

- 2^e Table Ronde -
Le soutien médical et psychologique aux victimes

M. CAMBEROU

Procureur près le TGI de Saint-Pierre

Il n'existe pas d'obligation légale pour les magistrats de recourir à un dispositif d'aide médicale ou psychologique aux victimes.

Or, depuis la fin des années 80 (affaires de terrorisme en France), les parquets sont investis d'une nouvelle mission : déclencher le soutien psychologique aux victimes qui va faciliter la réparation du dommage.

Plus récemment, vers la fin des années 90 est née une notion plus vaste, celle de justice « restaurative » et pas simplement réparatrice. Les magistrats sont sensés jouer un rôle dans cette « restauration » de la victime.

L'aide médicale et surtout l'aide psychologique s'inscrivent dans cette tendance moderne.

I – Un développement plutôt réussi de l'aide médicale et psychologique en urgence :

L'aide médicale s'impose d'elle-même dans le cadre de l'urgence lorsque des violences viennent de se commettre. Les médecins urgentistes et les parquets ont contribué à la fin des années 90 à développer les Unités Médico-Judiciaires sur tout le territoire. L'idée est de concevoir un seul lieu pour prendre en charge la victime de « A à Z », de l'audition filmée de la victime mineure à son dépôt de plainte en passant par l'aide psychologique et les soins médicaux.

Cette mise en œuvre échappe en grande partie aux magistrats puisqu'en temps réel, après la commission d'une infraction, les enquêteurs ou les associations orientent directement les victimes vers ces unités judiciaires sans intervention des magistrats suivant des protocoles bien établis.

Cela fonctionne plutôt bien mais toutes les victimes n'en bénéficient pas. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des procédures plus performantes et pourquoi pas des « check-lists » précis des mesures à prendre en urgence en faveur des victimes.

En cas d'urgence, (*exemple d'un accident aérien*) il est indispensable d'éviter que les autorités ne s'emparent sans concertation de la procédure d'aide aux victimes.

Il est impératif également d'assurer une coordination de l'aide psychologique aux victimes pour éviter le télescopage entre la cellule de crise préfectorale, l'aide spontanée apportée par les services d'enquête et celle des associations mandatées par le procureur de la République [exemple de triple saisine lors d'un meurtre passionnel à Saint-Louis en 2007 avec les impératifs de coordination entre sous-préfecture/ parquet/ police].

II – Pourtant beaucoup reste à faire dans le domaine de l'aide psychologique aux victimes :

Les magistrats sont très peu formés à la matière psychologique et encore moins à l'aide psychologique aux victimes. Pourtant à chaque stade du procès ils sont amenés à délivrer des messages ayant un impact important pour les victimes ou leurs familles.

Les associations conventionnées par les cours d'appel et composées de personnels spécifiquement formés à l'accueil des victimes d'infractions ont parmi leurs effectifs des psychologues qui assurent régulièrement ces missions en venant en appui des magistrats en cas de crise.

Il reste beaucoup à faire pour assurer un réel soutien psychologique aux victimes même en dehors de procédures d'urgence.

On s'aperçoit par exemple que les dispositions de la loi du 17 juin 1998 sur la présence d'un tiers psychologue aux auditions de mineurs (706-53 CPP) n'ont pas eu le succès escompté et ne sont que très peu utilisées. Est-ce en raison de la lourdeur de la procédure, de la méconnaissance des procédures ou d'un refus de la victime à être assistée d'un tiers ?

Certains considèrent aujourd'hui que les dispositifs actuels d'aide ne prennent pas suffisamment en compte la souffrance psychologique des victimes.

Ainsi, on peut signaler la mise en place le 2 juillet 2008 d'un groupe de travail relatif à l'objectif 10 du deuxième plan global triennal 2008-2010 de lutte contre les violences faites aux femmes lancées par le Secrétariat d'Etat en charge de la solidarité et de l'égalité.

Ce groupe de travail, piloté par le SADJAV et les services du Secrétariat d'Etat en charge de la solidarité et de l'égalité, a été mis en place à la Chancellerie, le 2 juillet dernier. Le groupe est composé de représentants des associations œuvrant plus particulièrement dans la prise en charge des victimes de violences intra familiales [CNIDFF, FNSF, Fédération Citoyens et justice], de magistrats, d'avocats, d'un médecin intervenant dans un institut médico-judiciaire, des directions concernées de la Chancellerie : DACG, DACS et DPJJ.

Les travaux portent notamment sur la recherche d'une définition des violences psychologiques qui serait introduite dans le Code pénal. L'objectif est de renforcer la protection des femmes victimes en faisant évoluer le cadre juridique pour permettre la prise en compte de tous types de violences auxquelles elles sont confrontées et des difficultés juridiques qu'elles rencontrent notamment dans l'articulation des décisions prises au niveau judiciaire.

Faut-il encore ajouter à la loi ? Faut-il rechercher des solutions juridiques pour améliorer la prise en compte des dommages psychologiques causés par certaines infractions pénales ?

Le PAMJU [Pôle d'Accueil Médico-Judiciaire d'Urgence] a été créé au GHSR [Groupe Hospitalier Sud Réunion] en 2001.

Il a pour but d'accueillir les victimes d'agressions sexuelles dans un lieu unique où elles pourront trouver une écoute multidisciplinaire tant juridique, médicale, que psychologique.

Théoriquement, cet accueil se trouve au 4^e étage de la maternité du Centre Hospitalier Sud Réunion. En pratique, ce lieu volontairement éloigné de tout regard extérieur ne peut être un réel lieu d'accueil, en raison du manque de moyen en personnel. En effet il est impossible d'envisager une permanence pour 4 à 5 personnes par semaine.

D'un point de vue médical, peuvent intervenir dans le cadre de l'expertise des gynécologues et des gastroentérologues. Nous recevons environ 150 patientes par an et une trentaine d'entre elles ont à la fois un examen gynécologique et un examen proctologique soit environ 180 examens par an.

Une permanence téléphonique bénévole existe 24 h/ 24 grâce à un numéro de téléphonie mobile accessible à tous les médecins, services sociaux, services de police et de gendarmerie, services juridiques. Ce numéro est disponible par l'intermédiaire du standard de l'hôpital. Deux médecins gynécologues assurent cette permanence.

Ce contact téléphonique permet d'orienter la victime en fonction de son désir ou non de porter plainte, et de répondre le plus facilement possible à toute demande d'expertise médicale. Cependant cette permanence, du fait de son caractère bénévole, a des limites en particulier en termes de disponibilité d'écoute. Le caractère multidisciplinaire n'est pas possible en urgence. Seule l'expertise médicale est assurée 24 heures sur 24.

Le médecin expert est amené à recevoir des patientes dans 2 circonstances :

Soit il est directement contacté par la justice ou ses représentants (services de police ou de gendarmerie) en raison de la nécessité d'un examen gynécologique dans le cadre d'une affaire en cours. La patiente est alors reçue en fonction du degré d'urgence pour réaliser cet examen.

Soit il est contacté directement par une victime (rarement) ou par un service médical ou social, la patiente est alors orientée en fonction de son désir de porter plainte. Si elle ne désire pas porter plainte, elle est orientée vers une prise en charge médico-psychologique (CAUMP = Cellule d'Accueil des Urgences Médico Psychologique). Si elle souhaite porter plainte, elle est directement reçue au niveau des locaux du PAMJU où elle pourra être entendue par les services de police ou de gendarmerie qui auront été prévenus.

Le médecin expert réalise un examen gynécologique dans le cadre d'une enquête : le but de son examen est d'apporter une aide à la justice pour l'aider à établir la vérité et rendre justice. L'examen est fait sur réquisition, il y a levée du secret médical.

Il va constater des lésions : celles-ci seront décrites et un rapport descriptif sera réalisé. Le but de l'examen est souvent la recherche d'une défloration au sens médical du terme. Il va faire des prélèvements : par frottis pour recherche d'ADN aux différentes zones de contact, des prélèvements de sang pour recherche de toxique, des prélèvements d'urine ou de cheveux.

Dans le même temps et en particulier dans le cadre de l'urgence le médecin pourra jouer son rôle de médecin et prescrire les examens ou traitements nécessaires à l'état de la victime (contraception d'urgence, prévention des maladies sexuellement transmissibles...). Le médecin expert ne peut en aucun cas être le médecin traitant de la patiente. Il n'y aura donc pas de suivi médical et la patiente est orientée vers son médecin traitant pour le relais des soins (résultats d'examen par exemple). Le médecin expert ne peut opposer le secret médical, celui-ci étant levé par la réquisition.

Le médecin expert au PAMJU a un rôle d'orientation vers les services d'aide aux victimes : ARAJUFA et CAUMP.

Le médecin traitant de la victime peut être amené à faire un certificat médical descriptif à la demande de la patiente. Il doit respecter le secret médical sauf pour les mineures ou les personnes sous tutelles (incapables majeurs).

Le médecin expert a souvent un rôle délicat : l'examen d'une jeune fille dans le but de rechercher sa virginité peut être vécu comme une nouvelle agression, en particulier chez l'enfant qui ne peut ne pas comprendre le but de l'examen.

Il s'agit d'un examen souvent difficile, les hymens ayant des variations extrêmement importantes, en fonction de l'anatomie de chacune, de l'âge et de la présence ou non de puberté, des accouchements.

Les concepts de virginité et de défloration sont des concepts difficiles : on peut être vierge et enceinte (survenue d'une grossesse sans pénétration vaginale), non déflorée, non vierge et enceinte (absence de rupture de l'hymen lors du rapport, hymen complaisant), et être déflorée tout en étant vierge (rupture d'hymen lors d'activité physique danse, équitation, bicyclette ...) !

Son rôle est parfois pervers face à une enfant qui aurait du mal à se laisser examiner.

L'expertise gynécologique est indispensable en urgence car elle peut permettre de mettre en évidence des lésions qui pourront confirmer les dires de la victime et de faire des prélèvements utiles à identifier l'auteur. L'intérêt juridique des examens réalisés à distance des faits est par contre beaucoup plus discutable : les lésions anciennes ne peuvent être que décrites, leur présence ne permettant en aucun cas de confirmer les dires de la victime, leur absence ne permettant que très rarement de les infirmer. Par ailleurs il est nécessaire de savoir comment va peser l'examen dans la balance bénéfique / risque. Le droit des victimes doit être respecté en particulier lorsqu'il s'agit d'enfants : l'examen ne peut-il pas être une reproduction de ce qu'il a déjà vécu ? La victime a subi l'agression, elle doit également subir l'examen.

Cette réflexion mériterait la réalisation d'une étude afin de savoir si l'examen a permis à la justice d'avancer dans son enquête tout en évaluant les conséquences psychologiques de celui-ci.

Mlle TERRIER

Psychologue Clinicienne à l'ARAJUFA

1°- *Présentation* – Psychologue clinicienne depuis septembre 2008, j'ai eu l'opportunité de réaliser le début de mon cursus à Montpellier où j'ai notamment suivi une formation en Victimologie (Diplôme Universitaire). Par la suite, j'ai terminé mes études à La Réunion.

Je suis actuellement psychologue à l'ARAJUFA et à l'Unité de Victimologie du CHR Félix Guyon, le temps d'un remplacement « congé maternité », ainsi que permanencière à l'association ARIV.

2°- *Spécificités et particularités de mon champ d'intervention* – En raison de son implantation au sein du tribunal de Champ Fleury et à la Cour d'Appel de Saint-Denis, l'ARAJUFA entretient des liens étroits avec la justice.

Mais avant toute chose, je tiens à préciser que le travail réalisé au sein de l'association relève du cas par cas. A mon sens et d'après ce que j'ai pu constater sur le terrain, il n'y a pas dans ma pratique, un « parcours type de la victime ».

Les situations rencontrées dépendent de différents critères, tels que :

- le type de victimisation : A l'association, nous recevons aussi bien des problématiques : d'agression (physique, morale, sexuelle), de harcèlement au travail, de type sectaire, de violences routières, de violences intra-familiales ...

- l'orientation de la personne reçue : Les orientations sont diverses et variées. Elles peuvent aussi bien provenir des juristes de l'association, du commissariat ou de la gendarmerie lors d'un dépôt de plainte, de travailleurs sociaux, de médecins traitants, d'une institution (hôpital, CMP : Centre Médico-Psychologique, école...).

- la demande

- de qui émane-t-elle ?

-> de la victime elle-même ;

-> d'une institution soucieuse ;

-> du SPIP¹ (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation), du « 08 Victimes » (numéro national d'aide aux victimes : INAVEM – 08 842 846 37, 7 jours sur 7 de 9h à 21h) ;

¹ Partenariat du SPIP avec l'ARAJUFA : - L'information de la victime de la sortie de détention de l'auteur (sortie sous contrôle, aménagement de la peine, sortie définitive) ;

- Explication du contexte de sortie, des obligations incombant à l'auteur vis à vis de la victime, des réflexes à avoir en cas de non respect de ses obligations par l'auteur à son égard ;

-> de parents inquiets...

L'un des intérêts est de déterminer : *quelle est la demande réelle ?*

-> Une demande de soutien psychologique, tout aussi bien, avant, pendant ou après la mise en place de la procédure judiciaire.

-> Suite à un dévoilement de faits et par là-même un travail autour de la plainte

(« Récemment, j'ai reçu une jeune fille majeure qui m'expliquait subir du harcèlement et des attouchements de la part du nouveau compagnon de sa mère. Elle ne se disait « pas prête à porter plainte ». Après 2 mois d'accompagnement, la jeune fille a démarré une démarche judiciaire »).

Lors d'un dévoilement, d'une révélation, il est bien entendu question d'évaluer s'il s'agit d'une « situation d'urgence » menaçant notamment l'intégrité corporelle et psychique de la personne. Parfois, il arrive que la demande ne soit pas explicite, parfois ambiguë ou non formulée. Même si cela s'avère rare, nous nous trouvons parfois confrontés à une « demande qui pose question ». C'est le cas notamment lors des problématiques touchant aux « *gardes d'enfants* ».

En effet, nous sommes amenés à rédiger des « *attestations psychologiques* » (à la demande de l'intéressé) qui peuvent éventuellement devenir des pièces judiciaires lors d'un procès. C'est pourquoi il est important de rester vigilant quant à nos écrits afin d'éviter le risque d'instrumentalisation.

Quelquefois, nous rencontrons des personnes avec une problématique que nous pourrions qualifier de « hors champs victimologique ». (*Dernièrement, une personne a consulté pour une problématique qui s'est avérée relever plus spécifiquement du domaine psychiatrique*).

Au-delà d'un travail d'accompagnement, il est aussi question d'un travail « d'évaluation ».

3°- *L'évaluation* – Par « évaluation », j'entends un travail de décodage et une lecture fine d'une situation dans son ensemble, qui prend en compte de nombreux critères tels que :

- une lecture transculturelle (Sensible au contexte culturel, à la religion, aux traditions...)

ex : parents mahorais inquiets pour leur fille aînée dont le comportement a changé suite à une agression et dont la causalité est selon eux, en lien avec leurs croyances traditionnelles (causalité mystico religieuse, animiste, magique...).

Une orientation en « Consultation Transculturelle » au CMPP Henry Wallon peut alors être envisagée.

- Et enfin un soutien par la psychologue afin d'être préparée à cette sortie, à son acceptation.

- une lecture clinique (Repérer les symptômes, la sévérité des signes d'allures post-traumatique, les atteintes narcissiques (l'estime de soi, la confiance en soi...) et/ou identitaires,... mais surtout ses attentes)

ex : Si la désorganisation psychique est trop massive (compte tenu de la durée, l'intensité et la gravité des faits)

Une orientation à la Consultation de Psycho traumatologie peut s'avérer opportune.

- une lecture sociale (situation économique et professionnelle, entourage familial ...).

ex : Orientation à l'ADIL (Association Départementale d'Information sur le logement), la CAF (Caisse d'Allocation Familiale) afin de rencontrer une assistante sociale ...

4°- *Les orientations* – L'évaluation permet entre autre de réfléchir à des réponses adaptées et personnalisées. D'où la nécessité d'un travail de réseau avec les différents partenaires.

5°- Compte tenu de la spécificité de mon champ d'intervention, je souhaitais aborder la question de la réparation judiciaire et/ou psychologique – Nous pouvons constater au quotidien, que la réparation des victimes ne se réduit pas à l'indemnisation.

Bien souvent la réparation judiciaire à elle seule, ne suffit pas et il en est de même quant à la réparation psychologique. C'est dire à quel point la question est complexe !

Les personnes rencontrées vivent souvent dans l'attente du procès comme si celui-ci allait « magiquement » mettre un terme à leurs souffrances.

Il faut savoir que le parcours est souvent long et peut durer plusieurs années entre le dépôt de plainte et le jugement. Le procès est souvent vécu comme une épreuve notamment quand il intervient longtemps après les faits.

Les victimes espèrent obtenir une réponse à des questions : « *pourquoi moi ?* » mais aussi une réparation de leurs souffrances.

Une partie de notre travail consiste aussi à permettre à la personne victime d'être actrice et de participer « activement » au cheminement qui mène vers le procès. Le rôle du psychologue n'est pas de l'assister mais de l'étayer dans cette démarche tout en respectant son rythme, ses désirs, ses résistances.

Soulignons qu'un dépôt de plainte « forcé », peut-être vécu comme une seconde agression et le lien de confiance peut-être rapidement rompu ou mis à mal.

Même si la demande juridique s'avère nécessaire, nous devons être vigilant de « ne pas donner de faux espoirs » avant le procès. Parfois il est question d'aider à faire le deuil des attentes possibles (« *deuil d'une réparation totale* » par exemple) notamment lorsque les victimes attendent que le procès efface l'acte.

Nous constatons que malgré la reconnaissance publique d'un « coupable » et d'une « victime », le verdict est rarement « vécu comme satisfaisant ». D'ailleurs, à l'issue du

procès, il n'est pas rare que les personnes consultent suite à l'apparition d'un mouvement dépressif.

Tout le travail consiste à étayer une personne qui à été déniée en tant qu' « être », réduite à une position « d'objet assujetti » par l'auteur afin de lui permettre de « retrouver » ou de « trouver » selon les cas, son statut de « sujet à part entière », son identité.

Par exemple : Obtenir la reconnaissance sociale d'un préjudice subi¹ se révèle une étape primordiale notamment quand les révélations ont fait éclater la cellule familiale (cas des violences intrafamiliales) et que la victime ne s'est pas sentie soutenue dans ses révélations et parfois même, a été qualifiée « d'affabulatrice ».

Le procès est une étape qui peut nécessiter une préparation. Une préparation psychologique (*accès sur un travail autour de la gestion des émotions, des sentiments, de la verbalisation, etc.*). Il est question d'informer les victimes sur ce qui les attend et de les préparer aux instructions, aux confrontations (« où bien souvent elles disent se sentir « jugées » et « soupçonnées »). Mais également, une préparation aux audiences (*visiter la salle des assises, expliquer aux victimes et à l'entourage la place et le rôle de chacun, afin de lever une partie des fantasmes*).

6°- *Objectifs et conclusion* – Pour conclure, je rajouterai que l'essentiel de notre travail réside dans le fait de garantir un accueil : « accueil du sujet » mais aussi « accueil de la parole ». Il est nécessaire que la personne reçue soit : « entendue, crue et reconnue ».

L'accompagner dans un travail de réappropriation de son histoire, de mise en sens, c'est aussi lui permettre de reconquérir son autonomie et se délier de son statut de victime.

Pour cela, il me semble primordial qu'il y ait une complémentarité dans les spécificités de chaque professionnel mais aussi dans les lieux accueillants les personnes victimes.

Le psychologue se doit aussi de faire le lien entre les différents professionnels, en proposant notamment, un cadre unifié d'intervention.

Mme VINCENSINI

Psychologue à la CUMP

C'est avec un grand plaisir que la CUMP a accepté l'invitation qui lui a été faite, par Madame WARTEL, de participer à cette deuxième table ronde. C'est pour ma part un honneur de pouvoir en être la représentante aujourd'hui et de vous en parler en tant que psychologue de la CUMP Régionale.

¹ Les risques qu'une victime ne soit pas reconnue et prise en charge :

- Un prise en charge des victimes est nécessaire non seulement pour des raisons humaines mais aussi dans l'intérêt de la société (La personne peut sombrer dans l'exclusion sociale, risque de s'enfermer dans une fascination pour le trauma...);
- Il n'y a pas de déterminisme mais les auteurs ont parfois été victimes. Aider les victimes permet certainement de prévenir (d'une certaine façon) la délinquance (Confère « l'identification à l'agresseur » de FERENCZI Sandor).

1°- La première question qui se pose alors peut-être à vous est : que signifie ce sigle « CUMP » ?

Ces lettres sont les initiales de « Cellule d'Urgence Médico-Psychologique ».

Au cours des communications précédentes de ce colloque, vous avez déjà entendu parler de cette cellule. En effet, Monsieur le Sous-préfet et Monsieur le Procureur de la République ont tous deux évoqué des interventions de la CUMP dont ils ont pu être témoins suite à des événements catastrophiques, tel le Tsunami de 2004 en Indonésie ou lors d'une catastrophe aérienne à La Réunion. Il s'agissait alors d'interventions pour ce que l'on nomme des événements collectifs, impliquant donc (en toute logique) un grand nombre de victimes. Le but de l'action de la CUMP était de prendre en charge, d'un point de vue psychologique, ces impliqués et ces victimes (physiques ou indemnes physiquement).

Car telle est la mission principale de la CUMP (ou des CUMP en France) : accueillir et prendre en charge les personnes (hommes, femmes, enfants) victimes d'évènements potentiellement traumatiques (dits traumatogènes). Cette mission s'adresse autant aux personnes victimes d'évènements collectifs (dont nous avons parlé ci-dessus) qu'aux personnes victimes d'évènements plus individuels, dirons-nous. Il est bien entendu que le dispositif de soin sera alors différent. Néanmoins, il ne s'agira pas aujourd'hui de développer plus cette différence. En effet, pour respecter la demande qui nous a été faite pour ce colloque, cette communication sera centrée sur ces victimes d'évènements traumatiques « individuels » et l'aide que la CUMP peut leur proposer.

2°- Peut-être serait-il utile alors que je vous définisse ce que j'entends par « évènement potentiellement traumatique » ?

Par ce vocable, je désigne un évènement violent, brutal, soudain, qui confronte la personne à la mort et qui est susceptible d'entraîner des séquelles psychologiques à plus ou moins long terme chez cette dernière. Telle est d'ailleurs la raison de notre prise en charge.

Pour vous illustrer cette définition succincte, citons les agressions (autant physiques que sexuelles), les accidents (de la route, du travail et domestiques), les prises d'otages, les séquestrations, les guerres, les catastrophes aériennes, les catastrophes naturelles (cyclones, inondations...) ou industrielles ou encore le fait d'être présent lors de la mort brutale de quelqu'un (par suicide par exemple)...

Arrêtons-nous d'ailleurs un moment sur ce dernier exemple relatif au fait d'être présent car il m'offre l'opportunité de vous préciser ce qu'au niveau de la CUMP, nous mettons derrière la notion de « victime ».

En effet, lors de la préparation de ce colloque, Madame POMART-NOMDEDEO m'a rappelé qu'en droit, une personne est victime lorsqu'elle est reconnue comme telle par une décision de justice. Or pour nous, une personne est reconnue comme victime dès le moment où elle a été confrontée à l'évènement traumatique que ce soit de façon directe ou indirecte (en y ayant assisté donc en étant témoin). Ainsi, au niveau psychothérapeutique, tout dépend du vécu psychique de la personne et non d'une décision de justice. Il faut bien noter, à ce propos, que beaucoup des personnes suivies ne sont pas encore dans une démarche judiciaire, ne le sont plus ou ne seront jamais reconnues par une instance juridique. Quant au fait d'être victime directe ou

« simple » témoin, il vous faut savoir que les possibles répercussions psychologiques d'un évènement traumatogène sont les mêmes dans l'une ou l'autre circonstance.

3°- Mais finalement, quelles sont ces séquelles dont je vous parle depuis un moment ?

En réalité, au cours d'une agression (quelle que soit son intensité), ou d'un accident de la voie publique (que ce soit en voiture ou à vélo, que ce soit simplement « de la tôle froissée » ou qu'il y ait eu nécessité de désincarcérer la victime)..., la personne peut subir un psychotrauma (ou traumatisme psychique).

Chez certaines de ces victimes (même indemnes physiquement), ce vécu psychotraumatique peut entraîner une souffrance importante qui va se traduire par différents symptômes.

Pour vous en citer quelques-uns, parlons des cauchemars de répétition ou des « hallucinations », manifestations au cours desquelles la victime va revivre intensément tout l'évènement comme si ce dernier avait lieu à cet instant. Ces personnes peuvent vivre avec un sentiment de peur incrustée en elles qui va se traduire par une angoisse permanente. Elles peuvent connaître un sentiment profond de honte et de culpabilité qu'il est essentiel de respecter pour la reconstruction du Sujet (contrairement à l'idée reçue). Elles peuvent être tristes, devenir irritables, développer des conduites addictives. La souffrance peut aller même jusqu'à se traduire dans le corps de celui ou celle qui a frôlé la mort. Enfin, dans les conséquences les plus graves, le vécu d'un psychotrauma peut provoquer des modifications irréversibles de la personnalité de la victime.

Autrement dit, un évènement traumatique peut être à l'origine du développement d'une souffrance psychique extrême pouvant devenir handicapante à tout niveau, pouvant avoir des répercussions au niveau familial – professionnel et social, sans que cet évènement ait eu d'impact au niveau physique au départ.

Pourtant, malgré cela, ces répercussions psychologiques sont encore insuffisamment reconnues et considérées, notamment par la Justice et les assurances.

Cependant, de notre côté, donc du côté thérapeutique, c'est justement ces possibles séquelles qui nous poussent à agir.

En effet, le but de nos prises en charge au sein de la CUMP, et plus exactement au sein des consultations de psychotraumatologie, est de prévenir (si possible) l'apparition de cette souffrance ou d'en atténuer la force (donc les symptômes si ces derniers se sont déjà développés). En d'autres termes (certes, non psychologiques), il s'agit d'accompagner ces personnes victimes d'un jour (ou de plusieurs) afin qu'elles ne voient pas leur vie basculer en Enfer à tout jamais.

4°- Mais à la question « combien de temps dure cet accompagnement psychotraumatologique ? », il est difficile de répondre.

Dans l'idéal, il doit débiter le plus précocement possible afin qu'il soit le plus efficient. Mais ce n'est encore que rarement le cas. Quant à sa durée, elle est variable d'une personne à une autre, d'une histoire de vie à une autre, d'un évènement à un autre... Si je dois donner un ordre d'idée, je dirais qu'une prise en charge moyenne s'étend sur 4 à 5 mois, même si les autorités compétentes exigent que l'on ne reçoive ces victimes que deux à trois fois au plus puis qu'il y ait un relais. Nous n'avons rien contre ça, nous travaillons en réseau. Mais tout le monde est « saturé ». Les moyens et le personnel manquants, les temps d'attente de rendez-vous s'allongent considérablement. En outre, pouvez-vous imaginer une femme s'entendre dire qu'elle doit être réadressée à un autre thérapeute après avoir réussi au prix de souffrances, de larmes, de cris,... à nous confier l'abus ou le viol qu'elle a subi, après nous avoir confié ses émotions, ses sensations, ses pensées qu'elle a alors vécu ce jour ??? A cette question, c'est à chacun de trouver sa réponse... Quoi qu'il en soit et quelle que soit la durée de la prise en charge, elle prend fin soit à la demande de la personne, soit parce que les symptômes ont disparu, soit lorsque la personne a réussi à inscrire cet évènement dans son histoire de vie et qu'elle se sent prête à voler à nouveau de ses propres ailes.

5°- Par rapport à cette prise en charge psychotraumatologique (puisque telle est son nom), plusieurs questions nous ont été posées lors de la préparation de ce colloque

Où a-t-elle lieu à La Réunion ? Qui nous adresse ces victimes ? Avons-nous des retours de nos prises en charge ? Rencontrons-nous des difficultés ?

Alors, prenons ensemble ces quatre questions dans l'ordre.

* Concernant les lieux, il existe deux consultations de psychotraumatologie officiellement répertoriées (dirons-nous).

Commençons par le Sud, puisque ce colloque a lieu ici. La consultation de psychotraumatologie du Sud se situe au GHSR de Saint-Pierre, plus exactement au PC médical du secteur 5. Y travaillent un psychiatre (le docteur MAUVISSEAU) et une psychologue clinicienne (Madame KREDER). Tous deux gèrent la région Sud.

La consultation du Nord se tient dans un centre médico-psychologique dit le CMP Labourdonnais (donc dépendant de l'EPSMR) à Saint-Denis avec également une permanence sur l'EPSMR de Cambaie toutes les semaines. Là y travaillent également un psychiatre (le Docteur VISNELDA-DOUZAIN) et une psychologue clinicienne (moi-même). Nous y accueillons toutes les personnes victimes d'évènements traumatiques des régions Nord/Est/Ouest.

Enfin, pour nous aider devant l'ampleur de la tâche, nous avons, au fil du temps, constitué un réseau de professionnels formés en psychotraumatologie et travaillant dans d'autres CMP (par exemple) à qui nous adressons des personnes quand cela s'avère nécessaire ou plus pratique pour accueillir cette victime. Malheureusement, ce réseau est très vite débordé, comme partout !!!

* Pour en venir à la question des adressants, il faut d'abord savoir que toute prise en charge n'a lieu et ne se fait qu'à la demande du Sujet (la victime). Beaucoup des personnes accompagnées sont arrivées aux consultations grâce au bouche-à-oreille, envoyées souvent par des « anciens » que nous avons suivis. Ensuite, les services d'urgence nous envoient des victimes, que ce soit le PAMJU pour le Sud, les UAPsy (pour le Nord et l'Ouest), l'Unité de

Victimologie et l'UMJ (au CHD de Saint-Denis), les Urgences... Nous avons aussi, parmi les adressants, nos collègues des autres CMP ou CMPEA (centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents), les médecins du Travail ou scolaires ou généralistes. Régulièrement, ce sont aussi des services des hôpitaux qui nous orientent certains de leurs patients, comme les services d'addictologie par exemple. On trouve également les services sociaux, des avocats... Sans oublier, dans cette liste non-exhaustive, l'ARAJUFA !

* Venons-en maintenant à la question des retours sur nos prises en charge, ce qui revient à se demander « comment savons-nous si elles sont efficaces ou non ? ».

Je dirai que nos plus belles preuves (s'il en faut), c'est le regard et le sourire de ces personnes quand on se dit au revoir. Mais certes, ce n'est pas un critère très objectif ! Peut-être pouvons-nous considérer comme preuve la fin des symptômes ou le retour à la vie « normale » (en rajoutant beaucoup de guillemets à ce mot). Pour autant, ce qui nous paraît témoigner le plus d'une certaine efficacité de notre travail, c'est le fait que des « anciens » nous adressent leur famille, leurs amis, leurs connaissances... C'est probablement aussi le fait que les services, avec qui nous travaillons, nous orientent de plus en plus de personnes et font passer le mot. En effet, nous pouvons peut-être considérer comme une autre forme de retour le fait que nos agendas de consultations ne désemplissent nullement de part et d'autre, bien au contraire...

* Nous en arrivons ainsi à la question « cruciale », celle portant sur les difficultés. Bien entendu, nous en rencontrons !

La difficulté première et principale, devinez ? Les moyens ! Nous manquons de budgets, donc de postes, donc de temps disponibles pour de nouvelles prises en charges, donc nous augmentons nos délais d'attente pour fixer des nouveaux rendez-vous (alors que nos prises en charge doivent être les plus précoces possibles, c'est un paradoxe)...

Une autre de nos difficultés est liée à la longueur des procédures. En effet, cette longueur peut être un frein à l'efficacité de la prise en charge. Ainsi, autant notre travail thérapeutique n'est pas forcément en lien avec la procédure (car cette voie judiciaire peut ne pas avoir lieu ou avoir eu lieu en amont ou aura lieu en aval), autant il arrive que nous agissions en parallèle, nous devrions donc être alors complémentaires. Or, il s'avère que dans ce dernier cas de figure, la procédure se comporte effectivement plus comme une entrave au mieux-être de la victime. En effet, cette dernière peut en venir à penser que si elle se présente lors du procès en allant bien, personne ne va la croire lorsqu'elle parlera de la souffrance vécue après l'agression subie. Ainsi, cela peut conduire cette victime à ne pas vouloir « sortir » de sa souffrance (souvent inconsciemment). Pour autant (et je répondrai par là à la question qui m'a été posée par le Procureur de la République), la procédure judiciaire est essentielle pour la reconstruction identitaire et psychologique de la victime. La Loi a une fonction réparatrice indispensable et thérapeutique, autant pour cette personne victime de l'infraction que pour sa famille. Replacer, remettre de la Loi dans certaines histoires de famille permet d'éviter bien des répétitions. Néanmoins, on peut imaginer que des procédures plus courtes seraient bénéfiques pour tout le monde !

Enfin, dans ces difficultés, le dernier point que je voulais soulever concerne les ITT psychiatriques et les certificats psychologiques pour qui nous avons de plus en plus de demandes. Or ces documents, lorsqu'ils sont fournis à la Justice, sont encore trop peu souvent pris en considération et reconnus. Certes, comme l'a soulevé une avocate présente dans l'assemblée, comment savoir (dans ce domaine du psychologique) ce qui tient de la vérité ou non ? Pour notre part, nous ne cherchons pas la Vérité. Nous travaillons avec le vécu de ces personnes et avec leur souffrance. Lorsqu'un professionnel rédige un tel document, il atteste de ce qu'il a vu et entendu de cette souffrance au travers de plusieurs rencontres avec la victime. Il

reconnaît par là les répercussions psychiques liées à l'infraction grâce à différents dires et signes. Il en atteste. Et malgré cela, ces impacts psychologiques ne sont pas reconnus en Justice a contrario des impacts physiques plus objectifs. Pourtant, nous l'avons vu précédemment, ces répercussions psychiques peuvent être extrêmes et provoquer un véritable handicap. Malheureusement, il n'en est rien fait en Justice, point sur lequel il serait peut-être bon de remédier.

Enfin, en guise de conclusion de cette communication et avant de laisser la parole, je souhaitais parler de la notion de « réseau ». En effet, face à la souffrance de ces victimes, il paraît indispensable de travailler ensemble que nous venions de la Justice, du Social, de l'Éducatif, du Médical, du Thérapeutique... Certes, nous avons tous des compétences différentes mais tellement complémentaires.

Un être qui a été victime à un moment de sa vie est un être humain. Or un être humain n'est pas juste un être psychique ou physique. Il est aussi social, culturel, juridique, familial, cognitif... et j'en oublie probablement...

Alors si nous voulons vraiment les accompagner pour que cet être sorte de cet Enfer, peut-être faudrait-il pouvoir l'accompagner de façon pluridisciplinaire et travailler ensemble.

Débat

1° - Comment être certain qu'une victime ne « fait pas du cinéma » ?

Ensemble les psychologues expliquent qu'on ne peut être certain de rien, mais surtout qu'ils ne se posent pas la question, et que s'agissant d'un suivi c'est après plusieurs entretiens que le psychologue pourra évaluer la souffrance, celle-ci résultant de la manière dont la personne victime a vécu l'évènement.

Le médecin du PAMJU reprend cette idée de « vécu » en expliquant que des constatations médicales parfois ne permettent pas de faire mention de violences physiques alors que la victime évoque un viol, mais qu'il faut alors constater que l'évènement a été vécu comme un viol par la personne.

2° - Les vertus psychologiques du procès pénal :

Il est souligné qu'il ne faut pas que les victimes attendent « tout » du procès, qu'il faut une réparation psychologique des victimes et qu'il est nécessaire de travailler avec elles les attentes qu'elles peuvent avoir du procès afin de ne pas idéaliser ce moment.

De plus, il est difficile de trouver le moment idéal du point de vue psychologique pour que la justice se prononce : le délai est souvent trop long [la *victime qui va mieux subi de nouveau des souffrances du fait du procès*], mais le délai est parfois trop rapide et la victime ne

peut retirer un bénéfice psychologique du procès [*comparution immédiate, ou accident de circulation pour lesquels les délais de réponse sont parfois très courts*].

Cependant, l'étape du procès est indispensable selon une psychologue du public qui souligne que les enfants victimes d'abus sexuels pour lesquels il n'y a pas eu de procédure ayant abouti à un jugement, n'ont jamais pu tourner la page. La réparation ne peut pas commencer. Souvent ces enfants victimes seront à nouveau victimes d'autres faits, et on remarque que nombre de jeunes filles victimes de violences auront des difficultés à protéger leurs propres enfants.

L'intervention de la représentante du Parquet de Saint-Denis en charge des victimes fait mention du fait que la Justice est soucieuse de défendre les victimes, qu'il existe des référents victimes au sein des services judiciaires, qu'il n'est pas toujours facile de comprendre ce que souhaite la victime chargée d'émotivité et qui de plus, parfois, change de position au fil du temps, que les meilleures intentions des forces de l'ordre ne correspondent pas toujours aux attentes [*exemple cité de l'éviction du conjoint violent, les femmes préfèrent souvent partir par peur de représailles*].

Il est souligné qu'il ne faut pas oublier qu'avant le judiciaire il y a l'éducation, il est nécessaire d'apprendre aux enfants à devenir des hommes et aux femmes à être des mères responsables.

3°- La culpabilité des victimes :

La psychologue de la CUMP explique que la plupart des victimes de violences conjugales connaissent la violence à répétition et la culpabilité. Il faut respecter cette culpabilité qui va permettre de devenir acteur, la victime va pouvoir agir sur sa situation. Cette culpabilité fait partie du chemin de la reconstruction.

4°- Le soutien psychologique et la procédure de classement sans suite :

Le procureur de Saint-Pierre mentionne que la décision de classement doit respecter un équilibre entre les droits de la victime et ceux de l'auteur présumé. On ne peut poursuivre si les éléments de preuve sont insuffisants, ou s'il n'existe pas d'infraction pénale. Il faut donc expliquer aux victimes les raisons d'un classement sans suite, et un accompagnement psychologique peut s'avérer utile. Le procureur mentionne que cet accompagnement est demandé à l'association d'aide aux victimes dans certains cas.

L'intervention d'un avocat vient préciser qu'un recours est toujours possible au classement sans suite devant le Doyen des juges d'instruction.

Le Président du Tribunal de Grande Instance de Saint-Pierre pose cependant la question de savoir ce qu'il adviendra de ce recours avec la disparition annoncée du juge d'instruction. Il faut souhaiter qu'un dispositif permette à la victime de faire entendre sa voix en cas de classement sans suite.