

Marianne Auffret

Vice-présidente de l'association « Élus, Santé publique et Territoires »
Maire adjointe du 14^e arrondissement de Paris (Urbanisme et santé)
Paris

Psychotraumatisme : aperçu des politiques publiques actuelles

La notion de « psychotraumatisme » se situe à divers confluents. Elle signe la rencontre d'une entité clinique constituée au cours du temps et les effets de son appropriation massive, tant dans le champ politique et social que dans le vocabulaire commun. Elle se présente comme une expérience aux contours remarquables, mais néanmoins commune à différents groupes très disparates. Enfin, elle condense les formes diverses que prend la réparation dans divers champs que la puissance publique a pour mission d'organiser : celui du droit, celui de la santé et de son extension à l'action sociale.

Appels à projets

Le début de l'été 2018 a donné à cette imbrication historique une actualité nouvelle à travers la création de nouveaux dispositifs spécifiques. Deux appels à projets, devant aboutir à l'automne, sont ainsi issus d'une initiative conjointe de la délégation interministérielle à l'Aide aux victimes – placée sous tutelle du garde des Sceaux, et qui a succédé dans ses missions à l'éphémère secrétariat d'État du même nom –, et de la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) au sein du ministère des Solidarités et de la Santé. L'un propose « l'identification d'un Centre national de ressources et de résilience (CNRR) » dont le cahier des charges a été publié en juillet 2018. Il a été précédé de quelques semaines par celui destiné à identifier une dizaine de « dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme » sur le territoire français. Ces appels à projets, issus de deux secteurs – justice et santé – peu habitués à programmer des politiques communes, ont ainsi abouti à l'automne 2018 à la création d'un dispositif complet articulant les missions d'expertise, de formation des professionnels de différents champs ainsi que de l'accueil, du soin et de l'orientation des personnes désignées comme « traumatisées » (ou potentiellement traumatisées) par des événements ou des situations que le texte énumère.

À l'étude de ces textes destinés à décrire les attendus et organiser la politique publique de la « prise en charge du psychotraumatisme », il n'est pas aisé de lire les intentions précises des décideurs, ni même dans quel cadre ils situent leur action. Bien sûr, ils ont veillé à rendre globalement congruents les argumentaires des deux textes. Mais risquons-nous à entrer dans les détails des éventuels malentendus contenus dans les coordonnées même de ce projet titanesque : identifier et répertorier les publics dont les souffrances psychiques résulteraient de certains chocs de nature particulière, réparer ces blessures invisibles en offrant un espace thérapeutique élaboré spécialement pour elles.

Quel public pour quel trouble ?

Parmi les considérants des deux appels à projets, nous distinguons ainsi une variété de logiques qui amènent à identifier certains groupes comme relevant du périmètre d'action de ce dispositif. S'il s'agit bien de prendre en charge « tout type de victime et de violence », le public visé est celui dont la caractéristique est d'avoir été *exposé* à un événement ou une situation qui pourrait l'avoir blessé psychologiquement. Cette exposition est décrite comme étant l'agent étiologique dominant sinon exclusif d'un trouble que l'on nomme ici « le psychotraumatisme ». Ce terme, s'il emprunte le registre linguistique de la médecine, ne paraît pas renvoyer à une entité clinique spécifique. Peut-être s'agit-il d'une référence implicite au « syndrome de stress post-traumatique » qui n'est pourtant pas mentionné dans les deux textes, dont il faut rappeler qu'il correspond à un syndrome spécifique – un syndrome de répétition dominé par l'anxiété, les reviviscences et une hyperactivation du système nerveux –, répondant en principe à une prise en charge précoce. Mais on a peine à penser que le décideur ait pu imaginer qu'à la longue et instable taxinomie de la brutalité qu'il propose (« violences physiques, sexuelles, psychologiques, conjugales, intrafamiliales, professionnelles, traumatismes de guerre, traumatismes liés à la migration et aux parcours d'exil, exposition à un attentat, une catastrophe naturelle¹... ») on puisse faire correspondre une réaction pathologique homogène. Ajoutons par ailleurs que l'accueil de personnes « *exposées* à des violences ayant entraîné ou *susceptibles* d'entraîner un psychotraumatisme » permet d'autant moins d'imaginer la spécificité de ce trouble dont l'expression potentielle serait donc, mécaniquement, d'une nature plus qu'incertaine.

Peut-être existe-t-il des traits communs à ces publics aux trajectoires marquées par la violence, auquel cas la dimension de recherche clinique dont se prévaut le futur « centre de résilience » devrait permettre aux cliniciens de partager et d'enrichir leurs observations. Mais il s'agit là d'une question empirique pour les cliniciens qui ne devrait pas être résolue *a priori* par une réglementation.

Juxtaposition ou convergence des causes ?

Par ailleurs, si les deux listes présentant le périmètre des prises en charge sont présentées comme non exhaustives, les critères qui ont présidé à leur constitution ne sont pas précisés. Vont-ils *d'eux-mêmes*? Sont-ils si évidents, à défaut d'être indiscutables, qu'ils suffisent à définir les contours du projet et à enlever les bénéficiaires du périmètre

¹ Instruction DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projets national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme.

de la prise en charge « classique » de notre système de soins psychiques? Doit-on comprendre dans le choix du terme *exposition* qu'il permettrait d'accueillir, au sein de ces centres, tant les victimes que les témoins, mais aussi les auteurs des violences? La variabilité dans le recensement des publics et des situations identifiées comme traumatogènes laisse à penser qu'elle pourrait être le fruit de négociations avec différents groupes de pression, aussi bien intentionnés soient-ils, inquiets de ne pas voir évoquées les situations pour la reconnaissance desquelles ils militent.

Dans le texte de la DGOS, les situations exposant au trouble (ou à sa potentialité) sont pour le moins variées. Les catégories se recoupent ou sont partiellement formées de sous-catégories, ce qui ne participe pas à leur lisibilité. On y devine, à travers la référence multiple à la violence sexuelle, et particulièrement celle faite aux enfants, l'influence du travail de la Mission d'information sur le viol qui a rendu son rapport également cette année, ainsi que celle des plans nationaux destinés à lutter contre la violence sexiste, sexuelle², et celle faite aux enfants³. Il y est fait également référence à la migration, la guerre et l'exil, sujets politiques investis comme sujets de santé publique à la faveur d'une série d'auditions récentes des associations spécialisées dans le soin aux migrants par la DGOS.

Le texte de la DIAV, lui, ouvre ses considérants sur l'histoire qui a présidé à l'appel à projets. On reconnaît le plaidoyer de l'ancienne présidente de l'association SOS Attentats qui préconisa en premier lieu la fondation de ce centre ressources et de résilience : il y est fait référence aux victimes « d'accidents collectifs, et tout particulièrement pour les actes de terrorisme », puis viennent les victimes de violences familiales, qui semblent faire consensus et, enfin, une catégorie non mentionnée par la DGOS : les victimes d'infractions pénales (sans précisions). Les violences sexuelles, professionnelles, et les références aux maux de l'exil, abondantes dans le texte de la DGOS, ne figurent pas dans celui de la DIAV.

Sans doute est-ce en partie toujours ainsi qu'une politique publique se construit : entre la détermination la plus collective possible d'une finalité et l'arbitrage politique à la faveur de tel ou tel groupe constitué. Mais, dans le cas présent, l'intensité de la trace laissée par cette transaction appelle à une vigilance toute particulière quant aux conditions de la mise en œuvre de cette politique.

Générique versus spécifique

S'il ne s'agit ni de débattre en spécialiste des contours d'une entité clinique ni de remettre en cause la réalité de cette souffrance agrégée autour d'une notion qui semble parlante au sens commun (la blessure invisible), on peut cependant s'interroger sur certains aspects qui ne semblent pas traités par ces initiatives de la puissance publique alors même qu'ils constituent le cœur de la doctrine publique actuelle : l'articulation des nouveaux dispositifs avec les autres secteurs et leur accessibilité effective.

Quelle sera la place de ces centres au sein du système de soins existant, en particulier le cadre « généraliste » de la psychiatrie de secteur, mais aussi du système de soins

somatiques? Pourra-t-on s'autoadresser à ces centres au motif que l'on appartient aux catégories visées? Faudra-t-il que les futurs patients émettent une hypothèse préalable sur l'origine traumatique ou non de leur souffrance? Cette spécification exclura-t-elle ces patients du champ traditionnel de l'action de la psychiatrie de secteur, désormais officiellement repositionnée autour de la souffrance *non consécutive* à une exposition à la violence (ou en tout cas, celles répertoriées)? Si cette perspective paraît difficile à envisager, cette « ramification » du système de prise en charge a des précédents notables : on pense à la séparation progressive des champs de l'addictologie et de la psychiatrie, dont on estime aujourd'hui qu'ils devraient travailler davantage ensemble... La création successive de structures spécialisées par pathologie ou par public tend à contrer une autre préconisation forte des tutelles : rendre le dispositif d'aide et de soins plus lisible, de façon idéalement à ce que les personnes puissent s'y orienter elles-mêmes, en tant qu'acteurs éclairés de leur « parcours individuel ». Le champ de la santé mentale est déjà traversé dans son ensemble par ce triple mouvement, que ces nouveaux appels à projets accusent encore : une spécification toujours grandissante des modalités particulières de l'accueil de tel ou tel public ou le soin de telle ou telle pathologie, une extension constante des domaines dans lequel le soin (ici au sens strict de l'activité financée par la branche soin de la sécurité sociale) est sommé d'intervenir et une exigence toujours croissante que ces multiples microsecteurs ainsi créés travaillent de concert dans une transversalité devenue plus qu'acrobatique.

Enfin, on peut également s'interroger sur la façon dont ces dispositifs pourront répondre concrètement aux difficultés des publics qu'ils ont vocation à accueillir. S'ils ont en effet tous en commun d'avoir été « exposés à la violence », et au-delà même de la question de la subjectivité de la réponse aux chocs de la vie, ces catégories de personnes vivent des réalités quotidiennes assez différentes. On pense ici par exemple aux migrants, dont la première difficulté d'accès aux soins est la grande difficulté à obtenir les services d'un interprète, difficulté que le présent appel à projets ne traite pas. On pense également aux femmes victimes de violences conjugales qui bénéficieraient de la possibilité physique d'une décohabitation avec l'auteur des violences. Mais pendant cette même année 2018, l'accueil de ces femmes a été heurté de plein fouet par la réforme du plafonnement de la tarification des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui en restreint les capacités d'accompagnement.

On peut imaginer qu'en dehors de tout appel à projets, en améliorant concrètement les conditions de vie, désormais reconnues comme participant largement au rétablissement des personnes (mise à l'abri, ressources financières suffisantes...), la psychiatrie « classique », avec des crédits suffisamment abondés, pourrait accueillir « classiquement » des situations de détresse morale dont l'aspect « traumatique » ou non ne déterminera pas fondamentalement l'accueil et le soin. Ce serait peut-être alors une façon *innovante* d'inscrire le soin des blessures invisibles – décrites dans l'appel à projets comme « présentant un caractère systémique qui impose une approche de santé globale » – dans un cadre lui-même systémique, contenant les effets de clivage et de morcellement que la violence induit parfois jusque dans la conception même des politiques publiques. ▶

² Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. *Cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. 2017-2019.*

³ République française. *Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. 2017-2019.*