Règlement de la Chambre de déontologie

dépassent les limites de leurs compétences, mais peuvent aussi compromettre le traitement pénal correct d'un cas et empêcher qu'il soit soumis à une évaluation judiciaire.

5. Comportements recommandés

(J. Frossard / S. Blickenstorfer)

Comment procéder si une patiente ou un patient insiste pour que la violence vécue soit reconnue selon les représentations de la Satanic Panic?

Il peut arriver qu'une patiente ou un patient avec qui une solide alliance thérapeutique a déjà été instaurée insiste que le fait qu'elle ou il ait été victime de la Satanic Panic. La ou le psychothérapeute peut alors se trouver confronté à un dilemme en ne voulant pas mettre en péril la bonne alliance thérapeutique, et donc l'objectif d'une psychothérapie aussi réussie que possible.

Il s'agit ici de détecter suffisamment tôt les situations de conflits éthiques et de chercher à les résoudre en effectuant une pesée minutieuse des biens et intérêts en présence. L'article 6 du Code de déontologie prévoit qu'en cas de doute relatif au comportement éthique qui s'impose ou si celui-ci est contraire à la législation ou à d'autres réglementations contraignantes, les membres peuvent s'adresser à la CDD pour se faire conseiller. En cas de doute sur des questions juridiques, les membres de la FSP peuvent également contacter le service juridique de la FSP.

Si l'évolution ultérieure démontre que la thérapie ne peut pas apporter les bénéfices souhaités, il est nécessaire d'y mettre fin. L'article 29 du Code de déontologie oblige les membres de la FSP à mettre fin aux psychothérapies lorsqu'ils jugent, en se basant sur leurs connaissances et leurs capacités, que les patientes et patients n'en retirent plus aucun bénéfice direct.

Que faire si j'entends parler de collègues qui pratiquent la thérapie selon les représentations de la Satanic Panic?

Les membres sont légitimés à annoncer à la CDD les comportements inadéquats d'autres membres.¹⁰ Ils doivent se comporter de manière loyale envers leur profession et traiter leurs collègues avec respect, en s'abstenant de toute critique subjective¹¹.

Lorsqu'ils ont connaissance d'un comportement éthiquement inadéquat de la part d'un ou d'une collègue, les membres ont le droit de le lui signaler confidentiellement.

Dans tous les cas, des organes de surveillance cantonaux ou l'organisation professionnelle du groupe concerné peuvent également être informés en cas de constatation d'un comportement thérapeutique préjudiciable.

¹⁰ Art. 6 Code de déontologie

¹¹ Art. 12 Code de déontologie

6. Références

- Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., & Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 100148. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100148>
- Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(1), 52–65. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.828150>
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000100>
- Chambers, R., Gibson, M., Chaffin, S., Takagi, T., Nguyen, N., & Mears-Clark, T. (2022). Trauma-coerced attachment and complex PTSD: Informed care for survivors of human trafficking. *Journal of Human Trafficking*, 10(1), 41–50. <https://doi.org/10.1080/23322705.2021.2012386>
- Dorahy, M. J., Nesbit, A., Palmer, R., Wiltshire, B., Cording, J. R., Hanna, D., Seager, L., & Middleton, W. (2023). A comparison between auditory hallucinations, interpretation of voices, and formal thought disorder in dissociative identity disorder and schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 79(9), 2009–2022. <https://doi.org/10.1002/jclp.23522>
- Dalenberg, C.J., Brand, B.L., Gleaves, D.H., Dorahy, M.J., Loewenstein, R.J., Cardeña, E., Frewen, P.A., Carlson, E.B., Spiegel, D., 2012. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol. Bull.* 138, 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Fedai, Ü. A., & Asoğlu, M. (2022). Analysis of demographic and clinical characteristics of patients with dissociative identity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 3035–3044. <https://doi.org/10.2147/NDT.S386648>
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E. R. S., Reddemann, L., & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 3193–3200.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic books.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M., & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140(3), 896–910. <https://doi.org/10.1037/a0035570>
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., Pitman, R. K., & Rufer, M. (2012). Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 475–481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.028>
- Pietkiewicz, I. J., Bańbura-Nowak, A., Tomalski, R., & Boon, S. (2021). Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637929>
- Raison, A., & Andrea, S. (2023). Childhood trauma in patients with Dissociative Identity Disorder: A systematic review of data from 1990 to 2022: Psychotraumatisme dans l'enfance et survenue du trouble dissociatif de l'identité: une revue systématique des données publiées entre 1990 et 2022. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 7(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100310>
- Rössler, W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 11(48), 885–888. <https://doi.org/10.4414/smf.2011.07694>
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W., 2019. *Posttraumatische Belastungsstörung. S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psycho-traumatologie (DeGPT)*. Springer Verlag, Berlin.

- Schetsche, M. & Schmidt, R. (2015). Fremdkontrolle – eine exemplarische Einführung. Dans : Schetsche, M. & Schmidt, R. (Hrsg.) *Fremdkontrolle*. Wiesbaden: Springer.
- Schlumpf, Y., Nijenhuis, E., Chalavi, S., Weder, E., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Simone Reinders, A. Jäncke, L. 2013. Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage Clin.* 12(3), 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002>
- Temple, M. J. (2019). Understanding, identifying and managing severe dissociative disorders in general psychiatric settings. *BJPsych Advances*, 25(1), 14–25. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.54>
- Vissia, E.M., Giesen, M.E., Chalavi, S., Nijenhuis, E.R.S., Draijer, N., Brand, B.L., Reinders, A.A.T.S. 2016. Is it Trauma- or Fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. *Acta Psychiatr. Scand.* 134, 111–128. <https://doi.org/10.1111/acps.12590>
- OMS. (2018). *Classification internationale des maladies 11e révision (CIM-11)*. Organisation mondiale de la santé.

À propos des auteur-e-s

Prof. Dre Birgit Kleim



Professeure de psychopathologie expérimentale et de psychothérapie à l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich

Responsable du service de psychologie-psychothérapie de la psychiatrie et psychothérapie de l'adulte à la clinique psychiatrique universitaire de Zurich

L'auteure a terminé ses études de psychologie à l'Université Albert Ludwig de Fribourg-en-Brisgau et a obtenu son doctorat en psychologie clinique au King's College de Londres, l'une des universités les plus prestigieuses au monde. Birgit Kleim travaille à présent à l'Université de Zurich sur les maladies psychiques, la résilience dans le contexte d'événements potentiellement traumatisants et la psychothérapie fondée sur des preuves. La recherche est liée au quotidien clinique dans la plus grande clinique psychiatrique universitaire de l'adulte de Suisse, où Birgit Kleim est cheffe de service.

Dre phil. Rahel Bachem



Maîtresse-assistante et responsable de groupe de travail au département de psychopathologie et d'intervention clinique de l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich

L'auteure a fait ses études de psychologie à l'Université de Zurich et a obtenu son doctorat en psychologie au même endroit avec la mention *summa cum laude*. Elle est en outre titulaire d'une autorisation de pratiquer la psychothérapie dans le canton de Zurich et a travaillé dans le service spécialisé dans les troubles post-traumatiques du département de psychiatrie intégrée à Winterthour. À l'Université de Zurich, elle mène des recherches sur le traumatisme psychologique, le stress et les troubles post-traumatiques, sur la santé psychique des réfugié-e-s et sur les troubles de l'adaptation.

Dre phil. Jacqueline Frossard



Psychothérapeute, psychologue d'urgence et juriste indépendante

Juge au tribunal cantonal de Bâle-Ville

Membre du Comité de la FSP

L'auteure a suivi ses études de psychologie dans les universités de Bâle et de Zurich et a obtenu son doctorat en psychologie clinique à l'Université de Bâle. Parallèlement à son activité professionnelle, elle a également étudié le droit auprès d'UniDistance Suisse et à l'Université de Bâle. De plus, elle possède une formation complémentaire de psychologue spécialiste en psychothérapie et une certification de psychologue d'urgence. Elle est aujourd'hui consultante indépendante en droit et en psychologie et juge au tribunal cantonal de Bâle-Ville. Elle organise en outre des formations et est active en tant que membre du Comité de la FSP.

Snezana Blickenstorfer



Secrétaire générale adjointe de la FSP, responsable Droit et finances, avocate

Snezana Blickenstorfer a étudié le droit aux universités de Zurich, Fribourg et Deusto à Bilbao. Elle est titulaire du brevet d'avocat du canton de Zurich. Snezana Blickenstorfer est secrétaire générale adjointe de la FSP et responsable Droit et finances.

Arno Rothenbühler



Spécialiste Affaires politiques et communication de la FSP

L'auteur a étudié les sciences politiques à l'Université de Berne et travaille comme spécialiste Affaires politiques et communication à la FSP.