

1)Victimologie & Psychotraumatologie

Sous la direction du Dr Bernard-Israël Feldman

Biographie de l'auteur:

Le Dr Bernard Israël Feldman est psychanalyste, docteur en psychologie et en victimologie clinique. Il est responsable en Israël du programme Unitwin (Unesco) d'enseignement sur la Violence, en liaison avec l'université de Tel-Aviv. Il est également, en tant que président, chargé des relations entre la France et Israël dans l'Association Franco-israélienne de Victimologie de l'Enfant et de sa Famille, ex-membre du Comité Exécutif de la Société Israélienne de Psychologie (en charge des relations internationales), chargé de cours à l'Université Paris V, pour les diplômes universitaires de psycho-traumatologie et de victimologie. Il est le plus membre de la "World Society of Victimology".

Définitions

-Qu'est-ce que la victimologie?

La victimologie, c'est l'étude du comportement des victimes, et de leur prise en charge. C'est un domaine *multidisciplinaire* en pleine croissance, qui regroupe le Droit, la Sociologie, la Psychologie, la Médecine, l'Histoire et la Criminologie.

Une victime est une personne dont le traumatisme subi a été reconnu par le corps social. Les victimes le sont de toutes sortes: victimes d'accidents, victimes dans les sociétés où elles vivent (agressions diverses dont sexuelles), victimes des Etats et de leurs représentants (guerres – attentats – esclavage - massacres de masse - génocides).

La victimologie est centrée sur l'étude des prédispositions d'une personne, ou d'un groupe, ou bien d'un peuple, à tenir le rôle de victime, avec comme souci d'améliorer le sort de cette dernière; en offrant aide juridique et médico-psychologique, appui social, recherche historique, exigence de dédommagements, pour alléger ses souffrances. On parle de processus de victimation (ou victimisation), lorsqu'on étudie le phénomène qui aboutit à rendre des personnes, ou un groupe, ou encore un peuple, victimes d'agressions criminelles. C'est B. MENDELSSOHN en 1948, aux USA, qui annonça la fondation de cette nouvelle discipline, et qui la dénomma "Victimologie".

-Qu'est-ce que la psychotraumatologie?

La psycho-traumatologie est *uniquement* une discipline médico-psychologique (à la différence de la victimologie), et elle s'intéresse à la clinique du trauma, lorsqu'un sujet, confronté à la mort ou à un risque de détérioration physique (comme dans les agressions sexuelles), développe des troubles pathologiques consécutifs à un événement traumatique grave, reconnu par le corps social.

En psychotraumatologie, on soigne les personnes qui ont été mises en état de vulnérabilité, et cela relève de la santé publique.

- Qu'est-ce que l'ESPT ("état de stress post-traumatique"), expression utilisée en psychotraumatologie et en victimologie (connue dans le monde sous le nom de "Post-Traumatic Stress Disorders" (PTSD), expression anglo-saxonne)?

C'est un état qui survient chez un sujet qui a été exposé, en tant que témoin, ou

en tant que personne confrontée directement, à des évènements où des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou encore durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée (comme dans les agressions sexuelles).

Le plus souvent, la réaction du sujet s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur.

L'ESPT est un syndrome qui se traduit par un certain nombre de symptômes.

. Revécu du traumatisme:

-souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement, ce qui entraîne un sentiment de détresse où se mêlent des images, des pensées et des perceptions nocives,

-rêves répétitifs et effrayants (cauchemars) de l'évènement traumatique,

-impression que l'évènement traumatique ne peut que se reproduire, ce qui entraîne des illusions, des hallucinations, des évènements dissociatifs et le risque de se retrouver en position de victime (processus de survictimisation)

-intense détresse lorsque le sujet est exposé à des indices qui évoquent l'évènement traumatisant (bruits, odeurs, vision d'un objet ou d'une personne, etc.),

-problèmes somatiques, physiologiques, surtout lorsque le sujet est confronté à ces indices.

. Comportements d'évitement:

-efforts permanents pour éviter les pensées, sentiments et conversations associés à l'évènement, les activités, les endroits, les personnes, qui réveillent le traumatisme,

-incapacité de se remémorer les aspects importants du traumatisme (amnésie sélective),

-baisse nette de l'intérêt pour des activités autrefois appréciées par le sujet,

-sentiment de détachement d'autrui, de devenir un "étranger",

-incapacité d'éprouver des affects, des sentiments tendres,

-sentiment que l'avenir est bouché, sans espoir.

. Symptômes ne préexistant pas au traumatisme, tels que:

-difficultés d'endormissement et/ou sommeil interrompu

-irritabilité, colères,

-difficultés de concentration,

-hyper vigilance,

-réactions de sursaut exagérées.

. Durée:

-les perturbations décrites plus haut durent plus d'un mois.

. Fonctionnement social:

-le fonctionnement social est perturbé,

-les activités professionnelles ou dans les études sont très perturbées.

. Nature du syndrome:

-ESPT aigu: durée de moins de trois mois,

-chronique: durée de trois mois et plus,

-différé: survient au moins six mois après l'évènement (parfois 20 ans ou plus après...).

Les traumatismes sont plus que des problèmes psychologiques, car ils atteignent souvent le corps. Des familles entières peuvent être décimées, des populations peuvent migrer à cause de l'évènement, des maladies peuvent menacer les groupes humains comme résultat des atteintes, intentionnelles ou non. L'ESPT, pendant longtemps, n'était pas pris en charge, alors que la douleur psychique décrite précédemment a pu compliquer et menacer la vie de générations entières.

-Tout le monde peut-il être victime d'un ESPT?

L'âge, le sexe, la personnalité des victimes, l'origine de l'évènement traumatisant (intentionnel, comme dans les agressions, les guerres, les massacres de masse, les génocides, ou non, comme dans les bouleversements climatiques, les accidents de la route ou de toutes sortes), l'appartenance à des groupes sociaux "cibles" (peuples, groupes humains, dont l'histoire a été parsemée d'égressions, tels que les Juifs, les Noirs dont les ancêtres ont été déportés en esclavage, les Arméniens, etc.) sont des facteurs qui interviennent dans l'établissement de l'état de stress post-traumatique.

Certains sujets vont développer un ESPT plus facilement, car ils ont des caractéristiques psychologiques qui font d'eux des "cibles potentielles". D'autres seront plus aptes à se tirer indemnes d'une situation génératrice de traumatismes (néanmoins, il faut tenir compte de la possibilité de survenue différée d'un ESPT...).

Tout le monde n'est pas susceptible de souffrir d'un ESPT, mais, à notre époque où les perturbations climatiques se manifestent de plus en plus, où les agressions de toutes sortes semblent se multiplier, un travail de prévention s'impose au niveau des populations afin que ce fléau s'atténue.

Quelques références bibliographiques:

American Psychiatric Association, *DSM-IV*, version française complétée des codes CIM-10, Masson, Paris, 1996.

Jehel L., Lopez G. et al., *Psycho-traumatologie, évaluation, clinique, traitement*, Dunod, Paris, 2006.

Feldman B.I., Conséquences psychologiques de la pratique des attentats-suicides dans le conflit israélo-palestinien, in *Perspectives Psy*, volume 45, N° 2, avril-juin 2006, p. 44-49.

Wallace H., *Victimology, Legal, Psychological and Social Perspectives*, Allyn and Bacon, 1998.

Voyons maintenant comment un traumatisme de masse peut influencer la pratique en victimologie clinique et en psychotraumatologie.

2) Une pratique en victimologie clinique à l'île de La Réunion

Geneviève PAYET

Biographie de l'auteur :

Présidente de l'Antenne Réunionnaise de l'Institut de Victimologie
Psychologue Clinicienne à l'Unité Régionale de Victimologie (CHR Félix Guyon)
Chargée de cours à l'Université de La Réunion (SUFPP)
Membre du Conseil d'Administration du Comité Régional d'Ethique à La Réunion

Introduction

Dès le début de notre histoire, et jusqu'à une date encore récente, la violence à La Réunion était constante, la vie sans cesse menacée. La sensibilité ne pouvait qu'être tendue, en état permanent d'alerte. Pendant longtemps, la population a vécu dans un univers qui connaissait couramment la pauvreté, la peur, les maladies.

Face à ces conditions d'existence, la raison, comme le savoir, étaient trop erratiques pour jouer un rôle modérateur et régulateur. Immergés dans un monde susceptible de leur apparaître comme une vallée de larmes, ces hommes ont très vite éprouvé un besoin impérieux de trouver une réponse pragmatique à des problèmes somme toute ordinaires, néanmoins vitaux.

Dans cette insécurité et cette précarité, l'espace du Sacré s'est offert et a été investi, bien plus que d'autres sûrement, comme un espace de rencontre et de médiation, mieux comme une tentative d'ajustement, une recherche de compromis, à défaut de se poser comme une solution.

Face à la nature, à l'injustice, au malheur, hommes et femmes se sont à juste titre tournés vers ceux temporels et célestes qui prétendaient leur accorder quelques soulagements ; l'essentiel étant de trouver et de gérer un équilibre entre les forces du bien que celles du mal.

Dès lors, entre confiance et méfiance, on comprend qu'il soit toujours difficile pour certains de se repérer à partir d'un tel contexte historique, culturel, économique, socio-politique. On comprend aussi qu'il leur soit difficile de s'identifier sinon que par la défiance, voire la violence, surtout quand on est persuadé que *'ou doi kri la loi, solman si lo san i koul'* (il faut appeler la police uniquement si le sang coule).

Avec la départementalisation, les dispositifs de la République ont progressivement tenté d'apporter des réponses à la souffrance sociale et à l'ordre public, en restructurant les institutions, en ré-équilibrant les systèmes de valeur. « *C'est quand il n'y a plus de différence que le respect commence* » rappelle Didier Sicard (2006). Encore faut-il que l'identité individuelle soit bien assumée par la communauté pour que la distance de soi à l'autre puisse en toutes circonstances être gérée et, si nécessaire, contrôlée.

Des chiffres qui restent particulièrement inquiétants

En dix ans, malgré tous les îlots de solidarité, de sécurité et de tolérance qui caractérisent notre société créole, les chiffres sont toujours globalement élevés,

notamment en matière de violences sexuelles et de violences au sein des couples.

Pourtant, les interventions de la puissance publique ont été nombreuses : organisation des plans sanitaires, schémas de cohésion sociale, campagnes multiples de prévention. Ces interventions se sont situées dans un contexte juridique rénové avec la mise en place des principaux textes sur la protection des mineurs et la protection des personnes âgées, avec les mesures pour lutter contre les violences faites aux femmes, contre le harcèlement, les discriminations et l'exclusion, avec l'installation des Juges Délégués aux Victimes (un JUDEVI dans chacun des deux Tribunaux de Grande Instance de l'île). Malgré ces avancées auxquelles se sont ajoutés sur le terrain : le redécoupage de la carte judiciaire, les nombreuses actions de sensibilisation, les dispositifs d'accès au droit, l'installation en milieu pénitentiaire d'un service médico-psychologique et d'un service de probation et d'insertion ; malgré toutes les sessions de formation à destination de professionnels d'horizons très variés, la création d'unités hospitalières d'accueil des personnes psychotraumatisées, malgré tout cela, le bilan des violences reste encore lourd (cf. les chiffres publiés par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Premier indicateur, visible dans l'espace public - du fait de sa forte médiatisation -, la succession tout au long de l'année des nombreuses sessions de la Cour d'Assises dont les affaires traitées sont en grande partie liées à des violences intra-familiales.

Autre indicateur : le tableau de bord sur les violences à La Réunion publié en novembre 2007 par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) qui indique : un taux d'atteintes volontaires à l'intégrité physique élevé et supérieur au taux métropolitain, un taux de violences physiques non crapuleuses supérieur au taux métropolitain, un taux de violences sexuelles supérieur au taux métropolitain et un taux de mortalité par homicide supérieur au taux métropolitain.

Par ailleurs, il résulte d'une enquête réalisée en 2005 que le taux global de violences conjugales de 15% à La Réunion contre 9% en Métropole. Concernant les violences physiques et les actes d'incivilité commis dans le cadre scolaire, les chiffres sont aussi très significatifs. Il en est de même pour la violence routière où le taux de mortalité par accident, notamment lié à la consommation d'alcool, reste supérieur à la moyenne nationale.

Il nous faut reconnaître qu'à La Réunion en 2009, de jeunes enfants peuvent encore mourir de coups infligés par leurs parents, des femmes totalement démunies se réfugient parfois en catastrophe avec leurs enfants en métropole pour échapper à la violence de leur partenaire, des conflits et des phénomènes de harcèlement au travail génèrent de la souffrance et des dépressions d'épuisement qui peuvent aller jusqu'à la tentation suicidaire, le *happy slapping* et les jeux dangereux ont pris leurs marques dans et à la périphérie des établissements scolaires. A ce triste panorama s'ajoutent de nouvelles formes de violences favorisées par la mondialisation des moyens de communication : cyberviolences, pédopornographie, mouvements sectaires, agressions sexuelles par soumission chimique, etc.

Cependant, face à ces fléaux de notre monde dit 'moderne' qui ont traversé les mers et contaminé nos mœurs, force est de constater que les Réunionnais sont aussi capables de développer des formes individuelles et collectives de résilience. De la douloureuse expérience d'un passé qui n'a pas pu être partagé entre les hommes sont nées dans notre société créole des pratiques traditionnelles pour renforcer les liens et lutter contre la perte, mais également des formes de méfiance et de réactivité. Ainsi, la diversité culturelle et les problèmes socio-économiques issus de notre histoire constituent-ils, d'une certaine façon, des leviers de mobilisation pour nous aider à développer des résistances face au mal et au malheur, face au danger.

Une société créole qui lutte contre les démons du passé

Effectivement, d'un autre côté, à La Réunion en 2009, des enfants sont capables de se présenter tout seuls dans des services de police ou de gendarmerie pour dénoncer des faits dont ils sont victimes, face à des situations de danger des professionnels de tous milieux engagent leurs responsabilités pour saisir les autorités judiciaires, des citoyens interpellent parfois directement le procureur de la République pour déposer plainte, les services de médiation sont de plus en plus sollicités, les règles en matière de confidentialité et d'anonymat sont connues et globalement appliquées, des victimes d'inceste exigent parfois un changement de nom de famille au détours d'un procès pénal, etc.

Le partenariat et le tissage entre les instances, les associations et les institutions réunionnaises en matière de victimologie et d'agressologie n'a jamais été aussi dynamique et constructif. De ce fait, les victimes sont plus présentes mais également plus actives dans le parcours qui va jusqu'à la réparation, réelle et symbolique. En retour d'un certain respect qui leur est accordé, aux sentiments de haine succèdent un besoin essentiel d'être reconnu par la société. Et souvent, le moyen le plus sûr d'accéder au pardon et de retrouver une certaine sérénité advient en croisant le regard de son agresseur au cours de l'audience pénale ... De fait, la force de notre île résulte de la victoire que notre société créole a remporté sur les institutions de son passé, mais aussi de la volonté et de la dignité des hommes pour vaincre les obstacles afin de se tourner vers l'avenir. Révolte d'un côté, désir d'un autre, viennent tous deux nous dit Aimé Césaire (2001) « *de la même nuit où, tout, les êtres comme les choses, les mots comme les idées, passent et repassent sur la pierre de touche de l'émotion.* »

Nécessité d'affiner notre pratique en psychotraumatologie

Mon expérience de psychologue clinicienne à l'île de La Réunion me permet d'intervenir auprès de nombreuses victimes de toutes formes de maltraitances (violences psychologiques, physiques, sexuelles, économiques, symboliques). Cette pratique s'exerce auprès d'enfants et d'adultes, autant dans des contextes d'urgence qu'en situation de révélations tardives. Face à de telles problématiques, nous sommes de fait amenés sur le terrain à

composer dans une dynamique de réseau avec tous les autres intervenants, principalement ceux issus du monde judiciaire, médical et social. L'objectif étant d'apporter une réponse concertée et évolutive à une situation toujours unique portant atteinte à l'intégrité d'un sujet, d'une famille, d'un groupe social.

Le traitement au cas par cas de telles affaires est complexe, l'enjeu est toujours majeur tant au plan individuel que sociétal.

De plus, il faut bien le dire, l'horreur de la violence, par sa répétition et son intensité, notamment sur de très jeunes enfants, agit inconsciemment sur et au fond de chacun de nous. Et ce malgré nos compétences, malgré notre expérience, malgré notre engagement. Le réel du trauma est susceptible de générer psychiquement chez les professionnels que nous sommes diverses attitudes défensives faites de fascination, dégoût, colère, banalisations, jugements, etc. Les effets contre-productifs de ces réactions vont se retrouver au niveau des différentes spécialités mises en synergie, au sein et entre les équipes concernées. Alors, pour tenter de négocier avec de tels ressentis, le faire et la précipitation peuvent dominer la praxis, pire être érigés en idéal dans une démarche qui se veut pourtant de soin et de réparation. Le désir de tout voir et de tout savoir au plus près des dévoilements d'un enfant, tout comme la tentation de tout maîtriser dans l'immédiateté une situation de catastrophe, constituent parfois un gage illusoire d'efficacité en matière de psychotraumatologie.

Alors que nous aurions la conviction d'avoir ensemble *rempli notre mission*, en fait c'est comme si le sujet ou l'événement passait soudain *sous contrôle* : une fois cerné, évalué, expertisé, enregistré et qualifié, il peut être transmis, instruit, jugé et, pense-t-on, réparé.

Dans cette mécanique, qui résulte pourtant d'un travail considérable de partenariat et d'un croisement de compétences, quel espace-temps avons-nous ensemble organisé pour permettre à la victime qui le souhaite, l'exige parfois, de reprendre son souffle ? Car l'élaboration et l'inscription psychiques d'un trauma passent nécessairement par une rencontre clinique où l'être et la pensée sont retrouvent dans une dynamique de lien. Force est de constater que parmi tous nos dispositifs actuels (protocoles, conventions, divers textes juridiques), cette position transversale fait souvent défaut. Dans nos fonctionnements respectifs et complémentaires, elle n'a pas été suffisamment pensée, institutionnellement posée comme les autres. Mais fallait-il le faire ?

La rencontre clinique est pourtant nécessaire si l'on veut offrir au sujet meurtri les moyens de se déployer pour se raconter, d'être dans sa plainte, de questionner ce qui lui arrive. Elle opère bien des fois comme une étape décisive pour l'aider à recréer son histoire. Elle lui permet de devenir acteur dans les procédures qui se sont mises en place. Elle est de nature à le réconcilier avec son code moral et son éthique personnelle, en retrouvant la valeur des mots, en revisitant les notions de respect et de dignité.

Le temps de la rencontre et de l'écoute des victimes

Quelles que soient les circonstances (judiciaires, sociales, médicales, ...), quelle que soit la gravité des faits et, dans certains cas, quelle que soit l'urgence, le

temps de cette rencontre fait partie intégrante des réponses à apporter aux personnes victimes. Surtout pour les plus vulnérables en raison de leur âge, de leur statut, de leur état ou de leurs moyens. Comme l'explique Gérard Fourcher (1995), « *s'agissant de l'action du psychologue, elle n'est pas soumise à l'urgence, c'est l'urgence qui lui est soumise. Le critère de l'action est la crise et non l'urgence* ».

En règle générale, l'événement traumatique bouleverse les repères et porte atteinte aux structures identitaires et aux bases narcissiques du sujet. L'état psychique et émotionnel de la personne psycho-traumatisée relève d'un cadre spécifique où, face à elle, un clinicien doit se placer dans une position d'écoute. Par sa parole en retour et par la distance qu'il garantit, le psychologue lui donne l'illusion consistante, mais subjective, d'avoir été entendue et comprise. Pas par rapport aux faits, mais pour ce qu'elle est et pour ce qu'elle exprime à ce moment-là.

Contrairement aux autres situations d'échanges auxquelles la victime est confrontée, voire soumise, dès l'énoncé de sa plainte, cette relation d'aide n'est pas du même ordre. Il ne s'agit pas pour elle à ce moment-là de fournir une information, un avis, une décision, un savoir quelconque. Il s'agit d'un dire. Le psychologue offre à l'autre la possibilité de se dire, donc de se voir. L'essentiel est donc de l'amener à dépasser l'atteinte subjective, le sentiment de perte de soi, ou d'une partie de soi. Ce qui lui permettra plus tard de retrouver son intégrité. Par la parole, le sujet se représente, il met en forme, avec des mots, ses mots, ce qu'il a vécu et ce qu'il pense.

Violence individuelle, violence collective

De façon tout à fait significative, à La Réunion les personnes qui ont été victimisées avouent être fantasmatiquement hantées par le sentiment de culpabilité résultant du fait d'avoir dénoncé leurs agresseurs. Très souvent, peut-être aussi de manière projective, elles redoutent des représailles. L'incarcération n'opèrerait pas comme une protection fiable. Elles apparaissent alors habitées par un profond vécu d'insécurité, même lorsque de lourdes sanctions ont été prononcées, même lorsqu'elles sont juridiquement protégées et, pire, même lorsqu'elles ont fui le Département.

A titre d'illustration, citons le cas d'Annaëlle (18 ans) qui nous téléphone d'un service d'urgences hospitalières en métropole où elle vient d'être admise pour un état de panique. Annaëlle a cru reconnaître son agresseur dans un bus alors qu'elle avait été tenue informée avant son départ de la mise en détention provisoire de celui-ci à La Réunion.

Dans les propos recueillis auprès des personnes victimes, en consultation, en expertise, en permanence d'accueil, revient régulièrement l'impression que les réponses apportées aux situations de violence dans notre île seraient globalement insatisfaisantes. Concrètement et symboliquement elles ne constitueraient pas forcément une limite, un point de butée allant dans le sens de l'apaisement : reconnaissance, soins, sanction, médiation, réparation, protection, pardon.

A les entendre, les passages à l'acte se manifesteraient sur un fond continu de violences. Qu'il s'agisse de maltraitance, d'inceste, de violences conjugales, de conflits de voisinage, ... la colère, la rage, la douleur, encore à vif semblent gronder depuis longtemps autour d'elles, à bas bruit. Alimenté par des mécanismes d'emprise, de projection, d'interprétation, de refoulement, l'impact de faits anciens serait toujours actif, parfois menaçant, du fait de la répression des émotions et de l'évitement de certains souvenirs. La souffrance qui en résulte traduit bien le défaut, voire l'absence, d'élaboration psychologique. En somme, d'une histoire à une autre, la dialectique bourreau/victime va bien au-delà des personnes directement concernées.

Agir contre la répétition et la transmission de la violence

Pour Françoise Sironi (2007), « *par notre action tant auprès des victimes que des auteurs, nous pouvons activement contribuer à mettre un frein à la répétition (domestique et sociétale) de la violence intériorisée.* »

Du point de vue clinique, cette 'violence intériorisée' fait *trace* dans le processus de transmission. Elle s'incruste dans la psyché comme un matériau 'non-transformable' ; signe que quelque chose n'a pu être intégré/décodé, dans/par l'ordre symbolique, signe d'un non-travail psychique. Cette trace témoigne toujours de l'existence d'un 'objet' interne (événement, maladie, secret, deuil non dépassé, mort violente, ...) qui ne peut pas encore tomber dans l'oubli, encore moins disparaître.

Cet objet 'imposé' devient une partie constitutive du psychisme du sujet (ou d'un groupe) qui en est le dépositaire et se retrouve alors dans un rôle de conservation d'une histoire qui n'est pas la sienne, et même antérieure à la sienne.

Cet héritage transgénérationnel est constitué, nous rappelle Evelyne Granjon (1990), d'éléments difficilement métabolisables, car issus d'une histoire lacunaire, marquée de vécus traumatiques, de non-dits, ... Ces éléments, dont certains sont en instance de représentation, traversent notre espace psychique sans appropriation possible (F. André-Fustier, 1997). Ils s'imposent à l'état brut, bouleversent notre équilibre interne. Le but inconsciemment recherché est de lutter contre la perte, voire le deuil de cet objet qui demeure inassimilable, car non symbolisable.

La transmission traumatique occupe dans cette perspective une place de choix. Il revient au psychologue de chercher à se positionner face aux personnes victimes par la parole et dans une relation clinique. De saisir l'autre avec notre propre compréhension, c'est-à-dire de reformuler avec lui ce qui a été dit et exprimé pour qu'il puisse un jour intégrer psychiquement l'expérience à la fois singulière et collective des violences qui l'habitent.

Bibliographie

- 1) ANDRE-FUSTIER F. & AUBERTEL F., (1997), « La transmission psychique familiale en souffrance », *Le Générationnel*, Dunod, coll. Inconscient & Culture, 108-145.
- 2) CESAIRE A., (2001), « Cahier d'un retour au pays natal », Présence africaine, poésie.
- 3) FOURCHER G., (1995), « Ethique et identité professionnelle du Psychologue », in *Pratiques psychologiques*, 1995, 3, 19-26.
- 4) GRANJON E., (1990), « Alliance et aliénation, ou les avatars de la transmission psychique intergénérationnelle », *Dialogue*, 108, 61-72.
- 5) SICARD D., (2006) « L'alibi éthique », Ed° PLON, Paris.
- 6) SIRONI F., (2007) : « Psychopathologie des violences collectives. Essai de psychologie géopolitique clinique », Ed° Odile Jacob, Mayenne.

4)FICHE METIER : Psychologue-Victimologue

Domaine fonctionnel : psychologie psychopathologie, victimologie clinique.

Code métier : Psychologue clinicien

Définition du métier

Prise en charge des personnes (victimes, témoins, accompagnateurs et intervenants). Évaluation et diagnostic du vécu et des retombées de situations de stress et de traumatismes. Soins psychothérapeutiques.

Spécificités du métier :

Les activités :

Activités principales :

1. Interventions auprès des usagers : accueil, écoute, évaluation, soin et orientation. Consultations individuelles, épreuves psychotechniques, travail d'élaboration et d'accompagnement, groupe thérapeutiques. Rédaction de bilans, signalements, certificats psychologiques, réquisitions et expertises judiciaires.
2. Interventions auprès de l'équipe : réunions de synthèse et de service, apports d'informations, documents, textes juridiques, travaux de recherches, mémoires, stages, etc.
3. Actions auprès de partenaires (internes et externes à la structure) pour le suivi des dossiers. Travail de réseau pour les échanges autour de situations et de problématiques spécifiques.
4. Participation à la formation initiale et continue des professionnels (psychologues et autres) dans le domaine de la psychologie et de la victimologie clinique. Accueil de stagiaires, enseignement, recherches et publications,

Description de la pratique :

L'accueil psychologique d'une personne victime (bébé, enfant, adolescent, adulte, personne âgée) est un moment essentiel. Cette étape sera souvent déterminante dans son parcours ultérieur. L'accueil se fait à la carte, au cas par cas, au plus près de la réalité traumatique. Confiance, neutralité et confidentialité caractérisent la position du psychologue victimologue.

Soutenir une victime consiste à accepter sa détresse, sa colère, ses hésitations, ses doutes, ses peurs, sa sidération, ses refus, ... Le psychologue victimologue encourage et soutient, autant que faire se peut, une position active et personnelle de la part des personnes victimes, en tenant compte de leur état physique, émotionnel et psychique, afin de progresser à leur rythme dans leur démarche.

L'écoute est la fonction première et spécifique du psychologue victimologue. Elle nécessite du temps et de la disponibilité psychiques. Ecouter c'est savoir, avec empathie et sans jugement, sans projection ni interprétation personnelles, accueillir une parole, une plainte, avec ses détails, ses silences, ses contradictions et ses incohérences parfois.

Aider à mettre des mots face à un événement, ancien ou récent, afin de pouvoir : exprimer un ressenti, souvent intense et confus, teinté de honte, de culpabilité, de colère et de haine, cerner une demande pour que le sujet redevienne acteur de son existence et de son devenir.

En victimologie, de nombreux critères font l'objet d'évaluation (suggestibilité, consentement, vulnérabilité, risque, urgence ...). Il convient de les intégrer dans une démarche clinique globale. Les retombées psychologiques d'un événement sont appréhendées à partir de méthodes diverses : matériel psychotechnique, questionnaires, échelles, auto-évaluation, ... La mise en concordance de ces résultats permet de définir avec l'intéressé les réponses les plus adaptées, au fil de son évolution et de la situation vécue.

Pour faire un diagnostic en termes de psychotrauma, il est essentiel de définir l'organisation et les modalités de fonctionnement de la personnalité antérieures à l'événement traumatique, mais également d'appréhender l'histoire de la personne victime.

L'intervention clinique est posée et garantie par le psychologue victimologue dès l'accueil. En victimologie, la prise en charge thérapeutique se fait : à partir d'entretiens psychothérapeutiques de type analytique ou de soutien, à l'aide de techniques spécifiques (defusing, debriefing psychologique ou sensoriel), sous la forme de thérapies psycho-corporelles, cognitivo-comportementales, systémiques, ...

Les relations professionnelles les plus fréquentes :

- ☐ Equipes de soins, de suivi éducatif et d'accompagnement juridique concernant la prise en charge psychologique des victimes et de leur entourage.
- ☐ Psychologues, psychothérapeutes et psychiatres, installés en libéral et exerçant dans le public, pour le suivi des patients.
- ☐ Education Nationale, services judiciaires et juridiques, Département et PMI, secteur psychiatrique (adultes et enfants), associations, ...

Les savoir-faire requis du métier

Etre capable d'accueillir et d'écouter des personnes en souffrance
Savoir faire face à des situations parfois urgentes et graves
Utiliser et interpréter divers tests, échelles et questionnaires
Evaluer l'impact d'un événement traumatique et savoir en rendre compte (oralement et par écrit)
Poser un diagnostic sur la structure psychique d'un patient
Envisager un protocole de soins adapté et réalisable
Ajuster la thérapeutique à la demande et aux besoins des personnes
Travailler en collaboration avec une équipe et un réseau de partenaires
Actualiser ses connaissances en psychologie et en victimologie

Conditions particulières d'exercice du métier

Pré-requis indispensables pour exercer le métier

Master 2 Psychologie et Psychopathologie cliniques et psychothérapique /DU de Victimologie Clinique.

Expériences utiles pour exercer le métier :

Pratique expertale régulière et diversifiée (victimes et auteurs, adultes et enfants, pénal et civil).

DU de criminologie.

Formation dans les Sciences de la Paix

Pratique dans le domaine de l'aide aux victimes : organismes humanitaires internationaux (ONG).

Quelques références documentaires sur le métier

- **BACCINO (E), BESSOLES (P)** : *Victime-Agresseur* (3 tomes), Editions Champ Social, 2002-2003.
- **CROCQ (L)** : *La Dimension Psychosociologique des Catastrophes*, in Soins Psychiatriques n°106-107 Août-Septembre 1989.
- **DALIGAND (L)** : *L'enfant et le diable. Accueillir et soigner les victimes de violence*, Ed. L'Archipel, 382 p, 2004.
- **DAMIANI (C)** : *Les Victimes. Violences Publiques, Crimes Privés*. Bayard, Paris 1997.
- **HAESEVOETS (Y-H)** : *L'enfant victime d'inceste : de la séduction traumatique à la violence sexuelle*, De Boeck Université, coll. De l'Oxalis, 1997.
- **KEDIA (M), SABOURAUD-SEGUIN (A) & al** : *Psycho-traumatologie. L'aide-mémoire. 45 notions clés*, DUNOD, septembre 2008.
- **LEBIGOT (F)** : *Traiter les traumatismes psychiques*. DUNOD, 2005.
- **LOPEZ (G)** : *Les violences sexuelles sur les enfants*. PUF, QSJ n° 3309, 1999.
- **PAYET (G), ROCHE (J.-L) & al** : *La cause des victimes : approches transculturelles - Ile de La Réunion et Afrique du sud*, Ed. L'Harmattan, 224 p, 2005.
- **RAYMOND (S)** : *L'expertise psychologique*. Aubier, 1999.

Références statutaires :

Code de déontologie des psychologues 23/03/96