

L'AIDE AUX VICTIMES

LIVRE BLANC

Sous la direction de Juliette Méadel,
secrétaire d'État auprès du Premier ministre,
chargée de l'Aide aux victimes

La **documentation** Française

« En application du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, une reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2017
ISBN : 978-2-11-145323-4

SOMMAIRE

Les auteurs	5
Préface	7
CHAPITRE 1	
Statuts et expériences des victimes	11
Les controverses autour des victimes	11
Les attentes des victimes	14
CHAPITRE 2	
Catastrophes naturelles et réparations, une archéologie des politiques publiques en France	17
À distance, la catastrophe au village	17
Comment catastrophe et puissance publique ont-elles fini par se rencontrer et voir leur sort indissociablement mêlé ?	19
CHAPITRE 3	
Assurer la place des victimes dans les médias	25
Les médias et la prévention	26
Dans l'urgence	27
Une fois les coupables identifiés	28
Mesures d'autorégulation	29
Dans la durée	31
Principes d'action	32
CHAPITRE 4	
La relève des victimes de catastrophe	35
De l'urgence individuelle à la catastrophe	36
L'apport des secouristes	41
Le support logistique d'intervention	42
Discussion et propositions	43
CHAPITRE 5	
L'identification des victimes de catastrophes collectives : un soin des morts et des vivants	47
Un challenge humain et technique	47
Les principes de l'identification des victimes	48
Le déroulement des opérations d'identification	52
Conclusion	53

CHAPITRE 6	
La prise en charge psychologique des victimes	55
Histoire de la notion de psychotraumatisme	55
Le traumatisme psychique	57
Deux types de facteurs	58
La manifestation des troubles	59
Prise en charge thérapeutique	62
CHAPITRE 7	
La prise en charge médico-psychologique des victimes au sein des CUMP	69
Les prises en charge précoces	70
La prise en charge à long terme	73
CHAPITRE 8	
Pour une politique publique de la résilience	77
La santé des personnes, au cœur de la résilience des victimes et des intervenants	78
Le parcours de vie des personnes victimes d'un attentat reste semé d'embûches	81
Un centre national de la résilience (CNR), pour briser le tabou des douleurs invisibles	83
CHAPITRE 9	
Indemniser les victimes au nom de la solidarité nationale : le rôle du Fonds de Garantie	89
30 ans d'histoire	89
Agir face au pire, l'indemnisation des victimes du terrorisme par le FGTI	90
Réparer le préjudice des victimes de violences, l'indemnisation des victimes d'infractions de droit commun	93
Contribuer à l'exécution des décisions du juge pénal au bénéfice des victimes : le rôle du Service d'aide au recouvrement des victimes d'infractions (SARVI)	94
Le recours contre les responsables : un enjeu moral et financier	95
L'amélioration continue de la qualité du service aux victimes : la priorité n° 1 du FGTI	95
CHAPITRE 10	
L'aide aux victimes dans le cadre de la phase judiciaire	97
L'effectivité des dispositifs et leur gouvernance	98
Au cours de l'enquête judiciaire	99
Au cours du procès	104
Conclusion	105
Annexes	109

Les auteurs

Cet ouvrage est préfacé par Juliette Méadel, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'Aide aux victimes.

Janine Barbot

Sociologue à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), Janine Barbot est membre du Centre d'étude des mouvements sociaux (CEMS) de l'Institut Marcel Mauss (CNRS-EHESS).

Maurice Corcos

Psychiatre, chef du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut mutualiste Montsouris, Maurice Corcos est également professeur de psychiatrie infanto-juvénile à l'université Paris-Descartes. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages, dont *L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique*.

Fabrice d'Almeida

Agrégé d'histoire, Fabrice d'Almeida est professeur à l'université Panthéon-Assas et à l'Institut français de presse, où il dirige le master 2 « médias et mondialisation ». Fabrice d'Almeida est spécialiste, notamment, de l'Allemagne, de l'Italie, de la France de la propagande par l'image et de la manipulation.

Nicolas Dodier

Sociologue à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), Nicolas Dodier est directeur d'études à l'EHESS (École des hautes études en Sciences sociales) et membre du Centre d'étude des mouvements sociaux (CEMS) de l'Institut Marcel Mauss (CNRS-EHESS).

Laurent Fanton

Médecin légiste, Laurent Fanton, est chef du service de médecine légale des Hospices civils de Lyon. Il est également professeur de médecine légale et de droit de la santé à la faculté de médecine Lyon-Est (UCBL1) et membre de la Société française de médecine légale. Il a notamment participé aux opérations d'identification des victimes du Tsunami.

Henri Julien

Membre de l'Académie nationale de médecine, Henri Julien est président de la Société française de médecine de catastrophe.

François Molins

François Molins est Procureur de la République de Paris depuis 2011. Il a été chargé des attaques majeures survenues en France et notamment en mars 2012, les tueries perpétrées par Mohammed Merah à Toulouse et Montauban, la tuerie à *Charlie Hebdo*, les attentats du 13 novembre 2015, l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice et l'attentat de Saint-Étienne-du-Rouvray.

Marie-Aude Piot

Psychiatre à l'Institut mutualiste Montsouris et praticien hospitalo-universitaire à l'Université Paris Descartes, Marie-Aude Piot a assuré une mission en santé mentale à Port-au-Prince et ses environs (Haïti) entre avril et août 2010, au cours du séisme, au sein de l'association « Médecins sans frontière ». Elle est l'auteur de plusieurs articles en lien avec cette expérience.

Nathalie Prieto

Psychiatre aux Hospices civils de Lyon, Nathalie Prieto est coordinatrice de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) Auvergne/Rhône-Alpes. Elle est également psychiatre référente nationale adjointe, CUMP 69, SAMU de Lyon, Hôpital Édouard Herriot à Lyon.

Grégory Quenet

Agrégé d'histoire, professeur à l'Université Versailles Saint-Quentin, Grégory Quenet est spécialiste de l'histoire de l'environnement et de l'étude des catastrophes environnementales. Il est membre junior de l'Institut universitaire de France et membre, en tant qu'expert, du Comité national français du patrimoine mondial.

Julien Rencki

Ancien élève de l'ENA, diplômé de Sciences-Po Paris, titulaire d'un DEA en droit communautaire, Julien Rencki est Directeur général du Fonds de garantie depuis juillet 2016. Il a notamment occupé les fonctions de Secrétaire général pour la modernisation de l'action publique, et Secrétaire général et DRH de la direction générale du Trésor.

Françoise Rudetzki

Françoise Rudetzki est membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE) et du conseil d'administration du Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI). Victime en 1983 de l'attentat au restaurant le *Grand Véfour*, Françoise Rudetzki fonde «SOS attentats» en 1986. À la tête de cette association jusqu'en 2008, elle œuvre pour la prise en considération des victimes des attentats et la mise en place de structures.

Patrice Schoendorff

Psychiatre, médecin légiste, Patrice Schoendorff est président de la Fédération Française de Psychocriminalistique (FFPC). Il est chargé d'enseignement à la faculté de médecine Lyon-Est.

UPIVC

Unité Police d'Identification des Victimes de Catastrophes, Police Technique et Scientifique, Ecully.

Norbert Telmon

Norbert Telmon est médecin légiste, chef du service de médecine légale du CHU de Toulouse et président de la Société française de médecine légale. Il dirige une équipe de recherche notamment en matière d'anthropologie.

François Zimeray

Ambassadeur de France au Danemark depuis 2013, François Zimeray est un avocat, militant des Droits de l'Homme, homme politique et diplomate. Il a auparavant été ambassadeur chargé des Droits de l'Homme (2008-2013) et député européen (1999-2004). Le 14 février 2015, François Zimeray est pris pour cible lors de la première des deux fusillades de Copenhague.

Remerciements

→ À Solal Besse de La Chevardière, pour sa précieuse contribution à la réalisation de ce livre.

Préface

Juliette Méadel

*Secrétaire d'État auprès du Premier ministre,
chargée de l'Aide aux victimes*

Depuis les attentats de mars 2012, la France a changé : ni complètement en guerre ni vraiment en paix, notre société vit avec une menace terroriste d'une intensité inédite. Plus encore, depuis janvier 2015, 255 personnes ont perdu la vie dans un acte terroriste – 238 en France, 17 autres ressortissants français dans un attentat commis à l'étranger – et près de 4000 ont été blessées ou choquées.

Ces épreuves dramatiques suscitent en retour des mécanismes de solidarité et révèlent la capacité de notre société à prendre soin de celles et ceux qui ont été frappés par ces événements. Dès lors, la mission de l'État est claire : aider les victimes à se reconstruire pour retrouver le goût de vivre.

La politique d'aide aux victimes que nous mettons en œuvre depuis plus d'un an est appelée à durer.

C'est une politique publique qui, tout en s'adaptant à l'époque et aux demandes croissantes de protection, s'appuie sur des fondations solides posées dans les années 1980. On pense à Robert Badinter, qui mit en place une véritable politique publique de l'aide aux victimes d'infractions pénales, et à celles des accidents de la route. À Françoise Rudetzki, qui fut à l'origine de la création en 1986 du Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) et qui depuis lors, sans relâche, nourrit les réflexions pour améliorer encore nos dispositifs de prise en charge. À Jacques Chirac qui, en 2004, confia à Nicole Guedj un secrétariat d'État chargé de l'Aide aux victimes, rattaché à la Chancellerie. Tous ont eu le sens de l'Histoire, une remarquable perception des défis qui se profilent : l'aide aux victimes est un grand enjeu politique. Il y a un an, c'est le chemin qu'ont choisi de suivre le Président de la République et le Premier ministre en créant, en février 2016, le secrétariat d'État auprès du Premier ministre, chargé de l'aide aux victimes. La politique d'aide aux victimes se doit en effet aujourd'hui d'être globale : interministérielle et transversale.

Pour continuer à se développer et à s'inscrire dans cette histoire, cette politique a besoin d'être nourrie, stimulée, elle se doit d'être innovante. C'est l'objet de ce livre blanc : donner la parole aux chercheurs, aux spécialistes et aux acteurs de terrain. Il s'agit avant tout de poser les bonnes questions. En ce sens, cet ouvrage n'est pas un livre blanc classique. Ce n'est pas un recueil de données froides qui viserait à arrêter la moins mauvaise des décisions possibles. C'est une exploration, un approfondissement de nos connaissances fondé sur des réflexions singulières et plurielles à la fois. Davantage qu'un livre blanc, c'est un « anti livre blanc ».

De fait, la notion de victime est complexe, polysémique, et par suite parfois galvaudée. La définition du juriste n'est pas celle du sociologue, celle du pompier n'est pas celle du psychologue, celle du psychiatre ne correspond pas à celle de l'historien, celle du philosophe diffère enfin de celle du rescapé.

Chaque article de cet ouvrage est un point d'entrée permettant d'appréhender le concept de victime. Une manière de la considérer, de l'approcher. Une manière, avec cet « anti livre blanc », de dessiner une vision, aussi exhaustive que possible, aussi collaborative que possible, de l'aide aux victimes.

Les articles qui suivent tracent des lignes de repère et offrent des visions personnelles d'auteurs experts sur des aspects essentiels de l'aide aux victimes. De la question de la prise en charge psychologique à la question de l'indemnisation, en passant par celle de la commémoration, cet « anti livre blanc » se distingue par une double exigence : celle de ne pas prétendre tout dire et celle de ne rien vouloir écarter.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des auteurs dont les réflexions, interrogations, propositions, solutions sont précieuses. Ils ont bien voulu partager leurs savoirs, par conviction et solidarité, au service de toutes les victimes.

L'aide aux victimes n'est pas un vœu illusoire ou une vaine proclamation. C'est un impératif humain, une main tendue à ceux qui ont été abîmés par l'existence. C'est le devoir de vouloir mieux, d'imaginer davantage, de penser encore, d'agir toujours. C'est le devoir de savoir répondre aux enjeux des temps présents et futurs.

« Au temps du terrorisme colonial, pratiqué par la résistance, on ciblait les personnes à qui l'on souhaitait faire du mal. Ça n'est plus le cas, au contraire, on cherche à faire le maximum de victimes, anonymes de préférence, car c'est plus facile et cela touche profondément les esprits et les cœurs. La réponse elle ne peut être que l'intérêt premier accordé à la réparation des victimes souffrantes et de leur famille. En plus de la lutte contre le terrorisme, doit se poursuivre la solidarité nationale et humaine, la prise en compte des victimes anonymes, frappées par hasard. Ceci étant intolérable pour le corps social, appelle à un mouvement de solidarité international de première grandeur et inédit. »

Robert Badinter, ancien président du Conseil constitutionnel, ancien garde des Sceaux, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

« Il y a 40 ans déjà, Robert Badinter a alerté les consciences sur la tragique solitude des victimes, laissées à elles-mêmes par une société qui ne sait pas voir et ne veut pas toujours voir, la souffrance ou les traumatismes. Les hommages sont rendus à juste titre aux morts et aux disparus, mais il faut également soigner les survivants, les familles brisées, les personnes en situation de handicap, traumatisées, qui doivent réapprendre à vivre. C'est un champ d'expertise et finalement une culture qui reste à bâtir. Les victimes ont besoin d'indemnisation, de reconnaissance, de solidarité. Ce travail est indissociable de celui que l'UNESCO mène pour la prévention de l'extrémisme, à la culture de la paix, à l'éducation des gens aux valeurs de tolérance. »

Irina Bokova, *Directrice générale de l'UNESCO, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).*

Chapitre 1

Statuts et expériences des victimes

Janine Barbot et Nicolas Dodier

Depuis les années 1980, on assiste à une montée des victimes et de leurs collectifs dans l'espace public, et à une transformation des dispositifs visant à prendre en charge la réparation des dommages dans différents domaines : attentats terroristes, catastrophes naturelles et technologiques, accidents du travail et maladies professionnelles, accidents médicaux ou drames sanitaires, etc. Pour autant, ces évolutions ne sont ni linéaires, ni consensuelles. Elles sont accompagnées de controverses qui traversent les univers spécialisés (parmi les juristes, les médecins, etc.), les débats publics et les échanges entre intellectuels, ainsi que les milieux politiques et associatifs. L'intensité de ces controverses marque la nécessité de poursuivre la réflexion et le travail politique autour de l'évolution de la place des victimes dans nos sociétés et des transformations des dispositifs qui participent à leur prise en charge.

Les controverses autour des victimes

La montée des victimes

Certaines controverses ont porté, de façon très générale, sur le statut qu'il faut accorder aux « victimes » dans nos sociétés. En France, une partie du champ intellectuel s'est inquiétée de cette montée des victimes, y voyant le signe d'une transformation profonde et problématique du rapport à la politique. Ont été notamment pointés : la difficulté, face à des victimes affectées par des malheurs hétérogènes, de structurer et d'unifier le champ des luttes ; la menace que pouvaient faire peser les appels à la compassion sur le travail nécessaire d'objectivation et de hiérarchisation des problèmes publics ; la valorisation, à travers la figure de la victime, d'attitudes passives ; le développement d'une action tournée vers la gestion des drames hérités du passé aux dépens d'une volonté de changement. D'autres ont vu au contraire dans cette montée des victimes un moyen de relancer le travail critique, à un moment où celui-ci paraissait dans une certaine impasse, en le ré-ancrant dans les souffrances et les sentiments d'injustice que des individus éprouvent concrètement. Ils ont souhaité ainsi redonner à la politique la possibilité d'être plus en prise sur l'expérience des personnes ordinaires.

Les dispositifs de prise en charge

Des controverses ont également porté sur le bien-fondé et les modalités de fonctionnement des dispositifs de prise en charge des victimes ; sur la pertinence de telle ou telle approche des atteintes physiques ou psychiques dont souffrent les victimes ; sur les nouveaux outils juridiques destinés à penser l'indemnisation des victimes devant les tribunaux ou dans des mécanismes de règlement amiable, etc. Ainsi, s'agissant des dispositifs judiciaires, l'accroissement de la place des victimes dans la justice pénale a suscité des tensions particulièrement vives. Il faut rappeler que le procès pénal a été construit, en France comme dans de nombreux autres pays, sur l'affirmation de la primauté de l'action de l'État face aux crimes et délits, et sur la mise à distance de victimes supposées animées par un désir de vengeance. Bien que le concours des victimes (en tant que témoins, pour identifier les infractions et orienter les poursuites) ait toujours été nécessaire, la question de leur accompagnement dans les procédures judiciaires et de leur participation en tant qu'acteurs du procès pénal (dotés de prérogatives particulières) a pendant longtemps été écartée. Depuis trente ans, on assiste dans chacune des grandes traditions juridiques continentale et anglo-saxonne, à des évolutions en faveur d'une réévaluation de cette place des victimes au pénal. Des mesures importantes ont porté sur l'amélioration de leur condition : la création de permanences juridiques, l'octroi d'aides financières, la mise en œuvre de dispositifs de soutien psychologique, etc. Leur place en tant qu'acteurs de la procédure pénale a été revalorisée par l'octroi de nouvelles possibilités de s'exprimer à l'audience, de participer aux poursuites ou d'y être représentées par des collectifs.

Face à cette extension, des inquiétudes se sont néanmoins exprimées. Certains se sont montrés sceptiques, parfois même opposés à cette évolution, la considérant comme un risque majeur pour le bon fonctionnement de la justice pénale. D'autres en ont été de fervents partisans. Deux questions notamment ont occupé une place importante dans ces débats. La première concerne l'impact de la présence accrue des victimes sur l'objectivité du jugement pénal. Certains se sont alarmés de l'influence que pourraient avoir les émotions que suscitent les victimes sur la rationalité des juges, d'autres ont considéré, au contraire, que la compassion envers les victimes participait déjà de fait à la construction du jugement, et qu'il fallait simplement l'intégrer au mieux. Certains se sont inquiétés, au nom de l'indépendance de l'institution judiciaire, des pressions que pouvaient exercer les victimes et leurs collectifs sur la justice pénale, d'autres ont mis l'accent sur l'apport des victimes et de leurs représentants à la mise en évidence de réalités centrales pour le traitement des affaires. La seconde question concerne les finalités mêmes du procès pénal. Certains ont vu dans cette nouvelle présence des victimes de multiples risques : de privatisation de la justice pénale, de transformation de l'audience pénale en lieu d'expression de violences verbales à l'égard des prévenus, ou comme scène investie par des victimes à des fins essentiellement thérapeutiques, etc. D'autres ont été plus ouverts à envisager comment la justice pénale pouvait aujourd'hui

mettre en œuvre, au-delà des finalités classiques (rétribution, prévention des crimes et réhabilitation des coupables), une vision élargie de ses finalités qui intègre un nouveau rapport aux parcours des victimes (en termes de reconstruction, de restauration du lien social, etc.). Dans ce domaine, comme dans d'autres, la question des victimes a été un vecteur important d'innovations dans les institutions (médicales, judiciaires, politiques, etc.) et dans un secteur associatif en pleine expansion autour des professionnels de l'aide aux victimes.

La variété des statuts

Au-delà des grandes transformations transversales, les controverses autour de l'extension de la place des victimes se sont déployées de manières contrastées dans différents secteurs, souvent à la faveur d'événements marquants : par exemple, l'ampleur des récentes attaques terroristes, et les lectures qui en ont été faites, ont reconfiguré le statut des victimes d'attentats ; les drames sanitaires des années 1990, et les affaires qui les ont suivis, ont participé à l'émergence d'un statut de victimes dans le secteur médical, consacré par la loi du 4 mars 2002. De nombreux collectifs de victimes ont émergé dans ces différents secteurs, le plus souvent autour de drames spécifiques (les attentats du 13 novembre à Paris et à Saint-Denis, ceux de Nice ; la catastrophe routière de Puisseguin, celle de Brétigny dans le domaine ferroviaire ; l'explosion de l'usine AZF à Toulouse ; les ravages de la tempête Xynthia à La Faute-sur-Mer et dans les environs ; les différents crashes aériens survenus en France et à l'étranger ; les irradiations du centre hospitalier d'Épinal, les dommages causés par le Médiator ou par la Dépakine, etc.). Regroupés ou non en fédérations, ces collectifs inscrivent leurs actions sur le registre de l'entraide et sont porteurs de revendications en matière de reconnaissance et de réparation. Ils sont aujourd'hui des interlocuteurs incontournables des pouvoirs publics, faisant valoir leurs causes, ce qu'elles ont en commun et ce qui les différencient.

Fruit d'une histoire complexe, le « statut de victime » se décline donc au pluriel. Cette variété de statuts est liée au poids et à la diversité des approches de la réparation mises en œuvre dans différents contextes politiques et sociaux. Victimes d'accidents de la route, d'infractions pénales, de violences sexuelles, d'accidents du travail, d'actes terroristes : toutes ces catégories sont reconnues par l'État mais dotées de statuts spécifiques. Ainsi, par exemple, on a assisté à la multiplication des dispositifs d'indemnisation dédiés à la réparation des victimes de tel ou tel secteur, voire de telle ou telle catastrophe spécifique. Au-delà de la diversité même de leur forme juridique, ces dispositifs présentent des différences notables quant au principe retenu au fondement de l'indemnisation (à travers les notions de faute, de solidarité nationale, ou de risque, etc.), à la définition du périmètre des victimes concernées, à leur mode d'organisation (modalités de recours aux experts, de délibérations, etc.), à leur source de financement, à la nature et à l'ampleur des indemnisations versées. Cette variété des statuts

des victimes soulève de nombreuses questions. Pour certains acteurs, les revendications en termes d'*équité inter-victimes* constituent aujourd'hui un puissant vecteur d'amélioration du sort réservé à chacune. Pour d'autres, il est important de maintenir un traitement différencié des victimes dans nos sociétés ; reste néanmoins à mieux clarifier son bien-fondé et à énoncer les critères sur lesquels il s'appuie.

Les attentes des victimes

Au-delà de cette fragmentation des statuts des victimes par secteurs, il est nécessaire de mieux comprendre, pour un secteur ou une catastrophe donnée, la variété des *expériences des victimes* et de leurs familles face aux différents dispositifs qui jalonnent leurs *parcours de réparation*. Tout d'abord, on n'est pas traité (ou reconnu) comme « victime » de la même manière et avec les mêmes effets selon le dispositif auquel on est confronté, qu'il s'agisse d'un fonds d'indemnisation, du système judiciaire, des équipes de prise en charge psychologique, de l'espace médiatique, des réseaux internet, ou des groupes d'entraide. On a plutôt affaire, et souvent pour la même personne, à différentes conditions de victime. Au-delà de cette complexité, on peut néanmoins dégager certaines constantes. Les travaux de sciences sociales qui se sont intéressés aux parcours des victimes mettent en évidence l'existence, au-delà des variations qui existent dans la manière dont chaque personne investit ces différents dispositifs, et des spécificités de chaque cas, de quatre grands types d'attentes qui s'expriment de façon récurrente : la neutralisation des souffrances, la manifestation de la justice, l'obtention d'une compensation ajustée, et le travail de mémoire.

Une attente de secours

Ainsi, les victimes et leurs familles évaluent et se saisissent des dispositifs existants au vu de la capacité de ceux-ci à apaiser ce dont elles s'estiment atteintes. C'est une *attente de secours et de neutralisation des souffrances*. La nature même des atteintes est très variable d'un cas à un autre. Il peut s'agir d'habitations détruites, de biens disparus, d'une liberté anéantie, d'une dignité bafouée, de la perte d'un proche, de dommages corporels ou psychiques, d'une angoisse éprouvée, etc. Ce qu'elles attendent en partie des dispositifs, c'est qu'ils leur permettent de lutter contre ces atteintes. C'est le cas bien sûr des dispositifs médicaux et psychologiques, ou de secours. Mais c'est également sous cet angle qu'elles peuvent investir d'autres dispositifs : aborder les indemnisations financières comme des supports pour se reconstruire, dégager un nouvel horizon de vie ; envisager le procès dans un possible apport thérapeutique ; concevoir des dispositifs mémoriels qui accordent une place aux disparus, etc.

Une attente de justice

Les victimes et leurs familles expriment également une *attente de manifestation de la justice*. Elles veulent que la lumière soit faite sur « ce qui s'est passé », que des coupables, le cas échéant, soient sanctionnés. C'est alors au nom de cette attente qu'elles jugent les actions entreprises autour de ce qui les a frappées, et qu'elles se mobilisent. Cette attente s'exprime fortement vis-à-vis des procédures judiciaires. Les différentes conceptions de la justice que les victimes déploient peuvent alors entrer en tension avec ce que fait le droit. Mais cette attente de justice est également présente dans leur confrontation avec d'autres dispositifs. Dans certaines catastrophes, par exemple, des victimes se sont inquiétées, à l'idée que des fonds d'indemnisation mis en place par l'État au titre de la solidarité nationale, ne viseraient de fait qu'à couvrir des responsabilités, et à les écarter des dispositifs judiciaires. Dans d'autres cas, ce souci de manifestation de la vérité (en rapport, ou non, avec leur attente de neutralisation des souffrances) peut conduire certaines victimes à rechercher des formes de justice alternatives aux procès.

Une attente de compensation

Dans leur parcours de réparation, les personnes manifestent également des *attentes de compensation ajustée des malheurs*. Selon les catastrophes, et selon les victimes et leurs familles, cette compensation peut être de nature diverse : une somme d'argent en contrepartie de dommages, un accès privilégié à certains services de soins, une forme d'attention spécifique par l'obtention de droits, une aide particulière apportée à des proches, etc. Cette attente est aussi une source de revendications, d'actions individuelles ou collectives, ou de réactions par rapport à chacune des propositions que les pouvoirs publics, les associations ou d'autres acteurs peuvent être amenés à faire, suite à la survenue d'un drame. Les propositions d'indemnisations extra-judiciaires font évidemment l'objet de nombreuses réactions sous l'angle de la compensation ajustée. Les victimes opèrent, par elles-mêmes ou via leurs représentants, leur propre évaluation des dommages et de l'adéquation des compensations financières qui leur sont proposées. La manière dont le droit et les dispositifs d'indemnisation définissent des préjudices, et forment des équivalences monétaires, s'agissant tout particulièrement de dommages qui échappent par nature à la quantification (telle la perte d'un proche), s'avèrent souvent opaques et désajustées face à l'expérience que les victimes en font.

Une attente de mémoire

Il s'agit enfin d'une *attente de mémoire*. Cette attente est souvent exprimée par les victimes et leurs familles, bien qu'elle puisse prendre des formes très diverses : des plus intimes aux plus publiques, des plus locales aux plus globales. Certaines catastrophes, certaines violences politiques appellent

pour les victimes et leurs familles un traitement national (à travers des lois ou des régimes mémoriels, des journées de commémorations, etc.). D'autres appellent pour les victimes l'inscription d'un drame dans des dispositifs localisés (sur des sites concernés). D'autres travaillent encore au quotidien la manière de faire place aux disparus, évoquer ce qui a été perdu. Certains dispositifs, comme les procès, sont également investis depuis une attente de mémoire.

C'est au carrefour de ces quatre attentes des victimes concernant la neutralisation des souffrances, la manifestation de la justice, l'obtention d'une compensation ajustée, et le travail de mémoire que se forment différents parcours de réparation. Bien qu'il existe des dispositifs dédiés à chacune de ces attentes, pour les victimes tout se joue, ou est toujours susceptible de se jouer, en même temps autour de chacun d'entre eux. La compréhension de leurs expériences doit permettre d'approfondir la réflexion sur la manière de concevoir et d'améliorer ces dispositifs.

« Les victimes ont une histoire à raconter, une dignité à défendre et un éclairage à apporter qui peut rendre toute la société plus forte, plus compatissante. »

Irina Bokova, Directrice générale de l'UNESCO, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Références bibliographiques

Barbot J., Dodier N., « Repenser la place des victimes au procès pénal. Le répertoire normatif des juristes en France et aux États-Unis », *Revue française de science politique*, 64 (3), 2014 ; « Que faire de la compassion au travail ? La réflexivité stratégique des avocats à l'audience », *Sociologie du travail*, 56 (3), 2014, p. 365-385 ; « Devant l'extension des indemnisations non judiciaires. Les victimes d'un drame de santé publique », *Droit et Société* 89, 2014, p. 89-103 ; « Violence et démocratie dans un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide », *Genèses*, 81, 2010, p. 84-113.

Barbot J., Parizot I., Winance M., « "No-Fault" Compensation for Victims of Medical Injuries. Ten Years of Implementing the French Model », *Health Policy*, 114 (2-3), 2014, p. 236-245 ; « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte médicale », *Sciences Sociales et Santé* 33 (2), 2015, p. 77-105.

Dodier N., « Penser (par) les catastrophes », in Sandrine Revet et Julien Langumier (dir.), *Le gouvernement des catastrophes*, Paris, Karthala, 2013.

Chapitre 2

Catastrophes naturelles et réparations, une archéologie des politiques publiques en France

Grégory Quenet

Comment les catastrophes naturelles sont-elles entrées dans la sphère des politiques publiques en France ? À partir de la comparaison entre les mécanismes de protection à l'œuvre dans différentes sociétés, certains anthropologues ont fait l'hypothèse d'une légitimité du pouvoir politique fondée sur la capacité à faire face aux dangers extérieurs, apportant défense et cohésion (Balandier, 1985). De nos jours, les catastrophes figurent parmi les situations qui semblent appeler le plein exercice du pouvoir et constituent donc une mise à l'épreuve, une situation de crise pour celui-ci. Cet exercice singulier du politique, autorisant des pouvoirs d'exception, serait lié à une dimension régaliennne et archaïque, persistant par-delà les changements de régime (Gilbert, 1992). Les archives et l'histoire nous montrent cependant que cette prise en charge, tout au moins pour la France, ne procède pas de cet idéal-type anthropologique : les catastrophes sont entrées par la périphérie dans le régaliennne et par une série de négociations et d'échanges qui éclairent d'un jour nouveau les politiques publiques et leurs enjeux.

À distance, la catastrophe au village

Les catastrophes naturelles scandent la vie fragile des sociétés médiévales et modernes, surtout lorsqu'elles coïncident avec des épidémies et des famines. Le retour régulier des inondations le long des fleuves et rivières, la menace saisonnière des avalanches en région de montagne, le danger permanent des incendies dans les villes ont donné lieu depuis le Moyen Âge à des observations et à des mesures de prévention, voire une législation (Favier, 2002). Il existe donc une connaissance empirique de ces dangers, variable selon leur fréquence, et qui ne nécessite pas d'outils techniques et gestionnaires élaborés. Le prisme de l'histoire des sciences comme généalogie des rationalités a conduit les historiens à sous-estimer longtemps ces pratiques et leur importance.

La construction progressive des outils d'intervention de l'État

Pour les fléaux les plus importants, l'État n'intervient que très progressivement. Lors de la famine de 1660-1661, les pouvoirs locaux prennent

l'essentiel des mesures, bloquant l'exportation des blés vers Paris et les pays de Loire. Le tableau dressé par Louis XIV dans ses *Mémoires pour l'année 1662* rapporte des décisions qui n'ont en fait jamais été mises en œuvre, faute d'intendant dans chaque province. En 1693-1694, les intendants font remonter de nombreux avertissements sur le drame qui s'annonce à la suite de récoltes médiocres, mais la monarchie n'est pas encore capable d'affronter une crise d'ampleur nationale : la France connaît en deux ans pratiquement autant de décès que lors des quatre années de la Première Guerre mondiale, pour un pays alors deux fois moins peuplé (Lachiver, 1991).

Ce n'est qu'à la suite du grand hiver de 1708-1709 que, pour la première fois, les autorités font preuve d'une relative efficacité. Pour la peste, l'épisode provençal de 1720-1721 est généralement considéré comme le tournant majeur dans la lutte contre cette épidémie. Certes, elle touche rudement Marseille avec cinquante mille morts sur cent mille habitants, mais son extension est stoppée grâce au blocus de la ville et à l'instauration d'un cordon sanitaire autour de la Provence. C'est la dernière épidémie générale de peste pour la France. Un examen attentif des sources montre que, malgré la communication du Régent, l'essentiel a été assuré par les pouvoirs locaux et régionaux, la monarchie intervenant après-coup pour unifier ces dispositifs (Hildesheimer, 1985).

L'intervention publique reste rare

Dans cette histoire longue de la construction progressive des outils d'intervention de l'État, les catastrophes ont été longtemps gérées à un niveau local, par les populations elles-mêmes, sans secours public. La peste a constitué la matrice de ces politiques urbaines consistant à refermer la ville sur elle-même grâce aux remparts, pour empêcher les entrées et les sorties et donc les risques de contamination. De cette situation, il n'est pas fait reproche à l'État et c'est plutôt l'Église qui est en première ligne, organisant prières publiques et processions, encadrant le sens donné au fléau. L'appel à la protection divine se mêle avec une forme de contrôle social, afin d'éviter les risques d'émeutes. Lors de l'inondation qui touche Paris en 1740, le danger vient moins des dommages matériels aux bâtiments et aux biens que du risque de violence urbaine causée par le manque de pain : la montée des eaux a en effet interrompu en partie l'approvisionnement en grain de la capitale et stoppé les moulins qui ne peuvent plus moulinier la farine (Bouchée et Quenet, 2012). Une grande procession de la châsse de Sainte-Geneviève est organisée, le Parlement de Paris et le Bureau de la Ville gèrent les aspects civils de la crise.

Le roi peut cependant intervenir après une catastrophe et de manière exceptionnelle, par la vertu de la grâce et de la libéralité royale. Pour les tremblements de terre, la plus ancienne demande de secours est adressée en 1481 par la ville de Clermont au roi Louis XI, après le séisme du 29 juin 1477. Généralement, cette générosité est individuelle, c'est-à-dire qu'elle ne s'adresse pas à l'ensemble des victimes de la catastrophe mais

à la communauté ou aux individus qui peuvent faire état de liens étroits et anciens avec la monarchie. Après le tremblement de terre destructeur de 1711 dans la région de Loudun, les chanoines de Saint-Martin-de-Candes obtiennent une aide importante de la part de Louis XIV. Les lettres envoyées, conservées aux Archives nationales, montrent que les religieux font état de la situation dramatique des paroissiens qui ne peuvent payer les réparations de l'église. Le second argument mobilise l'histoire du tombeau de Saint-Martin et le statut de fondation royale depuis Louis XI. Les habitants ne reçoivent aucun secours (Quenet, 2005).

Il existe enfin une dernière raison à la distance entre les rois et les populations victimes de catastrophes naturelles. La catastrophe naturelle est signe de mauvais présages. Elle relève encore de ce que l'on appelait à la Renaissance les prodiges, c'est-à-dire ces événements extraordinaires exprimant les analogies entre le microcosme et le macrocosme (Céard, 1977). La naissance d'un enfant à deux têtes, une comète et une apparition dans le ciel, un tremblement de terre et une inondation annoncent des événements funestes, la guerre, la maladie, la mort du roi. Le paroxysme a été atteint durant les guerres de religion, lorsque l'affrontement entre catholiques et protestants est interprété littéralement comme un désordre qui dérègle l'ensemble de la Création. Pendant plusieurs siècles, le souverain se tient donc prudemment à distance de la catastrophe, ne se rendant certainement pas sur les lieux du drame et contrôlant les informations dans la presse pour éviter toute mise en contiguïté. L'État n'intervient ni lors des secours d'urgence, ni lors des réparations. Lorsque, de retour de son mariage à la frontière avec l'Espagne, Louis XIV ressent le tremblement de terre du 21 juin 1660 dans les Pyrénées, peut-être le séisme le plus intense ressenti en France, plusieurs sources indiquent des rumeurs négatives. La propagande royale procède alors de plusieurs manières : la *Gazette de France*, qui a le monopole royal de l'information, ne fait jamais état de la présence du roi dans la zone ébranlée ; des imprimés sont publiés qui mettent en scène de manière métaphorique le tremblement de la terre comme un signe de la puissance du souverain, à la manière d'un dieu antique paraissant sur scène, ce qui sera amplifié par la figure théâtrale et musicale du tremblement de terre dans l'opéra au temps de Louis XIV (Quenet, 2005).

Comment catastrophe et puissance publique ont-elles fini par se rencontrer et voir leur sort indissociablement mêlé ?

De la périphérie des politiques publiques à la définition du régalien

Ce sont en fait les impôts qui ont fait entrer les catastrophes naturelles dans les politiques publiques. Car, lorsque l'État de finance s'étoffe à partir des années 1630, que les impôts deviennent permanents et s'alourdissent, il

est essentiel d'obtenir une réduction d'impôt le temps de surmonter la catastrophe. Il ne s'agit donc pas à proprement parler de distributions de secours, mais plutôt d'exemptions temporaires. Les archives montrent la mise en place progressive de dispositifs d'indemnisation réguliers à partir de la seconde moitié du XVII^e siècle et à l'initiative des États provinciaux qui assurent une partie importante de l'administration de la France. En Vivarais, c'est à partir de 1684 que l'on commence à voir les États se préoccuper des secours à accorder à l'ensemble des communautés atteintes par les intempéries. En Languedoc, les dispositifs sont régularisés entre 1691 et 1716 pour distribuer chaque année des indemnités pour les cas fortuits dus aux « accidents du ciel », indemnités dont le montant était fixé par un arrêt du Conseil du roi répondant aux demandes exprimées par les États lors de leur session d'hiver, et réparties ensuite par l'intendant en collaboration avec les commissaires des diocèses. Dans le Béarn, les États consacrent, de 1710 à 1790, cinquante-sept délibérations plénières à des accidents naturels, tous climatiques, soit pour demander des secours au roi, soit pour prêter de l'argent aux communautés sinistrées ou avancer des semences. En Dauphiné enfin, existe depuis 1639 un fonds annuel fixe de 50 000 livres par an pour indemniser les victimes. À l'origine, il ne semble pas spécifiquement destiné aux communautés victimes de catastrophes naturelles, mais plutôt aux dommages causés par le passage des soldats et la peste.

La comparaison entre certains tremblements de terre destructeurs permet de saisir les processus à l'œuvre (Quenet, 2005). En 1682, la ville de Remiremont est seule pour organiser les secours, faire déblayer les rues, étayer les bâtiments qui menacent de s'écrouler, ramener l'eau potable dans la cité, édicter les règlements de police pour rétablir l'ordre. En 1708, la ville de Manosque ne reçoit pas plus de secours, bien que les habitants abandonnent la ville pendant près d'un mois et que plus de 700 bâtiments sur 1200 soient endommagés. Mais le contexte a changé. En effet, les Manosquins déploient une propagande très active, rédigeant et distribuant de longs récits du tremblement de terre et de leurs malheurs pour les faire parvenir au roi par tous les canaux possibles : le frère du contrôleur général des finances, la belle-sœur de l'aumônier du roi, l'évêque, tel noble présent à la cour. Ces récits sont repris dans la presse, copiés et même traduits dans d'autres langues européennes. Remiremont avait déployé des efforts aussi nombreux mais sans relais médiatique. Dès le début du XVIII^e siècle, les victimes de catastrophes s'adressent donc de plus en plus souvent à l'État. Cette circulation croissante d'informations et de discours entre les différents échelons de pouvoir, du village à Versailles, révèle et accélère un mouvement profond, la prise de parole par les communautés. Dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle, une telle attitude se généralise. Après l'essai sismique qui touche le Tricastin de juin 1772 à janvier 1773, le village de Clansayes bénéficie de trois articles dans la *Gazette de France*, un dans le *Journal de physique*, un autre dans le *Mercur de France* et le *Journal encyclopédique*, deux dans le *Journal historique et politique*, sans oublier le *Courrier de Monaco*.

Postérieur au retentissement européen du désastre de Lisbonne, le cas de Clansayes montre aussi que les Lumières cristallisent de nouvelles valeurs autour de la catastrophe, faisant surgir la figure de la victime. Les articles de la presse reprennent la relation des tremblements de terre, rédigée à l'initiative de la communauté, signée par le subdélégué, le curé et les consuls. S'adressant aux générations futures, la relation appelle à lutter contre les tremblements de terre grâce à la connaissance du danger. La mise en scène des malheurs des habitants incarne les liens nouveaux entre l'aire de la catastrophe et la scène nationale. Les victimes deviennent le miroir des valeurs des Lumières – sensibilité, sociabilité et bienfaisance. La valorisation de la catastrophe unit les souffrances individuelles et les sentiments universels. Ce statut privilégié fonde du même coup l'identité du lieu, la potentialité identitaire de la catastrophe éclipsant les villages voisins. La territorialisation des catastrophes se mêle à des enjeux de pouvoir, des négociations et des compromis qui rapprochent les autorités locales et le pouvoir central.

Désormais, la communication vers l'extérieur est de plus en plus fréquente. Les sources narratives se multiplient, diminuant de fait la part de la face cachée de la gestion locale des catastrophes. La publication de correspondances et de relations locales des catastrophes par les journaux augmente, déployant un nouveau type de discours, adressé à ceux qui n'ont pas subi la catastrophe. Avant que la monarchie intervienne régulièrement, les communautés adoptent le langage de l'État dans leurs demandes de secours, contribuant à façonner un nouvel objet. La catastrophe relève désormais du régalien, même si les modalités contemporaines de cette prise en charge ne sont pas encore présentes. Ce poids du pouvoir souverain est sans doute une des explications de la faiblesse et du caractère tardif de la prise en charge par les assurances en France, alors que les villes allemandes développent de tels systèmes pour les incendies dès le XVI^e siècle (Zwierlein, 2011).

Cette dimension régaliennne de la catastrophe, inventée au XVIII^e siècle, rend possible son inscription dans le récit national et le façonnement du territoire.

La catastrophe et la construction de la Nation

La montée en puissance des réparations après catastrophe naturelle suit les étapes de la lente construction du territoire national. La circulation accrue de l'information, l'émergence de nouvelles préoccupations, l'ouverture des sociétés, coïncident avec la mise en place de nouvelles procédures administratives, qui accélèrent la laïcisation du regard sur la nature. Les savants jouent un rôle important pour définir en parallèle des objets scientifiques correspondant à des phénomènes naturels mesurables, explicables et commensurables. À partir des dernières décennies du XVIII^e siècle, le degré de risque accepté par les contemporains change, l'amplification sociale des menaces se traduit par des dangers nouveaux, les volcans, l'intoxication par le plomb, les accidents industriels. Au XIX^e siècle, la prise en charge des

secours est normalisée et systématisée par l'administration qui n'hésite pas à s'appuyer sur des relais locaux, par exemple l'instituteur pour le récit et la première évaluation des dommages dans les villages. L'apparition de formulaires standardisés traduit cette routinisation progressive, même si le processus de prise en charge par l'État est encore mal connu, les historiens s'étant concentrés en amont sur la période moderne et la construction étatique, en aval sur le xx^e siècle et la mise en place de l'État providence (Ewald, 1986). L'étude approfondie de cette période intermédiaire, documentée par des volumes importants d'archives, enrichirait la compréhension de l'histoire des politiques publiques.

Le xix^e siècle est sous le signe de nouvelles potentialités contradictoires. La charge d'inventer son destin ici-bas est pleine de promesses comme d'inquiétudes. Le pouvoir croissant de la science s'accompagne de la construction de nouveaux objets et de l'identification de nouvelles menaces qui, de fait, se multiplient : accidents ferroviaires, pollutions industrielles, etc. (Fressoz, 2012). La notion de risque quitte le domaine de l'assurance maritime pour désigner les événements incertains réductibles sous forme de probabilités. L'imaginaire de la catastrophe gagne en ampleur pour culminer à la veille de la Première Guerre mondiale, et la littérature comme la peinture ne comptent plus les figures apocalyptiques, de H. G. Wells à Camille Flammarion, jusqu'au cinéma et à *l'Éruption de la montagne Pelée* (1902) de Méliès.

Loin de reculer, le poids des autorités locales s'affirme à travers les commissions et les organismes de contrôle qui se mettent en place, tandis que la figure du sauveteur connaît un succès croissant, récompensé par des médailles et des distinctions (Caille, 2006). Car, au moins jusqu'en 1914, c'est moins la victime qui est individualisée que son sauveteur, héros républicain ordinaire. Les solidarités et les secours participent aussi à la construction du territoire national, tissant des liens au-delà de la métropole et inscrivant la France dans un espace monde. Après l'éruption de la montagne Pelée en mai 1902, la ville de Saint-Pierre en Martinique reçoit des messages de soutien du monde entier : de la France et de ses colonies, des parties de l'Empire britannique (Barbade, Dominique, Nouvelle-Zélande, Maurice, Seychelles, Îles sous le vent, Bahamas), du Congrès américain qui verse 500 000 \$ à la demande de Theodore Roosevelt, du Canada (Saint Pierre, 2004). Les archives des gouverneurs de la Cochinchine, conservées à Ho Chi Minh Ville, contiennent des dossiers entiers sur les souscriptions et les dons venus d'Indochine. En métropole, des villes et des citoyens font de même, comme lors du séisme de 1909 à Lambesc, le plus meurtrier de l'histoire française. Ces initiatives ont été peu étudiées, comme s'il semblait acquis que la dimension verticale de la centralisation étatique se faisait contre les liens transversaux et horizontaux, que la montée de l'État providence se faisait contre les solidarités entre citoyens. Là aussi, des études empiriques apporteraient des éclairages nouveaux.

Comment la Première Guerre mondiale a-t-elle recomposé le système de réparation post catastrophes naturelles en installant de nouvelles formes de

commémoration, de prise en charge collective des souffrances individuelles ? L'articulation entre ces différents dispositifs reste largement à comprendre. Par comparaison, le cas de la Suisse semblerait indiquer que les catastrophes naturelles ont joué un rôle plus important dans les pays restés neutres, qui n'ont pas connu l'achèvement de l'unification du territoire par l'expérience partagée de la guerre : en l'absence d'un tel événement fondateur, la Suisse mobilise les catastrophes naturelles pour consolider la nation par les dons et les secours entre cantons, une des racines du rôle joué par ce pays dans les organisations humanitaires (Pfister, 2002). La Seconde Guerre mondiale modifie en profondeur la réflexion sur les catastrophes à travers la potentialité auto-destructrice de la technique et de l'homme, donnant naissance à des philosophies de la peur, comme celle de Gunther Anders. En effet, dans les sociétés technoscientifiques, les catastrophes sont de moins en moins bien tolérées. De tels événements remettent en question l'idée que le risque est aisément calculable et connaissable, qu'il est sous le contrôle des spécialistes et des experts. La société du risque est donc, paradoxalement, caractérisée par son sentiment d'insécurité (Beck, 2001).

Et qu'en est-il du régalien ? La grande inondation de 1856 dans le delta du Bas-Rhône a inauguré un nouveau dispositif, celui du voyage compassionnel du chef de l'État se rendant sur les lieux mêmes de la catastrophe pour manifester son soutien aux victimes. Prévenu en temps direct par le télégraphe et pouvant se déplacer rapidement grâce au chemin de fer, Napoléon III décide de se rendre sur place, mobilisant tous les moyens de l'administration et le relais des journaux régionaux et nationaux (Allard et al. 2006). On connaît la postérité de cette dimension singulière du politique, mais moins sa mise en place tardive et son entrée par la périphérie : cette histoire explique la fragilité d'un pouvoir qui peut se dissiper sans se recharger en légitimité. Cette rapide archéologie des politiques publiques montre cependant que la compassion régaliennne s'insère et s'appuie sur un système plus vaste, qui mobilise la verticalité des secours publics sans exclure l'horizontalité des liens sociaux, nuance l'individualisation progressive de la catastrophe par les puissantes institutions de la généralité qui façonnent la Nation.

Références bibliographiques

Allard P., Claeys-Mekdade C., Killian S., Picon B, *Gestion du risque inondation et changement social dans le delta du Rhône. Les catastrophes de 1856 et 1993-1994*, Paris, Éditions Quae, 2006.

Balandier G., « Le politique des anthropologues », dans Madeleine Grawitz et Leca J (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, p. 301-320.

Beck U., *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, (1986), Paris, 2001.

Bouchee D. et Quenet G., « La catastrophe vécue. L'inondation de 1740-1741 à Paris », in *Se protéger de l'avenir : la problématique sociale du*

risque et de la vulnérabilité en perspective historique, David Niget, Martin Petitclerc (éds.), Presses Universitaires de Rennes, 2012.

Caille F., *La figure du sauveteur. Naissance du citoyen secourateur en France, 1780-1914*, Rennes, PUR, 2006

Céard J., *La nature et les prodiges. L'insolite au XVI^e siècle*, Genève, 1977.

Delumeau J., Lequin Y. (dir.), *Les malheurs des temps, Histoire des fléaux et des calamités en France*, Paris, Larousse, 1987.

Ewald F., *L'État providence, une histoire de la responsabilité*, Paris, Grasset, 1986.

Favier R. (dir.), *Les pouvoirs publics face aux risques naturels dans l'histoire*, Actes du 2nd colloque international sur l'histoire des risques, « Les pouvoirs publics face aux risques naturels dans l'histoire », Grenoble, mars 2001, Grenoble, MSH-Alpes, 2002.

Favier R., Granet-abisset A.-M. (dir.), *Histoire et mémoire des risques naturels*, Actes du séminaire international, Grenoble, novembre 1999, Grenoble, MSH-Alpes, 2000.

Fressoz J.-B., *L'Apocalypse joyeuse une histoire du risque technologique*, Paris, Le Seuil, 2012.

Gilbert C., *Le pouvoir en situation extrême. Catastrophes et politique*, Paris, L'Harmattan, 1992.

Hildesheimer F., « La monarchie administrative face à la peste », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1985, p. 302-310.

Lachiver M., *Les années de misère. La famine au temps du Grand Roi*, Paris, Fayard, 1991.

Pfister C., *Le jour d'après. Surmonter les catastrophes naturelles : le cas de la Suisse entre 1500 et 2000*, Berne, Haupt, 2002.

Quenet G., *Les tremblements de terre en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La naissance d'un risque*, Seyssel, Champ Vallon, 2005.

Saint-Pierre : Mythes et réalités de la cité créole disparue, Actes du colloque, Saint-Pierre, 2002, Ibis rouge éditions, 2004.

Zwierlein C., *Der gezähmte Prometheus. Feuer und Sicherheit zwischen Früher Neuzeit und Moderne*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2011.

Chapitre 3

Assurer la place des victimes dans les médias

Fabrice d'Almeida

« Par réflexe journalistique, c'est comme ça que cela se passe, j'ai filmé ce que je voyais sous mes yeux parce que c'était très grave. C'était très important pour moi car je ne savais pas exactement ce qu'il se passait au moment où je filmais. Simplement, sans faire un scoop, c'est le seul témoignage sur ce qu'est vraiment le terrorisme avec l'horreur que l'on voit sur les images. Au-delà des images, il y a eu le son, les cris, le bruit des balles, les gens qui appellent au secours. Je pense que ce témoignage permet aussi de se mettre dans la réalité. Les faits sont sous les yeux et on les donne à voir à tout le monde. »

Daniel Psenny, journaliste au *Monde*, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Le 11 janvier 2015, peu après l'attaque de *Charlie Hebdo*, alors que la marche solennelle vient de s'achever à Paris, le Président de la République rend visite, à Livry-Gargan, à la famille d'Ahmed Merabet, ce policier cruellement abattu par les terroristes. Il s'efforce de reconforter des femmes et des hommes bouleversés. Une question surgit à propos de la couverture d'un journal montrant le mort, et de la diffusion d'une vidéo filmant le meurtre. Une image, dit le président, qui montre une scène « d'intimité », qui échappe à l'exercice normal du droit à l'information. Les journaux seront contactés. Des mesures doivent être prises pour faire respecter l'image du défunt et ne pas ajouter à la tristesse de sa famille l'indécence du traitement médiatique.

Cette inquiétude quant à la parution d'images montrant les corps de victime des attentats est revenue avec insistance depuis 2012. Juliette Méadel l'a constaté au lendemain du 13 novembre, quand elle est interpellée par les proches de victimes filmées et photographiées dans les cafés, sans précaution. Elle l'a surtout ressentie après l'attaque de Nice, sur place, avec son équipe. Ces images sont pour eux un choc : tous ont le sentiment qu'il est porté atteinte à ce qu'il y a de plus personnel pour un être humain, sa fin. En somme, le choc de la découverte du décès est traumatisant mais l'exploitation de ces documents visuels fait rejouer la douleur.

D'autres victimes se tournent vers le secrétariat d'État chargé de l'Aide aux victimes pour signaler leur exaspération de voir circuler des images valorisantes de terroristes ou d'entendre leurs parcours présentés comme des histoires hors du commun, leur vie ou leur fin héroïsée. L'expérience

accumulée depuis la création du secrétariat d'État en février 2016 illustre que la question des médias doit faire l'objet d'un traitement spécifique de la part de l'État en matière d'aide aux victimes.

Le terrorisme n'est d'ailleurs pas le seul secteur qui a suscité des débats virulents en matière de traitement des victimes et des responsabilités. Si l'on veut bien laisser de côté les catastrophes naturelles qui constituent un secteur particulier avec ses propres logiques de représentation, ainsi que les accidents médicaux où la constatation des dommages intervient souvent longtemps après les faits, le secteur des accidents, et particulièrement celui des automobiles, suscite la colère des victimes et de leur famille, car des événements dramatiques font parfois l'objet d'une couverture sensationnaliste. Le rapprochement entre les deux secteurs du terrorisme et de l'accidentel automobile permet de souligner plusieurs logiques à l'œuvre dans les rapports entre gens de médias, responsables des violences ou défenseurs et victimes. Comment améliorer l'information et favoriser une meilleure compréhension de la situation des survivants, des traumatisés, et de leurs proches ?

Les médias et la prévention

Le nécessaire recours aux médias

Impossible de se passer des médias pour la prévention des actes terroristes et des accidents de la route. Le constat a été dressé voici plusieurs décennies quand de grandes campagnes de sensibilisation ont été lancées pour changer les comportements au volant. L'association de prévention routière en fournit un bon exemple : dès les années 1950, elle organise des campagnes d'information et d'éducation routière afin de limiter le nombre d'accidents. Ces campagnes ne sont pas suffisantes si elles ne sont pas relayées. Elles s'appuient à la fois sur un travail éditorial et sur la médiation des journalistes et des enseignants. C'est aussi ainsi qu'a été démultipliée et assurée l'information des conducteurs pour favoriser l'usage des ceintures de sécurité, avant même la loi rendant son port obligatoire.

Les médias sont ainsi des relais indispensables pour faire connaître des zones à risques ou pour signaler des comportements gênants. Par exemple, l'oubli d'un bagage, dans le contexte des crises terroristes, nécessite la neutralisation d'une zone et l'intervention de services spécialisés, ralentissant notamment le trafic des trains ou des métros. Préparer l'opinion par des annonces, avant et pendant les voyages, réduit le nombre d'incidents et facilite les opérations.

Le recours aux médias s'est encore imposé dans la recherche d'information et l'appel à témoin pour retrouver les responsables d'attaques ou d'agressions.

Des oppositions à la marge

Il existe donc des objectifs communs et des ambitions partagées entre les professionnels de médias, les associations et la puissance publique, à l'exception de quelques supports marginaux qui par goût de la provocation ou par engagement idéologique continuent, malgré les injonctions légales, de s'inscrire en opposition au bien commun.

Sur les réseaux sociaux et Internet, des productions contraires à la loi, prônant l'appel au meurtre, la violence ou la haine raciale sont fréquentes, et facilitent la diffusion de textes ou programmes audiovisuels dangereux. Le cas le plus criant de propagande terroriste via Internet a été donné par le magazine de Daesh *Dar Al Islam*. Malgré les interventions du ministère de l'Intérieur, il restait accessible sur de nombreux sites. L'arsenal juridique pour éviter ces dérives existe pourtant. Il est trop souvent mobilisé avec un temps de retard pour la plus grande incompréhension du public. Dans ces cas extrêmes, le recours aux mesures d'interdiction se justifie pleinement.

Dans l'urgence

Les critiques du traitement de l'information

L'incompréhension tourne au choc face au traitement des événements brutaux. Les attentats survenus depuis 2015 ont suscité des polémiques sur la façon dont les chaînes d'information continue ont pu relayer le déroulement des faits. Les critiques ont été de trois ordres.

D'abord, une remise en cause des procédés de mise en scène jugés anxio-gènes. En effet, des psychiatres ont constaté des cas de syndrome de stress post-traumatique affectant des personnes qui n'étaient pas présentes sur les lieux mais avaient simplement suivi les retransmissions télévisées. De tels phénomènes avaient d'ailleurs été détectés dans d'autres pays soumis à des catastrophes de masses ou des attentats.

Une deuxième vague de critiques a été déclenchée par des séquences spécifiques mettant en cause la sécurité des personnes. Ainsi, signaler une attaque des forces de police en cours alors que des otages étaient encore menacés aurait pu mettre en garde des criminels, eux aussi à l'écoute des médias. Une autre fois, la mention d'une explosion a pu servir de déclenchement à une autre attaque terroriste dans le cadre d'une action coordonnée. Ces critiques ont plus souvent émané de responsables politiques que des victimes ou de leurs familles.

La dernière salve de mise en cause porte sur des images inappropriées de blessés ou de personnes défunt. Plusieurs personnalités ont considéré que la diffusion de ces images était susceptible de porter atteinte à la dignité des personnes. Ce fut en particulier le cas d'un sujet sur *France 2* lors de l'attentat de Nice. On y voyait un homme interviewé alors que se trouvait à côté de lui, sous une bâche, le corps de son épouse. Des remarques

similaires ont été également portées dans le cas d'accidents de la route, quand des équipes de télévision ont filmé des personnes inconscientes alors que les soignants n'étaient pas encore intervenus ou venaient tout juste d'arriver.

L'ouverture du débat sur les images

La question était d'autant plus sensible à une époque où la pratique d'isoler par un rideau ou une tente des espaces d'intervention n'était pas courante. La diffusion des images sur sites est sans doute la plus douloureuse tant elle dévoile la violence subie et mobilise tout un imaginaire de brutalité.

Les attaques contre les chaînes d'information continue et les éditions spéciales ouvrent un débat sur l'opportunité de telles visions. Elles manifestent la difficulté d'atteindre un consensus sur le recours aux images violentes, alors que nos sociétés en limitent, sous certaines conditions, la diffusion. Car pour mémoire, des chaînes d'information comme *Al Jazeera* insistent au contraire sur la nécessité de ne rien censurer et de montrer toutes les images, y compris les plus cruelles. Le débat français s'inscrit donc dans un contexte d'un choix tranché voici plusieurs décennies de ne pas donner à voir n'importe quelle image sur les médias en accès libre.

Une fois les coupables identifiés

Des responsables présentés comme coupables

L'autre dimension polémique du traitement médiatique réside dans l'approche des coupables par les médias. Les associations des victimes d'accidents de la route ont largement combattu l'idée de l'accident comme fatalité, échappant à toute responsabilité. Elles ont promu l'idée de la délinquance routière et des criminels au volant. Elles sont parvenues à changer l'image des fauteurs d'accidents coupables d'excès de vitesse ou de conduite en état d'ivresse. Ce qui naguère était regardé comme un malheur involontaire, une sorte de fatalité, est désormais perçu comme un acte provoqué aux funestes conséquences. La ligue contre la violence routière a imposé cette clarification, aujourd'hui sens commun.

Les médias ont joué un rôle dans cette mutation en soutenant la démarche associative et en contestant la lecture du tout-voiture, en soutenant les limitations de vitesse, et l'obligation de porter une ceinture de sécurité. Leur participation à ce consensus est passée par la mise en place d'opérations spéciales et de relais des campagnes de sécurité routière montrant parfois des accidents et des images violentes.

De l'héroïsation des terroristes

Un tel changement est en cours dans le domaine du terrorisme. Encore dans les années 1970 et au début des années 1980, quand la France traversait pour la première fois une crise liée au terrorisme international, l'image des terroristes était influencée par la nature de leur cause. La lutte pour un État palestinien, notamment, supposait pour certains une forme de légitimité, tout comme l'anticapitalisme sauvage des activistes d'*Action directe* auprès d'une partie de la gauche. Déjà des victimes se plaignaient de la complaisance, voire d'une forme d'héroïsation implicite, des auteurs de crimes. Le traitement extraordinaire accordé à Carlos, avec ses superlatifs et l'emphase sur ses qualités d'organisateur, en est un bon exemple.

Un retournement s'est produit avec les prises d'otages, notamment au Liban en 1985, et les attentats l'année suivante. Il a placé les victimes au centre de la société, leur a donné un visage et un statut légal.

Reste que, encore lors des attentats de 2015 et 2016, des courriers adressés aux rédactions et des appels au CSA ont demandé que l'on évite la diffusion d'images valorisantes, pacifiques ou intimistes des terroristes, tant elles donnent une image favorable des coupables. Les plus extrémistes de ces commentaires réclament même un retour de la censure... Or, céder sur la liberté d'expression reviendrait à renoncer à nos principes fondamentaux sous la pression d'un adversaire qui a justement pour ambition de les détruire.

Mesures d'autorégulation

« Le journaliste est confronté à l'urgence, et peut être à la concurrence, à l'immédiateté du choix entre ce qu'on montre et ce que l'on ne montre pas. Et pour autant, je ne pense pas que la presse, dans l'immense responsabilité qu'elle exerce en face de la Démocratie, renonce en quoi que ce soit à inventer pour elle-même des règles qui soient des règles de rigueur à cet égard. Elle doit appliquer dans l'instantané des décisions très difficiles à prendre. »

Jean-Noël Jeanneney, historien, producteur à *France Culture*, ancien ministre, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Les mesures déjà mises en place

Face à ces plaintes, aux problèmes relevés par le secrétariat d'État et devant les appels aux autorités de régulation comme le CSA, plusieurs supports d'information ont pris des mesures afin de répondre aux demandes de traitement digne des victimes et aux accusations de sensationnalisme.

Nous en avons recensé une vingtaine, nationaux et régionaux. Leur position a été largement relayée et approuvée à l'échelle internationale. Ces choix stratégiques répondaient parfois directement à des interventions du secrétariat d'État, mais résultaient plus souvent de décisions internes aux

rédactions ou aux directions de publication. Pas toujours rendues publiques sous la forme d'un éditorial, ces règles propres à chaque média témoignent d'une conscience de la part des responsables du secteur de l'évolution de l'opinion, plus soucieuse de contrôle que de liberté d'expression.

Les mesures d'autorégulation adoptées se révèlent plus ou moins contraignantes. Une radio comme *Europe 1* refuse de donner les noms des terroristes ou d'utiliser leurs photographies sur son site. Le journal *Le Monde*, dans le même sens, propose une anonymisation pour restreindre les possibilités d'hommages personnels aux terroristes. *La Croix* ne met que les initiales des auteurs d'attentats. Ces prises de positions fermes contrastent avec celles, plus prudentes, des responsables de *Libération*, qui ne publient pas de photographies sanguinolentes ou du *Huffington Post* déclarant ne diffuser qu'avec parcimonie les images d'attentats et celles de leurs auteurs. *BFMTV* de son côté coupe la poire en deux en donnant les noms des terroristes mais en se limitant aux images d'identification. Quelques titres, dont *L'Express*, ont décidé de ne pas prendre de mesures spécifiques officielles, leur directeur voulant juger au cas par cas du choix des images, suivant le contexte et les enjeux d'information. Mais ce magazine a pour tradition d'éviter les images sanglantes en « une », tant son lectorat réproouve le sensationnalisme brutal.

Privilégier l'autorégulation

Ces mesures disparates reflètent la diversité des publics des médias et le poids que lecteurs et auditeurs font peser sur la politique éditoriale. En somme, ce sont moins les interventions gouvernementales ou associatives qui impriment une pression directe sur les informations que l'image que se font les hommes de médias, de leur public, des réactions qu'ils supputent. La bataille de l'opinion est donc essentielle pour modifier les comportements des journalistes.

Si l'autorégulation a été privilégiée, c'est que l'arsenal répressif est déjà très étoffé et que de nouvelles mesures ne permettraient pas de mieux satisfaire les exigences de discrétion et de protection de la vie privée des victimes.

Seul un point obscur demeure, celui de la protection de la vie privée des défunts. Pour l'heure, les familles des défunts ne disposent d'aucune action pour la faire respecter. Une telle mesure pourrait être adoptée.

En revanche, une logique d'information et de sensibilisation plus régulière anticiperait les débordements dans les moments critiques. De même que les stages de prévention routière et les essais de véhicules assurent aux journalistes une connaissance de l'intérieur des risques de conduite et des actions dangereuses au volant, la participation à des exercices de secours ou des simulations de situations extrêmes, ainsi que la confrontation avec des victimes et leurs proches, éviteraient des affirmations ou des diffusions irréfléchies et seraient le gage d'une information libre et consciente de ses responsabilités.

On l'aura compris, l'action des associations de victimes est essentielle dans ce suivi, ainsi que la mise en place d'un Secrétariat général capable de mener une action pérenne.

Dans la durée

Le tableau des dysfonctionnements dans l'information en urgence, en particulier dans les moments qui suivent les accidents et les attentats, ne doit pas faire oublier l'action des médias dans la durée. Ils sont des supports essentiels dans la construction de la mémoire des événements. Les articles de presse et les commentaires audiovisuels rendent compte des commémorations et des initiatives pour rappeler les violences subies. Les journaux ont, par exemple, accordé une place importante aux anniversaires des attentats de janvier et de novembre en 2016. Ils ont aussi publié des portraits de victimes longtemps après les faits, permettant ainsi au public de se faire une idée des situations douloureuses traversées par les proches et les blessés, trop souvent négligés. Ils rapportent aussi les cas de reconstruction et la lutte constante pour surmonter les traumatismes.

Le travail de mémoire n'a rien de commun dans les médias quand il s'agit d'accident, même de masse et d'attentats. Les morts en automobiles font rarement l'objet de rappels. Tout au plus les accidents de cars qui font plusieurs victimes sont considérés comme relevant de la mémoire publique. Parfois la presse régionale les suit. Elle expose le dépôt d'une plaque commémorative. Elle indique des jours de recueillement. Mais plus souvent ils retombent dans l'oubli sans véritablement servir de point de référence. Les accidents aériens eux s'inscrivent dans une histoire plus complexe, entre rapport à la technique et stupeur face au nombre de morts. Quelques-uns sont devenus des points d'ancrage chronologique comme le crash du mont Saint-Odile, régulièrement revenu dans l'actualité à mesure que se déployait la longue procédure qui a finalement abouti à un procès en 2006, soit quatorze ans après les faits.

Des durées aussi longues caractérisent les enquêtes terroristes et expliquent leur retour sur le devant de la scène au gré de la procédure. Mais cet effet est renforcé par le rapport étroit que les attentats entretiennent avec l'histoire nationale et la construction de notre identité collective. La presse les inclut dans la narration des heurts et des malheurs traversés par notre pays et en fait des éléments d'évaluation des politiques suivies, tant sur le plan intérieur qu'international. Ces événements cheminent donc avec une philosophie de l'histoire centrée sur la Nation et l'État. Si bien que les médias assurent une transmission sociale en profondeur de la mémoire, souvent valorisante pour les survivants de ces épreuves et dignes pour les victimes.

Ainsi, le rôle des médias dans la politique d'aide et de soutien des victimes ne saurait-il être uniquement perçu à travers les dysfonctionnements survenus à quelques occasions, même si cela a pu causer des atteintes graves à la dignité de défunts et choquer leurs familles. La remise en

perspective de l'ensemble de l'activité des supports d'information incite plutôt à favoriser des partenariats avec les médias, afin de sensibiliser les journalistes et les communicants aux préoccupations des victimes ou des personnes vulnérables.

Rien ne servirait de faire un nouveau tour de vis resserrant la liberté d'expression. Les médias ne sont pas les responsables des problèmes affrontés par la société française. Si, parfois, ils en ajoutent, ces difficultés sont marginales par rapport aux violences qui nous frappent. En revanche, leur action quotidienne pour une meilleure prise de conscience des risques et pour entretenir le souvenir des victimes peut limiter l'impact des situations extrêmes et favoriser une reconnaissance et donc une meilleure reconstruction après les drames.

Principes d'action

- Préserver la dignité humaine dans l'information et garantir la liberté d'information.
- Mettre en place des rencontres régulières entre associations de victimes et journaliste afin de favoriser une information sereine.
- Favoriser des mesures d'autorégulation et de responsabilisation.

Références bibliographiques

«Vivre la catastrophe», *Communications*, 2015/1 (n° 96), 152 p.

Salas D., «Après les attentats, la saine colère des victimes», *ESPRIT* 2016/3 (Mars – Avril), pp. 156 - 166

«Quels pouvoirs ont les victimes?», *Revue Projet*, 2014/3, n° 340, 96 p.

Ferragu G., *Histoire du terrorisme*, Paris, Perrin, 2014

Grossetête M., *Accidents de la route et inégalités sociales*, Bellecombe, éd. Du Croquant, 2012.

Hamelin F., Spénlehauser V., «L'action publique de sécurité routière en France. Entre rêve et réalisme», *Réseaux*, 1/2008, n° 147, p. 49-86.

Rudetzki F., «Victimes du terrorisme et médias», *Topique*, n° 83, 2003/2, pp. 205-210.

Sartou-Lajus N., Rechtman R., «Enquête sur la condition de victime», *Études*, 2011/2 (Tome 414), pp. 175 – 186

Sur l'autorégulation

« Plusieurs médias décident de ne plus publier de photos des auteurs des attentats », *Le Huffigton Post*, publié le 27/07/2016

<http://www.huffingtonpost.fr/2016/07/27/plusieurs-medias-decident-de-ne-plus-publier-de-photos-des-auteu/>

« Médias : faut-il divulguer l'identité et la photo des terroristes? », *Le Monde*, publié le 27/07/2016, http://www.lemonde.fr/actualite-medias/article/2016/07/27/des-medias-decident-de-ne-plus-publier-les-portraits-des-auteurs-d-attentats_4975341_3236.html

« Terrorisme : BFMTV et *Le Monde* ne diffuseront plus de photos d'auteurs d'attentat », *BFMTV*, publié le 27/07/2016, <http://www.bfmtv.com/societe/terrorisme-bfmtv-et-le-monde-ne-diffuseront-plus-de-photos-d-auteurs-d-attentat-1020072.html>

« Faut-il anonymiser les terroristes dans les médias? », *France Culture*, publié le 27/07/2016, <https://www.franceculture.fr/medias/faut-il-anonymiser-les-terroristes-dans-les-medias>

« Attentats : quels médias diffusent les photos et identités des terroristes? », *Le Figaro.fr*, publié le 29/07/2016, http://tvmag.lefigaro.fr/programme-tv/attentats-quels-medias-diffusent-les-photos-et-identites-des-terroristes-_645247f0-559c-11e6-bee0-897f4448d143/

Chapitre 4

La relève des victimes de catastrophe

Henri Julien

« 4 minutes. C'est un chiffre clef. En cas d'attaque cardiaque, si personne n'arrive à vous dans ces 4 minutes, vous êtes en mort cérébrale. Or, aucun service ambulancier ne pourra arriver en 4 minutes. Le seul moyen de réduire la mortalité causée par les arrêts cardiaques, en dehors des services hospitaliers, est par l'aide citoyenne, des docteurs et des infirmières dans un premier temps, mais également de tous les citoyens acceptant de suivre une courte formation aux gestes qui sauvent. »

Chaim Rafalowski, coordinateur des services d'urgence du Magen David Adom en Israël, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

La France s'est dotée d'un système original de soins aux victimes, développé au fil du temps, repris dans beaucoup de pays. Il présente trois caractéristiques : l'engagement des services de l'État, l'intervention des médecins sur le terrain, la participation des services d'incendie aux secours.

Initiée pour faire face aux hécatombes sur les routes pendant les années 1960, étendue aux urgences collectives et aux catastrophes à partir de 1980, cette organisation trouve sa source dans la pratique de la médecine militaire : Dominique Larrey, chirurgien de la grande armée de Napoléon a été l'un des premiers à se rendre sur le terrain pour opérer les blessés de guerre, amis ou ennemis (Soubiran A., 1966). Les médecins militaires ont été confrontés aux nécessités d'organiser la médicalisation des blessés et prévoir une logistique adaptée (Deroo E., 2008).

L'action des sauveteurs et des soignants s'est d'abord limitée aux aspects somatiques de la blessure pour aborder la prévention des blessures psychiques, s'étendre aujourd'hui aux conséquences sociales des urgences collectives.

Ils ont été rejoints dans cette démarche opérationnelle par de grandes associations humanitaires, auxiliaires des pouvoirs publics, comme la Croix rouge (Pineau F., 2014), la Fédération nationale de protection civile, l'Ordre hospitalier de Malte qui ont apporté leur concours et démultiplié l'action de l'État.

La série d'attentats dont la France a été la cible a conduit les services concernés à une réflexion sur les techniques, les modes organisationnels et l'aspect logistique de la relève des blessés.

La sensibilisation de la population et une connaissance meilleure des moyens d'intervention sont un challenge renouvelé de parfaire sa résilience.

De l'urgence individuelle à la catastrophe

La lente gestation des services d'urgence pour détresse individuelle

C'est Paris qui a été la première capitale à bénéficier d'un service d'urgence organisé (Prieur J. et al., 2011) : d'abord du fait de la militarisation des sapeurs-pompiers de la capitale par Napoléon en 1811, puis grâce au médecin-chef de ce corps, le Docteur Charles Cot, qui créa un système de secours aux blessés, « noyés et asphyxiés », à son retour de la guerre de 1914-1918. C'est le prompt-secours par les équipes de sapeurs-pompiers entraînés et dotés de matériels, l'intervention de médecins sur le terrain pour prodiguer le plus rapidement possible les techniques éprouvées à l'hôpital. Système repris dès 1930 dans plusieurs villes de France (Durand de Bousinger D., 2010), comme Nantes et Nancy.

La préparation à la Deuxième Guerre mondiale fait porter l'attention sur la défense passive. C'est l'hécatombe des années 1960 sur les routes de France qui impose un système adapté de relève des blessés : après un appel des Professeurs Sicard et Arnaud pour un secourisme adapté, le Professeur Bourret installe dès 1957, à Salon-de-Provence un centre expérimental de ramassage et soins urgents aux blessés de la nationale 7, basé sur le principe d'une chaîne de secours. Des postes de secours médicalisés par des internes effectuant leur service national vont ponctuer les grands axes routiers, précurseurs des antennes mobiles des SAMU. Pendant le même temps les sapeurs-pompiers développent des techniques d'intervention adaptées : techniques de désincarcération, gestes de secourisme appropriés, moyens d'évacuation rapides et confortables : véhicules de secours aux blessés (VSAB) et hélicoptères.

La chaîne de secours à la française

La chaîne des secours est composée de plusieurs maillons :

- les trois premiers figurent l'action des témoins qui doivent successivement protéger les victimes du sur-accident, alerter les services concernés, pratiquer les premiers gestes de secours ;
- interviennent ensuite les secouristes sapeurs-pompiers en équipe. Ils sont appuyés par les équipes de secouristes associatifs auxiliaires des services de l'État ;
- les médecins du SAMU complètent et médicalisent leur action, et évacuent les blessés les plus graves ;

– les services d’urgence hospitaliers prennent le relai et provoquent l’intervention d’un chirurgien, d’un cardiologue, du spécialiste adapté.

La chaîne de secours dispose de numéros d’appels abrégés et gratuits : le numéro d’appel européen 112, le 15 pour le SAMU, le 18 pour les pompiers et le 17 pour la police. Ces trois services ayant une obligation d’information réciproque.

La filière de soins est placée sous le contrôle d’un régulateur médical qui assure la progression harmonieuse et efficace des secours et prépare l’intervention des intervenants suivants.

Ces services ont une activité soutenue :

- les sapeurs-pompiers, premiers intervenants des pouvoirs publics assurent chaque année plus de 3 millions et demi d’interventions pour secours à personnes. 3 413 300 personnes ont été prises en charge à partir du maillage assuré par les 6 894 centres de secours disposant de 6 304 véhicules de secours à victimes (VSAV) autorisant un délai d’intervention national moyen de 13 minutes (plus court en ville autour de 6 minutes, plus long en campagne) ;
- les SAMU assurent une veille permanente et reçoivent plus de 40 millions d’appels par an qui à près de 700 000 interventions sur le terrain de 360 Services mobiles d’urgence et de réanimation (SMUR) à partir des hôpitaux de base avec un délai moyen d’intervention de 19 minutes.

À ces deux services de l’État, spécialisés dans la relève urgente des victimes s’associent :

- les services de police et de gendarmerie qui assurent la mise en sûreté du site accidentel ;
- les secouristes associatifs qui lors de leurs créneaux d’activité joignent leurs équipes de volontaires à ceux des services de l’État.

Il est à noter qu’il n’existe pas en France de *paramedics*. L’ensemble de la médicalisation est effectué par des médecins et/ou des infirmiers diplômés ; il n’existe pas de moyens privés assurant la médicalisation des urgences comme cela peut être le cas dans certains pays.

L’émergence des secours pour victimes de catastrophes

Le concept de médecine de catastrophe, né en France vers 1980, est issu de l’engagement des équipes médicales d’urgence lors des attentats terroristes et des incendies survenus en région parisienne ainsi que de l’intervention de colonnes de secours médicalisées pour des séismes destructeurs hors de nos frontières.

La médecine de catastrophe emprunte à la médecine de guerre la maîtrise des contraintes logistiques, la nécessité d’une anticipation et d’une direction des secours.

Ce sont des médecins militaires, chirurgiens ou médecins réanimateurs, qui ont conceptualisé les retours d'expérience, R. Favre, L. J. Courbil, P. Huguenard, A. Larcen, R. Noto (cf. bibliographie) et initié à Créteil en 1983 l'enseignement de la médecine de catastrophe. Dans le même temps, la Direction de la sécurité civile et SAMU de France posent les bases des colonnes de secours pour catastrophes.

La Société française de médecine de catastrophe (SFMC) est fondée en 1983. Des sociétés savantes équivalentes se sont ensuite développées en Europe puis outre Atlantique où la *Disaster Medicine* est enseignée sur le modèle français.

La médecine de catastrophe est une médecine de masse, globale, caractérisée par l'inadéquation soulignée par R. Favre entre les besoins médicaux brutalement augmentés et les moyens disponibles à laquelle s'associent la désorganisation et souvent l'inadaptation des réponses.

Les secours doivent être organisés

Deux types de catastrophes sont distingués : les catastrophes majeures et celles à effets limités qui exigent des réponses différentes.

- Lors d'une catastrophe à effets limités dont un exemple est l'attentat terroriste sur le territoire national, les services de secours et de soins d'urgence n'ont pas subi d'altération de leurs moyens. Quatre fonctions sont alors identifiées et organisées : le ramassage des blessés, le tri et les soins au poste médical avancé, leur évacuation vers une structure d'accueil. La direction des secours coordonne ces missions selon le plan NoVi nouvelle appellation du Plan Rouge (Julien H., 1996).

C'est un médecin, le Directeur des secours médicaux, qui est chargé de la tactique d'engagement des moyens de santé. Il a la responsabilité de diriger la chaîne de secours et les soins d'urgence, de l'adapter en qualité et quantité aux circonstances ainsi qu'aux données du terrain, au nombre et au type de victimes. Il assure aussi la sécurité des intervenants, la bonne destination des victimes, le renseignement des autorités, la logistique de l'ensemble.

C'est parallèlement le Plan Blanc qui prépare les hôpitaux à la gestion d'afflux de victimes en créant une cellule de crise, provoquant la mobilisation de renforts, ouvrant une ligne verte téléphonique pour le renseignement des familles éprouvées.

- Lors d'une catastrophe majeure, telle qu'un séisme destructeur, les policiers, les sapeurs-pompiers sont généralement eux-mêmes victimes, leurs moyens sont détruits, les routes sont impraticables et les télécommunications sont interrompues. Il n'y a plus de médecins de ville, les hôpitaux ne fonctionnent plus. Les autorités locales n'ont plus la capacité d'exercer leurs responsabilités. Il est nécessaire d'envoyer des secours à partir de zones indemnes.

- Dans ce but la Direction de la sécurité civile a créé trois formations médicalisées particulières : le détachement d'intervention aéromobile fort de 60 hommes, mobilisable en moins de quatre heures, le détachement d'appui médical et l'élément de sécurité civile hospitalier projetable, l'élément de sécurité civile hospitalier (ESCRIM) (Orcel M., 2017) doté d'un module chirurgical et de lits d'hospitalisation. Des détachements prévus par l'Organisation des Nations unies : *Urban Search And Rescue* (USAR) se mettent en place progressivement dans les États de l'Europe.
- Le ministère de la Santé a créé l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires aujourd'hui intégré dans l'établissement public Santé de France, chargé de la préparation et de l'envoi de personnels santé réservistes et d'une base médicale projetable.

Les caractéristiques de l'agression doivent être prises en compte

Chaque catastrophe est dominée par une forme particulière des conséquences de l'agression. Elles n'ont pas toutes les mêmes effets néfastes. Ce sont par exemple des blasts, des brûlures, des *crush syndromes*, des contaminations collectives :

- Les explosions sont responsables de blasts aériens à l'origine de lésions pulmonaires et tympaniques.
- Le grand nombre simultané de brûlés lors des incendies trouve difficilement des places dans les services spécialisés dont la capacité d'accueil est débordée. Les conséquences logistiques sont lourdes : 56 litres de sérum artificiel sont nécessaires pour les huit premières heures de traitement de dix brûlés et quarante bouteilles d'oxygène de cinq litres pour leur assurer des inhalations d'oxygène.
- Lors d'exposition aux fumées d'incendies, l'intoxication collective par des dérivés du cyanure est la première cause de décès. Son traitement par l'hydroxocobalamine (Baud F. J., Julien H., 1991) a été mis au point en France à ces occasions.
- Les séismes sont responsables de *crush syndromes* suspectés devant toute compression prolongée de masses musculaires. Avant le dégagement, afin de prévenir l'insuffisance rénale, la pose d'un garrot est indiquée sur un membre délabré ou si le temps de compression est supérieur à huit heures.
- La contamination radiologique ou chimique atteint une population de tout âge, de tout sexe et de tous les états physiques. Vêtue d'habits quotidiens, dénudée en saison chaude, elle peut porter des cheveux longs. La décontamination de masse est un processus lent dont il convient de souligner la difficulté : les victimes doivent être regroupées en zone saine, triées en fonction de la gravité, déshabillées, douchées, revêtues après vérification de l'efficacité du traitement.

Des techniques spécifiques sont indiquées

Le médecin de catastrophe se trouve alors confronté à des choix et des décisions difficiles à prendre pour le triage, l'amputation de dégagement, la nécrotomie et la gestion des morts.

- Le triage : en présence d'un groupe de victimes, le médecin doit choisir celles qui demandent en premier lieu sa disponibilité et sa capacité technique : ne pouvant les traiter toutes en même temps, il doit choisir l'ordre dans lequel il les prend en charge. Le triage, mot français adopté mondialement, a pour but de donner la priorité aux victimes les plus graves.
- L'amputation de dégagement : les victimes ensevelies sous les décombres peuvent être retenues par une extrémité de membre. L'accès est souvent limité, dans un espace restreint manquant de lumière et de ventilation. Le médecin se trouve dans l'obligation hautement anxiogène de priver une victime d'une main, d'un pied, voire d'un membre entier (Warroux S. et al., 2010).
- Les nécrotomies : ce néologisme a été proposé au cours de séismes et d'accidents ferroviaires (Julien H. et al., 1989) pour décrire un geste particulièrement éprouvant qui consiste à sectionner des cadavres pour dégager les victimes survivantes dont l'accès reste une priorité absolue.
- La gestion des morts : les médecins sont parfois confrontés à un grand nombre de cadavres. Mission particulièrement pénible, dans le respect des croyances et des coutumes locales, qui impose la nécessité légale d'identification, indispensable pour les familles (Levy F. et al., 2017).

Les soins médico-psychologiques prodigués par les équipes sur le terrain n'ont d'abord concerné que les seules conséquences physiques. La mise en évidence en 1992, par L. Crocq (Crocq L., 2004), des effets psychologiques de l'exposition au stress des victimes de catastrophes (Bouthillon-Heitzmann P. et al., 1992) a conduit à leur prise en charge précoce par les Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) départementales : rapidement réunion de décompression, *defusing*, afin de repérer les victimes déstabilisées, puis *debriefing* plus tardif en présence d'un spécialiste.

Les années 2000 marquent l'émergence de risques sanitaires nouveaux

L'utilisation de neurotoxiques de guerre dans le métro de Tokyo, de spores de bacilles du charbon aux États-Unis, les épidémies ou pandémies de virus de grippe, de SARS, de Mers CoV, d'Ebola susceptibles de provoquer des malades en nombre a fait étendre le champ de la médecine de catastrophe à ces situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Des méthodes, des matériels d'intervention, de protection ont été définis.

Les actes de terrorisme récents ont complexifié l'organisation des secours

L'attaque de populations civiles, « cibles molles » d'un terrorisme suicidaire utilisant des armes de guerre, a conduit à adapter la réponse des services de secours et de soins d'urgence à cette nouvelle forme d'urgence collective. La présence de blessés hémorragiques par balles a conduit à promouvoir : le *damage control* utilisé par les militaires au combat. La présence de sites multiples a complexifié l'organisation des secours, leur support logistique et la tenue de listes des personnes blessées ou impliquées, décédées.

La puissance publique a concrétisé l'évolution des types de réponses à ces aléas naturels, technologiques ou sociaux. Des services ont été mis en place ou réorganisés. Des plans complémentaires ont été précisés : plan ORSEC pour le ministère de l'Intérieur, ORSAN pour le ministère de la Santé. Des formations ont été dispensées, des moyens ont été déployés.

L'apport des secouristes

La nécessité de disposer de secouristes en nombre lors des tempêtes de 1999, lors des préparations à la pandémie ou aujourd'hui pour faire face aux menaces terroristes a conduit le gouvernement à renforcer deux composantes de la chaîne de secours.

L'appui des secouristes associatifs

Près de 250 000 secouristes associatifs, organisés en équipes structurées et dotées des matériels d'intervention adaptés interviennent sous la bannière de la Croix rouge, de la Fédération de protection civile (FNPC), de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), de l'Ordre de Malte et d'autres associations.

Ces associations, auxiliaires des services de l'État, ont un agrément national attribué par la Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC) qui précise leurs missions :

- le secours à personnes : mission A ;
- le soutien aux populations à la suite d'une catastrophe : mission B ;
- l'encadrement des bénévoles : mission C ;
- les dispositifs prévisionnels de secours : mission D.

Elles concourent bénévolement à la sécurité des populations et renforcent l'action des services de l'État. Par exemple, la Croix rouge française compte plus de 1 000 unités locales réparties dans tous les départements y compris d'outremer, 9 200 intervenants secouristes, 540 VPSP (véhicules de premiers secours à personnes). Elle a développé un « plan d'urgence départemental » (PUD) qui prévoit les actions que mèneront les intervenants bénévoles en fonction des circonstances (Dalle P., 2017).

La formation des citoyens

La formation secouriste des citoyens est jugée insuffisamment développée en France (Larcan A. et al., 2011). Trop peu de citoyens sont formés aux gestes de survie. Depuis 2006 l'Éducation nationale s'est investie dans la formation de ses élèves, rejoignant les entreprises qui dispensent le brevet de sauveteur secouriste du Travail (SST), les armées qui initient aux gestes de secours pendant la journée de préparation à la défense, les hôpitaux qui forment leurs personnels : Formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU).

La série d'attentats subie par la population française a montré clairement l'insuffisance de formation de la population, notamment pour dispenser les gestes qui sauvent aux blessés qui saignent. C'est ainsi qu'une campagne de formation, d'abord initiée à Paris par la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris dans ses casernes, puis généralisée dans toute la France et érigée en cause nationale, a conduit à proposer une formation courte au contrôle des hémorragies, afin de contribuer sans retard à la survie des blessés hémorragiques en attendant l'arrivée des secours publics.

Le support logistique d'intervention

Sur les lieux d'une catastrophe les sauveteurs doivent amener l'ensemble des moyens qui vont permettre de secourir les victimes, blessées et indemnes. Lors de catastrophes majeures la préparation logistique doit répondre aux besoins essentiels des populations : boissons et nourriture, abris et chauffage, hygiène et conditions sanitaires.

Les catastrophes aux effets limités

Des matériels adaptés ont été créés. Nous citerons les plus importants. Il est indispensable de disposer de grandes quantités d'oxygène et de pouvoir l'administrer simultanément à de nombreux patients. Les bouteilles d'oxygène comprimé sont lourdes et ont une autonomie réduite. Des extracteurs, des chandelles ou bougies d'oxygène, des réservoirs d'oxygène liquide sont utilisés. Des rampes de distribution permettent l'inhalation d'oxygène par dix victimes de façon concomitante.

Les brancards sont toujours en quantité insuffisante. Des brancards empilables, constitués d'un cadre en métal léger sur lequel est tendue une toile plastique, ont été conçus.

Des abris légers et transportables permettent de regrouper, de protéger les blessés et d'assurer de meilleures conditions de travail aux médecins. Ce sont des structures gonflables ou des tentes polyvalentes à montage rapide. Des générateurs produisent de l'électricité pour l'éclairage, l'utilisation des matériels médicaux et la climatisation.

La traçabilité des victimes est assurée par des fiches, des systèmes numériques utilisant des bracelets à code-barres, des étiquettes avec identification par radio fréquence. Par exemple le système SINUS (Système d'information numérique standardisé) est adopté par la Préfecture de police et les SAMU de Paris et la petite couronne.

Les moyens projetables

Les dotations des équipes projetées sont préparées par l'EPRUS du ministère de la Santé. Ce sont les postes sanitaires mobiles (PSM) et les lots de soutien sanitaire (Mathey C. *et al.*, 2017). Les PSM2 sont normalisés, conditionnés en quatre lots polyvalents comprenant dix conteneurs dans une remorque

avec une tente gonflable de 45 m² dotée de moyens d'éclairage et de chauffage, d'un groupe électrogène mobile, un lot de brancards, deux lots de 55 conteneurs pour le traitement de 200 patients, placés sur remorque, complétés par six palettes de solutés. La maintenance est assurée par un pharmacien hospitalier.

Chaque détachement d'intervention pour catastrophe aéromobile a une autonomie de dix jours pour son activité et son soutien. L'élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale (ESCRIM) est une structure sous tente associant des modules d'hospitalisation médico-chirurgicale et obstétricale, de laboratoire et de radiologie, dotés d'une autonomie de deux à huit semaines. Les matériels de laboratoire, de radiodiagnostic ont été miniaturisés, rendus autonomes.

Les quatre établissements de soutien opérationnel et logistique de la Direction de la sécurité civile gèrent des stocks de réserve, des unités de production d'eau potable. Des dispensaires projetables assurent les soins élémentaires. La Croix rouge, la Fédération nationale de protection civile et l'Ordre de Malte, viennent compléter les moyens gouvernementaux.

Les populations indemnes de catastrophe ont également bénéficié de progrès. La distribution de vivres et d'eau potable est assurée et l'organisation rationnelle des camps de réfugiés suit des règles précises.

Discussion et propositions

L'évolution des aléas et notamment le développement du terrorisme a fait développer les modes moyens et les modes d'intervention pour enfants. Parmi les victimes de l'attentat de Nice, 50% ont été des enfants ou des adolescents.

La notion d'« impliqués » s'est peu à peu imposée. Mais le terme « impliqué », c'est-à-dire le témoin direct d'un processus agressif, susceptible selon les médecins, de souffrir d'un syndrome psychique post-traumatique, n'a pas la même définition pour les assurances, la police, la justice. Un effort de précision sémantique devrait être conduit.

Les capacités de la numérisation, celles des réseaux sociaux, doivent avoir une application plus large. Ces moyens actuels de communication, de gestion, commencent à avoir des applications dans la gestion de la crise. Ils permettent une meilleure alerte des populations, une aide à la décision améliorée, une efficacité accrue des secours. L'utilisation de ces moyens modernes doit être étudiée et leur emploi systématique dès lors qu'il s'avère utile.

Sur le terrain beaucoup de spécialistes interviennent, de toutes origines et compétences : police, justice, défense, sécurité civile, associations, édiles et responsables d'entreprise, experts de spécialités différentes conjuguent leurs efforts. Un effort de transdisciplinarité et d'interopérabilité doit être conduit pour assurer la meilleure efficacité de l'ensemble.

La sensibilisation, ou mieux la formation, des populations est un enjeu majeur. La capacité de la population à son self-secours, à savoir se protéger ou ne pas s'exposer, à alerter rapidement et précisément les services de l'État augmente sa résilience, c'est-à-dire sa capacité à surmonter l'épreuve de la crise et à recouvrer son état antérieur.

Les risques ne connaissent pas de frontière. Les expériences nationales doivent être échangées, comme les solutions partagées, les moyens mis en commun. L'Union européenne constitue un cadre propice à cette mutualisation qui eut s'appliquer à l'ensemble des aléas auxquels sont exposées les populations. Des réalisations en ce sens ont déjà été mises en place, il s'agit de les actualiser et de les développer pour leur garantir leur efficacité opérationnelle.

Les trois décennies écoulées ont prouvé la pertinence de l'intérêt d'une réponse organisée et structurée aux catastrophes de toutes natures et de toutes ampleurs qui frappent les populations. Rigueur d'organisation, anticipation et méthodes, démarche logistique ont montré en France leur efficacité.

La tradition française d'engagement des personnels de santé de toutes spécialités sur le terrain a fait progresser les techniques de soins et les matériels. En participant à la planification et à l'organisation des secours, au commandement opérationnel des catastrophes, ils en assurent une meilleure efficacité.

Des progrès restent à accomplir dans beaucoup de domaines. Il convient de prendre la mesure de l'apport des moyens numériques modernes, de la transdisciplinarité nécessaire et de l'internationalisation des risques et des moyens pour faire face à l'aléa toujours présent, toujours renouvelé.

C'est une des conditions pour assurer aux victimes les meilleurs soins d'urgence, la meilleure prise en charge des populations meurtries par la survenue toujours brutale et inattendue d'une catastrophe qu'elle soit d'origine naturelle, technologique ou sociétale.

Références bibliographiques

Baud F. J., Julien H., *Inhalation de fumées d'incendie. Réanimation et médecine d'urgence*, Expansion scientifique Française, 1991, p. 427-436.

Bouthillon-Heitzmann P., Crocq L., Julien H., « Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes », *Psychologie médicale*, 1992, 24, 5, p. 465-470.

Courbil L. J., *Médecine en situation de catastrophe*, Masson édit., 1987.

Crocq L., *Prise en charge médico-psychologique des victimes. Urgences médicochirurgicales de l'adulte*. Paris, Arnette, 2004, 1, p. 450.

Dallem P., « Équipes secouristes associatives et catastrophe », *Manuel de médecine de catastrophe*, Lavoisier, Paris, 2017, p. 945-950.

Deroo E., *La Médecine militaire*, ECPA Edit, Paris, 2008.

Durand de Bousinger D., *Histoire de la médecine et des secours routiers*, Éditions Beauchêne, Paris, 2010.

Favre R., *L'homme et les catastrophes*, France-Sélection édit., 1966.

Julien H., *Plan Rouge. Traité Catastrophes, de la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale*, Masson édit. 1987, EMC Elsevier Edit, 1996, p. 71-89.

Julien H. et al., « Problèmes posés par les accidents ferroviaires de 1988 », *Urgences Médicales*, 1989, 8, n° 3, p. 209-216.

Larcen A., Julien H., *Le secourisme en France : panorama et perspectives*, Académie nationale de médecine, Lavoisier, Médecine Sciences Publications, Paris, 2011.

Levy F., Ludes B., « Aspects médico-légaux lors des catastrophes ». *Manuel de médecine de catastrophe*, Lavoisier, Paris, 2017, p. 241-252.

Mathey C. et al., « Postes sanitaires mobiles et logistique de catastrophe », *Manuel de médecine de catastrophe*, Lavoisier, Paris, 2017, p. 815-822.

Noto R., Huguenard P., Larcen A., *Médecine de catastrophe*; Masson édit, 1987.

Orcel M., « L'ESCRIM », *Manuel de médecine de catastrophe*, Lavoisier, Paris, 2017, p. 823-832.

Pineau F., *La Croix-Rouge, 150 ans d'histoire*, Autrement, Paris, 2014.

Prieur J. et al., *Sapeurs-pompiers de Paris*, Albin Michel, Paris, 2011.

Soubiran A., *Le baron Dominique Larrey*, Fayard, Paris, 1966.

Warroux S., Peduzzi F., Marssa H., « Double amputation de dégagement », *Urgence Pratique*, 2010, n° 102 bis, p. 75.

Chapitre 5

L'identification des victimes de catastrophes collectives : un soin des morts et des vivants

Laurent Fanton, Norbert Telmon, Patrice Schoendorff et l'UPIVC

Un challenge humain et technique

Le 4 mai 1897, le Bazar de la Charité, haut lieu de la vie publique et mondaine parisienne, s'embrasait, emportant des dizaines de victimes anonymes, mais aussi la duchesse d'Alençon, sœur de l'impératrice d'Autriche Sissi. Devant l'impossibilité de reconnaître le corps de l'illustre victime, son dentiste, Isaac Davenport, réalisait son identification en comparant son schéma dentaire aux mâchoires carbonisées présentées, jetant par là même les bases de l'identification comparative. Bien que notre civilisation ait toujours prétendu au progrès continu (social, politique, technique), son histoire a été semée de phénomènes destructeurs naturels ou liés à l'activité humaine à l'origine de morts parfois massives. Dans une société humaniste et moderne, l'idée s'est imposée que le corps mort, quel que soit son état et/ou ce qu'il en reste, devait être respecté et pris en considération à la fois pour que la mémoire du sujet puisse être préservée, restaurée, et que les proches puissent au mieux entreprendre le travail de deuil. Dès lors, l'identification de tout corps inconnu, dès qu'elle fut techniquement possible, s'est progressivement imposée comme une nécessité sociale et une mesure humaniste.

Lors des attentats ayant récemment touché la France, l'expression médiatique et politique, relayant peu ou prou le désarroi, voire parfois le mécontentement des proches des victimes, a confirmé l'importance de cette question. *A posteriori*, il s'agissait plus du relai de l'expression de souffrances individuelles, voire collectives que d'une remise en cause de la qualité des investigations techniques réalisées. Ces décès massifs et inattendus ont été vécus par les proches des victimes et la population en général très brutalement. Contrairement à des décès attendus, permettant un « pré-deuil » structurant l'angoisse liée à la disparition du proche, le deuil fut difficile tant individuellement que collectivement.

Si ces attentats ont confirmé l'intérêt de la prise en charge psychologique précoce, à travers l'intervention des CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologique) de victimes exposées à un événement potentiellement traumatique (1), ils ont aussi attiré l'attention sur d'autres problématiques.

C'est notamment Varghese (2) qui a relevé, parallèlement aux conséquences psychologiques, les conséquences culturelles, éthiques et spirituelles chez les survivants d'une catastrophe naturelle de masse. Dans une certaine continuité, Devish et Coll. (3) ont proposé une prise en charge éthique des victimes de catastrophes basée sur les réflexions phénoménologiques de Ricœur (4). Dans ces dernières, cet auteur a distingué la douleur symptôme physique ou psychologique relevant des soins, de la souffrance consécutive aux dilemmes existentiels auxquels sont en proie les survivants. Pour Ricœur, la prise en compte de cette dimension correspond à une nécessité à laquelle les soins ne peuvent pas répondre au risque d'entraîner une médicalisation intempestive, voire néfaste, de la détresse et des difficultés émotionnelles des survivants (5 et 6).

Pour les médecins légistes, les enquêteurs et d'autres professionnels, les opérations d'identification et les investigations médico-légales survenant dans un contexte de morts brutales et souvent violentes sont indissociables de problématiques éthiques liées à la manière dont sont traitées les victimes décédées, de leur prise en charge initiale à leurs funérailles. Ces opérations d'identification sont liées à des contraintes particulières devant faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire et interprofessionnelle permettant de les intégrer dans une prise en charge globale et pouvant s'exprimer sous la forme d'une question : quelles sont les procédures à adopter pour apaiser une souffrance individuelle et collective dans le cadre de ces décès massifs ? Cette réflexion ne peut être fondée que sur et à partir des investigations judiciaires et médico-légales réalisées.

Les principes de l'identification des victimes

Que la catastrophe soit ouverte (on ne dispose pas de liste de victimes *ab initio*, par exemple : dans un RER), fermée (on dispose *a priori* d'une liste à consolider, par exemple dans un avion) ou mixte (par exemple lors du crash d'un avion sur une zone d'habitations), l'identification des victimes repose sur la comparaison de données du temps du vivant de la personne disparue, dites *ante mortem* (obtenues auprès des proches) d'une part, et de données dites *post mortem* (obtenues à partir de l'examen des victimes décédées et de leurs effets personnels).

Les données *ante* et *post mortem* sont constituées d'éléments d'identification « primaires » très discriminants (empreintes digitales ou plantaires, empreintes génétiques, données odontologiques) et d'autres éléments, dits « secondaires », dont la spécificité varie (numéro de série des implants médicaux, description physique, informations d'ordre médical, tatouage(s), vêtements et effets personnels, cicatrices...). C'est la correspondance entre ces critères *ante* et *post mortem* qui permet d'établir de manière formelle l'identité de la victime, de la rendre aux proches et de réaliser des formalités administratives *ad hoc* essentielles en matière d'inhumation, de succession etc. De l'expérience commune retenue, il n'est pas aujourd'hui concevable de réaliser des identifications ne respectant pas un protocole

précis au risque de commettre des erreurs d'identification. Les examens techniques prennent suffisamment peu de temps pour ne pas avoir à faire reposer sur les familles le poids d'une identification par reconnaissance visuelle incertaine.

La mise en œuvre de ce protocole d'identification constitue en cas d'afflux massif de victimes un challenge organisationnel. Le raz-de-marée qui a frappé les côtes du sud-est asiatique le vingt-six décembre 2004 a constitué la première catastrophe de masse internationale ayant nécessité une réflexion permettant d'y répondre. En cela il a permis de mieux préciser des grandes lignes organisationnelles de l'identification de victimes de catastrophe (« protocole IVC », mis en place par Interpol) à partir d'un schéma de base adapté en fonction du lieu de la catastrophe, de sa typologie, du nombre de victimes et de l'état des corps. Depuis sa création, le protocole IVC a fait l'objet de révisions régulièrement publiées dans le guide Interpol des victimes de catastrophe (7). Son objectif est de favoriser une démarche cohérente par l'application de normes internationales applicables et comprises par tous, en particulier lors d'opérations internationales.

En France, l'IVC est mis en œuvre dans le cadre de divers plans sous la direction des parquets de Marseille ou de Paris (en cas de catastrophe naturelle) ou de la section anti-terroriste du parquet de Paris (en cas d'attentat, en collaboration avec la CIAV, Cellule Interministérielles d'Aide aux Victimes). La CIAV a un rôle majeur de centralisation des informations concernant les victimes, d'information et d'accompagnement des proches et enfin de coordination interministérielle.

Il existe en France deux unités d'identification de victimes de catastrophe : l'UPIVC (Unité Police d'Identification de Victimes de Catastrophe), qui est systématiquement saisie en zone police d'une part, et en tout point du territoire en cas d'attentat d'autre part, et l'UGIVC (Unité Gendarmerie d'Identification de Victimes de Catastrophe), saisie en zone gendarmerie hors attentat. Les deux unités peuvent également intervenir à l'étranger, et le cas échéant, former ensemble l'UNIVC (Unité Nationale d'Identification de Victimes de Catastrophe), si l'une demande assistance à l'autre.

Le déroulement des opérations d'identification

Les données post mortem

La phase de relevage

La phase de relevage des personnes décédées est fondamentale et déterminante pour la suite des opérations. En fonction de la nature de la catastrophe (tremblement de terre, avalanche, raz-de-marée), des coutumes et des organisations, elle se déroule souvent simultanément avec les opérations de secours. Elle est donc réalisée avec ou par les secours, renforcée par la sécurité civile, les forces de sécurité intérieure voire les organismes internationaux (Croix rouge, Croissant rouge). Il est fréquent qu'en cas

de dépassement des capacités institutionnelles, les populations locales impactées participent aussi.

Lorsque le protocole de l'IVC est mis en œuvre, en particulier en cas d'attentat, la phase relevage est réalisée par des personnels de la Police Technique et Scientifique (PTS), des officiers de Police judiciaire et parfois des médecins légistes. Après avoir réalisé un quadrillage de la zone de catastrophe ou, en cas d'attentat, de la scène de crime, ces acteurs localisent, numérotent, photographient et conditionnent les corps des victimes et les indices matériels (effets personnels) selon le protocole Interpol.

Le relevage des corps peut aller de quelques heures, comme dans les attentats ayant récemment touché la France, à plusieurs jours, voire semaines, dans des catastrophes de grande ampleur. Outre le nombre de victimes, cette durée est conditionnée par les difficultés d'accessibilité au site de la catastrophe (séisme, avalanche) et par l'étendue de la zone sur laquelle les victimes sont dispersées (par exemple le crash dans une zone montagneuse du vol 9225 de la *Germanwings*). Parallèlement à cette problématique de temps qui retarde d'autant le début des opérations d'identification, la question de l'exposition des victimes décédées aux tiers et aux proches est également douloureuse, comme on a pu le voir à Nice le 14 juillet 2016.

La cellule *post mortem*

La conservation des corps

Le dépassement des capacités habituelles des morgues et l'indispensable unité de lieu des opérations *post mortem* (traçabilité, ré-associations de victimes, coordination des équipes) au plus proche des lieux de la catastrophe (afin d'éviter de longs transports inutiles) imposent le recours à des solutions complémentaires de conservation (containers et solutions modulaires rapidement installables notamment) (8 et 9).

L'examen de corps aux fins d'identification

Depuis les attentats de novembre 2015, pour réduire le délai des annonces décès, le processus d'identification a été séparé du processus des autopsies qui sont, si besoin, uniquement réalisées dans un second temps.

Adaptés au nombre et à l'état des victimes, les ateliers dédiés à l'identification mis en place par l'UPIVC comportent en théorie trois zones sur lesquelles interviennent majoritairement des personnels de PTS, ainsi que des officiers de Police judiciaire, des médecins légistes, des odontologistes médico-légaux, ainsi que des anthropologues. La première étape consiste à relever les critères physiques distinctifs de la victime (sexe, taille, poids, couleur des cheveux, des yeux, signes distinctifs, cicatrices, tatouage...), à procéder au relevé dactyloscopique (empreintes digitales ou parfois plantaires) et aux prélèvements à visée génétique (ADN). Dans la deuxième zone est réalisée la description des effets personnels des victimes (vêtements, bijoux). Ces derniers sont méticuleusement nettoyés, examinés, photographiés;

les valeurs sont placées sous scellé en vue de leur restitution. Enfin, dans la troisième zone, des odontologues médico-légaux relèvent le schéma dentaire de la victime.

Les délais d'identification sont proportionnels au nombre de victimes à déplorer, mais l'expérience a montré qu'ils pouvaient être optimisés grâce à une bonne coordination interprofessionnelle.

La recherche de la cause de la mort

L'autopsie médico-légale permet de déterminer la cause exacte de la mort et elle complète, lorsque le magistrat la juge nécessaire, l'examen du corps initialement réalisé par l'UPIVC aux fins d'identification.

Réalisée par des médecins légistes en présence d'officiers de Police judiciaire et de personnels de la police scientifique, l'autopsie peut aussi contribuer à répondre à des questions très importantes, directement ou indirectement en rapport avec les faits : par exemple, quelle est la nature et l'origine des projectiles ayant causé le décès ? Quel a été le délai entre la survenue des faits et le décès ? La victime est-elle morte sur le coup ? A-t-elle souffert ? L'autopsie contribue ainsi aussi au travail de deuil.

Si le *gold standard* reste l'autopsie complète, les recommandations internationales et les attentats qui ont récemment touché la France ont montré que, sous réserve de pouvoir ultérieurement répondre à toutes les questions que pouvait se poser la justice, mais également les proches, il était possible de mettre en œuvre, notamment dans le cadre d'une contrainte de temps (la durée moyenne d'une autopsie étant de 2 heures), des protocoles dits dégradés (autopsies partielles, examens externes) précédés de scanner du corps permettant la réalisation d'un bilan lésionnel de qualité (10).

La restauration des corps

Toute opération d'identification et/ou d'autopsie médico-légale se termine par la restauration du corps de la victime et son contrôle par un médecin légiste. En matière de catastrophe collective, cet élément reste, sous réserve de l'état des victimes, un impératif intangible. Préalable indispensable à sa restitution aux proches et à leur deuil, cette restauration constitue également un acte structurant indispensable à l'équilibre des professionnels confrontés dans un temps court à la prise en charge d'un nombre important de victimes.

Les données ante mortem

Parallèlement et simultanément aux opérations *post mortem*, l'identification des victimes nécessite la mise en place d'un système de recueil des données *ante mortem* ; en cas d'attentat, cette mission est accomplie par l'UPIVC, au sein de la CIAV, au Centre d'accueil des familles. La liste des personnes disparues est établie à partir des signalements de disparition par les proches ou de sources plus précises comme la liste des passagers d'un avion. Les policiers spécifiquement formés de la cellule *ante mortem*

procèdent à des entretiens avec les proches et/ou à des actes d'enquête afin d'obtenir la description la plus détaillée possible de chaque victime disparue (caractéristiques physiques, vêtements, bijoux, photographies, dossiers dentaires, empreintes dactylocopiques et génétiques...). Ils sont aidés dans cette tâche par des médecins et des dentistes qui contactent leurs homologues traitants des disparus. En cas de catastrophe internationale, les équipes *ante mortem* peuvent être amenées à recueillir des éléments à l'étranger, par le biais d'une coordination assurée par Interpol.

Même si elles travaillent parallèlement, les cellules *ante* et *post mortem* sont en lien permanent; cela permet par exemple à la cellule *post mortem* de signaler un élément retrouvé sur une victime, comme une carte d'identité, et ainsi à la cellule *ante mortem* de contacter immédiatement la famille concernée; les dossiers *ante* et *post mortem* seront ainsi simultanément traités, et l'identification accélérée.

L'identification des victimes

La comparaison entre les données *ante mortem* et *post mortem* est travaillée en continu par la cellule de rapprochement de l'UPIVC. Lorsque les données se recoupent suffisamment, des propositions d'identification sont alors soumises à la commission de réconciliation, qui peut siéger quotidiennement si nécessaire, et à laquelle participent des spécialistes en dactyloscopie, en génétique, en odontologie, en médecine légale. La commission est dirigée, en situation d'attentat, par un représentant du parquet anti-terroriste, qui enrichit ainsi la liste unique des victimes.

Aucune annonce décès, aucune présentation de victime décédée n'est effectuée avant que la commission ne se soit prononcée sur l'identification de la victime. Les personnels de la cellule *ante mortem* qui ont suivi la famille de la victime la recontacte pour procéder à l'annonce de l'identification, à la restitution des effets personnels, et proposer éventuellement à la famille de se recueillir auprès de la personne décédée.

La présentation des corps des victimes

Fondamentale pour le processus de deuil et l'avenir psychologique de l'entourage lorsqu'elle est possible, la présentation du corps clôt les opérations d'identification. Elle fait partie du protocole de prise en charge médico-légale et fait l'objet d'une évaluation préalable par un médecin légiste. L'accès à l'IML pour présentation de la victime ne doit être permis que sur rendez-vous, et suite à identification formelle par la commission. Lors des attentats récents, la présentation a souvent été précédée par un entretien préparatoire avec un psychologue. La non-présentation d'un corps peut être justifiée si elle risque d'être intolérable pour les proches. Dans ce type de circonstances, il a parfois été possible de présenter une partie intacte et reconnaissable de la victime.

Conclusion

Les catastrophes de masse interpellent tous les professionnels y étant confrontés en les mettant dans des situations extrêmes et sous une pression très importante. Leur démarche doit être animée par une éthique irréprochable (11 et 12). Médecins légistes, professionnels des unités d'identification de victimes, enquêteurs et secouristes sont mobilisés ensemble, pour contribuer aux processus de deuil individuel et sociétal. Ces opérations font finalement partie d'un rite funéraire collectif dans l'intérêt des familles, allant de la prise en charge des victimes sur le lieu de la catastrophe aux funérailles. Le cadre structurant établi notamment dans la circulaire interministérielle du 13 avril 2016 permet d'affronter des situations potentiellement pathogènes et pouvant avoir des retentissements sur les professionnels concernés. À partir du déroulement et des caractéristiques techniques des opérations précédemment évoquées, les principaux fondements de ce rite pourraient être les suivants :

- l'information individuelle et collective, précise et adaptée à chaque catastrophe, sur les buts, les moyens, la durée et le déroulement (prévisible et au fil de l'eau) des opérations mises en œuvre ;
- la célérité et le professionnalisme des opérations réalisées ;
- l'équité dans le traitement des victimes ;
- le respect des victimes de leur relevage à leur restitution.

La mise en œuvre d'une telle démarche ne peut être que le fruit d'une réflexion transversale impliquant notamment les instances représentatives des professionnels (justice, médecins légistes, police, gendarmerie, professionnels du funéraire), la société civile via les associations de victimes, des représentants des cultes, des anthropologues, des éthiciens.

« La question de l'identification des corps est sans doute l'une des plus difficiles. Plusieurs questions se posent : organiser la présentation des corps, organiser le déplacement des familles depuis leur lieu d'habitation, anticiper les besoins psychosociaux, anticiper les urgences qui peuvent se poser. C'est aussi parfois éviter qu'une personne à qui on vient d'annoncer le décès d'un proche reprenne sa voiture pour rentrer chez elle. Ce sont vraiment des détails mais on est là au cœur des besoins immédiats de ces victimes. Tout cela implique de la formation, de la sensibilisation aux enjeux de l'aide aux victimes. »

Stéphane GICQUEL, secrétaire général de la FENVAC, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Références bibliographiques

1. Prieto N., Cheucle E., Faure P., Digard F., Dalphin C., Pachiaudi V., Simond M., Darbon R., Collinet C., Habibi R., Gueugniaud P.-Y. (2016) Defusing of victims of the terrorist attack in Paris. Elements of assessment one-month post-event. *Encephale* [Epub ahead of print].
2. Varghese S. B. (2010) Cultural, ethical, and spiritual implications of nature disasters from the survivors' perspective. *Crit Care Nurs North Am* 22(4):515-22.
3. Devish I., Vanheule S., Deveugle M., Nola I., Civaner M., Pype P. (2016) Victims of disaster: can ethical debriefing be of help to care for their suffering ? *Med Health Care and Philos* [Epub ahead of print].
4. Ricoeur P. (2013) La souffrance n'est pas la douleur. *In Souffrances et douleurs*. Ed : Marin C et Zaccai-Reyners, 13-33. Paris : Press Universitaire de France.
5. Crocq L. (2002) Special teams for medical/psychological intervention in disaster victims. *World Psychiatry* 1(3):154-155.
6. Isovaara S., Arman M., Rehnfeldt A. (2006) Family suffering related to war experience: an interpretative synopsis review of the literature from a caring science perspective. *Scand J Caring Sci* 30(3):241-50.
7. <https://www.interpol.int/content/download/9158/68001/version/18/file/INTERPOL%20DVI%20GUIDE.pdf>
8. Bassed R., Leditschke J. (2011) Forensic medical lessons learned from the Victorian bushfire disaster: recommendations from the phase 5 debrief. *Forensic Sci Int* 205(1-3):73-6.
9. Eitzen D., Zimmermann A. (2012) Setting up an off-site emergency mortuary facility (EMF) to deal with a DVI incident: disaster victim management (DVM). *Forensic Sci Med Pathol* 8(2):189-93.
10. Brough AL, Morgan B., Rutth GN (2015) Postmortem computed tomography (PMCT) and disaster victim identification. *Radiol med* 120(9):866-73
11. Holt GR (2008) Making difficult ethical decisions in patient care during natural disasters and others mass casualty events. *Otolaryngol Head Neck Surg* 139(2):181-6.
12. Hick JL, Hanfling D., Cantrill SV (2012) Allocating resources in disasters: emergency department principles. *Ann Emerg Med* 59(3) 177-87.

Chapitre 6

La prise en charge psychologique des victimes

Marie-Aude Piot et Maurice Corcos

La multiplication des attaques terroristes lors des trente dernières années ont précipité l'organisation de la prise en charge du psycho-traumatisme. L'effroi qui saisit le sujet victime, et le préjudice psychologique et social gravé à long terme suffisent à justifier une prise en charge précoce, efficace et adaptée à la singularité de chaque victime.

Nous commencerons par éclairer la réflexion par une mise en perspective historique avant de qualifier l'événement traumatique, la survenue des troubles, leur mécanisme, et les prises en charge qui en découlent.

Histoire de la notion de psychotraumatisme

L'histoire du trauma semble née avec les angoisses des hommes. On en trouve des traces dès l'*Épopée de Gilgamesh* (env.-2200) et l'*Illiade* (env.-1000). Hippocrate évoque des rêves traumatiques dans le *Traité des songes* (env.-400). Aux combats et violences que connaissent les hommes, nombre de descriptions de récits traumatiques, tel celui de Lord Percy dans *Henry IV* (Shakespeare W., env.1600) (De Clercq et Lebigo, 2001). Mais c'est au XIX^e siècle qu'elles se précisent. Lors des batailles napoléoniennes, le syndrome du « vent du boulet » qualifie la stupeur des survivants sans atteinte physique.

Contre une conception mécanique prévalant à l'époque, Oppenheim (1888) situe dans l'émotion effrayante l'origine de la désorganisation psychique, altérant durablement le psychisme de la « névrose traumatique » consécutive aux accidents de travail. Charcot (1890) l'associe à l'hystérie. Là où Janet (1889) pointe la dissociation de la conscience, et recourt à l'hypnose pour revivre l'événement à visée cathartique. Pour Freud (1920), les « réminiscences » du traumatisme sont apaisées par les associations de pensée.

Lors de la Première Guerre mondiale, Millan (1915) parle d'« hypnose de bataille » pour décrire la confusion et la stupeur lors des phases offensives. La guerre des tranchées donnera lieu à des « manifestations d'hyper-expressivité, d'incoordination motrice telle l'astésie-abasie et des déficits moteurs des membres » ; phénomènes conversifs qualifiés d'« hystérie de guerre ». Par la suite, Freud théorise la « compulsion de répétition » où la pulsion de mort dépasse la pulsion de vie sans aspect cathartique.

Lors de la Seconde Guerre mondiale, on s'éloigne de la dimension péjorative de l'hystérie pour parler de « syndrome d'épuisement ». L'étiologie conflictuelle intrapsychique devient causalité externe (Ferreri & al., 2011). Le psychotrauma n'est plus considéré comme pathologie : c'est une réaction normale d'épuisement face à une situation de stress extrême. Le « syndrome des déportés » décrit une hypermnésie émotionnelle, des troubles somatiques et du sommeil (Targowla, 1950). Le « syndrome des survivants » des camps associe culpabilité et retrait silencieux, dans une incapacité à décrire l'indicible (Semprun, 1994). Un syndrome transgénérationnel caractérisé par des éléments d'angoisse et de dépression est transmis aux générations suivantes des victimes de la Shoah (Ferreri et al., 2011).

Lors de la construction des catégories nosographiques de la classification américaine DSM III, les vétérans du Vietnam vont lutter pour intégrer l'« état de stress post-traumatique », reconnaissant et indemnisant ce trouble (Demazeux, 2013). Des « rap group » permettent aux vétérans de se retrouver pour se raconter les récits traumatisants et leurs troubles. Le DSM IV décrit ensuite l'« état de stress aigu ». La classification des maladies mentales de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième version (CIM 10, 1992) ajoute une troisième entité, une « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe », élément pronostic déterminant.

Maclean décrit en 1977 le premier cas d'enfant de moins de 48 mois souffrant de troubles de stress post-traumatique (TSPD) (Keren, 2005). Une étude rétrospective sur la mémoire précoce d'enfants de moins de 5 ans avec TSPD (Keren, 2005 ; Terr, 1988) établit que « les mémoires comportementales d'un traumatisme demeurent assez précises et fidèles à l'événement qui les a stimulées » (Keren, 2005). Drell, Siegel et Gaensbauer (1993) expliquent que les tout-petits perçoivent et se souviennent d'événements traumatiques par mémoire implicite, sans nécessairement de prise de conscience ou de souvenirs rapportés. Les compétences développementales ont une influence significative sur le niveau à partir duquel un événement devient traumatique pour un enfant, et sur la phénoménologie de l'expérience traumatique (Keren, 2005).

Des initiatives de formations et de centres de prises en charge spécialisés naissent en France au décours des attentats de la rue de Rennes (1984) (Ferreri et al., 2011). À la suite des attentats du RER Saint-Michel sont constituées des Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) coordonnées dans chaque département par un psychiatre référent et régulées par le SAMU. Des cellules interrégionales de 10 à 20 départements sont regroupées pour collaborer et apporter leur soutien. Ce dispositif est renforcé par les interventions de la Protection civile, de la Croix rouge et d'associations humanitaires. Des associations d'aide aux victimes se constituent pour assurer leurs droits. Un secrétariat d'État chargé de l'Aide aux victimes est créé le 11 février 2016 dans la suite des attentats de 2015 sur le sol français.

Le traumatisme psychique

L'origine

L'événement à l'origine du psychotraumatisme est soudain, inattendu, violent, grave et exceptionnel. Il confronte le sujet à « la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (DSM V) : que la personne soit exposée directement, témoin direct ou indirect (proche), ou par une exposition répétée (comme lors des guerres par exemple, ou pour les secouristes) ; mais pas par les médias (par le visionnage en boucle des images diffusées lors des attentats du 11 septembre 2001 par exemple).

Les mécanismes

Deux modèles tentent d'expliquer ce qui se passe lors de psychotraumatismes (Ferrerri *et al.*, 2011). Le premier est celui du « stress », réponse adaptative à l'environnement où se succèdent les phases d'alerte, de lutte et d'adaptation comportementale, biologique et psychique. Lorsque l'adaptation est dépassée, les certitudes s'effondrent, l'insécurité interne domine : « le sujet connaît l'enfer, étant désemparé par l'effondrement du sentiment d'éternité, la faillite de l'environnement protecteur et l'absence de recours au tiers » (Ferrerri *et al.*, 2011).

Le second modèle distingue « stress » et « traumatisme ». Tous deux surviennent en « réaction » à l'environnement. Ils dépendent donc des ressources internes et externes du sujet. Mais si l'on représente la psyché par une vésicule avec membrane protectrice (Freud, 1920 ; Lebigot, 2004) : le stress déforme la vésicule, qui revient à son équilibre une fois adaptée ; le traumatisme transperce la membrane en introduisant l'image brute de la mort qui se répète sans inscription symbolique.

Sur le plan biologique, l'événement traumatique active les systèmes neuroendocriniens. Successivement la médullosurrénale et le système sympathique (adrénaline et noradrénaline) sont mobilisés dans l'urgence. Puis le système hypothalamo-hypophysaire-cortico-surrénalien secrète du cortisol qui régule à plus long terme. Dans les TSPT, la sécrétion de cortisol est insuffisante pour modérer les décharges du système adrénérgique.

Les structures cérébrales impliquées principalement sont l'amygdale, les hippocampes et le cerveau préfrontal. Dans les TSPT apparaît une hyperactivité amygdalienne et un dysfonctionnement dans le système de régulation des émotions (Ferrerri *et al.*, 2011).

Pour l'approche psychanalytique, des mécanismes de défenses surviennent lorsque le sujet est angoissé : tel le refoulement (conservateur de l'événement dans la psyché ; avec culpabilité liée à la charge agressive, réelle ou imaginaire, associée à l'événement) ou le clivage (qui ampute une part de la psyché ; avec un vécu de honte généré par l'humiliation). Certaines

circonstances dramatiques qui débordent l'effet de ces mécanismes de défense font alors ressurgir de façon massive ce qui a été débordé primitivement.

L'impact traumatique est d'autant plus important et complexe qu'il survient chez un sujet vulnérable (antécédents traumatiques qui risquent d'être réactivés; période de maturation physique et psychique en cours de développement qui risque d'être attaqué voire déstructuré; antécédents familiaux et conjugaux...). L'événement refoulé peut également devenir traumatique après-coup. L'instance du « Moi » est surprise par une attaque interne, comme violente de l'intérieur. Le sujet sera souvent conduit à traverser l'expérience du désespoir, avant de s'en dégager; s'il est suffisamment accompagné; pour accéder à une certaine forme de résilience. À travers et au-delà de la catastrophe, le sujet réagence ce qu'il est et ouvre d'autres perspectives existentielles, une fois sa confiance en soi restaurée. L'irréductibilité humaine de certaines souffrances s'amoindrit par une recherche de sens qui arrache au malheur son arbitraire, qui est son principal venin.

Selon cette approche, dans un premier temps, il importe d'agir sur les systèmes de régulation permettant de mettre l'impact de l'événement en latence (mesurer la sidération, le réveil de résonances, contenir les défenses mises en place, éviter leur amplification, accueillir l'éprouvé du vécu, sans interprétation, réverbération, dans une bienveillance inconditionnelle). Il faut très tôt préparer le sujet aux risques d'après coup, grâce à une psychothérapie permettant de relancer les processus psychiques sidérés ou ralentis, de retrouver du jeu psychique, et favoriser la métabolisation et l'élaboration psychique. Le sujet devra peu à peu, à son rythme et suffisamment accompagné, regarder en face le malheur, accepter de revenir de cette proximité d'avec la mort et reprendre le fil de la vie. C'est faire sens pour soi et pour les siens.

Deux types de facteurs

Les facteurs de vulnérabilité

Chez l'adulte

Le risque de TSPT est accru par des difficultés émotionnelles durant l'enfance, des antécédents de troubles psychiques personnels (troubles paniques et TSPT, troubles obsessionnels compulsifs ou dépression) et familiaux, des problèmes relationnels (dysfonctionnements familiaux) ou un environnement socioéconomique précaire. Des caractéristiques liées à l'événement lui-même, augmentent également le risque : intensité de l'événement; gravité des blessures; violence interpersonnelle; intentionnalité de l'agresseur; intensité de la menace perçue; intensité émotionnelle péri-traumatique; épisode dissociatif. Enfin, le risque est majoré par des événements de vie ultérieurs défavorables, le développement d'un TSA, et des stratégies d'adaptation inadéquates.

Facteurs protecteurs

Chez l'adulte

Une personnalité dite « endurante » semble mieux armée pour faire face. Elle intègre la capacité à prendre des décisions adaptées, à se distancier des événements, la maîtrise habituelle des situations, des projets de vie affirmés et le sens positif de l'existence (Ferreri et al., 2011). Plus globalement, le soutien familial, professionnel et social reste déterminant dans une évolution positive (Ferreri et al., 2011).

Chez l'enfant

Une relation parent-enfant positive, un mécanisme de *coping* parental constructif, une proximité physique entre l'enfant et le parent, un soutien de l'environnement et un soutien communautaire, sont autant de facteurs de protection (Keren, 2005).

La notion de résilience (Cyrlunick, 2003) indique non seulement une adaptation de l'enfant à une situation difficile, mais que ces capacités en ressortent grandies.

La manifestation des troubles

Les troubles psychotraumatiques

La manifestation de ces troubles diffère selon la temporalité à laquelle ils apparaissent.

Réaction dans l'immédiat (0 à 48 heures)

Face à ce type d'événement, un « état de stress adapté » se caractérise par une émotion intense, de la colère, une hyper-activation neurovégétative, un repli sur soi, une incompréhension et une culpabilité ; durant les quelques heures qui suivent l'événement.

L'état de stress dépassé survient à l'épuisement des capacités d'attention, de contrôle émotionnel ou de mémorisation. Le sujet est alors prostré, détaché de la réalité, dans un temps suspendu ou ralenti. Ou bien il se perd dans une hyperactivité stérile ; ou cède à la panique et prend la fuite ; ou encore adopte des conduites automatiques avec comportements répétitifs inefficaces ou incongrus, et souvent une amnésie secondaire dissociative. Dans 80% des cas, cet état de stress dépassé évoluera vers un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Une éclosion psychotique brève réactionnelle peut survenir dans ces moments.

Réaction post-immédiate (48h à 30 jours)

Le sujet ne parvient plus à intégrer ce qui se passe, comme s'il regardait un film, détaché du monde et de lui-même. Son temps est ralenti ; son

espace rétrécit à la scène traumatique. Cet état régresse après quelques minutes ou heures, suscitant angoisse, culpabilité voire confusion. Cet état peut réactiver un trouble ancien, psychique ou somatique, ou révéler une vulnérabilité (telle une bouffée délirante aiguë avec possible évolution vers une schizophrénie) (Crocif *et al.*, 2007).

Ce trouble associe des symptômes de reviviscence du traumatisme, de dissociation mentale, d'évitement et d'hyper-vigilance à une humeur négative (DSM V).

La prévalence de l'ESA varie de 14 à 30% selon les études ; avec une évolution pathologique dans 10% des cas (Ferreri *et al.*, 2011).

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) (30 jours à 1 an)

Chez l'adulte

Avec ou sans temps de latence qui sépare l'événement traumatique, le TSPT fait revivre au sujet l'événement de façon intrusive, involontaire, répétée, avec une forte charge affective (horreur, impuissance...) : spontanément (flashback, cauchemars...) ou par des stimulations (sensorielles, conversation, personnes...). Pour se protéger, le sujet modifie totalement son quotidien pour éviter toute situation qui pourrait réactiver ; au risque d'un retrait social, affectif et professionnel.

Les capacités d'intégration sensorielle perdent leur fonction de filtrage, amplifiant le stimulus sans discrimination. Cette hypervigilance à l'environnement extérieur se renforce mutuellement avec l'hyperactivité végétative interne et son cortège de manifestations somatiques ; en même temps qu'il entrave le sommeil.

Véçu comme perte de contrôle, ces phénomènes accroissent l'irritabilité, voire la colère ; et se dessine sur fond d'angoisse et de dépression (diminution des intérêts, émoussement affectif et sentiment d'avenir « bouché ». Ils provoquent des troubles de la concentration et de la mémoire ; voire des troubles somatoformes ou psychosomatiques.

Dans la majorité des cas, l'évolution est favorable après quelques mois. Les symptômes disparaissent, et la reviviscence devient remémoration. Mais lorsqu'elle est défavorable, l'évolution tend vers un tableau de TSPT chronique (les mêmes symptômes étant atténués), ou de trouble anxieux constitué, ou d'état dépressif chronique ; parfois masqué par des conduites addictives (alcool). Souvent surviennent des modifications profondes de la personnalité, bouleversant le rapport à soi et au monde ; avec pessimisme, retrait social, sentiment de menace et état d'alerte permanent (Ferreri *et al.*, 2011).

Les drogues sont parfois un recours pour apaiser, voire euphoriser ; pour faire apparaître le monde moins terrifiant qu'il n'est. Elles ont une utilité symptomatique. Cependant, « S'il suffisait d'orner la douleur d'une plage

de silence, s'il suffisait de se défaire, de disparaître, j'ai pas souffert... Mais j'ai pas suffi» (Alain Bashung). Les moyens de se défendre contre la souffrance, pour éviter de rester en contact avec la douleur, risquent d'aveugler la source de compréhension de soi.

Cette incapacité à retrouver un calme interne a des conséquences familiales et sociales dramatiques. La relation au conjoint génère parfois un maternage excessif qui conforte le sujet dans la représentation pessimiste d'un monde extérieur menaçant, alimentant la régression. Dans d'autres cas, le conjoint devient rejetant, passé la phase compréhensive ; il ne comprend pas que le patient reste rivé au traumatisme. Lorsque le trouble entraîne un arrêt de travail prolongé avec invalidité, le retentissement familial est dramatique.

Chez l'enfant (moins de 6 ans)

La réaction dépend fortement de la réaction des figures d'attachement. Le TSPT peut se caractériser par un changement brutal du comportement (agitation, prostration, pleurs...), des angoisses de séparation (refus de rester, de dormir seul, d'aller à la crèche...), des jeux et dessins répétitifs et compulsifs reproduisant la violence, des comportements régressifs (balancement, perte des acquis, suce son pouce...) et des troubles somatiques (douleurs abdominales, céphalées, vomissements...).

Chez l'enfant (plus de 6 ans)

Au-delà de troubles peu spécifiques (anxiodépression, alimentation, comportement, symptômes neurovégétatifs), ce sont des troubles dissociatifs qui dominent avec des difficultés à se concentrer, à mémoriser, voire des absences, et une vie imaginaire très importante, une anesthésie affective ; retentissant sur les résultats scolaires.

Chez l'adolescent

De même, outre des troubles peu spécifiques (anxiodépression, alimentation, sommeil), ce sont les conduites dissociantes ou dissociatives qui dominent le tableau : avec mise en danger, sports extrêmes, automutilation... avec également un retentissement scolaire important.

Chez les sauveteurs

Des contacts réguliers avec des personnes ayant connu un traumatisme peuvent entraîner une modification profonde de l'identité et de la philosophie de vie. C'est le « traumatisme vicariant ».

Épidémiologie

La prévalence du TSPT sur la vie est de 1%, avec un ratio de 2 pour les femmes (Ferreri *et al.*, 2011). Le risque de développer un TSPT est de 10% en moyenne, mais dépend de la nature et de l'intensité de l'événement, et des populations étudiées : 60 à 80% en cas de viol (Prieto et Rouillon,

2005); 10 % chez les pompiers ; 7 % chez les policiers (Ferreri *et al.*, 2011); 45 % des victimes de l'usine d'AZF de Toulouse cinq à dix semaines après (23%). L'étude européenne ESEMed (*European study of the epidemiology of mental disorder*) établit une morbidité à 1,9% de TSPT chronique (Darves-Bornoz *et al.*, 2008).

La comorbidité est évaluée à 80% dans la plupart des études, associant troubles anxieux, dépressifs et alcoolisme (Ferreri *et al.*, 2011).

Prise en charge thérapeutique

La souffrance qui naît des situations extrêmes relève souvent de l'« indicible », voire de l'« impensable » (Baubet et Moro, 2000). Comment alors accompagner, panser et dire le trauma, sans en réactiver ses effets mortifères ?

Certaines approches psychothérapeutiques ont montré une efficacité dans les quelques mois qui suivent le trauma (*cf.* ci-dessous) ; mais les recherches de long terme sont rares. L'intuition et l'expérience du ou des praticiens au contact des patients sont alors privilégiées. On peut néanmoins retirer nombre d'éléments des expériences d'équipes de santé mentale de pays où ces situations traumatiques sont nombreuses (conflits armés, catastrophes naturelles...), ou d'expériences de psychiatrie humanitaire.

Prise en charge le 1^{er} mois

Sur le plan médicamenteux, les benzodiazépines sont à proscrire, aggravant le risque de TSPT. L'hydroxyzine (Atarax) est efficace dans l'ESA. Il limite le retentissement neurovégétatif et évite le conditionnement de la peur. Les traitements adrénergiques comme le Propanolol, de la famille des bêta-bloquants sont en cours d'évaluation ; mais semble une piste très prometteuse. Les antidépresseurs ne doivent pas être utilisés le premier mois, du fait de leur effet d'hyperconditionnement et désinhibiteur (Ducrocq, 2005) ; et restent globalement peu efficaces sur les insomnies et cauchemars (Ducrocq, 2005). Une exception est en cours d'étude avec la Tianeptine, antidépresseur de nouvelle génération.

Sur le plan psychothérapeutique, débriefing et défusing sont intégrés actuellement sous le terme d'« interventions psychothérapeutiques post-immédiates » (IPPI).

Soins immédiats (0 à 48 heures)

Idéalement réalisés par les CUMP, les soins visent la reconnaissance et l'apaisement de la détresse psychique des victimes et de leurs proches. L'accueil doit être contenant, situé dans un lieu considéré comme sûr par la victime. Lors d'événement touchant de nombreuses victimes, un poste d'urgence médicopsychologique (PUMP) est installé à proximité du poste médical avancé (PMA).

Une attitude d'accompagnement bienveillant et empathique est essentielle. La souffrance ressentie par la victime est reconnue ; sans dédramatisation ; ni déculpabilisation ; la parole est valorisée et confortée ; mais pas de manière excessive. Des questions simples sont posées autour de l'événement. On aide doucement la personne à se resituer dans l'« ici et maintenant ». Sont évalués de façon non intrusive les degrés de détresse émotionnelle, de dissociation psychique, la réaction et son niveau d'adéquation à l'événement ; repérant ainsi l'état de stress dépassé qui nécessitent une prise en charge hospitalière.

La technique de « défusing » est adaptée seulement pour les sujets en état de stress adapté. Souple et non intrusive, individuelle ou groupale, elle soutient la verbalisation immédiate des vécus et ressentis (faits, émotions, pensée) ; et favorise ainsi la décharge, liant le vécu traumatique par le langage. En revanche en état de stress dépassé, elle apparaît délétère (Lebigo, 2001).

Soins post-immédiats (48h à 30 jours)

Issues des expériences des militaires (Marshall, 1947), les techniques de « débriefing » favorisent la verbalisation des faits, des pensées et des émotions associées à l'événement pour tenter de mieux les maîtriser. Leur intérêt est reconnu pour apaiser dans l'immédiat la souffrance des victimes, par l'expression et le partage des vécus subjectifs. En revanche, leur recours est très controversé dans la prévention des troubles post-traumatiques. Ils ont très peu fait la preuve de leur efficacité, tant en groupe qu'en individuel (Ferreri et al., 2011). On a reproché l'influence négative d'une remémoration précoce dans la mobilisation des processus cognitifs participant à la récupération.

Deux méthodes dominent la pratique du débriefing. Principalement utilisé au Royaume-Uni et aux États-Unis, le *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) de Mitchell (1983) s'opère sur une seule séance ; dont les séquences sont relativement systématisées. Elle s'accompagne des commentaires du thérapeute. Ce dernier explicite notamment le phénomène de stress et délivre une infirmation sur les réactions normales et différents troubles. Le Débriefing Psychologique (DP) de Dyregrov (1989) est une adaptation du CISD, favorisant en plus la spontanéité verbale de chacun.

Prise en charge à moyen terme

Sur le plan médicamenteux, le traitement antidépresseur est efficace (Carlier & Pull, 2008). Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSR) restent le traitement de première intention du fait de leur meilleure maniabilité ; ils modulent l'hyperstimulation du circuit de la peur, et réduisent ainsi les symptômes anxieux. De même qu'ils ont une action sur le syndrome dépressif associé au trouble et réduisent l'impulsivité ; limitant le handicap social et l'impact sur la qualité de vie. Mais ils touchent peu le syndrome

de répétition. Seule la Paroxetine a l'AMM pour l'instant. Une durée de 12 semaines de traitement est nécessairement avant d'envisager le changement (HAS, 2007).

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA) sont à utiliser en 2^e intention. Les tricycliques et inhibiteurs de la monoamine oxydase ont plus d'effets secondaires, mais agissent sur le sommeil et la reviviscence. Les antipsychotiques atypiques agissent également sur la reviviscence, les troubles du sommeil et cauchemars, ainsi que sur l'agressivité et les symptômes psychotiques. Les psychotropes sont toujours prescrits dans une alliance thérapeutique et accompagnés d'une information et approche psychothérapeutique (Ducrocq, 2005).

Sur le plan psychothérapeutique, leur indication dépend de la présentation clinique du patient, de son terrain, de sa personnalité, et de ce qu'il souhaite.

Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Il s'agit d'une exposition graduelle, en imagination puis dans le réel, à la situation d'angoisse. La désensibilisation se fait au rythme où le patient peut maîtriser l'angoisse avant de passer au niveau suivant. La restructuration cognitive va aider au remodelage des dysfonctionnements de la pensée (vécu du traumatisme, pensées négatives sur soi et sur le monde...).

La gestion de l'anxiété accompagne ce travail par la relaxation, permettant un contrôle des réactions neurovégétatives. Elle donne également des outils pour lutter contre l'intrusion psychique génératrice d'angoisses.

L'efficacité de cette approche est aujourd'hui prouvée (Ferreri et al., 2011).

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Cette approche associe une image du traumatisme et des cognitions négatives et positives avec plusieurs séries de mouvements oculaires ; suivis par des autoévaluations successives. La proximité structurelle des aires cérébrales oculomotrices avec le cerveau préfrontal (fonctions exécutives de contrôle, planification...) et du cerveau émotionnel (amygdale, hippocampe...) modifient les représentations par ce processus et libère le sujet des intrusions psychiques.

Cette approche montre une efficacité à 3 mois équivalente à celle des TCC, et supérieure à l'absence de soin ou à la relaxation seule.

Hypnose

L'état de conscience modifié induit par l'hypnose, en résonance avec la dissociation traumatique, permet de revivre l'événement avec abréaction de la charge émotionnelle. Elle vise à lever les symptômes et autoriser à redonner du sens à l'événement.

Thérapie d'inspiration analytique

Hors du cadre conceptuel classique de neutralité bienveillante, cette approche soutient la victime avec empathie. Les silences sont limités, car ils renvoient à un vécu d'abandon et d'esseulement fréquent dans le psychotraumatisme. Le travail sur les associations de pensée est prudent. Le travail sur la réalité intrapsychique permet de revaloriser la capacité à penser du patient. Il l'aide à faire le lien entre l'événement traumatique récent et les traumatismes anciens réactivés ; et à relier petit à petit ce qu'il était avant le traumatisme, avec ce qu'il est devenu au décours. L'effet de sens permet de lutter contre la répétition.

Malgré une répartition inégale selon les sujets, chacun est fait de ce qu'il a vécu. Le développement et la chronicisation des troubles psychotraumatiques dépend largement des supports à disposition du sujet pour s'en sortir : qu'ils soient familiaux, communautaires ou professionnels. C'est encore plus vrai pour les enfants, pour qui la réaction à l'événement traumatique dépend largement de celle de la personne qui s'occupe de lui. La prise en charge socio-associative et l'indemnisation des victimes constituent une part importante du rétablissement.

La spécificité des prises en charge de ces troubles est encore trop peu connue par les professionnels de santé, engendrant un retard de prise en charge ; aux conséquences préjudiciables. D'ailleurs, les troubles les plus graves sont souvent silencieux. Ce qui implique des relais sociétaux (école, travail, voisins, famille...) dans la détection des difficultés ; en amont des consultations médicales. L'approche psychosociale telle que développée en contexte humanitaire semble intéressante.

De plus, les personnes atteintes sont autant les victimes directes que leurs témoins, voire les proches des victimes. Si l'on ajoute la pudeur et la culpabilité liée à ces difficultés à accepter le trouble pour des personnes indemnes d'atteinte somatique, l'accès aux soins reste complexe. Le développement dans chaque département de cellules spécialisées dans le psychotraumatisme, au-delà de l'immédiat, semble essentiel : tant pour les enfants que les adultes ; dans une articulation serrée avec les structures de secteur psychiatriques classiques.

Enfin, les dispositifs d'évaluations cliniques des techniques thérapeutiques restent trop peu nombreux ; surtout pour les après-coup tardifs, où le traumatisme risque d'être réactivé dans des moments maturatifs majeurs (tels que l'arrivée d'un enfant pour un adulte qui a lui-même été enfant traumatisé).

Références bibliographiques

Baubet T., Moro M.-R., « Trauma et cultures », *L'Autre*, 3/2000 (Volume 1), p. 405-408.

Carlier P., Pull C., « Les antidépresseurs dans le traitement de l'état de stress post-traumatique », *Ann. Med. Psychol. Paris*, 2008 ; 166 : 747-754.

Charcot J., *Leçons du mardi à la Pitié-Salpêtrière. Policlinique 1887-1888 et Policlinique 1888-1899. Notes de cours TI et TII*, Paris, Bureau du Progrès médical, 1890.

Crocq L., Dalligand L., Villerbu L., Tarquinio C., Duchet C., Coq J.-M., Chidiac N. et Vitry M., *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*, Ed. Masson. Paris, 2007.

Cyrulnik B., *La résilience ou comment renaître de la souffrance ?*, Ed. Fabert, 2003.

de Clercq M. et Lebigo F., *Les traumatismes psychiques*. Ed. Masson, Coll. Médecine & psychothérapies ; Paris, 2001.

Darves-Bornoz J. M., Alonso J., de Girolamo G., de Graaf R., Haro J. M., Kovess-Masfety V., et al., "Main traumatic events in Europe : PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey", *Journal of Traumatic Stress*, 2008 ; 21 : 455-462, [cross-ref].

Demazeux S., *Qu'est-ce que le DSM ?*, Ed. Ithaque, Paris, 2013.

Ducrocq F., « Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme » *Stress et Trauma*, 2009 ; 9 : 237-240.

Dyregrov A. "Caring for helpness in disaster situations : psychological debriefing", *Disast Manage*, 1989 ; 2 : 25-30.

Ferreri F., Agbokou C., Peretti C.-S, Ferreri M., « Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique », *EMC – Psychiatrie* 2011 : 1-16 [Article 37-329-A-11].

Freud S., *Au-delà du principe de plaisir Essai de psychanalyse*, Paris, Payot, 1965.

Janet P., *L'automatisme psychologique*, Paris, Alcan, 1889.

Keren M., « Traumatisme précoce et jeune enfant : aspects cliniques et psychopathologiques ». Conférence prononcée à l'hôpital S^{te} Justine, Montréal, 2005.

Lebigot F., *Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates. Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, 2001. 93-102.

Lebigot F., « Le traumatisme psychique », *Revue Francophone Stress Trauma*, 2004 ; 4 : 5-11.

Marshall S.L., *Men against fire : the problem of battle command*, New York : William Morrow and Co, 1947.

Milian G., « L'hypnose des batailles », *Paris Médical*, 1915 ; 265-270.

Mitchell J.T., "When disaster strikes : the critical incident stress debriefing process", *JEMS* 1983 ; 8 : 36-39.

Oppenheim H., *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, Hirschwal, 1888.

Prieto N., Rouillon F., *Importance de l'enjeu en termes d'épidémiologie Psychotraumatismes prise en charge et traitement*, Paris, Masson, 2005, 9-23.

Semprun G., *L'écriture ou la vie*, Ed. Gallimard, Paris, 1994.

Targowla R., "A form of asthenic syndrome of deported persons and prisoners of war (1939-1945) ; syndrome of late emotional paroxystic hypermnesia", *Presse Med.* 1950 ; 58 : 728-730.

Chapitre 7

La prise en charge médico-psychologique des victimes au sein des CUMP

Nathalie Prieto et Laurent Fanton

« La temporalité du traumatisme est une temporalité singulière. Il n'y a pas de linéarité, pas de cartes. Il y a des gens qui se rendent dans les CUMP un an après l'événement. Il existe un temps de latence, la sortie de la sidération qu'on ne sait pas mesurer précisément. D'autres viennent immédiatement, durant un laps de temps très court, puis un an plus tard, car il y eu réminiscence, parce qu'il y a encore un seuil, ou un deuil. »

Cynthia Fleury, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Les troubles psychotraumatiques qui se développent suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatique sont caractérisés par des symptômes spécifiques (reviviscence ou syndrome intrusif, hypervigilance/hyperactivité, évitement, altérations négatives persistantes au plan cognitif et de l'humeur) définis par le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT), (*American Psychiatric Association, DSM-V, 2014*) et de nombreux autres troubles (comorbidité) souvent associés (dépressifs, anxieux, somatisations, addictions...). D'une manière générale, le risque d'exposition à un événement potentiellement traumatique est fréquent, la prévalence vie entière du TSPT varie de 1,9 à 6,8% selon les études (ESEMeD, 2004 ; Kessler RC. et al., 2005) avec une comorbidité importante, sachant que dans la majorité des cas, les traumatisés psychiques sont une population tout venant, sans antécédent ni suivi particulier. Les troubles psychotraumatiques peuvent être appréhendés par différentes approches nosographiques, en elles-mêmes non contradictoires. Au plan psychopathologique, la confrontation brutale au « réel de la mort » (Lebigot F., 2002), avec effroi et effraction en est le déterminant essentiel. L'absence de maîtrise face au caractère imprévisible et menaçant de l'événement vient réifier le sujet, altérer son sentiment d'appartenance ; la culpabilité représentant alors souvent le premier levier défensif face à cet effet de « déshumanisation » (Prieto N. et al., 2002). Au plan neuroscientifique, le conditionnement à la peur, réactionnel au stress et associé et à un encodage très particulier de la mémoire est un modèle très opérant (Canini F. et al., 2011). La prise en compte de ces éléments constitutifs du traumatisme représente un enjeu préventif majeur pour éviter l'apparition et la chronicisation du trouble.

En 1995, à la suite des attentats du RER à Paris, la France s'est dotée de Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), c'est-à-dire d'équipes spécialisées, composées de psychiatres, psychologues et infirmiers, réparties sur tout le territoire national, susceptibles de prendre en charge, en immédiat et en post-immédiat, les victimes d'événements potentiellement traumatiques. Cette politique de soin a récemment été intégrée dans le Code de la santé publique (cf. biblio, Décret n° 2013-15), les CUMP étant sous la responsabilité directe des Agences régionales de santé et organisées par grandes zones de défense civile.

Aujourd'hui, 20 ans après, de nouveaux attentats en France remettent le psychotraumatisme au premier plan et les CUMP, désormais mieux structurées ont de fait été très mobilisées. L'impact psychique de ces événements est majeur, les besoins en matière de soutien psychologique sont très importants et dépassent largement le cadre des soins somatiques ; pour une victime directement touchée (*a fortiori* décédée) il faut multiplier par dix les besoins en soins médico-psychologiques.

Les prises en charge précoce

Les soins immédiats pratiqués par les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

Les soins immédiats (effectués dès les premières 24h) assurées « sur le terrain », en pré-hospitalier, par les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) dans les suites d'événements de type catastrophe ou à retentissement psychologique collectif sont très spécifiques. La réduction de l'impact psychique engendré par l'événement potentiellement traumatique, qu'il soit individuel, collectif et/ou institutionnel en constitue l'objectif essentiel. Les événements dits « à fort impact collectif » vont engendrer une charge émotionnelle massive, source de désordre et de crise qu'il va falloir impérativement prendre en compte et réduire pour ne pas renvoyer aux victimes une image de chaos « cristallisant » le traumatisme. Pour cela, l'organisation, l'aide aux autorités et aux sauveteurs pour garantir les besoins humains fondamentaux immédiats, les conseils en matière de communication et d'information, etc., s'avèrent déterminants. En fait, il s'agit là d'un soin indirect, d'une véritable *guidance* en matière psychique, qui doit rapidement permettre d'introduire un espace de pensée dans le désordre engendré par l'événement (Prieto N. *et al.* 2015).

Une fois ces éléments d'organisation pris en compte, le type de soin direct aux victimes va dépendre de leur état clinique. Les sujets en état de stress adapté, accessibles à la relation mais très « chargés » au plan émotionnel, peuvent bénéficier d'un « défusing » (Prieto N. *et al.*, 2016) individuel ou en petit groupe : technique spécialisée de « désamorçage » dont l'efficacité thérapeutique va dépendre des capacités de contenance, de respect des défenses psychiques en œuvre et d'empathie du soignant.

Les sujets en stress dépassé, présentant souvent des troubles comportementaux (sidération, agitation, actes automatiques...) et « dissociés » au plan psychique, dans le déni défensif de l'événement, doivent être accompagnés, rassurés, apaisés (une légère anxiolyse médicamenteuse non sédative peut s'avérer utile) sans intrusion ni confrontation à la narration traumatique (risque de répétition).

Enfin, les soins prodigués aux sujets qui décompensent des troubles de la personnalité ou des pathologies antérieures à l'occasion de l'événement, s'apparentent à ceux pratiqués en psychiatrie d'urgence.

Les soins immédiats s'entendent comme un processus, une première aide proposée au sujet, ils comprennent une orientation vers des soins ultérieurs si nécessaire ainsi qu'une mise en lien avec d'autres structures pour les démarches à venir.

Les soins post-immédiats (dans le premier mois)

Parfois appelée assez injustement « phase de latence », la symptomatologie précoce hors troubles spécifiques (ou avant eux) est loin d'être silencieuse. Les ruminations anxieuses sont au premier plan, le sujet ne pouvant s'empêcher de se ré-évoquer l'événement, d'en refaire le scénario, de chercher à le « comprendre ». Les autres troubles sont corollaires de cette rumination : troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, altération thyroïdienne... La présence de symptômes post-traumatiques spécifiques durant le premier mois est définie par le diagnostic d'état de stress aigu (ESA) dans les classifications psychiatriques. Mais cette distinction théorique n'est-elle pas déjà la première phase d'un syndrome unique qui peut évoluer vers un trouble de stress post-traumatique ?

Les soins individuels

Prendre en charge un sujet dans les suites précoces d'un événement qui l'a potentiellement traumatisé s'avère difficile car la souffrance ressentie est exprimée avec une charge émotionnelle d'une telle intensité qu'elle risque de « contaminer » l'intervenant. La difficulté pour le soignant consiste moins « en ce qu'il faut dire » au sujet dans ce moment-là, mais en « comment tenir » face à lui... Cela étant, les éléments cliniques référés au stress et décrits lors de la phase immédiate sont essentiels à prendre en compte. Les éléments de dissociation péri-traumatique sont impérativement à rechercher car ils témoignent de la gravité de l'impact psychique et s'avèrent un élément pronostic majeur de constitution du TSPT. L'attitude empathique et bienveillante du soignant à l'écoute, reconnaissant la souffrance ressentie va permettre d'établir avec le sujet une véritable alliance thérapeutique conditionnant le reste de la prise en charge.

Les recommandations internationales préconisent en première intention une prise en charge psychologique spécifique et ciblée sur l'événement (cf.

PEC à long terme). Au plan pharmacologique, les *guidelines* internationales ne recommandent pas l'instauration d'un traitement médicamenteux dans le premier mois (*Phoenix-ASD-PTSD*, 2015 ; *World Health Organization*, 2013), du fait qu'un traitement médicamenteux trop précoce pourrait empêcher le processus adaptatif naturel. Mais en pratique, la souffrance du sujet conditionne souvent la thérapeutique. Des règles d'hygiène de vie face à des attitudes contre-productives (alcool, stimulants...), et un traitement symptomatique d'appoint sur une courte durée seront instaurés le cas échéant devant une anxiété récalcitrante, une altération majeure du sommeil ou une incapacité à démarrer un traitement psychothérapeutique ; la gestion des psychotropes à ce stade est délicate et controversée.

Les soins collectifs

Lorsqu'un événement affecte un collectif, une première approche thérapeutique groupale peut-être proposée dans certaines conditions. La question de l'appartenance, inhérente au phénomène traumatique, fait que l'appui sur le groupe et la restauration, par le groupe, s'avèrent être un formidable levier thérapeutique. La spécificité des prises en charge collectives fait que ces soins sont le plus souvent pratiqués par les spécialistes formés des CUMP ; essentiellement sous forme de débriefing (IPPI) ou de groupe de parole.

La technique du débriefing, créée en 1944, pendant la guerre, pour venir en aide aux soldats très éprouvés sur les champs de bataille a depuis beaucoup évolué, même depuis le CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*) que Jeffrey Mitchell a développé en 1983 pour des groupes de sauveteurs. Le CISD, parce qu'il a été utilisé pour toutes les victimes potentiellement traumatisées, a été dévoyé et, de fait, plusieurs études scientifiquement indiscutables ont, depuis, tendu à montrer son inefficacité, soit une certaine aggravation des troubles résultant de son utilisation. Ces études, qui ont jeté pendant longtemps un fort discrédit sur la technique (et même sur les CUMP!), ne répondaient pourtant pas aux critères essentiels (groupes de même appartenance, temporalité post-immédiate, psychothérapeutes formés...) et ont utilisé le TSPT comme seul critère de jugement alors que la séance vise avant tout l'impact psychologique collectif. Les études montrant les effets positifs du débriefing sont moins connues et concernent presque toutes des groupes (donc méthodologiquement moins parfaites car plus complexes à réaliser). L'adaptation francophone de cette technique par l'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (IPPI), constitue la version actuellement préconisée par les CUMP. Elle s'adresse à des sujets d'un même groupe d'appartenance (comme des équipes de secours, des professionnels, les élèves d'une même classe, des équipes sportives...), ayant été confrontés ensemble à un même événement potentiellement traumatique (accident, catastrophe, agression...) pris en charge de manière collective en post-immédiat (48 à 72 h après l'événement) en s'assurant préalablement que tous les sujets sont volontaires pour cette séance. Pour réduire l'impact traumatique, l'objectif est double : faciliter l'expression de la charge émotionnelle pour l'élaboration psychique et favoriser la cohésion

groupale pour la restauration du sentiment d'appartenance. Le groupe est conduit par deux animateurs (ou débriefer, co-débriefer) garants du cadre qui inviteront tour à tour les participants à exposer leurs expériences (fait, émotions, pensées, symptômes éventuels...). Ce récit ainsi revisité va permettre, en appui sur le groupe avec un étayage mutuel, une reprise du vécu de chacun, une libération émotionnelle apaisante ainsi qu'une réappropriation de l'expérience vécue.

Par sa temporalité souvent plus différée mais aussi par ses indications plus larges (il peut ainsi intégrer des sujets ayant été directement exposés à l'événement et d'autres l'ayant été plus indirectement) le groupe de parole représente une autre modalité d'intervention groupale. Comme pour l'IPPI, il s'agit d'une séance centrée sur l'événement, mais plus ouverte et plus souple dans son cadre (certains sujets, pourtant concernés, pouvaient être absents au moment des faits). Par le groupe de parole, c'est surtout la restauration de la cohésion groupale qui est recherchée.

Ces séances collectives, toujours uniques, codifiées mais souples, ne suffisent pas en elles-mêmes à « détraumatiser » mais permettent, si nécessaire, l'engagement dans des soins individuels.

La prise en charge à long terme

Le trouble psychotraumatique chronique est un trouble très invalidant. La prise en charge est longue et spécialisée. Un traitement combiné psychothérapique et médicamenteux doit être préconisé. Il semble que les psychothérapies validées maintiennent une efficacité après arrêt alors que le risque de rechute est important après l'arrêt des traitements médicamenteux (Lancaster CL. et al., 2016). Il est donc nécessaire de se fixer des objectifs thérapeutiques pour répondre à la souffrance exprimée du patient.

Les psychothérapies

Différentes approches existent. Les études récentes montrent que plus une thérapie est ciblée sur le traumatisme, plus elle est efficace dans le traitement du TSPT. Citons essentiellement :

- La « TCC ciblée » qui est une thérapie cognitivo-comportementale, brève, centrée sur le traumatisme. Elle est recommandée en première intention et peut cibler les symptômes tels que l'insomnie ou les cauchemars.
- *L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), très à la mode en France ces dernières années, est également préconisé. Il s'agit d'une thérapie codifiée, basée sur l'association mentale (avec pensées, émotions, sensations corporelles) liée à l'événement traumatique tout en provoquant des stimulations sensorielles bilatérales, pour obtenir un traitement du trauma et une diminution de l'anxiété.
- Les thérapies permettant la gestion du stress, comme celles basées sur la relaxation, sont étudiées depuis peu dans le TSPT. Elles sont issues de

la prise en charge des troubles anxieux (Lancaster CL. *et al.*, 2016). Citons également l'hypnose et les thérapies de type psychodynamique ou de soutien, qui sont très utilisées en pratique mais nécessitent d'être mieux étudiées au plan scientifique pour en déterminer l'exacte efficacité.

Les médicaments

De nombreuses molécules ont été étudiées. Les traitements de type antidépresseur sont recommandés pendant au moins 12 mois (Phoenix-ASD-PTSD, 2015). Ces traitements sont à prescrire en deuxième intention devant un psychotraumatisme, lorsqu'il y a échec ou impossibilité de pratiquer une psychothérapie ciblée, également devant une dépression comorbide ou une hypervigilance sévère. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) avec la Paroxétine et la Sertraline – mais aussi d'autres molécules du même type parfois mieux tolérées – sont les traitements de première ligne. En deuxième intention, on pourra augmenter les ISRS (ou diminuer la posologie s'ils ne sont pas tolérés), ou changer de classe d'antidépresseur, ou potentialiser le traitement de fond par un antipsychotique atypique. La Buspirone est un traitement permettant une prise en charge symptomatique et temporaire de l'anxiété liée au trauma (Maher MJ. *et al.*, 2006) ; souvent efficace, surtout en post-immédiat, cette molécule mériterait d'être mieux étudiée.

Les troubles du sommeil, présents dans 70 à 87 % des TSPT (Maher MJ. *et al.*, 2006), doivent être spécifiquement abordés. Classiquement, ils sont considérés comme des symptômes secondaires de la maladie alors qu'ils semblent la déterminer, à la fois facteur de risque ou facteur aggravant. Les recommandations actuelles déconseillent l'utilisation des benzodiazépines car elles présentent un risque de dépendance et pourraient être un obstacle dans les thérapies d'exposition en entravant le traitement cérébral spontané de l'événement (Maher MJ. *et al.*, 2006; Katzman MA. *et al.*, 2014). Des traitements d'appoint non spécifiques comme le zolpidem/zopiclone peuvent également améliorer le sommeil (Maher MJ. *et al.*, 2006) même si le risque de dépendance existe. Malgré l'absence d'AMM, la Prazosine est une molécule très intéressante en spécialité et pourrait même s'avérer, à terme, un traitement de première ligne même si le schéma posologique reste assez complexe (Pyr S. *et al.*, 2017).

Enfin, comme dans tout trouble psychiatrique, l'hygiène de vie doit être un élément déterminant à prendre en compte et à personnaliser avec le patient. Le sommeil doit faire l'objet d'une évaluation précise, les toxiques du quotidien à utiliser avec méfiance (alcool, café, nicotine...), l'activité physique renforcée dès qu'elle s'avère possible. Le traitement des comorbidités somatiques (l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'apnée du sommeil, la douleur chronique...) est également essentiel.

La prise en charge médico-psychologique des victimes est complexe et variée. Une fois installé, la pathologie psychotraumatique, enkystée, est difficile à traiter, d'où l'intérêt des prises en charge précoces spécialisées. L'abord psychothérapeutique doit être préféré (ou combiné) aux médicaments. Cela étant, la disponibilité psychique du soignant, des accompagnants et de l'entourage est essentielle. Permettre au sujet de verbaliser ses émotions, comprendre son trouble et son retentissement dans sa vie quotidienne, avec empathie et sans jugement, lui faciliter toute démarche médico-sociale et l'accompagner dans un éventuel suivi judiciaire sont des facteurs d'évolution favorable et augmentent les facteurs de résilience.

Références bibliographiques

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-V. Fifth Edition. Washington DC. 2014.

Bisson JI., Roberts NP., Andrew M., Cooper R., Lewis C., "Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults", in : *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd ; 2013 [cited 2017 Feb 9]. Available from : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/abstract>

Canini F., Trousselard M., Andruetan Y., Mécanismes neurobiologiques des états de stress. *médecine et armées*. 2011 ; 39 (2) : 129 – 32.

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles, Legifrance [Internet]. [cited 2017 Feb 8]. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/1/7/AFSP1205870D/jo/texte>

The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, Alonso J., Angermeyer M.-C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha TS., et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Jun 1 ; 109 : 38 – 46.

Katzman MA, Bleau P., Blier P., Chokka P., Kjernisted K., Van Ameringen M. ; "Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders". *BMC Psychiatry*. 2014 Jul 2 ; 14 (Suppl 1) : S1.

Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R., Walters E. E., Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun ; 62 (6) : 593 – 602.

Lancaster C. L., Teeters J. B., Gros D. F., Back S. E., "Posttraumatic Stress Disorder : Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment". *J. Clin Med*. 2016 Nov 22 ; 5 (11).

Lebigot F. « L'effroi du traumatisme psychique : Le regarder en face ou s'en protéger ». *Revue Francophone Stress Trauma*, 2002 ; 2 (3) : 139 – 46.

Maher M. J., Rego S. A., Asnis G. M., "Sleep Disturbances in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder : Epidemiology, Impact and Approaches to Management". *CNS Drugs*. 2006 mai ; 20 (7) : 567.

Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines. pdf [Internet]. [cited 2017 Feb 12]. Available from : <http://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>

Prieto N., Vignat J-P, Weber E., Les troubles traumatiques précoces. *Rev Francoph Stress Trauma*. 2002 ; 2 (1) : 39 – 44.

Prieto N., Cheucle E., Dalphin C., Simond M., Darbon R., Baro P., « Catastrophe de type attentat : prise en charge immédiate. L'exemple de Saint-Quentin-Fallavier ». *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2015 ; 173 : 859 – 862.

Prieto N., Cheucle E., Faure P., Digard F., Dalphin C., Pachiaudi V., *et al.* "Defusing of victims of the terrorist attacks in Paris. Elements of assessment one-month post-event". *L'Encephale*. 2016 Dec 29 ; [Epub ahead of print]

Pyr S., Rousseau P-F., « Traitement des états de stress post-traumatiques par un antagoniste alpha-1-adrénergique, la prazosine : une revue des études d'évaluation ». *Can J Psychiatry*. 2017 Mar ; 62 (3) : 186-198.

World Health Organization, Van Ommeren M., *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 12]. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/>

Chapitre 8

Pour une politique publique de la résilience

Françoise Rudetzki

« Pourquoi employer le terme de « victimes » lorsque l'on parle de survivants ? Les appeler « victimes » ne fait que les enfermer dans leur statut de victime. Ce sont des gens qui ont traversé des situations atroces et qui ont survécu. Ils ont une force, ils ont un pouvoir et nous devrions reconnaître ce pouvoir et les reconnaître comme ayant un tel pouvoir plutôt que comme des victimes. »

Chaïm Rafalowski, coordinateur des services d'urgence du Magen David Adom en Israël, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Depuis les attentats des années 80, les droits des victimes du terrorisme ont progressé (création du Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI), statut de victime civile de guerre...). Pourtant, la répétition des attentats et le nombre des personnes assassinées, blessées dans leur corps et dans leur psychisme, créent une situation nouvelle.

Les prises en charge dans l'urgence puis dans le temps sont devenues une exigence de santé publique, comme les attentats de 2015 et 2016 l'ont cruellement souligné. En outre, ces violences extrêmes ciblées ou de masse nous posent de grandes questions sociales et morales.

Dans ce contexte, la résilience apparaît comme un chemin de reconstruction et de résistance

« Chaque jour la vie nous donne des pierres. Nous pouvons construire des ponts ou des murs. Je crois que nous avons l'opportunité et la responsabilité de construire des ponts. »

Mary Fetchet, directrice, fondatrice de *Voices of September 11th* aux États-Unis, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Le terme de résilience recouvre des acceptions différentes. Son emploi peut être médical, il peut aussi s'appliquer à une société dans son ensemble qui parvient à rester debout en dépit des violences extrêmes qu'elle subit. Médicale, la résilience est donc aussi sociale, elle regarde la personne dans sa globalité et la société dans toutes ses dimensions.

La résilience désigne à la fois un parcours individuel et son étude, selon la définition du professeur Boris Cyrulnik qui la décrit comme « un processus, un nouveau développement (après un traumatisme), pas une qualité inhérente à l'individu » et « l'étude des conditions de reprise d'un développement après un traumatisme ».

La santé des personnes, au cœur de la résilience des victimes et des intervenants

Que la résilience soit d'abord médicale, ou bien sociétale, la santé tant physique que psychique en est le cœur. Il s'agit de porter secours aux victimes d'actes d'une violence extrême, de sauver le plus grand nombre possible de vies et de prendre grand soin des survivants, population civile, intervenants (police, pompiers, SAMU, associations agréées), soignants, aidants...

Les victimes du terrorisme ont en commun d'avoir vécu un choc, commandité pour assassiner des personnes en raison de leur lien avec une Nation. Certaines personnes sont impliquées parce qu'elles se sont trouvées aux abords des lieux, ou impactées. Si les droits à l'indemnisation ne sont pas les mêmes en fonction des situations, toutes doivent pouvoir bénéficier des mêmes droits aux soins. C'est la condition de la résilience pour chacune d'entre elles, c'est aussi un devoir de solidarité nationale qui participe de la résilience collective.

Le savoir-faire, un véritable enjeu pour les premiers professionnels déployés

Dès les premiers instants, suite aux interventions des forces de l'ordre, les gestes et les mots des premiers professionnels ont un impact psychique avéré, le parcours de résilience des personnes est déjà en jeu. Bien involontairement, des failles dans l'organisation des équipes, des maladroites verbales ou des gestes inappropriés peuvent avoir de lourdes conséquences sur le chemin de la résilience de ceux qui vont « revivre », parfois pendant des années ou toute une vie, ces heures dramatiques.

Savoir donner les premiers soins, un geste citoyen

L'organisation des secours et des soins auprès des blessés est un point d'appui fort de la résilience.

C'est pourquoi nous recommandons de :

- former tous les professionnels de la sécurité et de la santé aux premiers principes et gestes de l'aide psychologique ;
- généraliser une offre universelle de formation aux premiers gestes de secours, en y intégrant des données psychologiques ;
- ouvrir très largement cette offre aux scolaires et étudiants, en s'appuyant sur le réseau des grandes associations de secourisme.

Les prises en charge psychologiques immédiates et post-immédiates par les cellules d'urgence dédiées

Le déclenchement du Plan rouge ou rouge alpha, en cas de multi-attentats, prévoit pour les premiers secours la mobilisation des sapeurs-pompiers, des associations agréées de sécurité civile (Protection civile, Croix rouge, Ordre de Malte) de la police, de la gendarmerie et du SAMU. La police, la gendarmerie et les sapeurs-pompiers sont, en principe, les premiers à intervenir. Dès que les conditions le permettent, les dispositifs du ministère de la Santé, comme le SAMU, interviennent. Selon les circonstances, les schémas doivent être adaptés en temps réel.

Les interventions d'urgence médico-psychologique sont réalisées à proximité du site de l'attentat, dans les premières heures, par les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).

Le relais entre les professionnels est une étape difficile, relais médical et psycho-médical, relais psycho-social

Des professionnels et des victimes soulignent l'importance, non seulement de la continuité des soins, mais également la nécessité de maintenir le lien avec la même équipe tout au long du parcours de résilience. Or cette position pose la question de la proximité et de l'accessibilité aux soins, notamment en cas de mobilité géographique des personnes. Ce mode de prise en charge continue permet d'écartier tout sentiment d'abandon.

Toutefois, d'autres professionnels regrettent que la prolongation des interventions CUMP ait, dans des cas repérés, retardé la prise en charge pluridisciplinaire, et non plus seulement médicale, dont les personnes ont besoin.

L'organisation des soins au-delà de l'immédiat et du post-immédiat pose des difficultés, notamment en raison des carences de la géo-démographie médicale pour la psychiatrie et plus encore, pour la pédopsychiatrie. De plus, parmi les pédopsychiatres, les spécialistes en pathologies post-traumatiques de l'enfance et de l'adolescence sont peu nombreux. La situation se présente sous un jour plus favorable pour les psychologues et les thérapeutes.

Dans ces conditions, des services dimensionnés pour soigner une population stable, se trouvent en difficulté en cas d'un brusque et durable surcroît d'activité. Après l'intervention plus ou moins prolongée des CUMP, le passage de relais reste complexe.

Dans le cas où le parcours de soins passe par l'installation d'un relais d'aval post CUMP soit en centre médico-psychologique (CMP), soit en soins de ville, la question du recueil, de la sauvegarde et de la consultation de l'historique de la prise en charge est centrale.

Plusieurs recommandations sont envisageables :

- prévoir une évaluation des différentes méthodes de prise en charge médico-psychologiques et de l'organisation générale mise en place en cas d'attentat ;
- élaborer une doctrine circonstanciée de l'emploi des CUMP en évolution et procéder à une évaluation ;
- élaborer un protocole partagé entre les acteurs sur les différentes phases d'interventions ;
- tenir une conférence de consensus sur les parcours de soins et les différentes étapes.

Le terme « psycho-social » met en lumière les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et sociaux qui sont un des aspects de la résilience, que ce soit celle des personnes que celle de la société dans son ensemble. Il n'y a pas de résilience sans un accompagnement et un environnement social bienveillant.

La présence de travailleurs sociaux dans les équipes est très utile dès le début de la prise en charge pour évaluer les premiers impacts de l'événement sur la situation sociale et professionnelle de la victime. L'emploi, l'éventualité d'une reconversion professionnelle, le logement, la garde des enfants sont des sujets majeurs d'anxiété que les professionnels du soin ne peuvent pas ignorer, mais qui ne leur revient pas de traiter directement. Des équipes de soins réellement ouvertes au travail social sont à promouvoir, de même les équipes de juristes qui aident les victimes ont besoin de prendre en compte le travail social qui doit être fait auprès des personnes.

Outre le suivi des familles, des endeuillés, l'entourage des blessés peut aussi parfois avoir besoin d'un soutien psychique et social. Quand l'organisation de la vie quotidienne est bouleversée, que chacun doit trouver une nouvelle place, à défaut de retrouver sa place, des familles ont besoin d'une prise en charge sociale.

Des maladroites involontaires et des soucis administratifs retardent l'entrée dans la résilience

Après un attentat meurtrier, les familles et les proches sont violemment confrontés à la mort : annonce des décès, protocoles des instituts médico-légaux (IML), reconnaissance des corps, restitution d'effets, soutien des endeuillés, cérémonies familiales, hommages nationaux. Pendant ces heures particulièrement douloureuses, chaque moment exige des administrations à la fois une grande efficacité, mais aussi un questionnement sur les conséquences psychiques des procédures mises en œuvre et des organisations décidées (cf. les recherches du Professeur Marie-Frédérique Bacqué).

Le dispositif mis en place par Strasbourg d'un « citoyen-référent » s'inscrit dans une volonté de solidarité avec les victimes et souscrit au principe de bientraitance. Les citoyens-référents sont des professionnels formés,

ils travaillent en lien avec les associations locales et nationales d'aide aux victimes. Ils sont amenés à intervenir sur la base du volontariat en cas d'attaque terroriste. Strasbourg et l'Eurométropole organisent un Centre d'accueil (virtuel pour le moment) dans lequel toute victime peut se rendre.

La question des cérémonies d'hommage aux morts et du souvenir, celle des inscriptions (plaques, etc.) dans la mémoire des villes constituent un sujet épineux pour les familles et la communauté nationale. Il en est de même du « calendrier politico-médiatique » des hommages qui peut être vécu douloureusement par les victimes et leurs proches.

Le parcours de vie des personnes victimes d'un attentat reste semé d'embûches

La constitution et l'utilisation de la liste unique des victimes génèrent inutilement des difficultés pour l'accès aux soins

La liste unique des victimes (LUV) est élaborée à partir de données recueillies auprès de la Cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV), des services enquêteurs et de l'ARS qui centralise les informations des établissements hospitaliers et des cellules d'urgence médico-psychologiques. Établie par le parquet, cette liste recense : les personnes décédées suite à un acte terroriste ; les personnes blessées ayant subi un dommage physique ou psychique immédiat ; par la suite, les personnes impliquées qui se trouvaient aux abords du lieu des faits au moment de l'acte de terrorisme et qui ont présenté ultérieurement aux faits un dommage physique ou psychologique qui y est directement lié.

Après l'attentat de Nice, la LUV a été limitée aux victimes décédées et à certaines victimes en urgence absolue : elle est donc loin de recenser toutes les victimes du terrorisme.

L'élaboration de cette LUV présente de forts enjeux financiers et juridiques puisqu'elle constitue le point de départ pour la reconnaissance du droit des victimes et des droits auxquels cela donne accès. C'est notamment l'inscription sur la LUV qui permet aux victimes de percevoir une indemnisation du FGTI. De la présence sur la LUV dépend également la possibilité pour les victimes d'accéder à divers droits : dispositifs de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (statut de « pupille de la nation », carnet de soins gratuits à vie, code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CMI), etc.), prise en charge intégrale des soins par la Sécurité sociale.

Ainsi la LUV a d'importantes conséquences, y compris dans le domaine de la santé. Compte tenu des taux différents de prise en charge des soins médico-psychologiques, il existe un risque de non-recours aux soins, pour des personnes impactées et non inscrites sur la LUV.

Dans ce contexte, plusieurs recommandations peuvent être signalées :

- remplacer la LUV par une liste partagée entre les intervenants, les ministères de l'Intérieur, de la Santé, de la Justice, le FGTI, France-Victime, l'INAVEM et les associations agréées. D'autres ministères pourront être concernés (Transports, Éducation nationale etc.);
- garantir sans frais une prise en charge psychique et thérapeutique globale, indépendamment de l'inscription sur la liste, pour les personnes impliquées et proposer systématiquement à chaque personne victime, impliquée ou impactée dans les attentats, d'effectuer un diagnostic de santé physique et psychique gratuit, y compris les aidants et proches.

Des difficultés persistantes concernant la traçabilité des personnes victimes

Ces problèmes de traçabilité sont d'autant plus importants pour les victimes ayant quitté le sol français sans avoir suivi aucune des procédures permettant d'établir leur présence sur les lieux. Lors des attentats du 13 novembre 2015, 17 nationalités étaient représentées parmi les victimes. À Nice, les touristes étrangers étaient en nombre.

Pour améliorer leurs prises en charge, il serait utile de privilégier les services de géolocalisation mobile plutôt que des applications, afin d'alerter et de communiquer avec le maximum de personnes présentes sur les lieux et simplifier ainsi les démarches pour établir les présences.

La délivrance de certificats médicaux

La délivrance des certificats médicaux initiaux, notamment par les médecins psychiatres, pose des difficultés, en l'absence de médecins pleinement informés sur les modalités de rédaction, et sur les enjeux concernant l'indemnisation du FGTI par exemple. S'ajoutent des délais excessifs de délivrance. C'est pourquoi il faudrait mettre à disposition des médecins un modèle de certificat médical initial de retentissement psychologique, à partir du modèle proposé par le référent national des CUMP, sur le site de l'Ordre des médecins; diffuser un modèle d'attestation pour les psychologues.

Des démarches, sources d'anxiété

Les services publics ont une responsabilité particulière dans le parcours de rétablissement : le long chemin de la résilience est parfois mis à mal par des « nœuds administratifs ». Au cours de différents entretiens, notamment avec les associations de victimes et d'aide aux victimes, j'ai constaté le désarroi des victimes face aux démarches administratives, rendant ainsi difficile leur parcours de résilience et d'accès à leurs droits reconnus.

Le FGTI, créé en 1986, a un rôle fondamental dans la reconstruction globale des victimes. En 2015, il n'était pas prêt à faire face à des attentats de masse.

Un travail a été initié depuis septembre 2016 par le directeur du Fonds afin de moderniser l'organisme et d'améliorer les relations entre les victimes, leurs conseils et le personnel, dans un esprit de confiance. Il faut également accélérer les délais de traitements des demandes. Une réflexion est également menée sur l'acceptation des préjudices d'angoisse, d'anxiété et du deuil pathologique. Une charte de l'expertise sera rédigée prochainement afin de permettre aux blessés d'affronter cette épreuve.

À moyen terme, ce sont les évaluations et les barèmes qui devront évoluer. Le retentissement des attentats sur la vie professionnelle des artistes, des créatifs et des intermittents du spectacle, le parcours des étudiants ou des jeunes en formation professionnelle ne pourra pas être évalué sur les critères appliqués aux salariés, artisans et membres des professions libérales. Les services publics doivent « tendre et tenir la main » aux personnes et ne pas attendre que des demandes leur parviennent via des formulaires, comme si rien d'exceptionnellement grave ne s'était passé.

Face à un tel constat, il est nécessaire de renforcer l'accompagnement des personnes afin de faciliter leurs démarches et leurs relations avec les différentes administrations.

Afin de parer à ces difficultés, il pourrait être inséré, dans le référentiel accueil des usagers (Marianne) des règles de bienveillance, de confiance et de démarche proactive en faveur des victimes ; pouvoir choisir une personne de confiance ou un référent/conseiller personnel au sein des associations agréées.

Un centre national de la résilience (CNR), pour briser le tabou des douleurs invisibles

Chaque institution s'est efforcée, selon ses modes de fonctionnement, de prendre en compte les répercussions psychiques sur ses propres intervenants. Cette prise en charge n'a pas été toujours mise en place pour le personnel soignant de l'AP-HP entraînant un sentiment de manque de reconnaissance. Avec une population ainsi élargie, les besoins d'informations, de soins et de formation se trouvent mécaniquement multipliés.

Prise en compte du retentissement psychologique des événements potentiellement traumatiques auxquels sont exposés les intervenants : sensibilisation et formation aux risques

Le Service de santé aux armées et les sapeurs-pompiers sont sensibilisés par les psychologues de la Section médico-psychologique sur les comportements inhabituels et la souffrance psychique des victimes comme pour eux-mêmes. Des plans d'action qui soulignent l'importance de la formation initiale relative aux troubles psychiques post-traumatiques.

Lorsqu'un événement est potentiellement traumatisant et comporte le risque de dépasser les capacités d'adaptation du sujet, se pose la question de ce qui peut être mis en œuvre pour ne pas laisser le traumatisme psychique s'inscrire durablement. Du fait de représentations véhiculées par le groupe d'appartenance, il n'est pas toujours aisé de faire émerger une demande de soutien médico-psychologique. Il faut alors présupposer que le sujet et/ou le groupe est trop éprouvé pour pouvoir formuler cette demande.

À la suite d'événements potentiellement traumatisants, il est essentiel d'en évaluer l'impact sanitaire. La participation des acteurs de secours et des soignants à des enquêtes de santé publique nous permet de mieux appréhender les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection des intervenants. Les soignants concernés doivent être inclus dans ces études.

Par ailleurs, les retours d'expérience sont l'occasion de vérifier la pertinence des dispositifs de soutien médico-psychologiques mis en œuvre. En effet, compte tenu de l'enjeu de santé publique que constitue aujourd'hui le soutien médico-psychologique de la population comme des intervenants, il est nécessaire de s'interroger sur ce qui n'a pas fonctionné ou du moins sur ce qui pourrait, à l'avenir, être amélioré.

À la suite des attentats de janvier et novembre 2015, de nombreux professionnels se sont impliqués dans les études de santé publique IMPACTS et ESPA (cf. site Santé Publique France).

Du côté des sciences sociales, un programme de recherche transdisciplinaire a débuté. Il s'agit d'étudier la construction et l'évolution de la mémoire après les attentats du 13 novembre 2015, tout en pensant l'articulation entre mémoire individuelle et mémoire collective. Porté par l'historien Denis Peschanski du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), le neuropsychologue Francis Eustache de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

La question de la formation est nécessairement complexe et demande une action à moyen terme que le centre devra appuyer. En amont des formations de spécialités, la formation de médecins généralistes volontaires pourra se mettre en place, notamment par la diffusion d'enseignements en ligne (MOOC), initiative prise par la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

Des enfants à mieux protéger

Les risques de stress post-traumatique qui concernaient naguère les militaires en opérations extérieures, se sont étendus à toute la population civile, y compris les enfants et les adolescents.

Apporter un accompagnement social est une exigence toute particulière pour les enfants impactés par les attentats, comme en témoigne à Nice le Professeur Florence Askenazy, pédopsychiatre de l'hôpital Lanval qui a rédigé près de 900 certificats médicaux pour des mineurs entre 2 mois et 18 ans. Le travail conjoint puis le relais entre le suivi médical et l'accompagnement

social doivent être préparés le plus en amont possible, avec les services sociaux du territoire et les services de l'Éducation nationale.

De telles blessures, qu'elles soient physiques ou psychiques, peuvent avoir des conséquences d'autant plus malheureuses et graves que le psychisme des enfants est en construction. Quel que soit leur degré d'implication et leur situation sociale, les enfants touchés par des attentats doivent être systématiquement suivis et pris en charge le plus tôt possible, en particulier quand l'enfant est confronté à la mort.

La situation des enfants pose des problèmes particuliers dans un contexte démographique tendu pour les pédopsychiatres. Dans cette discipline, il n'est pas possible de solliciter des compétences dans le Service de santé aux armées. Dans ces conditions, les professionnels de la santé et de l'aide aux enfants multiplient les initiatives et propositions pour prévenir et soigner, prenant exemple à l'étranger (Norvège, Israël) et en France (Œuvre social à l'enfance, OSE et ville de Strasbourg). La Croix rouge travaille sur un programme européen visant à favoriser la résilience auprès d'enfants à risque.

De multiples acteurs à mobiliser en faveur de la résilience des victimes

Les acteurs publics et associatifs qui sont actifs dans l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge des victimes sont nombreux, compte tenu de la nécessaire implication de plusieurs ministères et organismes.

Non seulement les acteurs nationaux sont nombreux, et parfois peu habitués à travailler conjointement, mais des acteurs locaux – les Comités locaux de suivi des victimes (CLSV) – se mettent en place dans chaque département.

Les métiers de la prise en charge des victimes sont différents et parfois très spécialisés ; ils couvrent les professionnels de la sécurité, du secours, des soins somatiques et psychiques, du travail social, de la reconversion professionnelle... Un centre de la résilience sera confronté à ce paysage nécessairement complexe d'administrations, de métiers qu'il s'agit de faire converger.

Un large consensus sur les principes et les missions du centre

Les missions qui pourraient être dévolues à un centre de la résilience concernent aussi bien les professionnels et les victimes que le grand public. Le consensus est large, seules les missions « soins aux personnes » et « recherche » doivent être précisées.

Les principes directeurs du projet

Le centre devra être un stimulateur d'énergies, veiller sans cesse au respect des calendriers et des engagements. Il sera comptable du temps long

qu'exige la mise en place d'une politique publique en faveur des personnes blessées psychologiquement. Il respectera le principe de subsidiarité, mais devra multiplier les passerelles entre les structures et organiser au quotidien la pluridisciplinarité. Pour répondre à des défis largement mondiaux, le centre sera particulièrement attentif à la dimension internationale (coopération bilatérale, multilatérale, internationale et OMS) et européenne.

Le choix des outils numériques s'impose, mais il sera au service d'un accompagnement des personnes par des personnes : la main réellement tendue est le premier geste de soutien aux victimes, celui qui ne doit pas se distendre.

Des missions au service de tous les acteurs et de toute la population : cartographier l'offre et observer les besoins

Si le besoin de recueil organisé d'informations et de formation est important en direction des professionnels, les données recueillies pourront être, dans un second temps, vulgarisées et mises à la disposition du grand public. Il s'agit à travers le centre de créer un lieu numérique unifié au service de tous, ce qui permettra de rationaliser les ressources.

L'élaboration d'une large cartographie de l'offre des services, des moyens, des lieux et des compétences pluridisciplinaires est une priorité d'information et de mise en cohérence. Ainsi des métiers et des acteurs qui ont toute leur place dans le parcours personnalisé de résilience, par exemple les psychomotriciens, les praticiens de l'EMDR et autres thérapies innovantes, des associations spécialisées ou encore des sociétés savantes seront répertoriés et évalués.

Afin de mieux appréhender les besoins des personnes, le centre pourrait s'appuyer sur les retours d'expérience des acteurs, sur des enquêtes de terrain.

Le travail de recueil et de présentation des informations juridiques, sociales, médicales, des sites disponibles qui doit être réalisé au niveau national.

Il serait souhaitable d'engager la rédaction du cahier des charges d'une plateforme en ligne, conçue comme un outil d'information numérique générale, avec des espaces conçus pour les professionnels du psychisme, des médecins généralistes et un espace spécifique activé en cas d'attentat.

Échanger les compétences et agir ensemble

Les entretiens ont mis en lumière soit des croisements de compétences, soit des compétences insuffisamment développées, ou qui pourraient être plus efficacement mobilisées. L'adéquation, dans un temps et un lieu, entre l'offre et les besoins est un fort enjeu en cas d'attentats et de catastrophes collectives. Une des réponses possibles est d'améliorer la réactivité des dispositifs et donc d'élargir notamment les pratiques des professionnels.

L'exemple de bonnes pratiques qui se mettent en place entre les métiers de la chirurgie militaire et civile montre la voie pour intensifier les échanges de pratiques et pour construire des outils communs par métier – psychiatres, psychologues, secouristes, infirmiers – quelles que soient les institutions d'attache.

Des missions en lien avec la recherche et le soin

Pour être utile aux professionnels et aux personnes blessées, le centre devra entretenir des liens étroits avec la recherche et avec des équipes de soins. La mission n'a pas noté de réticences de principe sur ces deux points. Toutefois, les modalités de mises en œuvre restent à préciser, en accord avec les ministères concernés.

Des échanges et des partenariats, nationaux et internationaux, permettront de promouvoir des recherches médicales, psychologiques et plus largement, en sciences humaines sur toutes les questions liées au processus de résilience. En outre, des bourses de doctorat pourront être proposées.

Le centre national de la résilience doit être en lien entre le soin et la recherche clinique spécifique au stress post-traumatique et la pluridisciplinarité. S'il ne revient pas au centre ni d'organiser, ni de dispenser des soins, il pourra travailler avec des centres de référence, notamment afin de sécuriser les informations disponibles.

De tels centres médicaux de résilience de référence sont nécessaires, notamment pour les personnes présentant des situations complexes qui exigent des compétences croisées. Ces lieux seraient également ouverts aux personnes qui ne trouveraient pas, compte tenu de la démographie médicale et de ses caractéristiques géographiques, des soins adaptés sur leur territoire de vie.

Le centre national de la résilience devra être en mesure de diffuser des informations sécurisées sur les parcours de soins. Les patients qui souhaitent s'engager dans des thérapies médicamenteuses ou non, ou dans des essais cliniques, doivent pouvoir disposer de données transparentes et fiables. Les débats et les éventuelles controverses entre professionnels doivent être publiquement mentionnés, afin que les choix de parcours de soins puissent être établis sur des bases raisonnées et des évaluations accessibles.

En 2015 et 2016, nous avons été confrontés à des attentats d'ampleur majeure. Les engagements présidentiels se sont traduits par la création d'un secrétariat d'État de l'Aide aux victimes qui doit être pérennisé, les risques d'attentats sont à un niveau élevé et l'état d'urgence a été prolongé jusqu'au 15 juillet 2017.

La création le 9 février 2017 du Secrétariat général à l'aide aux victimes, rattaché au Premier ministre, administration en appui au SEAV a pour

vocation d'accompagner dans la durée les victimes du terrorisme, d'accidents collectifs et de catastrophes avec des moyens humains et budgétaires.

Le centre national de la résilience pourra être un creuset et un carrefour, où seront mises en commun des ressources afin de mieux répondre aux besoins des professionnels et d'améliorer le soutien aux victimes, à leur entourage et manifester une attention particulière aux enfants et aux mineurs.

La création d'un tel centre permettra aux professionnels de travailler dans la durée, en pluridisciplinarité, à l'instar du modèle initié à Percy pour les militaires depuis plusieurs années, en liaison avec l'Institution nationale des Invalides où sera créée « une Maison des blessés », l'hôpital de Bégin, l'École du Val de Grâce et l'ONAC-VG qui assure le suivi des pupilles de la Nation et des aides sociales et des soins gratuits aux militaires et victimes du terrorisme, à vie.

À ce stade, à partir de ces propositions et grâce au soutien du Président de la République, la nomination par le Premier ministre d'un chef de projet, préfigurateur du centre national de la résilience manifesterà la mobilisation des pouvoirs publics en faveur de tous les blessés et impliqués.

Références bibliographiques

Épidémiologie du syndrome de stress post-traumatique chez les victimes d'attentats et politique d'indemnisation, DAB W. ABENHAIM L. SALMI L. R. in Santé Publique 1991, 3^e année, n°6, pp 36-42.

Étude ECSA. T (Étude épidémiologique des conséquences sanitaires des attentats) publiée en 2001, Journal international de médecine, publication du 7 février 2001.

Lagadec P., *Ruptures Créatrices*, ed. Éditions d'Organisation, collection Tendances, 2000.

Rudetzki F., *Triple peine*, ed. Calmann-Levy, 2004.

Lagadec P., *Le Continent des Imprévus*, Journal de bord des temps chaotiques ed. Belles Lettres, Collection Manitoba, 2015.

Rudetzki F., *Après l'attentat*, ed. Calmann-Levy, 2016.

Chapitre 9

Indemniser les victimes au nom de la solidarité nationale : le rôle du Fonds de Garantie

Julien Rencki

Le FGTI incarne la solidarité nationale auprès des victimes de terrorisme et d'infraction de droit commun (viols, agressions sexuelles, homicides, etc.). Si l'indemnisation n'efface pas la douleur et la souffrance, elle est un principe clef de notre droit, qui prévoit la réparation intégrale des préjudices.

En 2016, il a indemnisé plus de 70000 victimes de terrorisme et d'infractions de droit commun, pour près de 400 M€.

Le FGTI a été fortement sollicité depuis deux ans dans le contexte des attentats de masse qu'a connu notre pays. Ses équipes se sont mobilisées, aux côtés des pouvoirs publics et des associations, pour accompagner les victimes et leurs proches, et procéder le plus rapidement possible aux premiers règlements pour leur permettre de faire face aux premiers frais.

Pendant cette période d'intense mobilisation, le FGTI a aussi continué à faire évoluer ses pratiques, pour être plus à l'écoute des victimes et plus humain dans ses procédures. Dans ce cadre, le FGTI a conclu le 16 mars 2017 une convention-cadre avec l'État, qui précise ses engagements pour les trois années à venir.

Comment fonctionne cet instrument essentiel de l'expression de la solidarité nationale à l'égard des victimes ? Quelle réponse est-elle plus spécifiquement apportée aux victimes de terrorisme ? En quoi ce dispositif est-il une spécificité française ? Quels moyens sont mis en œuvre pour continuer à améliorer le service rendu aux victimes ?

30 ans d'histoire

À la suite de la vague d'attentats qui a frappé la France dans les années 1980, et sous l'impulsion de Madame Françoise Rudetzki, alors présidente de l'association « SOS attentats », le législateur a mis en place en 1986 un dispositif spécifique pour réparer les préjudices subis par les victimes du terrorisme confié au Fonds de Garantie des victimes d'actes de terrorisme (FGVAT).

En 1990, la mission du FGVAT a été étendue à la prise en charge des victimes d'infractions de droit commun, essentiellement pour les atteintes graves à la personne, créant ainsi le FGTI. Puis, en 2008, le législateur a

complété le dispositif en confiant au FGTI la gestion du service d'aide au recouvrement des victimes d'infractions (SARVI). Ce service intervient pour recouvrer pour le compte des victimes le montant des dommages et intérêts qui leur ont été alloués par les juridictions pénales.

Un statut original

Le FGTI est un opérateur de service public doté de la personnalité civile, financé par un prélèvement obligatoire sur les contrats d'assurance de biens. Il est géré par le Fonds de Garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO).

Le conseil d'administration du FGTI est présidé par un magistrat de la Cour de cassation. Quatre ministères y sont représentés (Économie et Finances, Justice, Intérieur, Affaires sociales et Santé), ainsi que trois personnes ayant manifesté leur intérêt pour les victimes d'actes de terrorisme et un représentant du secteur de l'assurance. Le Secrétaire général de l'aide aux victimes ainsi qu'un commissaire du gouvernement assistent également, sans voix délibérative, au conseil d'administration.

Un dispositif unique au monde

Le système français d'indemnisation des victimes du terrorisme et des victimes d'infractions de droit commun, sans cesse amélioré depuis 1986, est l'un des plus protecteurs au monde.

D'abord parce qu'il repose sur l'intervention d'un seul organisme qui est chargé de l'indemnisation de l'ensemble du préjudice subi alors que les dispositifs étrangers reposent souvent sur une pluralité d'acteurs : services de l'État, assureurs, organismes sociaux, voire collectivités territoriales. En outre, dans certains pays, l'intervention publique est subsidiaire et ne constitue qu'un secours par un fonds de solidarité.

Ensuite, parce que les conditions d'intervention du Fonds français sont moins limitées que dans la plupart des pays étrangers.

Enfin, le montant de la réparation financière, à préjudice comparable, est souvent plus élevé qu'à l'étranger.

Agir face au pire, l'indemnisation des victimes du terrorisme par le FGTI

La procédure d'indemnisation des victimes du terrorisme est une procédure amiable par nature qui demande au FGTI d'être proactif.

C'est le Fonds de Garantie qui prend attache avec les victimes pour les aider à constituer leur dossier au vu de la liste transmise par le procureur de la République (pour les faits commis en France et pour lesquels toute victime quelle que soit sa nationalité a droit à indemnisation par le Fonds)

ou par le ministère des Affaires étrangères (pour les faits commis à l'étranger et pour lesquels l'indemnisation est réservée aux ressortissants français et à leurs ayants-droit).

Le Fonds de Garantie dispose d'un mois pour verser une provision, puis de trois mois, à compter de la date de la consolidation médico-légale de la victime blessée, pour faire une offre d'indemnisation définitive.

La plupart des indemnisations donnent lieu à une transaction et s'effectuent donc amiablement, mais, la victime a toujours le choix de saisir le juge pour faire arbitrer le montant de son indemnisation.

Un droit à réparation intégrale

L'indemnisation des victimes du terrorisme et d'infraction de droit commun s'effectue selon le principe du droit français dit de réparation intégrale. Les victimes directes (blessés physiquement ou psychologiquement) ou les victimes indirectes (proches de victimes décédés) sont indemnisées pour l'ensemble des préjudices subis, tel qu'ils ont été définis par la jurisprudence.

Les préjudices font l'objet d'une évaluation médicale par un (ou plusieurs) médecin(s) expert(s). C'est sur la base de cette évaluation médico-légale, respectant le principe du contradictoire que pourront être traduits financièrement les préjudices constatés.

L'offre d'indemnisation couvre l'intégralité des frais demeurés à charge, actuels ou futurs, en complément des sommes versées par les organismes sociaux (frais médicaux ou d'hospitalisation, frais de rééducation dorénavant pris en charge à 100% par l'organisme social), frais de déplacement, réduction d'autonomie nécessitant une aide humaine, frais d'appareillage ou de matériels particuliers, adaptation du logement ou du véhicule, etc.

Elle couvre également l'intégralité des pertes de revenus subis aujourd'hui et pour l'avenir : perte de salaires ou de revenus en raison de l'arrêt temporaire ou définitif de l'activité professionnelle, nécessité de reclassement professionnel, perte de chance pour les jeunes victimes perturbées dans leur scolarité et dans l'accès à un futur métier, perte de revenus pour le conjoint survivant ou pour ses enfants mineurs, frais d'obsèques.

Outre cet aspect « économique », l'offre d'indemnisation comprend la perte de la qualité de vie et la gêne dans la vie courante durant la période dite de « déficit fonctionnel temporaire » et l'indemnisation des séquelles définitives qui vont impacter à vie la victime au titre d'un « déficit fonctionnel permanent » exprimé en pourcentage par le médecin expert. Elle comprend aussi les souffrances physiques ou morales endurées – même si une compensation financière ne remplacera jamais la perte d'un être cher et ne sera jamais à la hauteur des souffrances physiques ou psychologiques réellement vécues. Pour les proches de victimes décédées elle comprendra en particulier le « préjudice d'affection ».

Enfin, pourront faire l'objet d'une offre d'indemnisation les préjudices dits d'agrément (perte ou perturbation dans une activité sportive ou de loisir), esthétiques, sexuels...

Ces postes de préjudices font l'objet d'une réparation en fonction de la gravité du préjudice subi. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive et d'autres préjudices peuvent, suivant les cas, être pris en compte.

À tous ces préjudices réparés selon le droit commun s'ajoute une réparation forfaitaire complémentaire au titre du « préjudice exceptionnel spécifique des victimes du terrorisme » (PESVT). Il s'agit d'une somme versée en complément, selon des règles fixées par le Conseil d'administration du FGTI.

Certaines victimes peuvent éprouver une appréhension ou des difficultés à effectuer telle ou telle démarche, à rechercher puis à communiquer certaines pièces justificatives, à se soumettre à des examens médicaux. C'est pourquoi, la procédure tout entière est pensée pour limiter au maximum ces désagréments. C'est aussi pourquoi la loi prévoit que les collaborateurs du FGTI sont là pour accompagner la victime dans la constitution de son dossier en lui donnant, à tout moment, les renseignements nécessaires sur les pièces à fournir et sur l'état d'avancement de la procédure.

Chaque victime dispose au sein du FGTI d'un interlocuteur unique, nominativement désigné, avec un numéro de téléphone direct. En outre, les victimes qui le souhaitent peuvent se faire assister par une association d'aide aux victimes ou recourir aux services d'un avocat. De même, lors de l'expertise médicale, la victime peut être assistée du médecin de son choix dont les honoraires seront remboursés par le FGTI.

Afin d'éviter la multiplication des expertises, une procédure d'expertise dite « commune » entre les organismes susceptibles d'intervenir au profit des victimes est mise en place. Le médecin désigné remet son rapport au FGTI ainsi qu'au ministère de la Défense et à la sécurité sociale, sous réserve de l'accord de la victime, afin que chacun de ces organismes puisse ensuite procéder à la prise en charge selon les règles qui lui sont propres.

Une mobilisation exceptionnelle depuis plus de 2 ans

Au lendemain des attentats du 13 novembre 2015 et du 14 juillet 2016, le Fonds a mis en place une cellule dédiée à la prise en charge des victimes et familles de victimes au-delà des effectifs habituellement dévolus à cette activité. L'activité de cette cellule, immédiatement opérationnelle, joignable par téléphone ou courriel dédiés, a permis d'accélérer les procédures d'information et d'indemnisation. Les premières provisions ont été versées aux victimes ou familles de victimes à peine une semaine après les attentats. Des collaborateurs du Fonds étaient également présents à la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV) à Paris et dans les centres d'accueil des familles aux côtés des associations de victimes et d'aide aux victimes, particulièrement à Nice dans les tout premiers jours après l'attentat.

L'engagement de réactivité du FGTI, et de rapidité de la mise en œuvre de la procédure d'indemnisation, a été confirmé et formalisé dans la convention-cadre qui vient d'être signée entre l'État et le FGTI (voir *infra*).

Réparer le préjudice des victimes de violences, l'indemnisation des victimes d'infractions de droit commun

Pour être indemnisé, le préjudice subi doit résulter de faits, volontaires ou non, présentant le caractère matériel d'une infraction. La loi s'applique donc aux actes volontaires comme aux comportements d'imprudence ou de négligence de l'auteur de l'infraction. Le FGTI intervient à ce titre selon deux modalités :

L'indemnisation intégrale des dommages dûs à des atteintes graves à la personne

Le FGTI indemnise intégralement les dommages qui résultent **des atteintes graves à la personne** : infractions ayant entraîné la mort, une incapacité physique permanente, une incapacité totale de travail personnel égale ou supérieure à un mois ; sont également indemnisées sans condition de gravité du préjudice corporel subi, les victimes de certaines infractions : viol, agressions sexuelles, traite des êtres humains (depuis 2005), réduction en esclavage (depuis 2013), proxénétisme (depuis 2016).

L'indemnisation limitée des atteintes légères à la personne

Le FGTI indemnise également, dans la limite d'un plafond de 4 530 € (plafond pour 2017), **les atteintes légères à la personne** (ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure à un mois), **et le préjudice matériel** résultant du vol, de l'escroquerie, de l'abus de confiance, de l'extorsion de fonds ou de la destruction, de la dégradation ou de la détérioration d'un bien, dès lors que les conditions suivantes sont réunies :

- avoir des ressources mensuelles inférieures au plafond fixé pour bénéficier de l'aide juridictionnelle partielle (18 120 €/an pour 2017 hors revalorisation pour charge de famille) ;
- être dans l'impossibilité d'obtenir une réparation effective et suffisante de son préjudice par une entreprise d'assurances, un organisme social ou tout autre débiteur ;
- se trouver dans une situation matérielle ou psychologique grave en raison de l'absence de réparation du dommage résultant de l'infraction.

En 2016 plus de 16 000 dossiers d'indemnisation de victimes d'infraction ont été ouverts à ce titre et 295 M€ d'indemnités versées.

L'originalité de ce dispositif spécifique d'indemnisation des victimes d'infractions réside notamment dans l'existence d'une juridiction civile spécialisée qui peut, en l'absence de décision pénale, reconnaître le statut de victime

de la personne qui la saisit. C'est la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI), placée auprès de chaque Tribunal de Grande Instance dont le greffe assure la transmission de la demande au FGTI. Le FGTI est tenu, dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande, de présenter une offre d'indemnisation au demandeur.

Cette phase de conciliation amiable obligatoire fonctionne particulièrement bien, trois quarts des victimes indemnisées pour une atteinte corporelle grave l'étant amiablement.

Si le demandeur accepte l'offre, le FGTI transmet le constat d'accord au président de la CIVI, qui le valide pour que l'indemnisation puisse être versée. Si le demandeur refuse l'offre ou si le fonds lui oppose un refus motivé d'indemnisation, la phase amiable prend fin et la procédure se poursuit devant la CIVI. La CIVI prononce alors une décision d'indemnisation ou de rejet de la demande, décision qui est susceptible d'appel.

Dans tous les cas, la victime peut demander, lors de la requête initiale ou ultérieurement, qu'une provision lui soit versée ou une expertise diligentée. Le Président de la CIVI alors un mois pour statuer sur cette demande.

Contribuer à l'exécution des décisions du juge pénal au bénéfice des victimes : le rôle du Service d'aide au recouvrement des victimes d'infractions (SARVI)

Le SARVI s'adresse aux particuliers qui ont subi de légers préjudices corporels ou certains dommages aux biens et qui :

- ont obtenu une décision de justice pénale définitive accordant des dommages et intérêts et n'ont pas été payés dans un délai de deux mois à compter de la décision ;
- ne peuvent pas être indemnisés devant les Commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI).

Le SARVI doit être saisi au plus tard dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle la décision de justice est devenue définitive ou du rejet de la demande d'indemnisation par la CIVI.

Le SARVI verse à la victime une somme dont le montant dépend du niveau de la condamnation, dans les conditions suivantes :

- pour une condamnation inférieure ou égale à 1 000 €, la victime pourra recouvrer la totalité de la somme ;
- pour une condamnation supérieure à 1 000 €, la victime pourra recouvrer 30% de la somme due, avec un montant minimal de 1 000 € et dans la limite de 3 000 €.

Plus de 59 000 dossiers ont été ouverts au titre du SARVI en 2016 et près de 31 M€ versés à ce titre.

Le recours contre les responsables : un enjeu moral et financier

Au-delà de l'indemnisation des victimes, la loi permet au FGTI de réclamer aux personnes responsables du dommage le remboursement de l'indemnité versée à la victime. Le recours est diligenté dans un souci d'efficacité et d'humanité par des équipes spécialisées.

Le recours du Fonds obéit à une double motivation :

- **un enjeu moral** : il est en effet partie intégrante de la politique pénale française. L'intervention du FGTI ne doit pas conduire à l'impunité financière des délinquants. L'objectif est de faire participer le délinquant à l'indemnisation de sa victime et de le responsabiliser face aux conséquences financières de ses actes. Le recours peut ainsi contribuer à prévenir la récidive ;
- **un enjeu économique** : le produit des recours représente une part significative des ressources du Fonds et permet de garantir l'indemnisation des victimes de demain.

L'amélioration continue de la qualité du service aux victimes : la priorité n° 1 du FGTI

Pendant cette période d'intense mobilisation, le FGTI a aussi continué à faire évoluer ses pratiques, pour être plus à l'écoute des victimes, plus humain dans ses procédures.

L'amélioration constante de la qualité du service aux victimes, dans le respect du principe de la juste indemnisation, est en effet la priorité absolue de l'action du FGTI. Cette priorité, portée par le Gouvernement, et inscrite au centre du projet d'entreprise du Fonds de garantie, s'est d'ores et déjà traduite par plusieurs évolutions : suivi personnalisé des victimes, formation renforcée des collaborateurs, amélioration des courriers, etc.

D'autres actions sont engagées ou le seront prochainement, notamment dans le cadre des engagements pris par le FGTI dans la convention signée le 16 mars 2017 avec l'État, en particulier dans trois domaines.

D'abord, **la réactivité en cas d'attentat de grande ampleur**, notamment pour que les équipes du Fonds, comme elles l'ont fait à Nice, soient très rapidement sur le terrain, au contact des victimes et de leurs proches.

Ensuite, **la rapidité de la mise en œuvre de l'indemnisation**. Un exemple : dans le délai d'un mois au plus tard – et si possible même dans les 10 jours qui suivent l'attentat – le Fonds versera une première provision aux victimes, ou leur adressera un courrier motivé pour leur indiquer pourquoi il n'est pas en état de le faire.

La bonne mise en œuvre de la procédure d'indemnisation suppose également de mieux prendre en compte les victimes étrangères en France et les victimes françaises à l'étranger. À Nice, 45 % des personnes décédées

étaient de nationalités étrangères, et on compte 53 nationalités différentes parmi l'ensemble des victimes. C'est pourquoi le FGTI est partie prenante à la réflexion initiée lors de la conférence internationale sur l'aide aux victimes qui s'est déroulée à l'UNESCO le 9 janvier 2017. L'objectif est d'harmoniser les pratiques en matière d'indemnisation des victimes au plan international. Le FGTI entend contribuer à cette démarche en renforçant concrètement les relations d'échange et de travail avec les acteurs européens de l'indemnisation, afin d'assurer l'indemnisation de toutes les victimes dans des conditions de qualité de service et de niveau d'indemnisation satisfaisantes sans que les frontières soient un obstacle.

Enfin, la **qualité de l'accompagnement des victimes**. À ce titre, une charte de l'expertise médicale, rédigée par un groupe de travail mis en place par le FGTI, et associant médecins, avocats, et représentants des associations de victimes, sera prochainement adoptée. De même, le FGTI veut assurer une plus grande transparence et une plus grande accessibilité des règles, ce qui s'est traduit par la publication le 14 avril 2017 d'un guide de l'indemnisation. Une autre mesure importante est la mise en place, au sein du FGTI, d'un médiateur indépendant, à qui toute victime pourra s'adresser en cas de difficulté. Le Médiateur a été nommé le 27 mars après avis favorable du conseil d'administration, où siègent les associations de victimes et d'aide aux victimes.

Point essentiel, le respect de ces engagements sera régulièrement évalué. Surtout, les victimes elles-mêmes seront consultées, selon des modalités appropriées, sur leur perception de la qualité du service rendu.

Plus généralement, le FGTI entend développer l'innovation pour améliorer sans cesse la qualité de l'accompagnement des victimes, victimes du terrorisme comme victimes d'infractions en dialogue étroit avec les associations.

Enfin, si la convention-cadre avec l'État réaffirme la mission de service public du FGTI, elle conforte également sa pérennité financière. L'État a déjà relevé la contribution sur les contrats d'assurance, portée à 5,90 € au 1^{er} janvier. Mais la convention va plus loin. Elle met en place une garantie de l'État : en cas d'attentats d'une gravité extrême, entraînant des coûts d'indemnisation dépassant un seuil fixé dans la convention 160 M€ par an, l'État interviendra pour soutenir le FGTI et lui permettre de faire face aux dépenses d'indemnisation.

C'est en s'appuyant sur l'engagement et les valeurs de solidarité et de justice qui animent ses collaborateurs, que le FGTI pourra, dans le cadre d'un dialogue renforcé avec l'ensemble des parties prenantes, en particulier les associations, et avec le soutien de l'État, continuer à faire évoluer ses pratiques pour être toujours davantage à l'écoute des victimes et mieux prendre en compte leurs attentes légitimes.

Chapitre 10

L'aide aux victimes dans le cadre de la phase judiciaire

François Molins

L'aide aux victimes d'infraction pénale est devenue ces dernières années une politique publique à part entière dans laquelle l'institution judiciaire doit tenir pleinement sa place. Il s'agit d'une priorité de la politique pénale menée par le ministère de la justice ainsi qu'une préoccupation majeure de la juridiction parisienne qui, compte tenu de ses compétences, est amenée à traiter tout à la fois des affaires de délinquance au quotidien, de terrorisme, pour lesquelles elle exerce une compétence nationale, de santé publique, et d'accidents collectifs.

La victime doit être placée au cœur de la chaîne pénale en veillant à ce qu'elle soit parfaitement informée de ses droits tout en proposant une prise en charge globale de ses besoins.

L'article préliminaire du code de procédure pénale prévoit en effet que l'autorité judiciaire veille à l'information et à la garantie des droits des victimes au cours de toute procédure pénale. Personne ne nie aujourd'hui que les victimes bénéficient des garanties du procès équitable au sens de l'article 6 de la CEDH y compris du principe de l'égalité des armes. La loi du 17 août 2015, transposant une directive européenne du 22 octobre 2012 qui établit les normes minimales concernant les droits le soutien et la protection des victimes, a introduit dans notre code de procédure pénale un sous-titre intitulé « des droits des victimes » qui instaure notamment en droit français le principe de leur évaluation personnalisée.

Mais au-delà du simple énoncé de ces droits, l'autorité judiciaire doit veiller à leur effectivité. Or, la complexité de nos règles juridiques, le temps procédural souvent mal compris, plongent trop souvent les victimes dans un sentiment de désarroi et d'isolement qui vient s'ajouter à cette souffrance qu'exprimait si bien Paul Ricœur en écrivant que « derrière la clameur de la victime se trouve une souffrance qui crie moins vengeance que récit ».

Les acteurs de l'aide aux victimes œuvrent quotidiennement pour rompre cet isolement mais tout système est perfectible que ce soit au plan national ou local.

La coordination de ces acteurs, particulièrement lorsque l'attentat terroriste est une tuerie de masse, est un enjeu majeur et la création d'un secrétariat d'État chargé de l'Aide aux victimes placé auprès du Premier ministre qui, de par sa transversalité, répond à cette exigence, de même que de la création d'instances *ad hoc*, comité interministériel de suivi des victimes,

comités locaux de suivi des victimes, cellule interministérielle d'assistance aux victimes, dans lesquelles le parquet de Paris est représenté.

Il convient de faire un état des lieux de l'aide aux victimes à Paris tout en dégagant des perspectives d'amélioration des dispositifs existants d'aide et d'indemnisation des victimes au travers de trois axes : l'effectivité des dispositifs et leur gouvernance, le déroulement de l'enquête et le déroulement du procès pénal.

L'effectivité des dispositifs et leur gouvernance

Le parquet de Paris a souhaité, avec la ville de Paris, mieux coordonner l'action de ces différents acteurs à travers la mise en place d'un schéma départemental de l'aide aux victimes qui a été signé le 2 mai 2016 et dont le pilotage a été confié au parquet et à la ville de Paris.

Ce schéma, unique en son genre, présente et analyse l'ensemble des dispositifs existant afin de dégager des préconisations permettant de l'améliorer. Ce sont ainsi 84 préconisations qui ont été dégagées à l'issue de ces travaux, et qui ont été ou vont être mises en œuvre. Outre la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme, trois champs d'action prioritaire ont été définis : la mise en œuvre de l'évaluation personnalisée des victimes d'infractions, l'amélioration de la prise en charge des victimes les plus vulnérables, notamment les personnes âgées, et la lutte contre les violences faites aux femmes.

Ce schéma départemental instaure également une véritable gouvernance de la politique publique d'aide aux victimes sur le territoire parisien en établissant des priorités d'action et en se dotant d'outils de pilotage. Il prévoit la réunion annuelle d'un COPIL plénier placé sous la co-présidence du procureur de la République et de la maire de Paris ayant pour mission de fixer les priorités d'action et de faire le bilan de leur mise en œuvre et l'engagement d'un chargé de mission placé sous la double autorité du procureur et du maire. Ce chargé de mission vient d'être choisi et a commencé son travail début 2017.

L'évaluation personnalisée, prévue par la directive du 25 octobre 2015 et transposée dans notre droit par la loi du 17 août 2015 (article 10-5 du Code de procédure pénale) a été mise en œuvre à Paris. Elle a pour but d'identifier les victimes qui, en raison de la nature de l'infraction subie ou de leurs caractéristiques personnelles sont particulièrement exposée à des risques de représailles ou d'intimidation de la part de l'auteur des faits ainsi qu'à des risques de victimisation secondaires. À l'issue de l'évaluation qui sera réalisée par l'officier ou l'agent de police judiciaire en charge de la procédure puis au Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) pour les violences faites aux femmes ou à *Paris Aide aux Victimes* pour les autres infractions, les victimes identifiées comme ayant un besoin de « mesures de protection » bénéficient des droits supplémentaires prévus par la directive.

Au-delà des dispositifs classiques d'accueil et d'aide aux victimes (accueil des victimes dans les services de police, bureau d'aide aux victimes et maisons de justice et du droit), l'effectivité des droits doit se traduire par une prise en charge adaptée des victimes les plus faibles et les plus gravement traumatisées.

Ainsi, a été mise en place une organisation spécifique à l'intention des victimes gravement traumatisées à la suite d'une infraction ayant porté atteinte à leur intégrité physique. Dans ce cas, le magistrat du parquet saisit directement l'association *Paris Aide aux Victimes* afin que celle-ci prenne contact par tout moyen avec la victime afin de lui proposer une prise en charge globale immédiate comportant éventuellement l'orientation vers le psychologue de l'association.

De même, en décembre 2014 a été signée une convention avec l'association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale (APCARS) et l'hôpital Bretonneau permettant l'accès aux victimes âgées, d'une grande vulnérabilité, victime de tout acte de délinquance et pour lesquelles le retentissement psychologique s'avère d'une particulière importance, à une consultation spécialisée au sein de cet hôpital. Il s'agit d'une consultation spécialisée médicale gériatrique et psychiatrique ayant pour but d'évaluer les conséquences de l'acte subi par la victime, de mesurer ses capacités de résilience et de l'orienter si besoin au sein des réseaux psychiatriques ou gériatriques.

Enfin, en matière de violences faites aux femmes, le dispositif de télé protection grave danger mis en place à Paris depuis le 13 juillet 2012 permet à la fois d'assurer la protection physique des femmes les plus en danger qui ont été victimes de violences au sein du couple ou de viol dont l'auteur a une interdiction judiciaire de l'approcher. Le dispositif permet aussi d'assurer leur accompagnement pendant toute la durée de la mesure par le CIDFF.

Au cours de l'enquête judiciaire

L'effectivité des droits des victimes est d'une importance capitale en matière de terrorisme.

Le parquet de Paris a une obligation légale de signalement sans délai au FGTI des victimes d'actes de terrorisme concernant les victimes d'attentats commis sur le territoire national et les victimes de nationalité française victimes à l'étranger de ces mêmes actes (article L. 422-1 à L. 422-3 du Code des assurances). Un magistrat référent « victimes » a donc été institué au sein de la section antiterroriste du parquet de Paris en 2011 afin de s'assurer de la qualité des éléments communiqués au FGTI et donc de faciliter l'exercice de leurs droits par les victimes.

Les attentats de janvier puis de novembre 2015 et l'attentat de Nice le 14 juillet 2016 ont mis à l'épreuve cette politique de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme initiée par le parquet de Paris.

Pour autant, confrontés à des tueries de masse d'une ampleur inédite en France, nous avons dû nous adapter et faire face à des situations jamais éprouvées. Les retours d'expérience réalisés après chaque attentat ont permis de progresser en s'attachant à corriger les dysfonctionnements constatés.

L'institution de magistrats référents victimes au sein de la section C1 s'est doublée de la désignation, systématique au sein de la sous-direction de l'antiterrorisme, service chargé de l'enquête, d'un officier de police judiciaire référent et coordonnateur d'un pôle « victimes », composé de fonctionnaires de police chargé uniquement de la remontée des informations sur la situation des victimes et récupérant ces éléments des auditions faites sous l'angle « victimes » et non conduite d'enquête et chargé de gérer les demandes particulières des proches des victimes décédées.

Outre la direction de l'enquête judiciaire ouverte dès la commission d'un acte de terrorisme, l'action du parquet de Paris concernant les victimes s'articule autour de 3 axes : les opérations médico-légales, l'identification des victimes décédées, l'établissement de la liste unique des victimes qui constituent autant d'enjeux majeurs pour la réussite des prises en charge et l'amorce du processus d'indemnisation.

Premier axe : Les opérations médico-légales

Impératif absolu de l'enquête judiciaire, elles visent à établir les causes de la mort mais se heurtent, en cas de nombreuses victimes à plusieurs difficultés :

- à des capacités nécessairement limitées des instituts médico-légaux en moyens humains et matériels ;
- à la nécessité, autant que faire se peut, de privilégier un lieu unique de regroupement des corps, qui est également un lieu d'accueil et de soutien des familles et là où se concentrent les opérations d'identification ;
- à des exigences de célérité et de sécurité des opérations, dans la perspective d'une restitution rapide des corps aux familles.

Second axe : L'identification des personnes décédées

L'Unité nationale d'identification des victimes de catastrophes (UNIVC) pour l'identification des corps selon le protocole mis en place par Interpol, a été activée pour la première fois lors des attentats du 13 novembre 2015. L'expérience a démontré l'utilité de ce processus. La commission d'identification des victimes est présidée par un magistrat du parquet, et se compose d'officiers de police judiciaire de la SDAT, d'un médecin légiste, et de tous les acteurs de l'unité nationale d'identification. Elle met en correspondance les éléments primaires et secondaires d'identification ante mortem recueillis auprès des familles et proches des disparus au centre d'accueil des familles, et les éléments *post mortem*.

Troisième axe : L'établissement de la liste unique des victimes (LUV)

Conséquence d'un article du code des assurances qui prévoit la transmission immédiate de l'identité des victimes d'un acte de terrorisme au Fonds de garantie par le procureur de la République, la LUV a vu son champ et sa valeur probatoire progressivement étendus par des réformes successives. Cela n'est pas sans poser des difficultés en raison de l'inadéquation entre une nécessaire prise en charge rapide des victimes et le temps nécessaire à l'autorité judiciaire pour croiser les données en vue de l'établissement d'une liste fiable lorsqu'elle concerne des centaines de victimes. Cela pose en outre la question de la définition même du périmètre de cette liste et des victimes susceptibles d'y figurer, selon une analyse juridique qui doit être celle du parquet.

Le parquet de Paris est par ailleurs intégré à la Cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV), activée lors d'un attentat.

Tirant les conséquences de nos incertitudes, de nos approximations, de nos erreurs aussi, nous avons pris soin, après chaque attentat terroriste, par des RETEX, d'identifier peu à peu les points de blocage et les difficultés rencontrées avec le souci constant d'améliorer ce qui pouvait l'être, en lien avec tous les acteurs, et avec l'unique préoccupation d'accélérer, dans l'intérêt des victimes, un processus qui se doit en même temps d'être indiscutable et fiable.

Les événements tragiques de Nice le 14 juillet dernier ont malheureusement été l'occasion d'expérimenter et de mettre en pratique nos réflexions issues des attentats de janvier et 13 novembre 2015 pour améliorer la prise en charge des victimes décédées :

- les opérations médico-légales aux fins de recherche des causes de la mort ont été accélérées, tous comme pour les attentats du 13 novembre, privilégiant un examen externe approfondi avec imagerie médicale et ne réservant les autopsies qu'à certaines hypothèses (en l'espèce, les victimes décédées à l'hôpital et les causes du décès complexes) ;
- la dé-corrélation des opérations médico-légales et des opérations d'identification des victimes, afin de ne pas retarder le processus. À Nice, les commissions d'identification se sont tenues deux fois par jour et la présence du laboratoire mobile d'analyse ADN de l'institut de recherches criminologiques de la gendarmerie nationale a considérablement accéléré la constitution des dossiers *post mortem*. Les présentations et restitutions de corps aux familles ont ainsi pu débuter à Nice seulement deux jours après l'attaque, pour être terminées quatre jours après les faits.

Ce travail doit être poursuivi dans un souci constant d'amélioration de la prise en charge des victimes traumatisées, de leurs proches et des familles endeuillées en s'inscrivant dans le cadre défini par l'instruction interministérielle du 12 novembre 2015, modifiée le 13 avril 2016 pour tenir compte des retours d'expérience des différents acteurs institutionnels et des réflexions des victimes.

En matière de trafic des êtres humains

Au-delà de l'identification et de la poursuite des auteurs de ces infractions, le parquet de Paris veille à la prise en charge des victimes des réseaux de prostitution et de traite en permettant l'accompagnement et la mise en sécurité des personnes, majeures ou mineures, afin qu'elles soient reconnues comme victimes et qu'elles puissent témoigner ou déposer plainte contre les auteurs de l'exploitation.

Ces objectifs de politique pénale répondent aux recommandations du plan national contre la traite des êtres humains 2014-2016 exprimés par les mesures suivantes :

- « augmenter et adapter les solutions d'hébergements des victimes de la traite » ;
- « développer et faire connaître l'accueil sécurisant prévu par le dispositif Ac. Sé » ;
- « construire un parcours de sortie de la prostitution » ;
- « assurer un accompagnement spécialisés des victimes de la traite dans le cadre de la protection de l'enfance » ;
- « définir une protection adaptée aux mineurs qui sont à la fois auteurs et victimes ».

Deux expérimentations menées avec succès par le parquet de Paris peuvent illustrer les bonnes pratiques à développer au niveau local, grâce à un partenariat étroit avec les associations spécialisées dans la prise en charge des victimes de la traite, les services d'enquête, la mairie et la préfecture, en coopération avec la mission interministérielle pour la protection des femmes et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

En ce qui concerne les actions spécifiques en faveur des victimes majeures prostituées, à l'initiative du parquet de Paris, a été mis en place un dispositif ad hoc de protection et d'accueil des prostituées majeures victimes de la traite qui permet un accompagnement dans la durée, jusqu'au procès pénal. Il est en effet apparu nécessaire qu'en complément du dispositif d'hébergement sécurisant Ac. Sé (dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite), il soit proposé aux victimes qui déposent plainte et témoignent, une mise à l'abri prolongée et une prise en charge adaptée qui s'inscrivent dans la durée, compte tenu du cours des procédures judiciaires et des difficultés liées à la sortie du parcours prostitutionnel.

Au terme d'une convention signée en octobre 2016 par le parquet et ses différents partenaires, la ville de Paris a mis à disposition et donné à bail à une association spécialisée un appartement offrant, dans un premier temps, trois places d'hébergement pour des victimes d'exploitation sexuelle, parties civiles ou engagées dans une procédure judiciaire de proxénétisme ou de traite des êtres humains. Après un premier accueil en foyer, ces victimes en voie de stabilisation et de réinsertion, sont ainsi hébergées et font l'objet d'un accompagnement psychologique, éducatif et social par les équipes

pluridisciplinaires de l'association jusqu'au procès pénal où elles pourront faire valoir leurs droits.

La mise en place de ce dispositif qui débute, a vocation à être élargi à un plus grand nombre de victimes.

Par ailleurs, tout au long de la procédure pénale, le parquet veille à la protection des victimes de la traite grâce à la mise en œuvre des mesures telles que le témoignage sous X prévu à l'article 706-58 du Code de procédure pénale, le recours à la visio-conférence ou la domiciliation de la victime à l'adresse de l'avocat ou d'une association spécialisée.

Pour ce qui est des actions spécifiques en faveur des mineurs victimes de la traite des êtres humains, à partir des constats partagés par les acteurs institutionnels et associatifs que les dispositifs de droit commun de la protection de l'enfance ne sont pas pleinement adaptés à la situation des mineurs victimes de traite et de la nécessité de les soustraire à l'emprise de leurs exploiters, un groupe de travail a permis de mettre en place un dispositif ad hoc qui fonctionne avec succès, au terme d'une convention signée en mai 2016 par les chefs de la juridiction parisienne, la MIPROF, la mairie de Paris et le Secrétariat général du Comité interministériel de prévention de la délinquance (SG-CIPD). Ce dispositif est fondé sur une meilleure détection des victimes prostituées mineures, l'ensemble des services de terrain ayant été sensibilisés par le parquet. Ces mineures peuvent faire l'objet d'une ordonnance de placement provisoire en urgence par le procureur de la République, d'une saisine du juge des enfants avec une évaluation personnalisée suivie d'une mesure d'éloignement avec une mise au secret dans un lieu d'accueil. Plus d'une quarantaine de jeunes filles nigérianes de 13 à 18 ans ont été ainsi prises en charge. Sur le modèle du dispositif AC. Sé, les services sociaux parisiens ont désormais constitué un réseau d'établissements et de familles d'accueil, éloignés du lieu d'exploitation, spécialisés dans la prise en charge pérenne de ces victimes mineures prostituées.

Les accidents collectifs

La gestion de crise a donné lieu à des échanges entre les parquets de Paris et de Marseille à la suite des attentats terroristes et de la catastrophe aérienne de *Germanwings*. Au-delà de l'instauration et du fonctionnement d'une cellule de crise au sein du parquet, a été mise en exergue l'importance capitale de la communication vers les victimes et leurs proches ainsi que les limites de la communication par les moyens traditionnels surtout quand de nombreuses victimes sont de nationalité étrangère. Il est ainsi apparu indispensable que, dès la survenance d'un accident collectif, dans les jours et les semaines suivants, soit mis en place sous le contrôle du parquet chargé de l'enquête, un site web dédié et aux accès restreints, permettant de communiquer simultanément un certain nombre d'information à l'ensemble des victimes et parties civiles.

Au cours du procès

Au-delà de l'évidente nécessité de mieux maîtriser le temps judiciaire et la durée des procédures, le procès pénal concentre un certain nombre d'impératifs pour l'institution judiciaire :

- **un impératif d'efficacité** qui a pour objectif d'établir le plus rapidement possible la liste des victimes ;
- **un impératif d'effectivité du droit à l'information** résultant des dispositions de l'article 90-1 du code de procédure pénale qui oblige le juge d'instruction à aviser, une fois tous les six mois, les parties civiles de l'état d'avancement de l'information ;
- **un impératif d'accompagnement des victimes à l'audience** par des dispositifs appropriés notamment par les intervenants des bureaux d'aide aux victimes ;
- **un impératif de simplification des formalités**. Si beaucoup d'améliorations sont intervenues dans ce domaine, un écueil subsiste qu'on rencontre surtout dans les procédures en droit pénal de la consommation pour les audiences par défaut. Si dossier jugé revient à l'audience sur opposition de la personne condamnée par défaut, les victimes reçoivent un nouvel avis d'audience et ne comprennent pas pourquoi elles sont re-convoquées et pourquoi elles doivent reformuler leur constitution de partie civile. « On perd » donc beaucoup de victimes en cours de route et il serait utile de prévoir dans la loi que la constitution de partie civile faite lors du premier jugement vaut pour l'audience d'opposition sans qu'il soit nécessaire de la renouveler. Il conviendrait aussi d'avoir plus recours aux nouvelles technologies pour les avis et informations adressés aux victimes ;
- **un impératif de cohérence** qui vise à centraliser en temps réel l'ensemble des informations concernant l'état des victimes et qui vise à informer, accompagner les proches et coordonner l'action de tous les ministères intervenants en relation avec les associations et le parquet ;
- **Un impératif enfin d'humanité et de respect de la dignité des victimes** tant dans la communication que dans l'accompagnement des victimes et de leurs proches dans l'urgence mais aussi dans la continuité.

Conclusion

François Zimeray

→ « Les mots se sont infiltrés dans son corps et le saignent de façon incontrôlable. »

Yasmina Reza, *Babylone*

Comme avocat puis ambassadeur chargé des Droits de l'Homme, j'ai souvent été face à la détresse de victimes. Dans ces rôles, voués à l'écoute et l'assistance, j'ai toujours été frappé de constater à quel point le déni et le silence pouvaient être violents mais aussi combien la parole, parfois, était ravageuse. Mais jamais je n'avais imaginé devenir une victime moi-même.

À Copenhague, le 14 février 2015, je passais de l'autre côté du miroir. Invité à intervenir dans un centre culturel lors d'un débat organisé en faveur de la liberté d'expression, quelques semaines après *Charlie Hebdo*, j'ai à mon tour failli perdre la vie dans une fusillade dont nous étions tous la cible. La mort avait fait irruption dans cette petite salle comme dans nos vies. Ce jour-là j'ai compris à quel point la réponse à la question « ça va ? », si anodine, pouvait être déroutante.

« Quand une civilisation arrive à relever des défis, elle croît. Sinon elle décline. Les civilisations meurent par suicide, non par meurtre. »

Comme l'historien Arnold J. Toynbee, je suis profondément convaincu que les civilisations naissent et se développent en réponse aux défis de leur temps. C'est ainsi que la France, confrontée depuis de nombreuses années au terrorisme et aux dévastations des guerres, a développé un savoir-faire particulier dans ce domaine. Le jargon technicisant qui prévaut aujourd'hui nommerait volontiers cela une « ingénierie de la prise en charge ».

Cet ouvrage, comme la première Conférence internationale sur l'aide aux victimes organisée à Paris en janvier 2017 à l'initiative de la secrétaire d'État chargée de l'Aide aux victimes, témoignent des efforts fournis par les différents acteurs concernés.

Sous l'impulsion des associations et du Gouvernement, cette prise en charge se perfectionne à mesure que les drames se succèdent et ce dans tous les domaines : aide juridique, soins médicaux et psychologiques, indemnisation ou encore accompagnement des proches de victimes. De ce point de vue, les pouvoirs publics français, dans la prise en charge des victimes, appliquent non seulement ce principe général de médecine *primum non nocere* (d'abord ne pas nuire) mais au-delà, s'efforcent d'atténuer la douleur, de l'accompagner, concourant en cela à reconnaître la victime comme telle. Or, la première des violences pour une victime, c'est le déni de son état.

À cet égard, beaucoup de pistes ont été esquissées sur les dispositifs existants et sur ceux qui nous permettraient d'apporter des réponses encore plus efficaces et toujours plus rapides, en France, en Europe ou plus globalement au niveau international.

« Dans un contexte européen, dans un contexte que je souhaite de solidarité mais aussi d'efficacité, il est essentiel de faciliter et de coordonner la prise en charge transfrontalière des victimes d'attentats. Il faut étendre la coopération entre les autorités compétentes dans les affaires transfrontalières de cette envergure. Cette coopération pourrait se faire, par exemple, pour les États membres de l'Union européenne, par la mise à disposition de points de contact nationaux entre les États ce qui permettrait un dialogue direct, rapide, facile, organisé entre les autorités concernées. »

Felix Braz, ministre de la Justice du Luxembourg, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Favoriser la reconnaissance sans enfermer les individus dans une identité victimaire : un enjeu profondément politique

Il me semble que cet ouvrage ne peut s'achever sans poser une question essentielle : comment favoriser le statut sans enfermer les individus dans une identité victimaire ?

Car, par définition, le statut de victime, qui implique une reconnaissance de l'État et la mise en place de dispositifs, a vocation à demeurer transitoire. La mesure même de l'efficacité de la prise en charge des victimes réside dans la sortie de cette identité. Les plaies ne se referment jamais, mais si le statut de victime est une condition essentielle de la résilience, il ne peut en aucun cas constituer en lui-même un horizon suffisant.

« Notre travail c'est de dé-victimiser les victimes. Le mot « victime » a ce double paradoxe d'être à la fois un statut social important et un poids très lourd à porter. On n'a pas envie de se décrire comme victime. Et donc il faut, en parallèle, accepter le statut, tout en sortant de la position victimaire. Ça veut dire se dé-victimiser, redevenir des acteurs de citoyenneté, être en capacité d'agir avec ses proches, avec ses amis, avec le monde du travail, reprendre sa place dans la société, gérer de nouveaux acteurs que l'on ne connaissait pas avant que sont les médias, les politiques et la justice puisque, *a priori*, on n'avait pas de raison d'être en proximité avec ces trois sphères là, et pourquoi pas, arriver à en faire quelque chose de positif. »

Guillaume Denoix de Saint-Marc, fondateur et directeur général de l'Association française des Victimes du Terrorisme – AfVT. org, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Je souhaite ici rendre hommage aux associations de victimes, qui ont fait de la douleur de leurs fondateurs un moteur d'engagement généreux en faveur de mécanismes protecteurs. Elles savent, d'ailleurs, à quel point ce statut de victime peut parfois devenir pesant, et même dans certains cas faire obstacle à la résilience (E. Dupont-Moretti et al. 2017). Elles savent également qu'une « concurrence » entre différentes causes peut parfois exister (P. Bruckner, 1995). La rivalité dans la condition de victime menace l'universalisme, qui est au contraire le meilleur des guides.

Il nous faut donc reconnaître et accompagner les individus qui souffrent, sans essentialiser leur statut de victime.

J'ai conscience que la définition de cet équilibre constitue une ligne de crête, qui doit trouver des réponses autant collectives et politiques qu'individuelles et intimes. Il n'appartient pas à des juristes ou à des fonctionnaires de tracer cette limite. Mais les politiques, éclairés par un débat intellectuel ambitieux, doivent se saisir de cette problématique qui ne sera malheureusement pas amenée à disparaître compte tenu des menaces terroristes persistantes.

« Il est indispensable que la coopération soit la notion centrale de l'aide aux victimes. La coopération tant sur plan national entre les ministères concernés notamment que sur le plan international entre les différents pays dont sont issues les victimes. Plus nous serons solidaires plus nous ferons front commun contre le terrorisme, plus nous marquerons là notre force et notre volonté de résistance et de lutte contre le terrorisme. Ils veulent nous diviser, soyons plus unis que jamais. »

Caroline Langlade, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes.

Les Droits de l'Homme, contre les victimes ?

Les Droits de l'Homme sont, par nature, un droit construit pour les victimes. Des siècles de supplices en cimentent l'édifice. Et pourtant, si douloureux que ce soit, il faut entendre que le droit n'est pas fait pour les seules victimes. C'est également, et peut-être d'abord, dans la défense des accusés que les Droits de l'Homme trouvent leur plus grande élévation. Ainsi l'État de droit n'est jamais aussi achevé que quand il garantit à tous le procès équitable, la présomption d'innocence ou le fait que le bénéfice du doute profite à l'accusé.

Certes, les procès soulèvent des questions sans réponses et ne réparent jamais complètement. Mais les principes fondateurs du procès équitable demeurent la condition ultime du respect des Droits de l'Homme, qui s'incarnent au quotidien grâce à des textes tels que la Déclaration universelle ou la Convention européenne des Droits de l'Homme, qui permettent aux victimes comme aux accusés de faire valoir leurs droits. La Convention

européenne relative au dédommagement des victimes d'infractions violentes garanti, quant à elle, un dédommagement par l'État lorsque la réparation ne peut être entièrement assurée par d'autres sources. En ce sens l'Europe garantit les droits fondamentaux, et donc ceux des victimes.

Au niveau international, des dispositifs existent également et sont intimement liés à l'existence d'une justice supranationale.

« Le terrorisme, aujourd'hui, est de dimension internationale et les victimes elles aussi sont de toutes les nationalités et relèvent de toutes les souverainetés. Par conséquent, avec cette dimension internationale, c'est le droit même de la réparation aux victimes qui doit changer, et sur ce point il y a encore du chemin à éclairer. »

Robert Badinter, ancien président du Conseil constitutionnel, ancien garde des Sceaux, à l'occasion de la conférence internationale pour l'aide aux victimes (9 janvier 2017).

Si la coopération bilatérale est indispensable pour la prise en charge des victimes, et s'illustre par exemple entre la France et l'Allemagne, je suis convaincu que le renforcement de la justice internationale est un prérequis indispensable à la reconnaissance du statut de victime dans le monde. Alors que la Cour pénale internationale est aujourd'hui sous le feu croisé des critiques de ceux qui estiment qu'elle va trop loin, ou qu'au contraire elle ne va pas assez vite, il faut rappeler que son existence est l'un des progrès les plus tangibles accomplis par la diplomatie des Droits de l'Homme depuis 1948.

L'universalité, garante de la protection des victimes

Près de 70 ans après l'adoption de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, l'idée même qu'il existe des droits inhérents à la seule qualité d'êtres humains et communs à tous les Hommes se trouve aujourd'hui contestée.

Sur les cinq continents, des dirigeants invoquent des particularismes culturels pour s'affranchir de ces normes. Les ennemis de l'universel se nomment relativisme, culturalisme ou encore régionalisme. Ils renvoient l'idée insupportable que les Droits de l'Homme seraient un concept néocolonial. Or, si les Droits de l'Homme sont universels, c'est parce que l'Homme est universel, tout comme sa souffrance, et que partout il aspire à la même dignité.

Références bibliographiques

Dupont-Moretti É., Durand-Souffland S., *Directs du droit*, Michel Lafon, Paris, 2017.

Bruckner P., *La tentation de l'innocence*, Éditions Grasset, Paris, 1995.

ANNEXES



Paris, le 9 janvier 2017

Communiqué de presse

Conférence internationale pour l'aide aux victimes : une initiative inédite pour renforcer les droits des victimes dans le monde



Juliette MÉADEL, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'Aide aux victimes, a réuni ce lundi 9 janvier 2017, pour la première fois, des ministres et représentants étrangers afin d'accélérer et de renforcer la coopération européenne et internationale en matière d'aide aux victimes de terrorisme.

En écho aux grandes marches fraternelles organisées partout dans le monde quelques jours après les attentats survenus à Paris en janvier 2015, Juliette MÉADEL a organisé une Conférence internationale pour l'aide aux victimes, le 9 janvier 2017. Placée sous le patronage de l'UNESCO, cette rencontre a réuni près de 500 participants, français et étrangers.

Une trentaine de pays (Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, Estonie, Etats-Unis, Hongrie, Italie, Israël, Luxembourg, Maroc, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Tunisie, Turquie, etc) se sont réunis pour la première fois afin de donner une visibilité et une impulsion politique à la coopération européenne et internationale à l'aide aux victimes de terrorisme.

Les Ministres présents ^(*) ont exprimé leur volonté de coopérer davantage afin d'accélérer les initiatives permettant un renforcement des droits et des dispositifs existants qui fixent aux États membres l'obligation de mettre en place une réponse complète aux besoins des victimes. Cette coopération améliorera la prise en charge et l'accompagnement des victimes, dans l'urgence comme dans la durée.

A l'issue de cette conférence, les Ministres installeront un comité, composé d'experts étrangers (administration, chercheurs, responsables associatifs...) chargé de réfléchir à un meilleur échange d'informations entre les services de l'aide aux victimes, à une harmonisation des pratiques, à la mise en place d'exercices et de sessions de formations communes et à l'amélioration de l'accès des victimes à une information claire de leurs droits.

Les Etats présents à Paris sont convenus de se réunir à nouveau d'ici un an pour établir un bilan des progrès accomplis et invitent d'autres pays à rejoindre cette initiative.

() Signataires :*

Juliette MÉADEL, secrétaire d'Etat chargée de l'aide aux victimes en **France**,

Juan Ignacio ZOIDO ALVAREZ, ministre de l'Intérieur en **Espagne**,

Felix BRAZ, ministre de la justice au **Luxembourg**,

Rachid MADRANE, ministre de la fédération de Wallonie-Bruxelles, chargé de l'aide à la jeunesse, des maisons de justice, des sports et de la promotion de Bruxelles en **Belgique**,

Krisztián KECSMÁR, secrétaire d'Etat pour la coopération internationale et européenne dans le domaine de la justice en **Hongrie**,

Raed ARAFAT, secrétaire d'Etat, chef du département des situations d'urgence au ministère de l'Intérieur en **Roumanie**,

Rait KUUSE, sous-Secrétaire d'Etat auprès du Ministre des Affaires sociales en **Estonie**

Contact presse cabinet de Juliette MÉADEL : 01 42 75 56 52 - presse.meadel@pm.gouv.fr



Feuille de route pour l'aide aux victimes du terrorisme

1. Nous, Ministres et Secrétaire d'Etat chargés de l'aide aux victimes du Royaume de Belgique, de la République française, du Royaume d'Espagne, de la Hongrie, de la République italienne, et de la Roumanie, le 10 mars 2017 à l'occasion de la journée européenne du souvenir des victimes du terrorisme ;

2. A la suite de l'appel en faveur de la construction d'une politique internationale de l'aide aux victimes, interdisciplinaire et mieux coordonnée, lancé à l'occasion de la Conférence internationale pour l'Aide aux victimes, organisée à Paris, à l'UNESCO, le 9 janvier 2017 et tenant compte des travaux engagés au niveau communautaire, en particulier la Directive de 2012 sur les droits des victimes (2012/29/UE), la Directive de 2004 sur l'indemnisation (2004/80/CE) et les récentes dispositions relatives au soutien, à l'aide et à la protection des victimes de terrorisme dans le cadre de la Directive de lutte contre le terrorisme adoptée par le Conseil le 7 mars 2017 ;

3. Face à la multiplication d'actes terroristes qui mettent en danger les principes démocratiques élémentaires de respect des droits de l'homme, de primauté du droit et de cohésion sociale, nous sommes conscients de la nécessité d'accélérer notre coopération pour renforcer notre sécurité et lutter plus efficacement contre les structures terroristes. Cette action doit s'accompagner d'une prise en charge mieux coordonnée des victimes d'attentats. Une attention particulière doit être accordée à la prise en charge des enfants et des jeunes victimes ;

4. Les dangers et les réponses qu'exige l'aide aux victimes ne peuvent plus être appréhendés uniquement à l'échelon national. Notre action a forcément une dimension internationale et nous souhaitons en particulier nous concentrer sur les cas transfrontaliers. A Bruxelles, Nice, Berlin ou Paris, plusieurs dizaines de nationalités étrangères ont été dénombrées parmi les victimes des attentats. Dans ces différentes situations, le besoin de coordination entre nos différents services est essentiel pour la prise en charge des victimes ;

5. Soucieux d'apporter les réponses les plus adaptées aux besoins des victimes d'actes terroristes et de leur permettre d'accéder à un socle de services et de soutien partagés, dans la phase d'urgence comme dans la phase de suivi, nous appelons de nos vœux la mise en place d'une politique européenne de l'aide aux victimes plus ambitieuse et plus structurée, fondée sur les standards minimaux existants du droit communautaire et visant à aller au-delà de ces standards, conformément aux principes d'entraide, de solidarité et de subsidiarité qui irriguent l'action de UE.

Organisation du dispositif d'aide aux victimes

6. Nous encourageons à l'échelon national la mutualisation des moyens et reconnaissons l'intérêt d'une autorité unique responsable du pilotage et de la coordination des différents services de prise en charge dans l'urgence et d'accompagnement des victimes dans la durée. Une réflexion sur la création d'un guichet unique européen des victimes, avec un seul numéro de téléphone, et un portail internet unique, pourrait être envisagée ;

7. Nous estimons que les politiques publiques d'aide aux victimes doivent accorder une attention particulière à la prise en charge des enfants et des jeunes victimes ;



8. Nous réaffirmons notre souhait de mieux coordonner les politiques publiques de l'aide aux victimes et l'action des personnels sur le terrain, avec le souci de promouvoir la structuration des réseaux d'acteurs de l'aide aux victimes et de construire un réseau intergouvernemental d'autorités d'Etats membres pour améliorer leur coopération en matière d'aide aux victimes de terrorisme ;

9. Nous sommes déterminés à améliorer le partage d'information et les échanges de bonnes pratiques entre Etats signataires, en vue du renforcement du socle européen des droits des victimes. La formation des professionnels du soutien aux victimes devrait être mieux harmonisée ;

10. Nous encourageons l'action des associations de victimes et de la société civile visant à soutenir les victimes et leurs proches et à attirer l'attention sur les différentes problématiques auxquelles elles doivent faire face ;

11. Nous rappelons l'importance d'améliorer l'information des citoyens sur les mesures d'aide aux victimes, dans un esprit de respect de la dignité des victimes et de leurs proches. Les actions permettant aux citoyens d'être acteurs de leur propre sécurité et de celle des autres, et notamment la formation aux gestes qui sauvent, sont encouragées.

Accès à l'aide dans toutes ses dimensions

12. Nous attachons une importance particulière à ce qu'une assistance appropriée, dans l'urgence, comme dans le long terme, sur les plans médical, psychologique et social, soit accordée aux victimes de terrorisme ;

13. La coordination entre les systèmes de protection et de sécurité sociale, et notamment s'agissant de la prise en charge des victimes de terrorisme, devrait être améliorée.

Indemnisation des victimes

14. Nous sommes soucieux d'assurer le droit des victimes d'un acte de terrorisme à une restitution, une réparation ou une indemnisation juste, sans condition de ressources. Ce droit doit aussi s'appliquer aux membres de leur famille proche ou les personnes à charge de la victime directe à une restitution, une réparation ou une indemnisation juste, sans condition de ressources ;

15. Nous veillons à ce que les victimes bénéficient d'une égalité de traitement en tant que bénéficiaires d'un programme d'indemnisation, en fonction du préjudice subi, quelle que soit leur situation personnelle ;

16. Nous encourageons un meilleur partage de l'information entre services nationaux d'indemnisation, en vue de simplifier les procédures et d'éviter les situations de double indemnisation. Une réflexion pourrait être envisagée sur la création d'un fonds européen d'indemnisation.

Accès à l'information et vie privée des victimes

17. Soucieux d'assurer le droit à l'information, tout en protégeant la vie privée des victimes et de leurs proches, conformément aux principes de déontologie et d'éthique, nous invitons les acteurs concernés à éviter la diffusion et l'utilisation d'informations ou d'images des victimes du terrorisme à des fins déshonorantes, dégradantes ou sensationnalistes, dans le respect de la liberté de la presse ;



18. Nous souhaitons sensibiliser le public aux risques que peuvent représenter les médias sociaux lorsque ceux-ci véhiculent des informations ou images à caractère privé et potentiellement choquant des victimes ou des attentats terroristes ;

19. Nous nous assurons que les victimes sont informées de leur droit à l'égard des médias, leur droit de contrôler leur image et leur droit à la protection de leur vie privée ;

20. Nous veillons à informer les victimes et leur famille de leurs droits concernant les médias, leur droit à l'image et leur droit au respect de leur vie privée.

Prise en charge des victimes

21. Soucieux de renforcer la coopération et la communication au niveau communautaire, prenant en compte l'intérêt des victimes d'actes de terrorisme qui ne résident pas dans l'Etat dans lequel l'attaque est survenue, et prenant en compte le droit communautaire existant en matière de coopération entre les Etats membres dans les secteurs concernés, nous garantissons à toutes les victimes les droits à une assistance, à un soutien et un accès à tous les services d'aide disponibles;

22. Nous souhaitons faciliter la liaison des services nationaux d'aide aux victimes avec les représentations diplomatiques et consulaires des pays d'origine des victimes, afin qu'ils soient en mesure d'apporter une assistance efficace à leurs ressortissants dans le cas où ceux-ci seraient victimes d'actes de terrorisme à l'étranger ;

23. Nous nous engageons à procéder au recensement de toutes les personnes touchées par un attentat, quelle que soit leur nationalité ou leur statut de résident, et de les informer, de façon exhaustive, de leur droit d'accès à la justice, des conditions d'indemnisation des victimes dans le pays concerné et de l'existence d'organismes de soutien ;

24. Nous réaffirmons la nécessité de permettre aux victimes étrangères l'accès à un point d'information unique, accessible en plusieurs langues et aux personnes handicapées ;

25. Nous encourageons la mise en place des supports d'information multilingues présentant les systèmes d'aide aux victimes nationaux et les dispositifs destinés aux victimes et élargir la diffusion en langues étrangères des documents informatifs sur les dispositifs d'aide aux victimes. Il pourrait être mis à disposition des victimes une liste avec les coordonnées de professionnels compétents et volontaires et pouvant les accompagner.

Comité d'experts

26. Les Etats membres nomment des représentants nationaux mandatés pour siéger au sein du Comité d'Experts pour l'Aide aux victimes du terrorisme, dit « Comité CIVIC ».

27. Le « Comité CIVIC » est chargé de réfléchir aux moyens de mettre en œuvre de la présente feuille de route.



Signé à Bruxelles, Belgique, le 10 mars 2017

Pour la France

Mme Juliette MEADEL
Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre,
chargée de l'Aide aux victimes

Pour la Belgique

Mme Dr. Maggie de BLOCK
Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Pour la Belgique

Mr Koen GEENS,
Ministre de la Justice

Pour l'Espagne

Mr D. Luis AGUILERA RUIZ,
Sous-secrétaire d'Etat auprès du Ministre de
l'Intérieur

Pour la Hongrie

M. Krisztián KECSMÁR
Secrétaire d'Etat pour la Coopération
internationale et européenne dans le domaine
de la justice, Ministère de la Justice

Pour l'Italie

M. Andrea ORLANDO,
Ministre de la Justice



Pour la Roumanie

Dr Raed ARAFAT,
Secrétaire d'État, chef du département des
situations d'urgence au ministère de l'Intérieur

Pour Le Grand-Duché de Luxembourg

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Félix Braz'.

M. Félix BRAZ
Ministre de la Justice