

Communication

L'urgence médicopsychologique lors de l'afflux aéroportuaire de ressortissants français au cours des crises majeures.
À partir des crises ivoirienne et asiatique de 2004

Emergency “Medico-psychological team” work in case of airport massive arrivals of french citizens during major international crisis.
Examples of Ivory Coast crisis and tsunami crisis in 2004

T. Baubet ^{a,b,*}, D. Rezzoug ^{a,b}, H. Romano ^d, I. Roy ^d, L. Jehel ^{b,e}, F. Adnet ^c, M. Fleury ^c,
C. Lapandry ^c, M.-R. Moro ^{a,b}

^a Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, et de psychiatrie générale, CHU Avicenne (AP-HP), 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France ; ^b CUMP 93 Samu 93, CHU Avicenne (AP-HP), 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France ; ^c Samu 93, CHU Avicenne (AP-HP), 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France ; ^d CUMP 94, Samu 94, CHU Henri-Mondor (AP-HP), 51, avenue du Maréchal-de-Tassigny, 94010 Créteil cedex, France ; ^e Service de Psychiatrie, CHU Tenon (AP-HP), 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

Disponible sur internet le 18 août 2005

Résumé

Nous décrivons le travail réalisé par la Cellule d'Urgence Médicopsychologique (CUMP) de Seine-Saint-Denis au cours de deux urgences récentes : le rapatriement des ressortissants français résidant en Côte d'Ivoire (novembre 2004) et des ressortissants français présents dans le Sud-Est asiatique lors du tsunami de décembre 2004. Durant ces deux crises, 7000 personnes, environ, ont été accueillies à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle, 2000 ont bénéficié de soins psychologiques ou psychiatriques d'urgence. Nous décrivons le Réseau français des CUMP, puis leur activité au cours de ces crises, les aspects opérationnels, cliniques, et les problèmes posés par ce type d'intervention.

Abstract

We describe the Seine-Saint-Denis emergency psychological team's work during two recent crisis: french citizen's repatriation from Ivory Coast (November 2004) and french survivors' return after the asian tsunami in December 2004. During these two crisis, 7000 french citizens arrived in Roissy-Charles De Gaulle airport, 2000 of them received psychological care. We discuss operational aspects, technical aspects and future directions for this kind of work.

Mots clés : Catastrophes ; Intervention psychothérapique brève et précoce ; Urgence médicopsychologique

Keywords: Brief psychotherapeutic intervention; Disaster; Medicopsychological emergency team

Nous relatons ici la prise en charge de l'urgence médicopsychologique en zone aéroportuaire par la Cellule d'Urgence Médicopsychologique (CUMP) de Seine-Saint-Denis, lors de deux catastrophes majeures récentes : la crise

de Côte d'Ivoire (novembre 2004), et la crise du Sud-Est asiatique (décembre 2004–janvier 2005) liée au tsunami. Ces deux crises ont conduit au retour précipité en France de plus de 7 000 personnes, qui ont pu bénéficier du dispositif qui a été mis en place au terminal T3 de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle. Dans un premier temps, nous rappellerons ce que sont les CUMP et leurs objectifs. Nous détaillerons ensuite les deux interventions.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thierry.baubet@avc.aphp.fr (T. Baubet)

1. Les Cellules d'Urgence Médicopsychologique en France

C'est en 1995, après l'attentat du RER Saint-Michel, survenu à Paris le 25 juillet, que le président de la République chargea le secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli, de mettre en place une cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP). Celle-ci, composée de professionnels de santé mentale formés aux situations d'urgence et de catastrophe, et présidée par le Pr Louis Crocq, devait à la fois répondre sur le plan opérationnel aux besoins de soins dans les situations d'exception, et faire des propositions pour la mise en place d'une réponse au plan national lors de telles situations [4–6, 11]. Cette cellule intervint à de nombreuses reprises dans les mois et les années qui suivirent, et les propositions qu'elle fit furent à l'origine de la circulaire du 28 mai 1997 du secrétariat d'État à la santé et du secrétariat d'État à l'action humanitaire d'urgence, instituant un Réseau National de l'Urgence Médicopsychologique comprenant trois niveaux :

- au niveau départemental, un psychiatre (hospitalier) référent est nommé par le préfet après avis du directeur du SAMU. Ce médecin doit mettre en place, animer et former une liste de professionnels volontaires, et organiser la prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes de situations de catastrophes et d'urgences collectives, de leurs proches et des sauveteurs. Cette CUMP intervient dans le cadre du SAMU ;
- au niveau interrégional, dans sept grandes agglomérations réparties sur le territoire français, une cellule permanente est mise en place. Pour ces cellules interrégionales, contrairement à ce qui se passe au niveau départemental, des postes sont créés (un mi-temps de psychiatre, de psychologue et de secrétaire par interrégion). Les cellules interrégionales doivent remplir les fonctions d'une cellule départementale, organiser la collaboration au niveau de l'interrégion, et apporter un soutien aux CUMP départementales ;
- au niveau national, un Comité National de l'Urgence Médicopsychologique est mis en place. Il comprend des professionnels de terrain et des représentants des différents ministères de tutelles, et doit veiller à l'évaluation, l'organisation, la cohérence et la qualité du dispositif national.

Le 20 mai 2003, une circulaire du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées prévoit le renforcement du Réseau de l'Urgence Médicopsychologique, avec la mise en place d'une cellule permanente dans chaque préfecture, et chaque département dont la population dépasse un million d'habitants, soit 37 cellules permanentes sur le territoire français. Enfin, dans le récent projet de plan « Psychiatrie et santé mentale 2005–2008 » présenté par Monsieur le ministre Douste-Blazy le 4 février 2005, la nécessité de finaliser la montée en charge des moyens attribués à l'intervention médicopsychologique d'urgence est rappelée.

Les CUMP sont donc des structures spécifiques bien définies, qui ne peuvent être déclenchées qu'à la demande du directeur du SAMU ou du préfet, pour des événements collectifs. En effet, le mode de fonctionnement des CUMP, composées pour l'essentiel de professionnels volontaires engagés par ailleurs dans d'autres activités, nécessite qu'on réserve son déclenchement aux situations qui ne peuvent pas être prises en charge par le réseau habituel de santé mentale : secteur psychiatrique, psychiatrie libérale et urgences des hôpitaux. Dans les situations de catastrophe ou d'urgence collective, le médecin régulateur du SAMU contacte le médecin référent de la CUMP. Ensemble, ils décident des modalités d'intervention de celle-ci. Ces cellules interviennent dans la phase immédiate et post-immédiate des secours, mais n'ont pas pour vocation d'assurer un suivi prolongé. Leur objectif est triple :

- apporter un soin, un soulagement de la souffrance psychique ;
- orienter au besoin vers les structures adéquates, qu'il s'agisse de services d'urgences hospitaliers, ou plus souvent de consultations ;
- participer à la prévention de l'apparition de troubles ultérieurs et/ou de la pérennisation des troubles précoces. Cela passe par l'effet direct des interventions thérapeutiques précoces, et de manière plus indirecte, par un effet facilitant sur la possibilité de consultation ultérieure.

2. Le déroulement de l'intervention pour la crise de Côte d'Ivoire

Le 4 novembre 2004, l'armée ivoirienne a bombardé deux villes du nord du pays, puis le 6 novembre, une position française, tuant neuf soldats. La France a immédiatement riposté en détruisant la flotte de combat ivoirienne. Dans les jours suivants, de violentes émeutes antifrancophones éclatèrent dans le pays, faisant plusieurs dizaines de morts ivoiriens selon le Comité International de la Croix-Rouge (CICR). Certains médias ivoiriens lancèrent alors une violente campagne d'incitation à la haine contre les ressortissants étrangers.

La CUMP 93 a été mise en alerte par le SAMU 93 le 9 novembre 2004, pour un déclenchement le 10, à l'arrivée des premiers rapatriés sur le sol français. Le ministère des Affaires Étrangères (MAE) avait sollicité le préfet de Seine-Saint-Denis pour organiser leur accueil au terminal T3 de l'aéroport de Roissy-Charles-De-Gaulle. Parallèlement, le MAE avait mis en place d'autres interventions, notamment à destination des ressortissants français toujours présents en Côte d'Ivoire. Du 10 au 18 novembre, 14 avions affrétés par le MAE conduisirent 5 434 rapatriés (dont 29 % de mineurs) à Roissy-Charles-de-Gaulle (Fig. 1). Le dispositif d'accueil fut levé le 18 novembre.

Au sein du dispositif d'accueil, la CUMP est chargée de la prise en charge des aspects psychologiques, et parfois psychiatriques, et elle travaille avec de nombreux partenaires. Les volontaires de la Croix-Rouge et du Secours Catholique

Date d'arrivée	Heure d'arrivée	Nbre total	Dont mineurs
10/11	21.22	297	105
11/11	01.10	344	137
11/11	04.21	255	75
11/11	19.40	325	110
12/11	01.25	660	145
12/11	18.12	281	41
12/11	00.07	522	117
13/11	17.35	350	125
13/11	23.38	631	220
14/11	17.16	314	103
14/11	21.30	496	126
15/11	01.33	331	96
16/11	01.00	321	70
17/11	23.59	307	90
Total		5 434	1 560

Fig. 1. Chronologie des arrivées des vols affrétés par le MAE à Roissy pour la crise de Côte d'Ivoire.

accompagnent les arrivants dès leur sortie de l'avion, leur proposant boissons chaudes, accueil, réconfort, vêtements adaptés au froid, et surtout un accompagnement personnalisé durant le parcours qu'ils ont à accomplir dans le terminal T3 avant de pouvoir gagner la sortie. L'accueil s'organise en trois salles (Fig. 2).

La première salle est dévolue à l'accueil assuré par les volontaires de la Croix-Rouge et du Secours Populaire. La deuxième salle est consacrée aux soins. On y trouve :

- la CUMP et son Poste d'Urgence Médicopsychologique (PUMP) (Fig. 2 : n° 1 à 8). Des espaces distincts ont été aménagés pour les adultes et les enfants, afin que les uns et les autres puissent recevoir des soins de manière séparée. Ce point est particulièrement important (cf. *infra*) ;
- des médecins du SAMU 93 et du Service Médical d'Urgence de Roissy organisés en Poste Médical Avancé (PMA) (Fig. 2 : n° 11) ;
- des médecins-légistes, chargés de constater des traces de violence (physique ou sexuelle), en cas de souhait de dépôt de plainte par les rapatriés ;
- un « espace bébé » (Fig. 2 : n° 9) dans lequel les jeunes mères peuvent prendre soin de leur bébé, le nourrir, le changer, le masser ;
- et enfin un espace réservé aux mineurs non accompagnés (Fig. 2 : n° 10).

La troisième salle est celle du parcours administratif. De nombreuses institutions sont présentes : la préfecture, la police (enregistrement de plaintes), la brigade des mineurs et la DDASS (mineurs isolés), les structures chargées d'organiser un hébergement d'urgence, de mettre en place le Revenu Minimum d'Insertion, la Couverture Maladie Universelle, l'inscription des enfants à l'école, et l'équipe du ministère de l'Intérieur chargé notamment de l'établissement de papiers d'identité, et dont le « visa » est indispensable pour pouvoir quitter la salle.

La présence de ces nombreux partenaires et l'efficacité de leur intervention nous ont permis de nous centrer sur le tra-

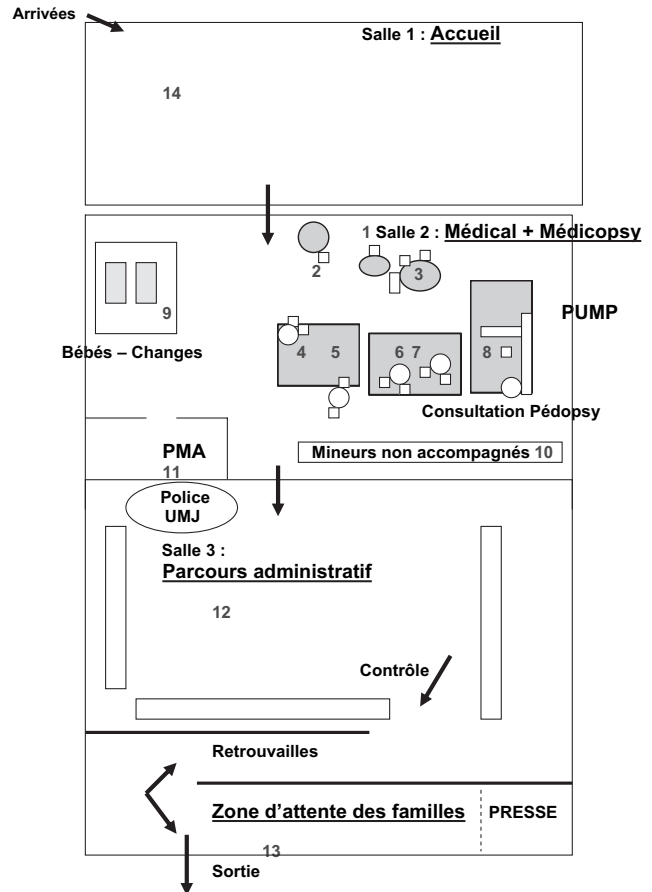


Fig. 2. Plan du dispositif d'accueil au terminal T3, et les 14 points de consultation où intervenait la CUMP (PMA = Poste Médical Avancé ; PUMP = Poste d'Urgence Médicopsychologique, UMJ = Urgences Médico-judiciaires).

vail clinique, sans qu'il nous soit jamais demandé d'intervenir pour des situations qui auraient relevé d'un problème somatique, social, administratif : un espace thérapeutique était possible. De plus, sur un plan « géographique », l'ensemble des rapatriés arrivaient au même terminal, ce qui avait permis d'organiser et de systématiser la filière de prise en charge. La nécessité de passer différentes formalités et d'obtenir l'agrément du ministère de l'Intérieur conduisait à bloquer les personnes plusieurs heures dans l'aérogare, ce qui nous laissait davantage de temps pour travailler, mais en retardant les retrouvailles avec leur famille, cela produisait régulièrement des moments de tension difficile.

Tout cela nécessitait que nous intervenions dans la salle médicale (Fig. 2 : points de consultation 1 à 11), mais aussi dans la salle administrative (12), auprès des familles en attente (13), et dans la salle d'arrivée (14), dont de nombreuses personnes rechignaient à sortir, effondrées ou sidérées, se sentant trop mal pour affronter ce qui les attendait.

La population qui arrivait frappait par son hétérogénéité : certains étaient des chefs d'entreprise, des notables, des militaires, d'autres étaient partis en tant que coopérants, certains étaient enfants de colons et n'avaient connu que l'Afrique, quelques autres étaient déjà en Côte d'Ivoire dans une situation sociale plus que précaire, témoignant souvent de

l'échec d'un projet « d'installation » en Côte d'Ivoire, certains avaient quitté en France une situation personnelle ou sociale qui leur était insupportable, avec un espoir, aujourd'hui brisé, de « seconde chance » ou de « nouvelle vie ». Les couples mixtes étaient nombreux, de même que les ressortissants franco-libanais.

Sur le plan des événements vécus, les situations étaient là encore très variables : tous avaient été pris dans un climat de haine et de danger jugé « soudain, incompréhensible ». La menace dans les rues était bien réelle. Les écrans de télévision auxquels étaient rivées les familles diffusaient des images de cadavres de Noirs mutilés, le commentaire précisant que c'était là « l'œuvre des Blancs ». Des cadavres gisaient dans la rue. De nombreuses maisons avaient été attaquées, des familles séquestrées et menacées de mort, il y avait eu des violences physiques et sexuelles dont les ressortissants français avaient été victimes ou témoins. Les maisons et les biens avaient été détruits.

Nous étions donc face à des situations où se combinaient, à des degrés divers, souffrance anxieuse, souffrance traumatique, et souffrance liée à la perte : perte des biens et pertes narcissiques.

Notre activité clinique a été intense (Fig. 3), puisqu'elle a permis de voir en entretien prolongé 497 patients (9,15 % des arrivants), et en entretien plus bref 990 patients (soit 18,2 % des arrivants). Cela a nécessité le concours de près de 70 cliniciens, et 1 000 heures de présence sur le site. Les CUMP des autres départements d'Ile-de-France ont dû être appelées en renfort.

3. Le déroulement de l'intervention pour la crise asiatique

Le 26 décembre 2004 au matin (1 h 59, heure française), une série de séismes de forte intensité frappa la côte ouest de Sumatra. La secousse la plus importante (8,9 sur l'échelle de Richter) provoqua un tsunami d'ampleur exceptionnelle, qui affecta avec des degrés de gravité variables différents pays du pourtour de l'océan indien : Indonésie, Thaïlande, Malaisie, Inde, Sri Lanka, Bangladesh, Birmanie, Maldives, Seychelles, Réunion, Kenya, Somalie, Tanzanie, causant plus de 250 000 morts et disparus.

Dans la journée, le ministère des Affaires Étrangères (MAE) sollicitait la préfecture de Seine-Saint-Denis pour organiser l'accueil à Roissy des ressortissants français en

provenance de cette zone géographique. Un dispositif de soins était mis en place à Roissy dès le lendemain matin par le SAMU 93.

Dans les jours suivants, des cellules d'accueil étaient mises en place par le SAMU mondial, à la demande du MAE, à Bangkok, Phuket et Colombo.

Le 26 décembre 2004 : mise en alerte de la CUMP 93 par le SAMU 93. Demande de la préfecture de Seine-Saint-Denis de mise en place d'un poste d'urgence médicopsychologique (PUMP) à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle à partir du lendemain matin 5 h 00, et pour une durée indéterminée. Le PUMP est intégré à un dispositif plus large, présentant des similitudes avec celui mis en place en novembre pour l'accueil des rapatriés de Côte d'Ivoire.

Le 27 décembre 2004 : mise en place du dispositif et accueil des premiers arrivants au terminal T3. Mise en alerte et demande de renforts aux CUMP des départements limitrophes.

Le 7 janvier 2005 : le dispositif mis en place par la préfecture est levé après 12 jours d'activité quotidienne. La CUMP reste en alerte pour encore une semaine, avec déplacements itératifs à Roissy en cas de besoins identifiés par le médecin du Service Médical d'Urgence de l'aéroport. L'alerte est levée le 14 janvier.

Les ressortissants français rapatriés dans le cadre de cette urgence étaient souvent des vacanciers, qui, en revenant, retrouvaient leur statut social, leur entourage affectif et leurs biens. En revanche, en plus d'avoir été pris dans des événements à fort potentiel traumatogène (être emporté par l'eau, être témoin de noyades, de destructions, expositions aux corps), certains avaient à faire face à des pertes massives de membres de leur famille. Des parents, des enfants, des bébés avaient disparu. Ceux-là s'étaient souvent retraumatisés en cherchant leurs proches dans les masses de corps qui jonchaient le sol, et bientôt des morgues de fortune. Certains rentraient avec des urnes funéraires contenant les restes de leurs proches, d'autres n'avaient que d'insupportables incertitudes. La Fig. 4 montre l'activité clinique intense que nous avons eu lors de cette période, soit 437 entretiens dont 148 brefs, et 249 approfondis.

Notre intervention était rendue plus complexe par les modalités d'arrivées des gens, sur des vols réguliers, répartis aux différents terminaux et à des heures variables. Nous avons contourné cet obstacle en demandant à la Croix-Rouge, dont les volontaires étaient présents à l'arrivée de chaque avion, de distribuer des feuilles d'information, et de proposer aux personnes

Nuit	Nombre d'Arrivants	Entretiens approfondis	Entretiens brefs	Total
J1	896	95 (10.6%)	165 (18.4%)	260 (29%)
J2	985	55 (5.6%)	133 (13.5%)	188 (19%)
J3	803	63 (7.8%)	108 (13.45%)	171 (21.3%)
J4	981	74 (7.5%)	188 (19.2%)	262 (26.7%)
J5	1141	144 (12.6%)	155 (13.6%)	299 (26.2%)
J6	321	35 (10.9%)	112 (34.9%)	147 (45.8%)
J8	307	31 (11.5%)	129 (47.8%)	160 (59.2%)
Total	5 434	497 (9.15%)	990 (18.2%)	1 497 (27.4%)

Fig. 3. Activité clinique de la CUMP lors de la crise ivoirienne.

Date	Consultations			Entretiens brefs à Roissy	Total
	À Roissy	Post-immédiat à Avicenne	Follow-up téléphonique		
27/12/04	14	-	-	34	48
28/12/04	26	-	-	25	51
29/12/04	59	2	-	47	108
30/12/04	33	2	-	11	46
31/12/04	30	-	3	15	48
01/01/05	18	-	-	2	20
02/01/05	14	-	-	5	19
03/01/05	19	4	4	2	29
04/01/05	8	-	2	4	14
05/01/05	7	-	6	-	13
06/01/05	1	3	3	-	7
07/01/05	-	-	6	-	6
08/01/05	3	-	1	3	7
09/01/05	-	-	-	-	-
10/01/05	-	-	3	-	3
11/01/05	3	-	-	-	3
12/01/05	-	-	-	-	-
13/01/05	-	-	-	-	-
14/01/05	-	1	6	-	7
15/01/05	-	-	1	-	1
16/01/05	-	-	-	-	-
17/01/05	-	-	6	-	6
18/01/05	-	-	-	-	-
19/01/05	-	-	1	-	1
Total	235	12	42	148	437
		289			

Fig. 4. Activité clinique de la CUMP lors de la crise du sud asiatique.

qui le souhaitaient d'être accompagnées vers le poste de secours médical et psychologique situé au terminal T3.

4. Les aspects opérationnels

4.1. La composition des équipes et leur fonctionnement

L'équipe de la CUMP présente à Roissy était composée de 6 à 12 cliniciens selon les moments de l'intervention, tous professionnels de santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotricienne), formés aux situations de catastrophe, et pour certains, à la psychiatrie humanitaire [1,2,7,13]. Soixante-quatre cliniciens se sont relayés pour la première intervention (1 000 heures de travail sur place), et 40 pour la seconde (environ 500 heures sur place).

Des cliniciens compétents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent étaient toujours présents dans l'équipe. Nous savions que les enfants, et particulièrement les plus jeunes, étaient souvent peu pris en charge dans ces situations de catastrophe, et nous avons souhaité développer particulièrement cet aspect [2,3,12,14]. Pour cela, lors des deux catastrophes, un accueil « enfant » spécifique avait été aménagé, à proximité du PUMP. Sous une tente, en présence de psychologues, les parents pouvaient venir avec leurs enfants, les y laisser un moment, le temps notamment d'avoir un entretien avec un clinicien pour adulte. Il nous avait semblé important de pouvoir « séparer » transitoirement les familles pour les entretiens, les parents étant vus par un thérapeute, les enfants par un autre, avant un second temps de « réunion

familiale ». Ce n'est qu'à cette condition que la parole pouvait émerger. Les parents pouvaient ainsi se « laisser aller » à exprimer leur effroi, leur angoisse, leur culpabilité ; les enfants pouvaient évoquer la peur d'avoir perdu leurs parents, le sentiment inquiétant que ces parents n'étaient pas parvenus à les protéger suffisamment, etc. Concernant les plus jeunes, nous intervenions aussi près des tables à langer, repérant des mères épuisées, en pleurs, des bébés très agités ou apathiques, et proposant des soins.

En permanence, un clinicien coordonnait l'intervention. Celui-ci ne voyait pas de patient directement, il restait près du PUMP, disponible pour les demandes de membres de son équipe, des autorités, des autres intervenants. Il était chargé d'organiser et de faciliter les soins, et d'assurer l'articulation de l'activité CUMP avec l'ensemble du dispositif. En plus du travail direct, il organisait le travail indirect avec les autres intervenants, devant parfois gérer de véritables « conflits d'intérêt » qui apparaissaient entre les différents partenaires. Dans un tel espace, ce sont des logiques bien différentes qui ont à collaborer, et les tensions qui en résultent soulignent la difficulté de la place du psychiatre au sein de la chaîne des secours, et le risque toujours présent d'instrumentalisation de notre présence.

Certains membres de l'équipe restaient près du PUMP, prêts à accueillir les premières demandes. Les autres partaient en repérage dans l'ensemble du terminal T3 : salle d'accueil, PMA, mineurs non accompagnés, salles de dépôt de plainte, salle administrative, familles en attente, zone de retrouvailles. Des besoins émergeaient régulièrement dans

ces différents espaces : une femme sidérée et prostrée refusait de quitter la salle d'accueil, une jeune femme en état de « fuite panique » post-traumatique arpenta à grand pas l'aéroport, l'air égaré, refusant de répondre à ceux qui l'abordaient, essayant de s'enfuir de manière inadaptée avant d'avoir récupéré ses affaires, un homme présentait un état d'agitation dans la salle d'attente des familles, etc. Le plus souvent, le tableau était moins spectaculaire, et nous repérons des personnes prostrées, seules, parfois en pleurs, auxquelles nous proposons des entretiens.

4.2. Les objectifs

Nous avons différents objectifs. Tout d'abord, fournir une information écrite à tous les arrivants, qui indiquait la possibilité de survenue de troubles ultérieurs, les cas dans lesquels il était alors souhaitable de consulter, et les lieux auxquels on pouvait s'adresser. La rédaction de ce document avait fait l'objet de discussions : il s'agissait d'informer sans « prescrire » de symptôme, en évitant le terme de « victime ».

Au-delà de l'information, nous devons apporter un soin aux arrivants dont l'état le nécessitait et organiser, chaque fois que possible, une orientation thérapeutique lorsqu'elle était nécessaire. Ce soin avait une double fonction : un apaisement immédiat de la douleur psychique, et un effet préventif sur le développement de troubles psychotraumatiques ultérieurs. La qualité de l'alliance nouée dans de telles circonstances est de toute première importance pour la possibilité de s'engager ensuite dans des soins.

4.3. Les moyens d'intervention

Nous avons défini trois niveaux d'intervention directe :

- remise d'information écrite ;
- entretiens brefs (quelques minutes) visant à l'évaluation (tri) des patients, permettant une intervention à type de *defusing*, ou encore de réassurance ;
- entretiens approfondis, dans une démarche clinique.

L'information avait été déléguée aux partenaires, afin que ceux-ci puissent la distribuer le plus largement possible. Sur le plan clinique, les interventions étaient très diverses. Que ce soit pour la Côte d'Ivoire ou l'Asie, les personnes qui rentraient avaient toutes vécu des histoires extrêmement différentes, selon qu'elles avaient ou non été directement agressées, selon qu'elles avaient ou non perdu des proches, selon les moments traumatiques vécus.

De plus, il y avait également une grande hétérogénéité temporelle : dans les deux cas, les arrivées ont duré plusieurs semaines. Certains arrivants étaient alors en phase immédiate de trauma, tandis que d'autres étaient en phase post-immédiate, avec des troubles déjà installés. Techniquement, cela nous a conduits à recourir à différents types d'entretiens :

- des entretiens dits de *defusing* [8] à la phase immédiate, pour les arrivants toujours sidérés ;

- des entretiens dits de *debriefing* [9,10], le plus souvent individuels, lors de la phase post-immédiate ;
- des entretiens familiaux comme signalé plus haut ;
- des entretiens à type de consultation thérapeutique d'urgence dans les cas de deuils traumatiques, de décompensation aiguë ou d'antécédents psychiatriques importants.

La dispensation d'un traitement psychotrope pour 48 heures était faite chaque fois que nécessaire. Enfin, un suivi téléphonique d'aide à l'orientation était proposé.

4.4. Le recrutement des « patients »

Il se faisait de différentes manières : certains venaient d'eux-mêmes pour une consultation ou une demande de conseil, d'autres étaient accompagnés jusqu'à nous par d'autres intervenants (volontaires de la Croix-Rouge, équipes médicales, police après dépôt de plainte...), certains, enfin, étaient repérés par nos soins. Certains des arrivants avaient été pris en charge sur place ou durant le transport par des collègues et souhaitaient refaire le point.

4.5. Autorégulation et supervision : un appareil à penser

Dès le début de ces interventions, il nous a paru indispensable de réfléchir aux possibles effets sur nous, groupe de thérapeutes, d'un tel dispositif. Des avions arrivaient, avec à leur bord 300 à 600 personnes, nous disposions d'environ deux à trois heures pour travailler. Nous avons mis à profit le « temps mort » d'une heure, qui précédait l'arrivée de chaque avion, pour organiser des réunions d'autorégulation, au cours desquelles nous reprenions les cas difficiles et tentions de travailler aussi autour des contre-attitudes que nous éprouvions. Contre-attitudes souvent violentes, à la mesure de la violence et de l'effet dévastateur des traumas rencontrés. Ce travail continu s'est poursuivi après les deux crises par une séance de supervision menée par un analyste extérieur, formé aux situations de traumas et de catastrophes. C'est ce dispositif qui nous a – croyons-nous – permis de continuer à penser durant ce travail, en évitant la sidération, et en apaisant des mouvements contre-transférentiels parfois chaotiques.

4.6. Les relations avec les médias

Il s'agit d'un problème difficile que nous ne ferons qu'évoquer. Les relations avec les médias sont complexes : le premier point est que nous devons participer à protéger les patients de toute image ou enregistrements « volés », qu'ils soient réalisés à l'insu du patient ou bien chez des patients en état de choc chez lesquels se met alors en place un « pseudo-témoignage » qui, à chaud, ne constitue le plus souvent qu'une reviviscence traumatique déstructurante, et au cours de laquelle le patient n'est plus en état de savoir ce qu'il veut transmettre. À distance, des regrets d'avoir parlé à ce moment-là, sous l'effet de la désorganisation traumatique, sont souvent exprimés. Nous devons rappeler aux patients

que le souci de témoigner, pour louable qu'il soit, doit être précédé d'une préparation minimale qui consiste à se demander pour qui, pourquoi, de quoi et comment on parle, et surtout à quel moment...

De même, les médias nous sollicitent fréquemment, et il est alors nécessaire de réfléchir en équipe à ce qui doit être dit. Jamais, bien sûr, d'histoires tellement exceptionnelles qu'elles en seraient vite reconnaissables, ce qui entrerait en conflit avec la déontologie médicale en balayant la question du secret. Des fragments d'histoires, un peu déformés pour ne pas être reconnaissables, sont préférables. Il est utile de garder à l'esprit qu'à travers de telles interviews, le psychiatre s'adresse d'une part à la population générale qu'il informe, mais aussi aux personnes impliquées, ou qui ont pu être impliquées dans d'autres catastrophes, et que son discours doit être de ce fait prudent, apaisant, avec une fonction « d'éducation à la santé », avec toujours cette préoccupation de tout médecin : « D'abord ne pas nuire. » On ne dira jamais assez les effets néfastes de phrases toutes faites, erronées sur le plan scientifique, relevant d'une psychologie de bazar, et qui figent le patient dans la souffrance et la solitude ; par exemple : « on ne peut pas faire le deuil si on n'a pas le corps du défunt », phrase entendue à de nombreuses reprises lors de la catastrophe du tsunami et qui n'a aucune pertinence.

5. Les aspects cliniques

On peut essayer de décrire les processus pathogènes rencontrés :

- des traumatismes psychiques, avec menaces, agressions, violences sexuelles, destruction volontaire des biens, séquestration (Côte d'Ivoire), avec destructions massives, des menaces brutales concernant sa vie, la vue de nombreux cadavres ;
- des deuils : diverses pertes objectales et narcissiques (biens, statut, « vie d'avant »), mais aussi deuil traumatique, avec des disparitions de proche parfois multiples ;
- la réactivation de problématiques antérieures (addictions par exemple).

Il en résultait des tableaux psychopathologiques complexes avec :

- des troubles psychotraumatiques à différents stades de leur évolution : sidération, états dissociatifs, agitation, stress traumatique aigu déjà installé ;
- des troubles anxieux divers ;
- des manifestations liées à la perte : déni, effondrement narcissique, idéation suicidaire, deuil traumatique et post-traumatique ;
- chez d'autres, des troubles non spécifiques avaient été réactivés ou apparaissaient de *novo* : tous types de troubles anxieux, addiction, troubles de l'humeur.

Une clinique finalement vaste et complexe, à laquelle aucune « recette » thérapeutique ne saurait s'appliquer, et qui nous a contraints à rester constamment créatifs.

6. Problèmes posés par le travail clinique dans ces situations

Il est important, dans de telles situations d'arrivées massives, de parvenir à voir les personnes qui pourraient le mieux bénéficier de soins. Cette identification ne peut être réalisée qu'imparfaitement par nos équipes, et elle nécessite l'implication des autres partenaires (Croix-Rouge, Sécurité Civile). Ceux-ci auront pour mission de repérer et de conduire jusqu'à nous des personnes qui n'ont spontanément pas de demande, et dont l'état paraît nécessiter des soins. Ce n'est pas aussi facile qu'il y paraît et demande une solide formation.

Le deuxième point est de parvenir à distinguer, en phase aussi aiguë, entre des manifestations pathologiques et des symptômes révélant la mise en place d'une organisation défensive qu'il serait alors catastrophique de vouloir « abraser » dans ce moment d'urgence, car cela ferait risquer au patient un grave effondrement. C'est le cas du déni de deuil par exemple, situation constatée à plusieurs reprises chez des adolescents ayant perdu leurs parents. Dans ce type de cas, en urgence, il ne s'agit pas de « lever le déni » brutalement, mais d'aider les adultes qui prennent soin de l'enfant à l'accompagner dans ce moment particulier de son travail de deuil.

Le dernier point, enfin, est que ce type d'intervention en urgence n'est pas la plupart du temps suffisant, et nécessite des entretiens approfondis plus à distance, entretiens vers lesquels nous avons essayé, autant que possible, d'orienter les patients.

7. Conclusion

La CUMP 93 et les CUMP d'Ile-de-France ont montré, à travers ces deux situations de catastrophes de grande ampleur, leur capacité d'intervention rapide, massive, et prolongée. Cela aura été, pour tous les cliniciens pris dans cette aventure, l'occasion de questionner le rôle des psychiatres et psychologues dans les catastrophes, et de constater ce que des spécialistes de la santé mentale peuvent apporter de plus par rapport aux bénévoles présents sur place : des connaissances théoriques, cliniques et thérapeutiques, un savoir-faire relationnel. Il va de soi qu'au cours de telles catastrophes, la mobilisation des deux niveaux est indispensable :

- le niveau de l'intervention dite « psychosociale » que réalisent les volontaires de différents organismes et qui s'adresse au plus grand nombre, mais n'est pas une approche psychologique ;
- le niveau des soins proposés par la CUMP, qui s'adresse aux personnes qui ont été particulièrement touchées par les événements, chez lesquelles des troubles aigus, ou déjà installés, sont repérables, et dont l'état nécessite des interventions plus spécifiques psychiatriques et/ou psychologiques.

Faire face à l'imprévisible est toujours déroutant, mais l'expérience acquise au cours de ces deux catastrophes montre qu'il est possible pour les cliniciens, travaillant en équipe, d'opposer la créativité à l'impensable.

Références

- [1] Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR. Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2003.
- [2] Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR. Soigner malgré tout. Vol 2 : Bébé, enfants et adolescents dans la violence. Grenoble : La Pensée Sauvage ; 2003.
- [3] Baubet T, Taïeb O, Pradère J, Moro MR. Traumatismes psychiques dans la première enfance. EMC-Psy 2004 ; 1 : 15-22.
- [4] Crocq L. La cellule d'urgence médicopsychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. Ann. Med. Psychol. 1998 ; 156 :48-53.
- [5] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob ; 1999.
- [6] De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2001.
- [7] Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR. Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire. Paris : Dunod ; 2003.
- [8] Lebigot F. Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates. In : De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2001. p. 93–102.
- [9] Lebigot F, Damiani C, Mathieu B. Débriefing psychologique des victimes. In : De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2001. p. 163–87.
- [10] Lebigot F, Prieto N. Importance des interventions psychiatriques précoces. In : De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2001. p. 151–61.
- [11] Louville P. Mise en place du réseau de l'urgence médicopsychologique en France. In : De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson ; 2001. p. 201–16.
- [12] Moro MR. Comment les bébés survivent dans les pays en crise ? Première analyse des conséquences psychologiques du tremblement de terre arménien sur les enfants. Devenir 1991 ; 3 : 113–22.
- [13] Moro MR. Des interventions psychiatriques en situation de crise : épistémologie critique. In : Moro MR, Lebovici S, editors. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : Face au traumatisme. Paris : PUF ; 1995. p. 9–16.
- [14] Taïeb O, Baubet T, Pradère J, Lévy K, Revah-Lévy A, Serre G, Moro MR. Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. EMC-Psy 2004 ; 1 : 23–32.

Discussion

Dr J.-P. Luauté – Vous avez signalé dans votre préambule que les médias pouvaient présenter ces interventions d'une façon schématique et donc tendancieuse ; je voudrais à ce propos savoir s'il est vrai que les pompiers lors de leur retour ont vraiment fait l'objet d'un débriefing systématique ?

Dr Feugère-Engel – Je m'interroge sur le respect du silence de certaines personnes traumatisées, en référence au travail des psy-

chanalystes aux États-Unis lors de l'attentat du 11 septembre 2001. Chacun doit pouvoir vivre son deuil à son rythme.

Pr Allilaire – J'ai été très intéressé par cette communication. Peut-on en savoir plus sur ces sujets qui, arrivant à Roissy, voulaient esquiver le contact et s'apercevaient qu'ils étaient « obligés » de rester pour les formalités de rapatriement (de police) ?

Cela aurait-il été vécu comme une « obligation » à subir l'évaluation ou le débriefing ?

Réponse du Rapporteur – Merci pour vos commentaires.

Au Dr Luauté : La Cellule d'Urgence Médicopsychologique a été amenée à prendre en charge quelques sauveteurs (pompiers, équipes du SAMU) qui présentaient des troubles aigus au retour de terrain, mais pas de manière systématique. Notre principale mission consistait à prendre en charge les rescapés, et parmi eux, ceux qui étaient le plus en souffrance. Les différentes institutions qui envoient des sauveteurs sur le terrain, qu'il s'agisse de pompiers, de la Croix-Rouge, d'autres ONG, disposent généralement de leur propre système de prise en charge de leurs membres au retour, systèmes qui obéissent à des logiques différentes.

Au Dr Feugère-Engel : Tout d'abord, je dois vous préciser que la psychanalyse était la référence théorique principale de nombre des cliniciens qui sont intervenus à Roissy, et qu'il est tout à fait possible de travailler dans ce type de contexte avec cette référence-là. La question que vous posez est essentielle puisqu'il s'agit de la question du respect des défenses mises en place par le sujet dans les premiers temps de cette situation de catastrophe, pour faire face au trauma, ou à la perte, ou à la conjonction de ces deux phénomènes. Ces mécanismes précoces restent l'objet d'interrogations, et il est impératif que notre intervention ne vienne pas déstabiliser un équilibre subtil en train de se mettre en place. Chacun vit des choses différentes, dans une temporalité différente, et notre intervention doit être adaptée à cela. C'est la raison pour laquelle il n'y a pas de schéma-type d'entretien. Enfin, la parole ne doit jamais être forcée (nous ne nous situons pas dans une « utopie prophylactique ») mais la proposition d'une possibilité « d'interlocution », pour reprendre le terme de François Lebigot, est en revanche toujours bénéfique.

Au Pr Allilaire : Nous avons essayé de faire attention à cela. Parmi ces personnes, qui avaient esquivé tout contact pendant la traversée de l'aéroport, on observait des configurations bien différentes. Certains ne souhaitaient tout simplement pas parler dans l'immédiat, d'autres se sentaient au bord de l'explosion de rage ou de l'effondrement narcissique et redoutaient les effets que la parole pourrait avoir sur leur capacité à se contenir, d'autres enfin présentaient de vrais états dissociatifs à type de fuite panique ou de comportement automatique. Nous avons été « interventionnistes » pour cette dernière catégorie, considérant que leur état ne leur permettait pas d'entrer normalement en relation et qu'il reflétait un dysfonctionnement important et une souffrance psychique grave. Pour les deux premières catégories, nous avons simplement fait des propositions d'entretiens que les gens ont parfois saisies.