Psychiatrie en situation de crise : l'exemple de l'accident des journées portes ouvertes de Carcassonne.

F. Paul, S. Morogue.

Résumé

L'ouverture du feu à balles réelles sur la foule lors de l'accident des journées portes ouvertes du 3e Régiment parachutiste d'infanterie de Marine a saisi tant la communauté militaire que les habitants de Carcassonne. L'intervention d'une équipe psychiatrique sur place est ici détaillée afin de souligner les réactions psychiatriques aigues observées et la nécessaire articulation entre psychiatres et médecins d'unité. Privilégier une approche individuelle même en cas d'afflux massif de consultants reste l'enseignement principal de cette intervention en situation de catastrophe.

Mots-clés : Catastrophe collective. Débriefing individuel. Traumatisme psychique.

Abstract

THE ROLE OF PSYCHIATRISTS DURING A TRAUMATIC EVENT: THE EXAMPLE OF CARCASSONNE'S DRAMA.

During a demonstration of hostage extraction, commandos opened the fire and shot spectators. Seventeen persons were wounded. An intervention of psychiatrists was rapidly decided. Our report on this intervention illustrates the possibility of an individual approach whereas the situation was a collective drama. Psychiatric reactions are described the link between generalists and specialists as well.

Keywords: Debriefing. Traumatic event.

Introduction.

L'accident de tir survenu lors des journées portes ouvertes du 3e Régiment parachutiste d'infanterie de Marine constituera la situation de catastrophe collective a partir de laquelle nous développerons les modalités d'une intervention psychiatrique de crise. Ce drame a frappé la communauté militaire et carcassonnaise par surprise, la désorganisant initialement. Le spectre de la mort a ici jailli de façon soudaine et inattendue, un jour de fête. En ce sens, ce drame collectif apparaissait particulièrement traumatogène. Pour les médecins d'unité très sollicités comme pour les psychiatres, il a fallu rapidement surmonter l'événement pour organiser les soins.

F. PAUL, médecin principal, assisant des HA. S. MOROGE, interne des HA.
Correspondance : F. PAUL, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille cedex 13.
E-mail : paul.hialaveran@orange.fr

L'évènement.

L'accident est connu de tous. À l'occasion d'une journée de portes ouvertes, les militaires de la caserne du 3e Régiment parachutiste d'infanterie de Marine (3e RPIMA) se sont livrés, en fin de journée, à une démonstration de libération d'otages en présence de spectateurs carcassonnais et des familles de militaire. Mais le spectacle tourne au drame. L'un des soldats (membre d'un groupe d'élite, groupe commando parachutiste (GCP)) ouvre le feu à balles réelles sur la foule. Le bilan est lourd : dix sept personnes sont blessées, dont quatre grièvement. Parmi elles, cinq enfants dont « *le petit Gabriel* » plus gravement atteint, dans un état critique. Immédiatement les militaires s'organisent pour limiter le mouvement de foule, évacuer les impliqués et préparer la venue des secours pendant que d'autres, dont quelques médecins, mettent en condition les blessés. Passé le temps de prise en charge et de l'évacuation des blessés, les militaires sont rassemblés, sonnés par l'ampleur du drame et son relais médiatique. Les médecins

du régiment, parmi les nombreuses tâches qu'ils ont à effectuer, décident en lien avec le commandement de solliciter la venue de la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre.

Le climat au sein du régiment.

Il est bien difficile de rendre compte du climat au sein du régiment avant l'intervention.

Le mouvement le plus net était celui de la cohésion, de la solidarité et d'un activisme réparatoire.

Le souci de l'état de santé des victimes et la poursuite de la préparation à la mise en condition du régiment pour un départ imminent en Afghanistan rythmaient une vie régimentaire très perturbée.

Tenter de se replonger dans le quotidien s'avérait difficile quand sur toutes les lèvres un même impensable revenait : « *ce devait être une fête, c'est devenu une scène de terrorisme en plein cœur de la ville* ».

Les autres points notables de ce temps de préparation sont le temps de la justice (audition et mise en examen du sous-officier ayant tiré), le temps médiatique.

Le poids hiérarchique pesant sur le commandement et les médecins du régiment était fort : intervention des États-majors, demande de comptes rendus pluriquotidiens des conseillers des ministères.

Le spectre de la dissolution du régiment était en toile de fond.

« *L'épée de Damoclès* », « *l'incertitude du lendemain* » paralysaient la communauté militaire du 3e RPIMA, une communauté épuisée physiquement, groguie, confinée dans le quartier depuis 48 heures.

Un autre point était l'afflux massif de demande de consultation.

Leur chiffre avait grandit à mesure de contacts téléphoniques que nous pouvions avoir avec les médecins d'unité.

Préparation de la mission.

D'emblée l'indication d'une intervention de la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l' armée de Terre (CISPAT) a été retenue.

Le Médecin chef du régiment ainsi que le Chef de corps ont immédiatement déclenché une demande d'intervention de la CISPAT.

Dans un premier temps ce fut le psychiatre d'astreinte de l'HIA de rattachement, ici Marseille, qui a réceptionné cette demande et l'a transmise au consultant national pour la psychiatrie dans les armées.

Dès le lendemain les modalités de l'intervention étaient envisagées en lien direct avec le Médecin chef du régiment.

Celui-ci colligeait auprès des différentes compagnies les demandes de consultations :

– Quelle modalité d'intervention allait être retenue ?

– Débriefing collectif ou individuel ?

– Dans quelle mesure l'existence d'une faute contre-indiquait-elle les débriefings collectifs ?

– Dans le chaos du drame comment faire pour recevoir les victimes, les militaires témoins, leur famille, les habitants de Carcassonne venus ce jour-là aux portes ouvertes du régiment ?

Pour eux la Préfecture avait d'ores et déjà mis un dispositif d'écoute en place :

– Comment s'articuler avec nos confrères civils ?

À mesure des entretiens téléphoniques une intervention au 4e jour, un peu à distance, se dessinait.

Ce temps de préparation, dépassant 48-72 heures, permettait d'affiner l'organisation de la venue de la CISPAT.

Le schéma initial d'intervention retenu était le suivant :

– des débriefings collectifs pour les membres du Groupe commando parachutiste (GCP), malgré la notion de faute, en s'appuyant plutôt sur la forte cohésion de ce groupe, lui-même dans l'attente d'être démantelé ;

– des entretiens individuels sous la forme de débriefings individuels.

L'ampleur des demandes de consultation (plus d'une centaine) conditionnerait les moyens humains à engager : l'intervention se déroulerait sur trois jours. Le premier jour se sont deux psychiatres de l'HIA Laveran et deux psychologues cliniciens de la CISPAT qui sont intervenus de même que le second et le troisième jour.

La préparation de l'intervention s'est poursuivie le jour même de celle-ci.

Le médecin chef nous a reçus pour nous montrer le lieu de l'accident. Succinctement il nous en a décrit le déroulement.

D'emblée il est apparu que certains petits groupes avaient été constitués spontanément autour de la prise en charge d'une victime. Ainsi on pu être définies plusieurs autres modalités d'entretien :

– des interventions de groupe à type de débriefings collectifs autour des petits groupes de secouristes de circonstance qui s'étaient spontanément formés ;

– des entretiens familiaux sont également décidés. Certains militaires ont en effet émis le souhait de consulter avec leurs familles présentes sur le site au moment de l'accident.

Les entretiens.

Le temps de réflexion précédant notre intervention a permis d'élaborer notre travail. Toutes les interventions n'ont pas été de même nature. La réponse n'a pas été uniquement le débriefing. Ainsi nous avons tenté de nous adapter aux différentes demandes en dégageant des solutions singulières. Privilégier l'abord individuel même dans ce cas d'afflux de consultant a été la ligne de force.

Nous avons également proposé un débriefing collectif au membre du groupe GCP et ce, malgré la notion de faute, en privilégiant l'aspect soudé de ce groupe. Nous avons tout de même proposé à tous membres du GCP un temps de parole individuel.

Des débriefings individuels ont été réalisés au profit des soignants et des blessés hospitalisés.

Un autre type d'intervention a consisté en des entretiens familiaux.

Notons enfin, la réalisation de débriefing collectif au profit des secouristes de circonstance. Dans cette même souplesse il faut souligner que certains débriefings

individuels initialement prévus glissaient parfois, au grès de la rencontre avec les soignants, vers une consultation psychiatrique moins centrée sur l'évènement.

Envisageons plus en détail les réactions observées.

Les réactions observées.

Les réactions d'effroi.

Nous tenions à souligner leur repérage difficile dans le temps de l'intervention d'urgence.

Les réactions d'effroi (1) sont exprimées avec pudeur « j'étais sans bouger, passif, mes jambes ne me portaient plus, à regarder le Sergent la tête entre les mains ». « Le temps s'était arrêté ».

D'autres fois le saisissement de l'effroi pointait à travers un mutisme, une suspension du langage.

Quelques patients nous rapporteront avoir eu « *une panne* », « *c'était comme une coupure* ».

Un écran à l'effraction ?

Membre du commando expérimenté Monsieur K. se livre volontiers à l'entretien.

Il a sécurisé d'emblé l'arme du Sergent puis a participé aux secours.

Il explique avoir été « *chosifié* ».

Il s'est mis à la disposition des médecins dans l'urgence qui « se servaient sur lui, prenant des pansements compressifs disposés sur son brelage ».

Il revient peu à peu sur l'accident et m'explique « *avoir été choqué pendant 5 secondes* » quand il a ouvert le feu.

Un écran de fumée était alors présent (utilisation de fumigènes pour simuler une exfiltration), il a entendu dans le même moment le bruit des balles réelles.

Une image a alors jaillie lors de la dispersion de la fumée pendant « *un temps très court de 2 secondes à peine, l'image d'une opération passée à Al-Salman dans le Golfe* » a fait irruption. Une image dans laquelle ses collègues militaires avaient sauté sur des mines antipersonnelles.

Cette image s'est effacée à mesure de la dispersion de la fumée pour laisser place à la vision de ce qu'il appelle « *une scène de terrorisme* ».

Subagitation et protection.

Un sergent se présente subagité. D'emblé il est assez projectif et il débute l'entretien par « *le meilleur des chirurgiens peut oublier une compresse* ».

Il consulte sur les conseils d'un membre plus gradé du Groupe commando parachutiste qui le trouve « *tendu depuis le drame* ».

Lui répète itérativement que tout va bien.

Assez défensif, il est très factuel dans la reprise de l'évènement, son récit est peu chargé d'émotion.

Il donne l'impression de se contenir.

Dans un moment de relâchement, il nous tutoie puis se ressaisit.

Il reprend le discours collectif des GCP, cependant un point plus personnel de son vécu émerge quand il nous indique « *que les opérations habituelles ont un caractère secret, clandestin, le drame lui est survenu en public devant tout le monde* ».

L'entretien est court, il préfère consulter son médecin d'unité plus tard.

L'état de stress aigu.

Informé avant notre arrivée sur la possibilité de survenue de trouble du sommeil, l'engagé D. avance d'emblée ne plus dormir depuis l'accident. Aussi bien veillant que dormant une image fait éruption. Celle « *du petit Gabriel* » le bras en sang, déformé « *exactement tel que je l'ai vu* » précise t-il. Cette image le surprend soudainement « *même quand je fais autre chose* ». Cuisinier au régiment, il m'explique avoir « *fait tout ce qu'il pouvait* »… « *mais les médecins s'occupaient déjà de lui* ». « *J'étais là passif à regarder en tenant la perfusion* ». Rapidement il s'éloigne du récit de l'accident et enchaîne « *pourtant j'ai vu des choses pas belles* ». Il fait ici allusion à son père décédé il y a quatre ans. La mère de M. D. lui avait tiré dessus, « *s'en était trop* », elle est actuellement en prison pour ce meurtre. Il justifie le passage à l'acte de sa mère en rapportant la violence de son père, ses agressions sexuelles sur ses frères, « *les humiliations* » qu'ils ont subi.

L'héritage vient à peine de se régler, il y a quinze jours. Le patient indique être en difficulté depuis deux semaines. Il rumine autour de son passé et de ses carences affectives. Il se donne dans le sport, en perçoit le caractère pathologique : « *c'est une drogue* » « *je me noie dans la course* », puis dit « *j'ai peur de retranspirer ça sur mes enfants* », se décrivant plus irritable avec sa famille. L'entretien déborde le cadre du débriefing à la demande du patient. État de stress aigu et violent retour de la question de la mort caractérise sa réaction initiale.

Les réactions de désadaptation à l'institution.

Celles que nous avons pu observer sont de deux natures différentes.

Soit l'événement est venu révéler une désadaptation ancienne à l'institution soit l'accident est venu cruellement souligner la dangerosité des armes remettant en cause le lien à l'institution. Ce second cas était particulièrement à l'œuvre chez les jeunes recrues, encore à l'instruction au moment du drame.

Ce jeune engagé au quatrième mois de service rapporte son vécu de l'événement. Sa compagne enceinte de quelques mois assistait à coté de lui à ce « *qui devait être une joie* ». Les balles ont ricoché à ses pieds. « *Après cela, elle ne supporterait pas que je sois blessé* ». Le patient bien que très investi par l'institution vient de demander le matin même à son chef de section de résilier son contrat. Cette courte vignette clinique interroge sur le devenir de ces patients, qui, réformés pour raison médicale peuvent retrouver la vie civile selon leur souhait et développer dans l'après coup, après la classique phase de latence une névrose traumatique.

L'effondrement dépressif.

Cet officier se présente les traits tirés par la fatigue et par des troubles du sommeil initiaux qui ont rétrocédé. Le cours de la pensée est ralenti. Il se contient pour ne pas s'effondrer et par pudeur, ne veut pas faire part de ses difficultés personnelles. À distance de l'accident, il a été employé à organiser l'évacuation des lieux. Il partage la culpabilité collective tout en faisant part de sa volonté de quitter le régiment. Il semble comme ailleurs. Nous apprendrons en fin d'entretien qu'il est en instance de divorce.

Le patient est renseigné sur les signes cardinaux de la dépression, plus que sur ceux d'un État de stress post-traumatique (ESPT).

Le bilan chiffré de l'intervention.

La reprise de l'ensemble des fiches de consultation nous a permis de distinguer schématiquement les patients pour lesquels aucun trouble psychiatrique n'était objectivé. Ils présentaient un bon contact et l'examen clinique ne retrouvait pas d'affection psychiatrique évolutive. Ces patients représentaient 106 personnes sur les 130 fiches de consultation récupérées. Nous avons pu dégager 24 personnes ayant soit une réaction initiale à l'accident inquiétante, soit des manifestations psychiatriques aigues lors de l'entretien individuel.

Parmi ces 24 patients nous avons pu répertorier les réactions suivantes :

– 4 d'entre eux présentaient un état de stress aigu ;

– 7 d'entre eux présentaient des réactions de désadaptation à la vie militaire, souhaitant interrompre leur contrat au décours du drame, 5 d'entre eux étaient à l'instruction, 2 étaient des militaires plus chevronnés souhaitant interrompre leur carrière à l'issu de leur contrat ;

– 7 personnes présentaient des réactions anxieuses à type de ruminations anxieuses autour de l'accident.

Ont également été regroupés parmi ces 24 réactions préoccupantes les réactions initiales à l'évènement suivantes :

– pour trois militaires une réaction de mutisme et d'hébétude initiale ;

– pour un d'entre eux la survenue d'une ivresse aiguë le soir de l'accident ;

– pour un la présence d'un trouble du sommeil invalidant ayant nécessité une prescription d'hypnotiques et une réévaluation clinique le lendemain ;

– et enfin la réaction inadaptée d'un auxiliaire sanitaire secouriste du régiment. Elle a consisté en une fascination morbide et en valorisation excessive des soins qu'il avait pu prodiguer ;

– seuls 2 consultants ont fait l'objet d'une prescription de psychotropes.

Dans le souci du devenir des patients nous sommes réintervenus auprès des militaires de Carcassonne sept jours après notre premier passage. Ainsi nous avons pu recevoir en entretiens individuels onze militaires.

Enseignements cliniques et discussion de cette intervention.

Faut-il intevenir ?

Cette question n'est pas un « allant de soi » pour De Soir (2). Nous sommes pourtant bien habitués à entendre la voie rassurante de journaliste indiquer « qu'une cellule de soutien psychologique a été mis en place ». Le déploiement de moyens psychologiques est souvent avancé comme un soutien, une prise en compte, une assiette de plus dans la pile d'assiettes de ce qu'il faut faire en cas de drame. Les exemples sont nombreux, l'un d'eux issu de notre expérience est assez illustrant. Après le meurtre d'un bijoutier de la région, la mère du défunt, qui a assisté au braquage et à l'assassinat de son fils est orienté par le SAMU sur l'hôpital Laveran, directement dans le service. Nous recevons la dame « à chaud » pour un court *defusing*, organisons la venue des membres de sa famille pour la récupérer. Celle-ci demande de façon tout à fait adaptée à reconsulter son médecin traitant qui la suit depuis plus de vingt ans. Un courrier succinct de liaison est remis à la patiente, son généraliste joint au téléphone et informé de la possibilité de la ré-adresser en cas d'émergence d'une affection psychiatrique. À peine la patiente avait-elle quitté le service que deux psychologues « de la mairie », comme elles se sont présentées, font irruption dans le service. Après nous avoir interrogé sur nos pratiques, nous avoir rappelé leur spécialisation dans la prise en charge de victimes, elles ont indiqué vouloir revoir quand même la patiente ultérieurement. Cette courte vignette illustre bien des dérives : quels sont les enjeux narcissiques de ces interventions au cœur de l'actualité, que signifie cette « bonne » façon de faire ? Quel est le niveau d'indépendance des soignants vis-à-vis des autorités (politiques ou le commandement dans les Armées) ?

Le rapport aux médias.

Les risques d'une couverture médiatique sont de plusieurs natures.

D'abord, il importe aux soignants de protéger les victimes. Certaines, interviewées à chaud, peuvent livrer des informations, un vécu, qu'elles regrettent dans l'après coup. Ce risque est particulièrement présent chez des otages libérés retrouvant brutalement la liberté. Alors le temps médiatique faisant immédiatement suite à leur libération ne croise pas le temps d'une réadaptation paisible au monde libre. Florence Aubenas a pu le dire avec beaucoup d'humour répondant à un journaliste qui lui demandait ce qu'elle avait à dire aux français. Elle répondit qu'elle souhaitait les laisser tranquilles. D'autres dérives dans le rapport aux médias consistent en une surexposition des soignants. L'exemple le plus caricatural est l'analyse à chaud de certains confrères après un drame, la chasuble SAMU PSY bien en évidence…

Cependant le rapport aux médias ne doit pas être stigmatisé. Ils sont un véhicule puissant de la diffusion de l'information. Diffuser par voie de presse ou par

voie radiophonique les dates, lieux, et horaires des présences de soignant peuvent favoriser un meilleur accès aux secours.

De même, tenir la population informée après un drame peut couper court aux rumeurs. L'exemple de Carcassonne est le plus éclairant dans la difficulté du rapport aux médias. Comme dans toute couverture d'événement, des informations contradictoires parfois désobligeantes ou insultantes ont circulé blessant un peu plus une communauté militaire très sensible à son image. Nous avons également souhaité nous mettre à la disposition des carcassonnais pour qu'ils consultent auprès de la CISPAT.

Cette ouverture à la prise en charge des habitants de la ville a en fait peu été suivie d'effet par manque de diffusion d'information de notre part.

Que faut-il attendre des débriefings ?

Outils de soins ayant un véritable intérêt thérapeutique ou outil de soutien permettant de mieux traverser l'impensable de l'événement, voilà en quelque sorte l'abscisse et l'ordonnée des enjeux des interventions d'urgence.

Le débriefing collectif est actuellement recommandé, voire réglementairement obligatoire dans de très nombreuses situations impliquant des victimes de catastrophes collectives. Peu d'études évaluent l'efficacité du débriefing collectif, en particulier du débriefing à la française (qui diffère des techniques anglo-saxonnes plus factuelles (3) et du débriefing de Dyregov (4)).

L'analyse de la littérature souligne le caractère soutenant (mais est-ce du soin ?) du débriefing à défaut de démontrer qu'il prévient l'émergence d'un ESPT (5).

Du point de vue psychopathologique on peut s'interroger, en particulier, sur le débriefing collectif dans ce qu'il peut avoir d'intrusif. Se dévoiler devant un groupe, livrer un sentiment intime survenu dans l'événement constitue parfois un obstacle. Rien ne garantit que la formulation de cet intime ait une valeur libérante. De même certaines formulations peuvent ne pas être entendable par le groupe. Exprimer des éprouvés violents, formuler une pensée honteuse (comme avoir eu envie de recourir a des moyens répréhensibles pour s'en sortir) peuvent choquer l'assemblée plus que la soulager ou renforcer sa cohésion. Voilà pourquoi il est important que ce soit des professionnels du soin psychologique qui conduisent les débriefings. Voilà aussi souligné l'importance d'être deux.

Réactions observées : un écart avec les données de la littérature.

Le temps de l'urgence ne se prête guère à l'analyse statistique.

Ces réactions immédiates n'ont pas été la règle lors du drame de Carcassonne.

Au contraire notre analyse chiffrée relève qu'elles ont été plutôt rares.

Rares également ont été les syndromes psychotraumatiques précoces.

Pour quatre personnes, les cauchemars sont apparus dès les premières nuits ainsi que les reviviscences diurnes.

L'intervention précoce, la grande cohésion du groupe dans l'adversité du drame explique sans doute cette faible incidence

Conclusion.

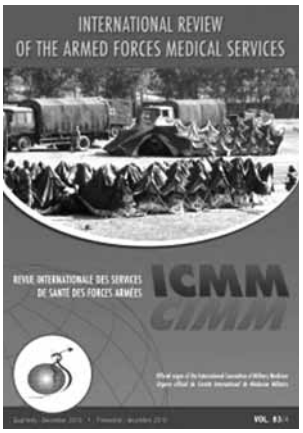
En conclusion, cette intervention illustre la possibilité de privilégier une approche singulière, individuelle même en cas de drame collectif. Cette approche a des contraintes : elle exige une forte collaboration entre psychiatre, psychologue et médecin d'unité. On peut s'interroger enfin sur la demande de soin, forte ici dans un volontariat « aux ordres », mais l'intimité de l'approche individuelle a permis de lever ce frein initial à la rencontre.

DOSSIER

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lebigot F. In Traiter les traumatismes psychiques. Ed Payot;2004.
2. De Soir E, Vermeiren E .Débriefing psychologique en question… ? Avors. Ed Garant;2002.
3. Dyregov A. Caring for helpers in disasters situations: psychological debriefing. Disaster management 1989;2:25-30.
4. Mc Farlane. The phenomenology of postraumatic stress disorders following a natural disaster. J Nerv Ment Dis 1988;176:22-9.
5. De Clercq M, Vermeiren E, Henry de Frahan B. Le débriefing après une catastrophe ne suffit pas. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 1996;3:87-91.

VIENT DE PARAÎTRE



INTERNATIONAL REVIEW OF THE ARMED FORCES MEDICAL SERVICES

Organe officiel du Comité international de médecine militaire (CIMM)

Sommaire du n° 84/3 décembre 2010

– Éditorial. (Résumé en français et anglais)

– La compréhension du terrorisme et de son impact psychologique : conseils aux commandants opérationnels. (Résumé en français et anglais)

– Réponse visuelle bioélectrique des circuits rétinocorticaux à travers des dispositifs de vision assistée (lunettes de vision nocturne). (Résumé en français et anglais)

– Bombardements de la République Fédérale de Yougoslavie. Rôle du stress et de la personnalité sur les conséquences psycho-traumatiques. (Résumé en français et anglais)

– Faux-positifs lors du dépistage urinaire des benzodiazépines : une association avec la sertraline ? Étude rétrospective de dossiers sur deux ans. (Résumé en français et anglais)

– CSATTT - Formation à la gestion des incidents médicaux majeurs dans le Service de santé allemand. (Résumé en français et anglais)

– Prévalence de la boiterie chez les chevaux d'apparat. (Résumé en français et anglais)

– Le rôle de la chirurgie militaire dans des actions autres que la guerre. Leçons du tremblement de terre de Wenchuan en 2008. (Résumé en français et anglais)

– Activité récente du Centre de réhabilitation médicale de Headley Court. Présentation et discussion. (Résumé en français et anglais)

– Utilisation de la Ketamine pour les interventions chirurgicales lors d'un tremblement de terre : Expérience du Cachemire. (Résumé en français et anglais)

*ISSN : 0259-8582 – Revue internationale des services de santé des forces armées – **NEP** – 13 rue Portefoin, 75003 Paris France – Tél. : +33 (0) 1 40 27 88 88 – Fax : +33 (0) 1 4027 89 43 – E-mail : nep@wanadoo.fr Abonnements : pour 1 an : 60 € – prix d'un n° : 20 €.*