

ASSOMPTION¹

PHILIPPE METTOUX*

Lorsque le 26 juillet 1995, au lendemain de l'attentat terroriste de la station RER Saint-Michel, le président de la République française, M. Jacques Chirac, rendit visite aux blessés dans un hôpital parisien, il fut frappé de constater leur grande détresse psychologique qui leur faisait vivre et revivre les épreuves traumatisantes qu'ils avaient éprouvées la veille. Agitées ou hébétées, toutes angoissées et prises de sanglots, certaines victimes étaient sujettes à des reviviscences hallucinatoires de l'événement, d'autres avaient passé une nuit d'alerte, ne parvenant à trouver le sommeil que péniblement, réveillées en sursaut par le moindre bruit ou par des cauchemars récurrents.

Le chef de l'État demanda donc au ministre de l'action humanitaire d'urgence, le Dr Xavier Emmanuelli, de prendre des dispositions pour que les blessures psychiques des victimes soient identifiées et prises en charge précocement, au même titre que leurs plaies physiques. Ce dernier donna immédiatement mission à un médecin général, connu pour ses travaux dans le domaine du psychotraumatisme en temps de guerre, le Pr Louis Crocq, de constituer une équipe de travail et de proposer au plus vite un dispositif de prise en charge de ces blessés psychologiques, qui se constituera autour des cellules d'urgence médico-psychologiques. Depuis 1995, celles-ci prennent régulièrement en charge les victimes d'attentats et de catastrophes naturelles, technologiques ou accidentelles.

Mais ce ne sont pas seulement des drames de grande ampleur qui induisent des victimes et traumatisent leur corps comme leur âme. Toutes les agressions (atteintes à la personne ou aux biens) peuvent toucher une collectivité dans son ensemble, mais aussi un individu isolé, que ce soit directement ou par ricochet, physiquement ou affectivement.

Longtemps après Sigmund Freud, Carl Gustav Jung et Léopold Szondi, se détournant de l'intérêt exclusif porté au criminel, on a (re)découvert la victime. Les sciences criminelles et la criminologie ont largement contribué au développement des connaissances sur les victimes, mais elles l'ont fait sous l'angle de la victimisation. Elles ont trop tardivement considéré la victime comme un sujet autonome, distinct de son agresseur, digne d'intérêt et de soins globaux (c'est en 1963 que le principe d'indemnisation des victimes par l'État a été mis en

place par la Nouvelle-Zélande). En 1982, le rapport de la Commission d'étude et de propositions dans le domaine de l'aide aux victimes notait modestement que *"l'aide aux victimes ne saurait en aucun cas se réduire aux prestations nécessaires en argent et/ou en services administratifs ; un grand nombre de préjudices entraînent essentiellement une détresse psychologique, la demande de beaucoup sera de considération et de reconnaissance sociale"*.

Cependant, les agressions de tous ordres vécues par les personnes qui en sont victimes peuvent revêtir les traits de situations extrêmes ou plus banales et générer plus qu'une détresse, un véritable traumatisme psychologique, indélébile s'il n'est pas soigné. Du fait de la nature humaine, les réactions après de tels événements sont complexes. Consciemment ou inconsciemment, chacun s'applique à mettre en œuvre ses propres défenses pour surmonter le choc qui l'a atteint : l'instinct de vie (de survie, parfois) prend le dessus. Parfois, il ne le prend pas. Ces atteintes portées à l'intégrité psychique sont susceptibles de déstabiliser momentanément ou durablement l'équilibre psychologique d'un individu. À long terme, ces traumatismes peuvent entraîner des remaniements psychiques importants, cristalliser de graves souffrances. Immanquablement, les plaies à l'âme non cicatrisées sont les prémices de déséquilibres psychologiques invalidants et irréversibles, qui affecteront la vie de la victime comme de son entourage (déstabilisation familiale, désorganisation des activités de la vie domestique, désadaptation professionnelle, difficultés financières) et seront une lourde et longue charge pour la collectivité.

Pour retrouver une vie normale, pour revivre, il faut pouvoir parler, s'ouvrir et aller au-delà du sentiment impudique de se confier. Pour guérir, il faut être écouté, aidé, soigné. Pris en compte, évalués, traités à temps, les symptômes s'estomperont et pourront sans doute disparaître.

La prise en charge des victimes ne peut être comprise que dans une stratégie globale. À partir d'un diagnostic généraliste, l'accompagnement juridique, médical et social de la victime doit être immédiatement – et aussi longtemps que les besoins l'exigent – mis en œuvre dans le cadre d'une justice authentiquement restaurative. Le volet juridique est aussi important que le volet médico-psychologique : tous deux concourent à sa restauration, à son rétablissement,

bref, à son retour à la vie. Pour mener ses démarches juridiques, pour faire valoir son droit, la vic-

* Conseiller d'État, ancien magistrat, France

¹ "Assomption" dans le sens d'"assumer", de "prendre en charge".

time se fait guider, à la manière d'un fil d'Ariane, par un service ou une association d'aide aux victimes, un avocat, un magistrat, pour l'aider à supporter les langueurs de la justice, la froideur et la brutalité de ses procédures. De même, pour aider les plus démunis face aux accidents ou aux catastrophes de la vie, une aide ou un traitement psychologique doit s'organiser, discret, efficace, réparateur, pour les aider à apaiser leurs peurs, dominer leur stress, retrouver une vie normale ou presque, bref, parvenir à l'assomption du trauma, selon la belle formule du Pr Crocq.

Les victimes psychiques doivent donc être rapidement identifiées et traitées pour enrayer la survenue et l'installation d'un processus pathogène. Un rapport parlementaire récemment réalisé sous l'égide de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ⁽¹⁾, estime que *“la psychiatrie, qui devrait être le pivot de la politique de santé mentale, est incapable d'assurer la prise en charge des patients”* et incrimine à cet égard des politiques de prévention et d'information *“presque inexistantes”*, une détection *“souvent trop tardive”*, des moyens hospitaliers *“insuffisants et mal articulés avec les soins de ville”*, des traitements *“agissant plus sur les symptômes que sur leurs causes”*, pour conclure que l'état de la psychiatrie en France est *“des plus inquiétants”* sous l'angle de la prise en charge des patients. L'enjeu est donc important pour les victimes de traumatismes qui sont des proies faciles pour les sectes ⁽²⁾ et les charlatans.

La mobilisation doit être générale pour impliquer tous les intervenants dans cette stratégie globale de prise en charge. Au-delà de la responsabilité des pouvoirs publics, il est donc nécessaire de sensibiliser les policiers, les gendarmes, les avocats, les magistrats, de former les pompiers, les soignants, de motiver les assureurs, d'informer nos concitoyens. Je ne doute pas que ce numéro spécial de la *Revue francophone du Stress et du Trauma* les y aidera.

“La douleur des crimes enlaidit jusqu'aux victimes” disait Marcel Pagnol. Nous devons tous nous unir pour leur redonner la beauté de l'apaisement ! ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - MILON A. La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. Rapport n° 328 (2008-2009) fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Paris : Sénat, 2009.

2 - MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE VIGILANCE ET DE LUTTE CONTRE LES DÉRIVES SECTAIRES. Le dévoiement des pratiques psychothérapeutiques à des fins sectaires. In : Rapport au Premier ministre pour l'année 2008. Paris : La Documentation française, 2009.