La question du lien lors d'interventions en situation exceptionnelle : à propos de la libération des otages du *Ponant*.

S. Perez, F. Paul.

Résumé

En avril 2008, les membres d'équipage du navire de croisière *Ponant* sont pris en otage par des pirates somaliens. Un dispositif militaire sans précédent est mis en œuvre pour leur libération. Il est appuyé par un ensemble médico-chirurgical embarqué, comportant la présence d'un psychiatre. Nous décrivons le déroulement de l'intervention précoce de ce dernier et les écueils dans la continuité de la prise en charge psychique des otages au-delà de son action.

Abstract

THE ISSUE OF CONNECTING PSYCHIATRIC CARE IN SPECIAL EVENT. THE EXAMPLE OF THE LIBERATION OF THE *PONANT* HOSTAGES.

In April 2008, the crew of the cruise ship *Ponant* was held hostages by Somalian pirates. An unprecedented naval operation was deployed in order to free them. A medico-surgical team, including a military psychiatrist supported the military action. We describe the early psychiatric intervention to the benefit of the hostages and the difficulties in connecting specific cares beyond.

Introduction.

Qu'en est-il de la communication, et plus particulièrement du lien et de l'articulation entre intervenants spécialisés dès lors qu'un dispositif « médico-psychologique » est mis en place? S'il est courant de s'interroger sur comment travailler avec des praticiens, des logisticiens, des décideurs appartenant à des champs de compétence qui ne sont pas le nôtre, il est plus rare de s'arrêter sur la façon dont travaillent entre eux les professionnels de la « santé mentale » – selon l'expression consacrée. Nous allons voir qu'elle ne relève pas d'une évidence car de nouvelles formes d'exercice sont apparues et s'imposent du fait de l'évolution de la demande politique et sociale. Les psychiatres militaires n'y échappent pas, car ils sont de plus en plus souvent engagés dans des actions qui dépassent leur milieu naturel et qui les exposent donc, d'autant plus, au choc des « cultures ». L'époque où nous pouvions fonctionner, non pas en vase clos, mais en revendiquant une spécificité partagée par la majorité de nos confrères civils est passée. Nous restons, pour l'instant, libres dans le choix de nos références, qui ont toujours une influence sur le « style » du psychiatre, mais nous devons composer avec d'autres façons de penser et de faire, qui sont, après tout, tout aussi valables, et même pour certaines en passe, nous dit-on, d'être scientifiquement validées. Qui serions-nous pour dire le contraire ? Nous avons le droit d'en penser ce que nous voulons, mais cela ne change rien au fait que nous ne travaillons pas seuls, ni dans l'institution ni au-delà et qu'il nous faut donc réfléchir à cette question avec pour seul et unique objectif le souci de nos patients, ici ceux que nous rencontrons dans le cadre de notre pratique en situation exceptionnelle.

S. PEREZ, médecin en chef, praticien certifié. F. PAUL, médecin principal, praticien certifié.
Correspondance : S. PEREZ, service de psychiatrie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille cedex 09.
E-mail : sylvie.perez@free.fr

Un exemple de situation exceptionnelle.

Nous souhaiterions prendre pour exemple ce qui s'est passé autour de la prise en charge des otages du bâtiment

de croisière le *Ponant*, au cours de la mission « Thalathine », au large des côtes somaliennes, en avril 2008. Nous ne reviendrons pas sur les faits eux-mêmes et le contexte géopolitique qui les entourent. Nous insisterons plus sur l'insertion du psychiatre dans ce type d'intervention et l'aborderons non pas sous l'angle de la technique mise en œuvre pour la prise en charge des impliqués (qui ne sort pas des principes habituels) (1), ni même de son organisation pratique, mais sous celui du lien avec les autres intervenants de la « sphère psychique », car même au milieu de l'océan, malgré le *black-out*, avant et après, un psychiatre n'est jamais vraiment seul. Il faut dire qu'à présent, qui dit événement sortant de l'ordinaire, dit « cellule médico-psychologique ». Ce que ce terme recouvre, à vrai dire, peu le savent et ne posent d'ailleurs pas la question. Ce qui est sûr, c'est que dans le même mouvement, pour le profane, celui de « psychiatre » est instantanément évacué. Un signifiant chasse l'autre. Que vous soyez éventuellement seul(e) à intervenir ne change rien à l'affaire : vous êtes, vous matérialisez la fameuse « cellule » dont la seule présence semble déjà avoir des effets. Il est toujours un peu pénible de passer d'un être pensant complexe à une unité indifférenciée, et de s'accommoder d'un glissement que l'on pourrait interpréter comme une nouvelle et très subtile forme de résistance au fait psychique. Ce glissement peut de plus, comme ce fut le cas ici, générer des hiatus inattendus dans le processus global de prise en charge des victimes.

Précisons les particularités de l'intervention. Il y en a deux. La première est qu'elle débute non seulement après l'événement mais dans son cours, puisqu'au moment où le concours du psychiatre est requis, les otages ne sont pas encore libérés, rien ou presque n'est connu de leurs conditions de détention, rien non plus sur les conditions dans lesquelles se fera leur libération – qu'il s'agit justement d'obtenir, par la négociation ou de « vive force ». La seconde particularité est que le psychiatre est transporté au plus proche de ce qu'il est possible de faire pour assurer les soins immédiats et post-immédiats, et ce à bord d'un bâtiment de la Marine nationale. Il se trouve donc dès le début entre ce qu'il connaît (le nombre potentiel de victimes à prendre en compte – par défaut, l'ensemble des otages, la technique à mettre en œuvre, le milieu dans ce cas précis) et ce qu'il ignore (le déroulement des opérations à venir et leurs conséquences en terme sanitaire, la nature et l'importance des troubles qui se présenteront à lui). Ceci dit, la surprise fait partie de la pratique psychiatrique et c'est aussi une qualité à avoir et à développer que celle de pouvoir s'adapter, adapter sa pratique, la réajuster au fil des événements sans toutefois céder sur certaines exigences techniques et éthiques. C'est avec ces éléments à l'esprit, cette conscience que les choses ne sont pas réglées comme du papier à musique que l'action débute. Et pour cela, il faut prendre place dans le cœur de l'évènement qui englobe l'intervention elle-même. Pour bien le faire, il ne faut pas craindre d'aller en quête d'informations et de conseils.

L'importance du lien.

Dès les premiers instants, nous avons donc informé nos confrères de métropole, nos pairs de ce qui se passait. Ce quasi-réflexe, commun à bon nombre d'entre nous, est un signe que s'il y a une représentation qui relève bien d'un mythe, c'est celui du psychiatre isolé dans sa tour d'ivoire. Mais comment pourrait-il en être autrement ? Un clinicien, surtout hospitalier, ne travaille jamais seul : ni avant, ni pendant, ni après la rencontre avec un patient. Plus que tout autre médecin, il sait qu'il accompagne un sujet à un moment de sa trajectoire, que ce moment soit bref ou dure plusieurs années. Avant même que quoi que ce soit n'arrive, il sait qu'il s'effacera un jour. Il s'inscrit donc dans un lien à d'autres, dans une continuité qui permettra que son acte devienne véritablement soignant. S'il a ce souci, il sera alors vraiment engagé auprès de son patient. Que les plus jeunes sachent, s'ils en doutaient, qu'à tout moment, pourvu qu'un mince réseau de communication soit disponible, ils réussiront toujours à rentrer en contact avec un plus ancien, un plus expérimenté, quelqu'un qui a déjà vécu de près ou de loin une situation comparable. Rien n'est codifié mais tout (ou presque) est possible. Certains pointeront les faiblesses d'une méthode sans protocole, sans procédure, qui consiste simplement à se parler mais elle est efficace, alors pourquoi compliquer les choses ? Peut-être le devons-nous car ici, une affaire apparemment purement militaire va très vite déborder du cadre et d'autres, encore inconnus, vont aussi venir jouer leur partition. Comme leur entrée en scène n'est pas annoncée, bien qu'elle se mette en place quasiment au moment où les militaires sont mis en alerte, la rencontre ne va pas être évidente.

La complexité de l'action.

Et puis, l'action débute. Le dispositif se met en place dans une ambiance de guerre navale et une période de *black-out* total pendant laquelle s'organise avec le commandement, le Service de santé et le Commissariat du bord, les conditions d'accueil et de prise en charge des futurs ex-otages. Plus rien ne parvient de ce qui se passe ailleurs, au-delà des coursives du bâtiment. Il faut se concentrer sur ce qu'il y a à faire pour intervenir ensuite de manière efficace le moment venu. Lorsque le processus de libération sera terminé, alors que la pression retombera pour bon nombre d'intervenants, le psychiatre devra intervenir. Le temps disponible sera de plusieurs jours puisqu'il faudra ensuite au minimum remonter les côtes est-africaines pour rejoindre Djibouti et envisager le rapatriement de l'équipage encore prisonnier. Il faut organiser l'espace et le temps à venir, impliquer certains membres de l'équipe médicale pour le bon déroulement des choses. Et puis, tout se passe (presque) comme prévu. Nous accueillons, installons, débriefons, proposons et réalisons des entretiens individuels. Nous établissons une synthèse qui servira de base au rapport de fin de mission, et ne sachant pas ce qui se passera dès lors que nous arriverons à bon port, pourra également être un support pour d'éventuelles transmissions, si elles doivent intervenir.

La complexité des interactions.

Il y a cependant un moment où les choses nous échappent. Alors que l'ensemble du bord est partagé entre

l'euphorie de la réussite de la mission et le tourbillon des sollicitations extérieures qui commencent à se multiplier au fur et à mesure que les communications se rétablissent avec le reste du monde, l'équipe médicale commence à devoir faire face à la fois à des demandes de renseignements issues de la chaîne santé et des interventions parfois intrusives des organismes d'information et des media. Il y a peu de filtres, si bien que chacun est prudemment sur ses gardes. C'est dans ce contexte qu'un appel issu d'un confrère appartenant à un autre ministère fut en quelque sorte perdu, par défaut de langage commun, par méconnaissance des pratiques des uns et des autres et par manque de communication sur ce que chacun, de son côté, était en train de faire. Il y a eu un manque évident de coordination entre deux dispositifs pourtant très complémentaires.

Le ministère des Affaires Étrangères a en effet mis en œuvre son propre dispositif d'Urgence médico-psychologique, qui bien évidemment planifie sa propre intervention. Ce qui aurait dû, avec profit, orienter l'action en cours nous échappe complètement. Nous ne saurons rien des moyens déployés par les intervenants extérieurs aux Armées, en particulier dans le domaine de la santé. Tout s'est passé comme s'il y avait une étanchéité parfaite sur cette question de l'articulation des soins et des équipes qui allaient les conduire, comme s'il s'agissait d'un détail ou peut-être d'une telle évidence que personne ne l'a orchestrée. Un défaut d'information a donc conduit à rendre aléatoire une mise en relation qui pourtant aurait du aller de soi. À ce moment-là, et malgré ce premier contact raté, il y avait encore du temps pour que le lien s'établisse. Mais rien n'est venu, ni de la part du coordinateur des différents rôles sur le terrain (qui peut-être considérait que la question médico-psychologique se réglait en « interne »), ni de notre part.

C'est la veille de notre arrivée à Djibouti qu'une « autre » cellule médico-psychologique embarque en début de soirée et n'a que peu de temps devant elle pour accomplir la mission qu'elle s'est fixée. On peut sans peine l'imaginer : organiser un ou plusieurs débriefings, proposer des entretiens individuels, faire de l'information dans la perspective du retour, de la confrontation aux media, avant l'éparpillement de tous, pressés de retrouver leurs foyers et leurs familles. Il est dommage que nous ne nous soyons pas rencontrés, mais il était finalement écrit que cela ne pouvait pas être autrement. Défaut d'information, manque de communication, méconnaissance du travail des uns et des autres ont conduit à une étonnante redite. Nous n'achevions pas notre travail et les ex-otages se trouvaient en quelque sorte mis en position d'objets d'une doctrine et d'une technique, au lieu d'en être, avant toute chose, les bénéficiaires potentiels – et nous y participions lorsque l'on examine la séquence de bout en bout.

Au-delà de l'obstacle.

Une rencontre ratée, nous le savons, n'est pas sans effet. Il nous appartient, collectivement, de lui donner une double orientation, didactique et dialectique. Elle permet de s'interroger sur ce qui l'a généré. Il est certain que l'intensité de ce type de situation est tout à fait propre, non pas à produire de la désorganisation, mais plutôt un engagement tel qu'il occasionne une sorte de scotome dans lequel chacun peut être pris. C'est ainsi que tout ce qui n'est pas anticipé peine à voir le jour. Ceci nous ramène à l'intérêt des plans d'intervention pré-établis qui permettent de se connaître, de délimiter les zones et les temps d'intervention des différents acteurs et pour tous de se mettre à l'œuvre dans une cohérence maximale vis-à-vis des impliqués.

Conclusion.

De même que nous sommes amenés à travailler en contexte multinational et à collaborer avec des confrères d'armées étrangères en opérations extérieures, il nous faut à présent dans bien d'autres cas penser au-delà de notre institution. Nous savons le faire dans notre pratique quotidienne au sein de nos hôpitaux. Nous devons aussi y être attentifs lorsque nous sommes en intervention, lors de situations exceptionnelles, en France et hors du territoire national. Cela se prépare et s'élabore. Il nous faut donc nous tourner vers des partenaires qui existent et engager une vraie réflexion sur notre nécessaire collaboration. Certains d'entre nous ont été, par le passé, confronté à des situations analogues et on peut évoquer ici les évacuations de ressortissants français, comme cela a pu être le cas en Côte d'Ivoire ou au Liban. Fort de ces expériences, peut-être pourrait-on imaginer par exemple que les schémas dit de RESEVAC tiennent compte au plus haut niveau du lien qui doit exister entre les différentes équipes médico-psychologiques. La tâche est certainement complexe, en termes d'identification des moyens existants et de planification de leur mise en œuvre conjointe, mais aussi en termes d'information et de formation de tous, puisque chaque psychiatre militaire peut se trouver un jour concerné. Mais il n'y a aucune raison pour que nous ne puissions pas nous articuler à des dispositifs existants, en amont et en aval de notre propre action – fut-elle à un moment ou un autre prise dans un dispositif militaire.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Briole Guy, « Neutralité active », in Psychiatrie militaire en situation opérationnelle, ADDIM 1998;25-34.

VIENT DE PARAÎTRE



MÉDECINS ET MALADES CÉLÈBRES

Jacques BATTIN

Préface d'Yves POULIQUEN de l'Académie française

En nous présentant des hommes illustres concernés par la maladie, Jacques BATTIN nous propose un éclairage original sur l'histoire de la médecine.

Le lecteur plonge dans les vies étonnantes de grands médecins, LARREY, PERCY, DESGENETTES, GUILLOTIN et plus près de nous Robert DEBRÉ. L'auteur nous révèle ensuite les secrets de quelques malades célèbres : MONTESQUIEU frappé de cécité, TOULOUSE-LAUTREC nain et difforme, NERVAL, MAUPASSANT et RAVEL rongés par la folie.

Bordeaux et sa région ont compté beaucoup de médecins célèbres en leurs temps : Jean-Marie CAILLAU, précurseur en psycho-pédagogie, Jean-HAMEAU, hanté par « les infiniment petits » plus de 50 ans avant PASTEUR ; Paul-Louis LANDE, légiste et maire de Bordeaux, le doyen Albert PITRES ou encore Ramond de CARBONNIÈRES, qui se pencha sur le triste sort des crétins et des cagots des Pyrénées.

L'auteur : Membre de l'Académie nationale de médecine, Jacques BATTIN est professeur émérite de pédiatrie et génétique médicale à l'université Victor Segalen Bordeaux II. Il est membre de la Société française et de la Société internationale d'histoire de la médecine. Jacques BATTIN est aussi docteur ès lettres de l'université Michel de Montaigne Bordeaux III.

Image de couverture
Paul-Louis LANDE, maire de Bordeaux et médecin légiste, s'apprêtant à autopsier ses adversaires, suicidés politiques, à l'amphithéâtre municipal. Caricature légendée ainsi : « Quel enfer !!! Comme si je n'avais pas assez d'occupations ! »
Le Martinet, Journal Politique, Satirique, Humoristique. 19 novembre 1903.

*ISBN : 978-2-35285-063-2 – Format : 16x24 cm – Pages : 352 – Prix : 25 € – **Éditions Glyphe**, 85 avenue Ledru-Rollin, 75012 Paris – www.editions-glyphe.com 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 €.*