

Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels

D. Cremniter, J.-M. Coq, N. Chidiac, A. Laurent

Il s'agit de rappeler dans l'histoire récente les différentes conséquences psychologiques et psychiatriques chez les impliqués et sujets exposés aux catastrophes qui surviennent à l'heure actuelle. Les auteurs présentent les différentes caractéristiques de ces événements en distinguant les causes naturelles, accidentelles, les prises d'otages, les actes terroristes et les conflits ou catastrophes de société. Les auteurs évoquent par ailleurs certaines conséquences en psychopathologie, notamment le deuil désigné comme traumatique chez les proches des victimes et les particularités observées chez les enfants très fréquemment exposés à ces événements. Les auteurs se réfèrent ensuite au debriefing psychologique qui est l'intervention médicopsychologique essentielle. Ils évoquent à ce titre la polémique suscitée par certaines publications anglo-saxonnes qui présentent une critique et un commentaire éclairé de l'expérience francophone. Une place à part sera dévolue aux nouveaux risques qui résultent de la mouvance terroriste internationale avec de nouvelles menaces d'attentats associés à des risques nucléaire, radiologique, biologique ou chimique. La place de la prévention est discutée au sein des protocoles thérapeutiques.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Catastrophe ; Prise d'otages ; Acte terroriste ; Conflits de société

Plan

■ Introduction	1
■ Classification des catastrophes	2
Historique	2
Principaux repérages	2
■ Manifestations cliniques au cours des catastrophes	4
Considérations nosographiques	4
Manifestations psychiatriques liées au syndrome psychotraumatique	4
Manifestations psychiatriques survenant en dehors du syndrome psychotraumatique	5
Cas particulier du deuil dans les catastrophes	6
■ Distinction entre manifestations à court, à moyen et à long terme	7
À court terme	7
À moyen terme	7
À long terme	7
■ Intervention thérapeutique	8
Premières interventions d'urgence dans le cadre du système français	9
Débriefing psychologique	9
Interventions au niveau de la communauté	10
Particularités chez l'enfant	11
Intervention thérapeutique dans le cadre des risques nouveaux	11
Aspects préventifs	11
■ Conclusion	12

■ Introduction

Compte tenu de la recrudescence des risques accidentels, des menaces nouvelles qui pèsent sur les sociétés et de la survenue inévitable des catastrophes naturelles, il importe de mettre en valeur les conséquences psychologiques et psychiatriques des événements catastrophiques de nos jours. Nous présentons ce travail à la lumière de l'expérience des cellules d'urgence médicopsychologiques (CUMP) créées en 1995, intervenues dans de nombreux événements entrant dans ce champ clinique. Nous décrivons tout d'abord les aspects cliniques des différentes formes de catastrophes en centrant notre approche autour de la conception française du trauma. Il nous semble important de distinguer les effets de la blessure traumatique de la façon suivante : indépendamment du syndrome psychotraumatique qui est pathognomonique de cette clinique, il est essentiel de repérer les manifestations psychiatriques qui caractérisent les symptômes autres que ceux appartenant à ce syndrome, qu'il s'agisse des signes caractéristiques du stress, de certains indices cliniques de la phase dite de latence ou de l'expression par laquelle se traduisent la perte, le deuil des proches dans les catastrophes.

Dans la mesure où la présence des enfants est aussi habituelle que celle des adultes sur le terrain des catastrophes, nous rappelons comment se traduit chez eux la clinique du stress et du trauma.

Du point de vue thérapeutique, nous évoquons l'originalité du système français caractérisé par l'intervention immédiate et postimmédiate des équipes spécialisées puis nous indiquons les conditions de recours au debriefing psychologique, dont la pratique en France ne suscite pas les réserves de certains de nos collègues anglo-saxons. Quant à la perspective de nouveaux risques et de nouvelles menaces, elle fera l'objet d'une attention particulière.

■ Classification des catastrophes

Historique

Le Déluge, l'Atlantide, l'Apocalypse jalonnent l'histoire de l'humanité et de ses mythes. La création même de l'univers, selon certaines théories physiques, résulterait du « Big bang ». Cette incidence du rôle des catastrophes dans le rythme de l'histoire nous apparaît également au cours de l'époque moderne. L'incendie du Bazar de la Charité à Paris et le naufrage du Titanic à la fin du XIX^e siècle, la catastrophe du Concorde en juillet 2000 surviennent lors d'un changement de siècle, comme si l'effondrement d'un mythe marquait le passage vers une nouvelle étape de l'histoire humaine.

Depuis le tremblement de terre de Lisbonne en 1775 et la célèbre controverse Rousseau/Voltaire, on repère trois modèles explicatifs de la catastrophe :

- la punition divine ;
- la nature toute puissante ;
- la responsabilité le plus souvent partagée des hommes [1].

Avant la naissance de la psychiatrie, nous citons parmi les premières descriptions, celle de Pline le Jeune concernant l'éruption du Vésuve. Associée aux découvertes archéologiques récentes, elle permet de représenter avec un réalisme très actuel le vécu des victimes de Pompéi et d'Herculanum au moment de la catastrophe.

Mais ce sont les guerres, notamment celle de 1914-1918, qui ont donné lieu aux travaux fondamentaux sur le traumatisme même si les premières observations cliniques ont été décrites par Pinel [2], puis par Charcot [3] et Janet [4]. De l'expérience de cette guerre, nous retiendrons les fondements théoriques apportés par Freud sur la névrose traumatique [5] et la découverte de la psychiatrie de l'avant [6] dont les applications thérapeutiques sont essentielles [7]. Auparavant, le traumatisme avait été au cœur de la première théorie psychanalytique des névroses [8]. Les Américains qui avaient oublié ces enseignements lors de la dernière guerre mondiale ont retrouvé l'actualité de cette clinique à l'occasion des troubles psychiatriques observés chez les vétérans du Vietnam [9]. Cela a permis de formaliser le syndrome de stress post-traumatique dans le DSM-III (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) [10], tandis que la création des « Veteran Centers » à travers les États-Unis a servi de réseau pour la prise en charge thérapeutique de ces patients.

Si l'on se réfère au Centre européen des catastrophes à Saint-Marin, on constate une recrudescence des catastrophes accidentelles depuis les années 1960, consécutive aux progrès technologiques, tandis que les changements climatiques font redouter une croissance des catastrophes naturelles. Parallèlement à cela, les guerres conventionnelles tendent à se localiser et à se limiter alors que le terrorisme est caractérisé par une mondialisation du fait de l'organisation en réseaux, des trafics en tout genre et du développement des moyens de communication. Cela constitue une nouvelle forme de guerre, imprévisible, qui peut frapper sans distinction de pays, de lieu.

On comprend dès lors que ce domaine de la psychiatrie des catastrophes qui concernait principalement la médecine et la psychiatrie des Armées, trouve aujourd'hui naturellement sa place dans le civil puisque les victimes potentielles peuvent être touchées aussi bien dans la vie de tous les jours que sur les champs de bataille. C'est la raison pour laquelle le président Chirac a créé en juillet 1995 la cellule d'urgence médicopsychologique sur proposition du docteur Xavier Emmanuelli pour mettre en place un système de soins médicopsychologiques chez les victimes de catastrophes, accidents collectifs, prises d'otages et attentats. Cela répondait à un besoin clairement formulé par les médecins anesthésistes réanimateurs travaillant dans les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et particulièrement sensibilisés aux problèmes psychologiques et psychiatriques chez les victimes et les sauveteurs lors de ces événements critiques [11]. Des expériences de prises en charge en commun, par les réanimateurs et psychiatres, avaient commencé à voir le jour

durant cette période inaugurale, notamment lors de la catastrophe de Furiani et lors de la libération des otages de l'Airbus d'Alger en décembre 1994 [12].

Principaux repérages

Concernant les événements

Il est habituel de distinguer, parmi les catastrophes, celles qui résultent de causes naturelles ou accidentelles, celles en rapport avec des attentats, prises d'otages et celles issues de situations de conflit et de guerre. Nous mettrons à part ce qui apparaît comme des risques liés à des technologies nouvelles, comme le nucléaire, ou à des menaces jusqu'alors non prises en compte. Quelle qu'en soit la nature, nous insisterons, avec Crocq [13], sur le critère spécifique qui signe la catastrophe, à savoir : un tissu social déchiré de manière brutale et soudaine où chaque individu est frappé non seulement dans son moi personnel, mais aussi dans son sentiment d'appartenance à la communauté. Le rôle des médias ne fait qu'accroître ces effets sur la société tant ils ont tendance à occuper cette place de miroir qui reflète les attentes, les craintes, les émotions de la population.

Si les événements dus à la main de l'homme, c'est-à-dire les agressions, meurtres, prises d'otages procurent davantage de retentissements psychotraumatiques que les catastrophes naturelles [14], les catastrophes accidentelles soulèvent généralement la question de la faute. Par rapport à cette conception classique, il existe des exceptions. Chaque événement a sa logique propre qui échappe aux schémas préétablis. Le tsunami de 2004, qui appartient de façon incontestable au champ des catastrophes naturelles, a provoqué chez les victimes des manifestations cliniques aussi prononcées que celles observées chez des victimes de meurtres ou d'agressions [15-17].

En outre, il existe parfois une intrication entre ces différents mécanismes. Certaines inondations peuvent résulter d'une négligence humaine : constructions effectuées dans des zones inondables, négligence dans l'entretien de digues.

Pour spécifier davantage la désorganisation sociale [13] qui résulte d'une catastrophe, nous présenterons quelques remarques distinctives concernant les différents types d'événement à la lumière de notre expérience.

Catastrophes naturelles

Tremblements de terre, éruptions volcaniques, tsunamis, comme celui du 26 décembre 2004, en sont les exemples les plus caractéristiques. On pourrait opposer la violence du traumatisme lors des tremblements de terre à son caractère plus prolongé lors des inondations [18] avec sentiment de dépouillement, de désolation et de perte [19]. Cependant, les tempêtes, ouragans, inondations comme celles de Vaison-la-Romaine en 1992 [20], dont la recrudescence est en rapport avec les modifications climatiques, touchent un grand nombre de victimes et sont à l'origine de dévastations de plus en plus fréquentes. L'expérience des missions du SAMU de France auxquelles sont désormais associées les CUMP nous permet de découvrir les manifestations cliniques immédiates et postimmédiates de ces catastrophes naturelles.

Catastrophes accidentelles

Elles concernent les transports, les sites industriels, ainsi que des incendies et des accidents avec effondrement de structure.

Accidents de transport. Avec l'avènement des techniques à la fin du XIX^e siècle, Oppenheim décrivait le premier la névrose traumatique résultant des accidents de chemin de fer [21]. Les différents modes de transport, trains, voitures, cars, navires et maintenant avions sont pourvoyeurs d'accidents catastrophiques. Leur recrudescence est la rançon des progrès de la science et de la recherche de performances techniques et économiques.

La catastrophe de la gare de Lyon à Paris en 1989 a marqué les esprits. On a, à cette occasion, parlé pour la première fois dans la presse de « blessés psychiques » à propos du traumatisme des sauveteurs.

La plupart des crashes aériens comme celui de la TWA en 1996, de la Swissair en 1998 et de Charm el-Cheikh en 2004 [22] se produisent à l'écart des zones habitées. À l'inverse, l'accident

du Concorde en juillet 2000 [23] s'est produit à proximité des habitations. Les conséquences sur le plan psychopathologique sont liées à ces circonstances. Au sentiment de perte et de deuil chez les familles et les proches des victimes se surajoute le traumatisme des populations qui se trouvent à proximité immédiate de l'accident. Cette clinique du trauma est également majeure chez les rescapés de ces accidents aériens comme celui du mont Sainte-Odile en janvier 1992.

Catastrophes industrielles. L'émanation de substances toxiques comme à Bhopal en Inde, en octobre 1983, catastrophe ayant entraîné le décès de plusieurs milliers de personnes, l'explosion de substances comme ce fut le cas au niveau de l'usine AZF à Toulouse le 21 septembre 2001 [24] illustrent ces risques et leurs conséquences sur la population. Aux aspects humains se mêlent fréquemment des questions d'ordre judiciaire. La recherche de la faute interfère avec la souffrance et le traumatisme. Le sentiment de culpabilité, si essentiel dans la pathologie du traumatisme, trouve ici un point de fixation.

Incendies. Effondrements de constructions. L'incendie du tunnel du mont Blanc en mars 1999 frappant la population tout-venant, les incendies meurtriers qui se sont produits à Paris durant l'été 2005 au niveau d'immeubles insalubres, touchant des populations socialement défavorisées, soulèvent les mêmes questions : prévention, application des règles de sécurité, responsabilité des autorités. Depuis la catastrophe de Furiani, en 1992, on a pu constater l'importance de l'implication de ces mêmes autorités dans la procédure judiciaire. Cela entraîne des changements de comportement concernant la politique de prévention. Les collectivités concernées y consacrent désormais des budgets parfois considérables [25].

Le nucléaire et les nouveaux risques

Les catastrophes nucléaires concernent un domaine plus récent de l'industrie. L'explosion du réacteur de Tchernobyl en avril 1986 représente l'accident le plus important de ces dernières années. Les conséquences humaines de cette catastrophe ont été dissimulées par les autorités soviétiques. Plusieurs milliers de victimes ont été frappées dans un rayon de plusieurs dizaines de kilomètres : décès, atteintes par des maladies cancéreuses et des leucémies. En France, les risques du nuage toxique ont été minimisés. Près de vingt ans plus tard, certaines populations du sud-est de la France réclament des comptes auprès des autorités. Ils s'interrogent notamment sur l'augmentation de survenue des cancers de la thyroïde.

En dehors de ces accidents, l'émergence de ces nouveaux risques survient également dans le domaine de la santé, notamment au niveau bactériologique ou virologique. La contamination de la viande bovine par le prion, l'émergence du syndrome respiratoire atypique sévère (SRAS), la menace de grippe aviaire, tout récemment l'épidémie de chikungunya au niveau de l'île de la Réunion illustrent ces nouveaux défis. Comme l'a montré l'épisode de la canicule durant l'été 2003, ils surviennent sans prévenir, touchant des populations, des domaines jusqu'alors insoupçonnés.

Enfin, des menaces nouvelles émergent. Elles s'apparentent au terrorisme. Il s'agit tout d'abord, de tous les actes de malveillance qui peuvent toucher et altérer le fonctionnement de la société, notamment des réseaux informatiques qui permettent d'assurer les fonctionnements vitaux dans un pays, dans une cité ou dans une entreprise. La survenue de tels événements fait désormais partie des scénarios possibles. Altérer la distribution d'eau potable pour une région, une grande agglomération est également redouté par les autorités chargées de la sécurité générale.

Attentats et prises d'otages. Situations de conflits et de guerre

Attentats. À l'heure actuelle, ils ont pris une dimension plus meurtrière avec un nombre décuplé de victimes. Le principal tournant a été l'attaque du 11 septembre 2001 aux États-Unis [26] et la destruction des deux tours jumelles de New York, symbole du commerce mondial qui organise la vie économique de notre époque [26]. Les événements qui ont suivi, attentats de Madrid en 2004 et de Londres en juillet 2005 recourant à des explosions multiples, ont eu des conséquences meurtrières et

psychotraumatiques plus importantes que les vagues antérieures d'attentats [27]. Parallèlement, tout comme au Moyen-Orient, en Palestine et en Irak, le recours à des « kamikazes », véritables bombes humaines, nous conduisent à considérer ces formes actuelles de mise en acte de violence, de destruction comme une forme d'expression brute de la pulsion de mort. Elles constituent une étape nouvelle de ce terrorisme. C'est dans cette mouvance terroriste que sont redoutées, depuis le 11 septembre 2001, des attaques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques [28-30]. On craint le recours à des bombes dites sales, c'est-à-dire contenant des déchets nucléaires [30] qui vont se surajouter aux blessures occasionnées par l'explosion.

Quoi qu'il en soit, ces attentats ont eu une influence considérable sur la prévention et les réponses proposées dans les pays occidentaux et en particulier en France concernant la prise en charge des victimes.

Prises d'otages. Elles connaissent également une ère nouvelle dans le recours à une violence plus meurtrière et barbare. À Beslan, en Ossétie en 2004, ce sont des enfants en grand nombre qui ont été assassinés. En Irak, plusieurs meurtres d'otages ont été perpétrés au moyen de méthodes semblables à celles qui avaient cours au Moyen Âge. La diffusion sur Internet des images vidéo de ces actes restaure ce qui tenait lieu, à l'époque médiévale, de place publique.

Situations de guerre. Historiquement, les situations de guerre ont largement contribué à la description des névroses traumatiques [31]. Tout comme nous l'avons signalé à propos du terrorisme, la tendance dans les guerres est de frapper davantage les populations civiles. Lors de la Seconde Guerre mondiale, celles-ci ont été exposées à des bombardements massifs ou à des déportations en camp de concentration [31].

À l'heure actuelle, l'évolution s'effectue d'un côté vers la pratique de guerres « électroniques » qui permettent de cibler les objectifs stratégiques en épargnant les civils et de l'autre vers des phénomènes qui frappent de façon massive les populations comme en ex-Yougoslavie et au Kosovo. Au Liban, dans le conflit qui vient de se produire, ces deux caractéristiques surviennent conjointement, destructions ciblées et exodes massifs. On peut s'interroger sur les conséquences traumatiques de ces nouvelles expressions des conflits armés. Le syndrome de la guerre du golfe est évoqué chez les vétérans de ce conflit [32]. Sa nature est certainement multifactorielle. L'influence des manifestations de stress et de trauma vécues par les soldats sous la menace, notamment d'attaques chimiques, est à prendre en considération parmi les autres facteurs.

Catastrophes de société

Nous terminons ce panorama en mentionnant ces événements qui concernent des rassemblements de foules qui dégénèrent en bousculades, émeutes, paniques dont les conséquences sont catastrophiques. À la Mecque, lors des cérémonies qui s'y déroulent chaque année, on assiste à des centaines, voire à des milliers de morts du seul fait de la bousculade ou de la panique.

Les tueurs fous, les meurtres sauvages, interpellent notre époque. Un homme isolé était parvenu à terroriser toute la région de Washington en octobre 2002 en commettant plusieurs meurtres totalement inattendus et imprévisibles [33]. Notre nation entière s'est élevée contre l'acte insensé d'un homme qui a soudainement abattu plusieurs membres de la mairie de Nanterre en plein conseil municipal, en mars 2002. Plus récemment, le meurtre sauvage de deux infirmières à l'hôpital psychiatrique de Pau en décembre 2004 a donné lieu à une réprobation générale et à une véritable psychose dans cette ville. Ces actes viennent bouleverser nos consciences. Leur aspect inhumain provoque un retentissement et des conséquences sociales majeures [34].

L'influence des médias est intimement liée au retentissement des catastrophes dans nos sociétés. À partir du devoir d'information qui caractérise nos démocraties émerge presque inévitablement la tendance à rechercher le sensationnel. Ce risque est d'autant plus sérieux que la compétition économique entre

médias qui se disputent l'audience pourrait conduire à passer outre les règles éthiques qui doivent entourer le devoir d'information.

Concernant les victimes

Il existe différentes classifications dont aucune n'est parfaitement satisfaisante pour préciser, repérer ceux qui vont pâtir de l'événement. Ces derniers requièrent une attention particulière pour déceler et prendre en charge les troubles qui risquent de survenir. Le terme *impliqué* est d'un usage répandu. Il n'apporte cependant pas entière satisfaction. En témoignent les interrogations non résolues qu'il suscite lors de la pratique des exercices d'entraînement en commun entre partenaires de la catastrophe, SAMU, pompiers, Croix Rouge, exercices au cours desquels la CUMP est systématiquement convoquée en tant qu'instance à part entière.

Une précision est apportée en distinguant les victimes directes, celles qui se trouvaient sur les lieux ou à proximité immédiate de l'événement et qui en ont donc perçu les effets sur elles-mêmes, et les victimes indirectes comme les familles et les proches qui se trouvaient à distance. Cette distinction est conforme aux réalités du terrain et à la clinique. Le vécu traumatique est l'apanage de ceux qui ont éprouvé les effets directs de la catastrophe tandis que les autres réagiront à cette perte brutale de façon différente suivant les circonstances. Mais ce point de vue ne répond pas à la question de savoir comment situer les sauveteurs, les décideurs, les médias et plus généralement la population générale surtout s'il s'agit d'un événement majeur qui affecte un grand nombre de personnes. Le terme même de victime ne recouvre pas les mêmes réalités suivant les circonstances. S'agit-il des personnes décédées ou bien des blessés ou encore des témoins proches affectés par l'événement ?

Une classification récente [35] tente de répondre à ces questions en distinguant :

- les victimes primaires, décédées, blessées ou rescapées non blessées ;
- les victimes secondaires qui correspondent aux familles et aux proches, qui n'étaient pas sur les lieux mais qui réagissent par rapport à cette perte brutale qui les affecte ;
- les victimes de troisième niveau qui sont les sauveteurs, les témoins sur place choqués ;
- les victimes de quatrième niveau qui sont les décideurs, les autorités, les médias ;
- les victimes de cinquième niveau correspondant à la population générale.

Cette dernière classification a le mérite de clarifier cette question, mais elle ne fait que mettre en évidence les difficultés pour répondre à des questions encore trop récentes et trop variables d'un événement à l'autre pour en tirer des conclusions qui puissent être généralisées à l'ensemble des catastrophes.

C'est la raison pour laquelle il importe de décrire la nature des manifestations cliniques habituelles au cours des catastrophes pour parvenir à éclaircir davantage ces interrogations.

■ Manifestations cliniques au cours des catastrophes

Considérations nosographiques

Dans un premier temps, il nous semble important de souligner les problèmes nosographiques posés par la pathologie psychotraumatique [36]. Le DSM [10] a repris la clinique de la névrose traumatique, tout en lui préférant le terme d'état de stress post-traumatique sous prétexte de se démarquer de toute référence théorique ne faisant pas l'objet d'une démonstration. Toutefois, en ayant recours à l'appellation de stress post-traumatique, on laisse entendre que le stress est postérieur au trauma et que la symptomatologie est consécutive à la réactivation du stress. Pour les auteurs français, c'est l'inverse. Le stress précède le trauma [37]. En effet, c'est une réaction physiologique et hormonale déclenchée au moment où l'individu est exposé

à un événement potentiellement traumatique. Il est théoriquement éphémère et sans séquelles [38]. Quant au trauma, c'est une réaction psychopathologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques du syndrome psychotraumatique [39]. Dans la conception française, c'est le trauma qui est la marque véritable de la blessure de l'appareil psychique à l'origine du développement de la pathologie [39, 40]. Lorsqu'il y a un trauma, c'est l'image réelle de la mort qui vient faire effraction dans le psychisme et s'y incruste, tel « un corps étranger interne » [41]. Les implications qui en résultent sur le plan thérapeutique sont importantes et le thérapeute agit dans le déroulement de la cure et dans ses interventions thérapeutiques de manière à faire en sorte que cette blessure, ce corps étranger, trouve une forme de résolution au moyen du travail de parole [39-42]. Précisons quelques points. Quelles que soient les manifestations de stress observées initialement, elles ne suffisent pas à prédire l'installation au long cours du trauma. Suivant les individus et, chez un même individu, suivant les circonstances de survenue, l'installation du trauma est un fait imprévisible qui ne peut se calculer à l'avance. Contrairement à l'événement routinier désigné comme « *automaton* » chez Aristote, le trauma résulte d'une rencontre, « *tuche* » imprévue que Lacan identifie au concept de réel [43].

Par ailleurs, la survenue d'un stress et d'un trauma n'implique pas obligatoirement le déclenchement du syndrome psychotraumatique. En effet, comme le souligne Lebigot [44], si la présence de ce syndrome témoigne à coup sûr de cette atteinte psychique, il peut y avoir un trauma sans syndrome psychotraumatique. Les manifestations cliniques ne vont éclore qu'au terme d'un temps de latence, variable selon les individus et selon les circonstances. Il s'agit alors du moment de déclenchement du syndrome de répétition, pathognomonique de la pathologie traumatique. S'y associent des symptômes non spécifiques, ainsi qu'une réorganisation de la personnalité [45]. Cette remarque nous semble essentielle car elle donne une représentation dynamique de la phase dite de latence, par ailleurs repérée de longue date chez les auteurs classiques [2, 3].

Un dernier point nous semble intéressant à rappeler. Les catastrophes entraînent des pertes brutales en vies humaines, qui se répercutent chez les proches. Ces réactions peuvent varier d'un individu à l'autre et suivant les circonstances. La tendance chez les cliniciens est de considérer ces réactions en proximité avec le deuil, d'un deuil qui serait traumatique. Cette entité clinique mérite une attention et une réflexion spécifiques.

Nous décrivons tout d'abord le syndrome psychotraumatique, caractéristique de l'expression du trauma, puis nous développerons les manifestations cliniques psychologiques et psychiatriques autres que ce syndrome, que l'on est amené à découvrir dans le contexte des catastrophes [46].

Manifestations psychiatriques liées au syndrome psychotraumatique

Les syndromes psychotraumatiques constitués se traduisent par le syndrome de répétition et les autres manifestations cliniques non spécifiques. C'est l'expression clinique du trauma et de ses manifestations à long terme.

Syndrome de répétition

Le syndrome de répétition se traduit par la reviviscence de l'expérience traumatique vécue lors de l'événement. C'est le noyau spécifique de cette clinique qui réalise, de la façon la plus directe, une forme de retour dans le réel des manifestations qui se sont déroulées lors de l'événement. Cette répétition se produit selon un vécu particulièrement éprouvant en termes d'anxiété, d'angoisse psychique et somatique. Le syndrome de répétition se déclenche selon un très large éventail de possibilités cliniques qui vont de l'expression relativement rare dont le retentissement est minime à la survenue fréquente de manifestations itératives, entraînant des conséquences majeures au niveau de la vie sociofamiliale ou professionnelle. Ces manifestations cliniques surviennent soit spontanément, soit en réponse à un stimulus en lien avec la situation traumatique,

comme le fait de se retrouver à proximité du lieu de l'événement traumatique, ou d'être confronté à la médiatisation de l'événement [47].

Les manifestations observées lors du syndrome de répétition peuvent prendre différentes formes. Généralement, l'événement réapparaît sous la forme d'hallucinations visuelles qui reproduisent une partie ou l'ensemble de la scène. Elles sont souvent courtes, fugaces comme des « flashes visuels » [47]. Parfois, les hallucinations sont auditives. La répétition traumatique porte alors sur le bruit perçu lors du moment traumatique [48]. Elles peuvent être cénesthésiques en réponse à une perception corporelle, comme cette patiente ressentant le canon de l'arme appliquée sur son flanc durant une prise d'otages [48]. On observe également la reviviscence par illusion ; elle est différente de l'hallucination en ce sens que le patient superpose l'image provenant du trauma sur une perception effective. Indépendamment des perceptions, la répétition de l'événement peut s'effectuer dans le registre de la pensée au moyen de ruminations portant sur le trauma. Dans d'autres cas, il s'agit d'un « vécu comme si » l'événement allait se reproduire. Signalons par ailleurs les manifestations au cours desquelles c'est le corps qui est concerné par la répétition comme ce patient rescapé du tsunami qui reproduisait sans cesse le mouvement de la main par lequel il s'était agrippé à un mât pour échapper à la noyade lors du passage de la vague.

Les cauchemars illustrent également cette répétition autour de l'événement traumatique. Le rêve de répétition est intensément vécu par le patient. Les thèmes des rêves sont en lien avec l'expérience traumatique. Ils sont désagréables, effrayants et angoissants. Le sujet participe aux rêves et s'y voit comme acteur [47].

Symptômes non spécifiques

Des manifestations névrotiques peuvent venir se greffer sur le syndrome de répétition. On observe des manifestations hystérisées allant jusqu'à la survenue de conversions somatiques. D'autres manifestations font appel au registre obsessionnel lorsque l'idéation est colonisée par un retour prenant les aspects de l'obsession et contraignant le sujet à de multiples rituels conjuratoires et vérificateurs. Mais, nous insisterons surtout sur les manifestations phobiques [48] qui accompagnent très fréquemment la pathologie psychotraumatique. En effet, ces manifestations, désignées dans la classification américaine par le qualificatif de retrait, expliquent une part essentielle du vécu du traumatisé dans le quotidien de son existence. C'est généralement par rapport aux coordonnées spatiotemporelles de l'événement que s'organise la phobie : il s'agit d'éviter tous les chemins qui se rapprochent du lieu de l'événement ou qui rappellent sa survenue. Ces comportements phobiques peuvent être limités à la situation vécue ou se traduire par un envahissement beaucoup plus généralisé [31, 49]. Il faut souligner que les manifestations phobiques en réponse au trauma sont en lien direct avec l'événement, ce qui les différencie d'une phobie classique se développant indépendamment d'une causalité immédiate. Le signifiant, détaché du signifié, c'est-à-dire de sa signification peut suffire à produire ce mécanisme de déclenchement des manifestations traumatiques comme le montre le cas suivant. Il s'agit d'une femme de 38 ans, témoin d'un accident où la victime avait été happée par un train passant à vive allure en gare. Non seulement, elle ne pouvait plus approcher tout ce qui représentait les rails ou la gare de chemin de fer mais le signifiant « train », y compris à la lecture d'un texte avec l'expression « train de vie » suffisait à déclencher les manifestations phobiques [50].

Parmi les symptômes non spécifiques, on observe l'anxiété et les manifestations d'asthénie, physique, psychique et sexuelle. La dépression, exprimée par un sentiment de vide, d'effacement du désir, peut dans certains cas prédominer, occuper le devant de la scène. Les manifestations psychosomatiques ont également une grande fréquence. Elles touchent différentes parties du corps. Elles peuvent être dermatologiques [51], cardiovasculaires, digestives ou se traduire parfois par des maladies auto-immunes, voire un cancer. Ces manifestations sont négligées dans le DSM

alors que de nombreuses personnes, après un événement traumatique, peuvent développer une pathologie dans ce registre psychosomatique.

Troubles de la personnalité

Les modifications de la personnalité peuvent être observées au décours du syndrome psychotraumatique. Il s'agit d'un ensemble de manifestations qui traduisent cet effondrement progressif des supports qui habituellement permettent au sujet d'éprouver cette sérénité qui le protège dans le monde. En cas de traumatisme, l'environnement devient menaçant, dépourvu de sécurité, source d'une inquiétude nouvelle où tout peut arriver. Crocq a repris chez Alexander les trois registres de blocage des fonctions de filtration entre signaux habituels et signaux menaçants, de présence avec désinvestissement de toutes les activités habituelles et d'amour avec retrait de la vie affective et incapacité à aimer [52, 53]. Plus généralement, ces modifications de la personnalité peuvent prendre de nombreuses formes et traduisent un remaniement des identifications qui peut toucher en profondeur ce qui auparavant façonnait la personnalité du sujet [54].

Pour clore ce registre, notons que les symptômes psychotraumatiques s'expriment de façon extrêmement variable. Les tableaux cliniques peuvent être modérés et transitoires ou interminables et invalidants ou encore revêtir des formes que Barrois nomme paucisymptomatiques [55] caractérisées par un seul des symptômes du syndrome typique.

Chez l'enfant

Parfois, l'enfant s'installe d'emblée dans un syndrome psychotraumatique chronique sans période de latence préalable tel que Crocq, Ba-Thien et Gannage [56] l'ont observé auprès des enfants ayant survécu aux bombardements israéliens au Liban en 1996.

L'enfant comme l'adulte peut présenter un syndrome de répétition, se manifestant par des jeux et des cauchemars répétitifs et être confronté à des épisodes dissociatifs, marqués par un vécu d'étrangeté et de perplexité.

Mais chez l'enfant, ce sont des symptômes non spécifiques qui sont présents : fatigue importante et constante, difficultés d'apprentissage scolaire avec perte des acquis. L'enfant présente souvent un état anxieux, fait de peurs phobiques, en lien avec les objets et les situations rappelant la catastrophe et exprime souvent des plaintes somatiques de type céphalées et maux de ventre.

Des troubles psychosomatiques peuvent se mettre en place : diabète, psoriasis, eczéma, alopecie, de même que des troubles des conduites alimentaires, ainsi que des manifestations comportementales violentes ou suicidaires [57]. Ces manifestations peuvent notamment s'exprimer chez le jeune enfant. Ainsi un garçon de 2 ans, témoin de la défenestration mortelle de sa sœur, présentait une instabilité psychomotrice majeure avec de fréquentes mises en danger (en ouvrant les fenêtres en particulier), nécessitant ainsi une surveillance permanente des adultes tant à l'école maternelle qu'à la maison.

Chez l'adolescent, on observe des manifestations d'agressivité dirigées vers les parents, ainsi que vers les enseignants [58].

Manifestations psychiatriques survenant en dehors du syndrome psychotraumatique

Parmi les complications psychologiques et psychiatriques des catastrophes, nous décrirons tout d'abord les manifestations du stress, du trauma, voire du stress traumatique non associées au syndrome psychotraumatique. Ces manifestations cliniques observées au décours des catastrophes se repèrent à l'échelon individuel et collectif.

Au niveau individuel

Nous évoquerons tout d'abord les symptômes les plus habituels qui sont ceux du stress remarquablement décrits par Crocq, dans sa forme adaptée et dans sa forme dépassée [37]. Il s'agit d'anxiété le plus souvent névrotique pouvant s'exprimer

de façon variable depuis des manifestations mineures (stress adapté) jusqu'à des phénomènes d'agitation, d'inhibition, voire de stupeur ou des conduites automatiques (stress dépassé). Chez d'autres patients, il peut s'agir de troubles thymiques, de phénomènes conversifs et surtout phobiques avec retrait au niveau des activités habituelles. Parfois même, certains troubles de la conscience avec dépersonnalisation, déréalisation et dissociation peuvent être observés [59]. Il s'agit alors de symptômes évoquant une psychose aiguë.

En fait, l'ensemble de ces manifestations, y compris celles qui se caractérisent par cette altération du fonctionnement psychique, avec déstructuration et bouleversement majeurs, évolue de façon favorable, comme si le trauma avait provoqué une ouverture momentanée de l'inconscient qui va se refermer plus ou moins rapidement. C'est l'expression de la blessure psychique dont la cicatrisation bénéficie de l'intervention immédiate et postimmédiate des équipes d'urgence médicopsychologique. Par ailleurs, si l'environnement s'avère protecteur, s'il cherche à accorder vis-à-vis de la victime une forme de reconnaissance, le pronostic n'en sera que plus favorable.

D'autres manifestations peuvent s'observer, notamment des phénomènes psychosomatiques précoces dermatologiques [51], gastriques, cardiovasculaires et surtout des algies diverses [60].

L'ensemble de ces réactions cliniques, même si elles traduisent la survenue d'un stress dépassé, éventuellement associé à un trauma, surviennent dès les premiers jours qui suivent l'événement pour régresser progressivement les jours suivants. La nature et l'évolution de ces symptômes éprouvés par les victimes de catastrophe se distinguent de l'état de stress post-traumatique ou des syndromes psychotraumatiques.

Au niveau collectif

À l'échelon collectif, les manifestations traduisent non pas la somme des symptômes ou comportements individuels mais l'expression d'une dominance qui va caractériser le fonctionnement du groupe en général [61]. Tout d'abord, le développement de rumeurs peut traduire la réaction d'un groupe incomplètement informé du déroulement et des conséquences de l'événement. C'est ce que nous avons pu observer à Abidjan en novembre 2004 au moment des émeutes antifrançaises lorsque la propagande, l'« intoxication » des esprits faisaient craindre un empiètement bien plus important que ce qu'il fût en réalité.

Lors de la survenue d'un accident technologique, industriel, le rôle des autorités, selon qu'elles clarifient ou au contraire dissimulent l'information, va rassurer ou à l'inverse inquiéter la population et cela est déterminant dans la survenue de ces réactions. En particulier, des consignes imprécises, floues, non crédibles favorisent le déclenchement de ces réactions pathologiques [62] au niveau du groupe : exode, paniques. C'est dire l'importance d'une réponse fiable, mesurée et rapide de façon à désamorcer de tels mouvements pathologiques au niveau du groupe.

Lors de l'incendie de l'immeuble avenue de l'Opéra en avril 2005 à Paris, les familles étaient paniquées à l'idée qu'elles ne pourraient pas récupérer les corps de leurs proches. La police indiquait qu'il était nécessaire de recourir à des procédures d'identification génétique pouvant nécessiter plusieurs semaines de délai. Or, ces familles africaines, en réaction à leur profond désarroi, se raccrochaient, selon leur confession, à la volonté d'enterrer le plus rapidement possible leurs proches. Grâce à un travail d'information et de lien avec la police d'une part, avec les familles d'autre part, il a été possible d'enrayer dès le premier jour cette panique se traduisant par l'afflux de centaines de personnes dans les locaux de la mairie du 9^e arrondissement [63].

Lors de l'accompagnement des proches des victimes du crash aérien de la West Caribbean Airways à Maracaïbo en août 2005, des mouvements de foule ont pu être observés lors de la première cérémonie censée reproduire une forme de recueil au niveau de la chapelle ardente. En fait, la presse n'avait pas été tenue à distance et les familles étaient invitées à s'approcher des camions frigorifiques censés contenir les restes des victimes [64]. Au lieu de procurer un apaisement et de permettre un recueillement, cette proximité avec le réel du corps présenté dans ce

cadre inhabituel, s'est avérée angoissante et parfois déstabilisante pour les proches. Des mouvements d'agitation difficilement contrôlables sont alors apparus au niveau de la foule des familles présentes.

On peut observer dans ces exemples l'importance et la nécessité d'orienter au mieux les conseils prodigués aux autorités pour prévenir ces mouvements de foule et de panique.

Particularités chez l'enfant

Chez l'enfant, ces manifestations de stress se traduisent par des symptômes particuliers.

Les enfants comme les adolescents sont victimes de catastrophes collectives de grande ampleur. Les effets traumatogènes d'une catastrophe atteignent un sujet en plein développement et devenir. Ses capacités défensives encore fragiles peuvent être submergées. Ses parents eux-mêmes peuvent être envahis par le stress et l'angoisse générés par la catastrophe. Ils ne sont alors plus en mesure de protéger l'enfant. Bailly [65] souligne combien la perte brutale de la croyance en l'invulnérabilité, en la protection sans défaut de ses parents, peut se révéler aussi traumatique pour l'enfant que l'effroi causé par la catastrophe elle-même. Pour Crocq [66] l'enfant en bas âge, comme le plus grand, répond en miroir aux états émotionnels exprimés par ses parents ou d'autres adultes se trouvant dans la même situation. Lors de la dernière guerre au Liban en juillet 2006, un enfant de 3 ans, soumis comme la plupart aux bombardements massifs, demandait un soir à sa mère : « Maman ! Est-ce que c'est ce soir que nous allons mourir ? » On évoque classiquement la difficulté pour le jeune enfant de symboliser la mort. Les angoisses vécues n'en sont que plus manifestes et requièrent cette réponse d'une figure maternelle protectrice.

L'enfant, confronté brutalement à un événement violent, réagit par la frayeur ou par une peur intense et prolongée. Il est traversé par l'horreur et envahi par un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et d'abandon, particulièrement intense lorsque ses parents sont absents ou qu'ils n'arrivent pas à le protéger. Il est alors confronté à un vécu de déréalisation et de dépersonnalisation, auquel s'associe parfois un sentiment de perte des limites corporelles. On peut alors observer des états de sidération stuporeuse, d'agitation incohérente ou des conduites automatiques de façon « quasi somnambulique » [67]. C'est l'expression du stress dépassé que vit l'enfant, dans un état second, au moment de l'événement. Il peut s'installer dans un état de prostration, comme nous le rapporte cette mère victime d'une tentative de viol, lors des événements de Côte-d'Ivoire de novembre 2004. Son fils âgé de 7 ans qui se trouvait alors avec elle au moment de l'agression se figea dans une inhibition psychomotrice et un mutisme persistant pendant au moins 3 jours.

Cas particulier du deuil dans les catastrophes

La notion de pertes brutales en vies humaines lors des catastrophes conduit à évoquer le concept discuté de deuil traumatique compte tenu de l'impact groupal de l'événement, de la violence et de la soudaineté de la disparition. Lors des dernières catastrophes comme les crashes aériens, on observe ce phénomène contemporain où plusieurs générations d'une même famille sont décimées au cours de l'accident, jusqu'à douze personnes pour l'une des familles du crash de Charm el-Cheik [22].

La durée du deuil est très variable. Il est cependant important de noter la fréquence des réactions d'anniversaire avec réactivation symptomatique. Soulignons à l'heure actuelle l'importance de l'aspect culturel qui modifie l'expression et la durée des manifestations du deuil. Par ailleurs, l'absence de cadavre ou la seule présence de morceaux de corps rendent ce processus plus complexe. On note une prolongation des cauchemars, des intrusions dans la pensée et une attente d'un retour possible qui fige la personne dans la prostration et l'isolement. Cette femme qui a perdu sa mère le 16 août 2005 lors du crash de l'avion de la West Caribbean Airways au Venezuela, énonce : « Dans mon pays nous avons la culture du cyclone et du tremblement de

terre. Je n'arrive pas à accepter la violence de cette mort je suis brisée dans ma tête, je ne suis plus la même qu'avant le 16 août... »

Bacqué [68] évoque les « deuils post-traumatiques ». Il s'agit de perte dans une situation dramatique où l'endeuillé a été impliqué. Ici les troubles se rapprochent du syndrome psychotraumatique : il s'agirait d'un double processus : deuil d'autrui et menace de mort pour soi.

Christine, 55 ans, consulte après le tsunami, quatre membres de sa famille étant portés disparus. Les séances sont pour elle un accompagnement psychologique important à la fois au niveau de la souffrance psychique, mais également en ce qui concerne l'annonce des différentes étapes qui sont particulières à ce type de deuil : disparition, certificat de décès. On retrouve les quatre corps mais sur une durée de 8 mois avec toutes les épreuves difficiles par lesquelles elle est obligée de passer pour la reconnaissance des corps, ce qui réactive la symptomatologie de départ.

Le questionnement identitaire à propos du statut du corps ou des morceaux de corps retrouvés dans ces circonstances extrêmes est alors souvent observé chez la famille comme lors de la catastrophe du tunnel du mont Blanc. On pourrait parler de syndrome du « cercueil vide » ou du moins d'un objet funéraire (urne ou cercueil) qui ne parvient pas à remplir sa fonction symbolique de contenant, permettant d'alléger la souffrance et la culpabilité liée à la perte.

Cette fonction symbolique se met en place à condition qu'elle soit supportée par l'instauration d'un cadre transférentiel. Celui qui parvient à occuper cette place de lieu du transfert, celle de « sujet supposé savoir » autorise le déploiement d'un tel processus. Ainsi, au décours du crash de la Swissair en 1999, les familles ont récupéré les restes grâce à l'identification génétique. Le dévouement exemplaire de la marine canadienne pour mener à bien la recherche de ces restes, le travail exceptionnel effectué par le médecin légiste illustrent ce fait. En particulier, la très grande humanité avec laquelle celui-ci a accompli ce travail d'identification avec le concours des familles a abouti à cette situation inédite : lors des cérémonies d'hommage au premier anniversaire, 1 an après le crash, les familles s'adressaient à lui avec la même confiance et le même sentiment de support qu'elles l'auraient fait auprès d'un médecin généraliste prenant soin de leur proche [65]. La souffrance de la disparition de ce dernier passait au second plan grâce à cette fonction symbolique qui élevait les restes ainsi identifiés par ce praticien à la place de la personne disparue.

Dans le même ordre d'idées, la mise en œuvre de rituels de commémoration auprès de mémoriaux permet de pallier les circonstances inhabituelles de la mort des disparus. Instaurer un lieu qui rassemble les familles et les proches, restaurer un lien, honorer les morts sont au cœur des principes visant à limiter la désorganisation sociale liée au traumatisme. Les commémorations, les manifestations spontanées de soutien, les cérémonies favorisent l'accession et le retour possible à une forme d'apaisement après la phase de sidération.

■ Distinction entre manifestations à court, à moyen et à long terme

À court terme

Les manifestations à court terme sont essentiellement celles du stress, voire du stress traumatique qui peuvent s'observer dès les premières heures qui font suite à l'événement [37] et de façon préférentielle les tout premiers jours. L'expérience de la psychiatrie de l'avant et, à l'heure actuelle, des interventions précoces effectuées dans le cadre des cellules d'urgence médico-psychologique dévoilent cette clinique qui est même antérieure à celle décrite dans l'état de stress aigu du DSM-IV [66]. Il est surtout important de constater que ces manifestations cliniques sont d'emblée marquées et qu'elles vont régresser durant les heures et les jours qui suivent. Ceci souligne l'intérêt des interventions immédiates auprès des victimes exposées lors

de ces événements, tout particulièrement lorsque les troubles prennent une allure particulièrement intense (stress dépassé, manifestations de déstructuration psychique).

À moyen terme

À moyen terme, on observe essentiellement les manifestations de stress traumatique. Dans la plupart des cas, les troubles initiaux régressent progressivement jusqu'à disparaître. Dans d'autres cas, ces manifestations s'accompagnent de signes évocateurs d'un trauma avec l'expression soit d'un syndrome de répétition précoce, soit d'une inquiétude généralisée qui atteste de l'effondrement des défenses habituelles du sujet : perte des semblants, des repères protecteurs habituels, du sentiment d'invulnérabilité, apparition de manifestations de retrait, d'inhibition, de phobies structurellement en rapport avec l'événement traumatique. Malgré la présence de signes de trauma, la plupart de ces manifestations vont progressivement régresser soit spontanément, soit avec l'aide de l'intervention médicosychologique précoce : débriefing psychologique le plus souvent collectif, intervention psychothérapique précoce individuelle prenant la forme d'un certain nombre d'entretiens durant les jours et semaines qui suivent.

C'est au cours de cette période que peuvent toutefois s'installer les complications liées à la survenue d'un syndrome psychotraumatique, au décours de la phase de latence. En pratique, le déclenchement du syndrome psychotraumatique s'effectue bien souvent à l'occasion d'un événement, d'un fait qui paraît mineur, mais qui, pour le sujet, va revêtir une signification particulière dans les suites du trauma : une contrariété liée au refus de l'employeur d'accorder un congé, la fin d'une prise en charge hospitalière au cours de laquelle la victime se sentait maternée, objet d'une attention particulière pour soigner les blessures. En fait, ces réponses de l'environnement, pour le traumatisé, ne sont pas anodines [66]. Tant que l'environnement est protecteur, il suffit à pallier les défaillances internes de l'appareil psychique liées au trauma. Aucun symptôme n'apparaît. En revanche, si la réponse venant de l'« autre » (au sens général, symbolique) se caractérise par un message vécu de façon négative, une non-reconnaissance, alors le vécu d'abandon se traduit pour le sujet par le déclenchement des symptômes et la survenue du syndrome psychotraumatique [67]. Ces remarques nous semblent essentielles car elles peuvent déboucher sur des considérations pratiques concernant la prévention de ce déclenchement. Il s'agit du rôle de conseil que doivent alors exercer les intervenants des CUMP auprès des divers partenaires décisionnels, ceux qui, sans le savoir occupent cette place d'« autre symbolique ». Les éclairer sur les conséquences de nos observations et de notre compréhension de ces mécanismes psychopathologiques peut éviter ou réduire les risques évolutifs à moyen et à long terme, notamment la survenue de complications psychiatriques.

À long terme

Manifestations du syndrome psychotraumatique

Troubles des conduites et de la personnalité

C'est l'installation des formes chroniques caractérisées par le syndrome psychotraumatique comprenant les manifestations au long terme du syndrome de répétition et du syndrome de retrait caractérisé par les comportements phobiques, l'inhibition, le retrait et l'aboulie [46]. S'y associent souvent des troubles de la personnalité [53] avec impulsivité, troubles du comportement et tendance au passage à l'acte. Nous citerons également l'installation des troubles des conduites avec alcoolisme, toxicomanie, comme mode de fixation de l'anxiété, soit lors du syndrome de répétition, soit lors de l'installation des manifestations phobiques [31]. On peut mentionner dans ce registre des troubles liés à une perturbation de la fonction orale comme la boulimie, l'anorexie, les vomissements qui illustrent une forme de fixation à un registre de l'ordre du dégoût, parfois comparable à celui observé lors des manifestations initiales de stress éventuellement dépassé [42, 68].

Honte et culpabilité

Vécu dépressif. Sur le plan du vécu, la honte et la culpabilité sont des manifestations très fréquentes au cours des catastrophes. Elles traduisent le vécu de transgression éprouvé par la victime d'avoir été confrontée à l'effraction traumatique et au réel de la mort. Les manifestations dépressives qui en résultent^[69] sont fréquemment observées comme secondaires au restant de la pathologie. Le sentiment d'être comme abandonné par « la communauté des hommes » dans une sensation de « désêtre » fondamental en est la marque habituelle. Le risque suicidaire n'est pas exclu chez le patient traumatisé comme cela fut observé chez les vétérans du Vietnam. Ce risque n'apparaît pas lors des phases d'installation de la névrose, mais plutôt comme conséquence du vécu de l'état névrotique ou lors d'un moment qui traduit chez le patient l'inscription de sa déchéance à un niveau symbolique, favorisant un effondrement de son narcissisme. On peut, à titre d'exemple, citer le cas d'un otage qui, étant parvenu à écrire le récit de sa détention, se suicidera au moment de la parution du livre.

Fonction de la culpabilité. Pourtant, la culpabilité est une phase quasi inévitable dans le contexte de l'évolution et de la reconstruction du sujet en vue de retrouver, par rapport à l'horreur vécue, au réel qui l'a envahi, cette possibilité de restauration d'un lien symbolique à l'autre^[40, 70].

Dans bien des circonstances, cette culpabilité, au lieu d'être intériorisée et alimentée par ce vécu d'autodévalorisation, va se projeter sur l'autre, le partenaire qui devient alors le vrai coupable. Ce cheminement est fréquemment observé dans l'exemple des associations de victimes qui trouvent, dans ce registre de recherche parfois acharnée de la faute chez l'autre, un support à leur désarroi. Chez les personnes victimes d'accidents industriels ou de transports, il est fréquent d'observer parmi les conséquences psychotraumatiques l'existence d'une culpabilité ou à l'inverse d'une revendication, parfois dans le cadre d'une association regroupant familles et victimes^[71].

L'apaisement de cette dimension particulièrement opérante, de cette recherche inlassable dans le traitement de la faute trouvera son aboutissement au terme d'un marathon judiciaire qui verra le coupable (le responsable, l'organisme, la société) condamné après un procès. Il s'agit ici de faire la part entre la faute réelle et celle en partie imaginaire, support de ces fantasmes de culpabilité projetés chez l'autre. Là encore, la présence d'équipes spécialisées dans le trauma permet, au contact des victimes, de discerner cette souffrance indicible qui, lorsqu'elle n'est pas entendue, prise en compte par le thérapeute, va se porter sur un objet extérieur, ce partenaire sur lequel la victime projette tout le ressenti de sa souffrance.

Manifestations psychosomatiques

Les affections psychosomatiques traduisent également cette irruption et cette effraction traumatiques dont la réponse peut être le déclenchement de phénomènes psychosomatiques. Nous en avons observés au décours de la prise d'otages de l'Airbus en décembre 1994^[72]. Certaines affections dermatologiques sont déclenchées au décours d'un événement traumatique^[51]. C'est ce qui s'observe parfois à l'échelle d'une population traumatisée comme les troubles cardiovasculaires ou dermatologiques observés chez les Kurdes d'Irak^[73].

Hypothèses concernant le pronostic

Facteurs qui favorisent la chronicité

Lorsque surviennent les complications à long terme, force est de constater que les réponses de l'environnement, l'espace auquel le sujet peut avoir recours pour permettre de résorber la blessure psychique n'ont pu converger selon une conjoncture favorable. Nous pensons que l'absence de prise en charge précoce favorise cette évolution ainsi que le maintien des conditions qui réactivent le trauma. C'est le cas chez cette femme qui ne peut plus sortir seule de chez elle après le déclenchement d'un syndrome psychotraumatique lié à une agression violente alors qu'elle continue à vivre en banlieue parisienne dans un environnement caractérisé par la présence de bandes, sources pour elle d'une grande appréhension. De

même, cette rescapée du tsunami, à son retour en France, se trouve contrainte de déménager car elle habite au bord de la mer. Cette vue auparavant si appréciée est désormais pour elle source de terreur.

Réactivations à long terme

Dans le vécu à long terme de l'ensemble de ces manifestations et notamment du syndrome de répétition, un anniversaire, un événement, même lorsqu'ils surviennent des années plus tard, voire plusieurs dizaines d'années plus tard peuvent être à l'origine d'une réactivation de la symptomatologie. On évoque par ailleurs la notion de trauma transgénérationnel^[73], à savoir des manifestations par exemple d'ordre psychosomatique qui vont survenir chez les descendants de victimes d'un événement d'ampleur particulièrement importante comme par exemple un génocide. Il va de soi que ces manifestations sont d'autant plus marquées qu'il n'y aura pas eu intégration au niveau de la parole symbolique non seulement des événements mais de l'importance par laquelle ils se sont caractérisés pour les victimes^[74]. Cela peut être le cas dans l'exemple de populations qui ont été très violemment opprimées et pour lesquelles la gravité du vécu ne peut s'exprimer du fait de la persistance de ces conditions de répression. Dans d'autres cas, il peut s'agir d'une absence de disponibilité de l'autre pour recueillir les témoignages de rescapés. Cela a été observé au décours de la Seconde Guerre mondiale chez ceux qui, revenant des camps de la mort, ne parvenaient pas à trouver un interlocuteur disponible pour non seulement écouter mais réellement entendre la gravité du traumatisme qu'ils avaient éprouvé^[75]. À une époque plus récente, on pourrait citer l'exemple des familles de victimes du terrorisme basque qui n'ont bénéficié d'aucune reconnaissance de la part de la société et qui ont même dû affronter l'hostilité de la population environnante. Au Cambodge, au Rwanda, les victimes sont amenées à côtoyer leurs bourreaux car le procès des coupables n'a pu encore se tenir. Les assassins étaient trop nombreux, répandus dans la population générale.

Sens de la réponse de l'« autre »

On perçoit à travers ces exemples à quel point les signaux, les messages de l'environnement sont lourds de sens et de conséquences pour le sujet. C'est la traduction de la blessure interne, de cette altération de la structure symbolique. Faute de trouver en lui les ressources permettant d'apaiser, d'harmoniser son rapport au monde, le traumatisé devient dépendant de la coquille environnementale. Soit celle-ci sera suffisamment protectrice et servira de substitut à cette défaillance interne, soit, à l'inverse, l'absence de conditions extérieures favorables précipitera la survenue des symptômes. Cela va directement influencer sur le pronostic, sur la survenue ou au contraire l'extinction des complications psychiatriques^[67]. Au Sri Lanka, malgré les dévastations résultant du tsunami pour les populations de la région du sud (vers Matara), malgré le fait de vivre dans des camps, dans des conditions de grande précarité, l'évolution, une année après le raz-de-marée semble progressivement favorable. L'importance du facteur communautaire, de l'entraide entre ces populations sinistrées apporte un réconfort et une harmonie. Le message est ici orienté de façon à renforcer la protection psychique nécessaire au sujet dans les suites d'un événement catastrophique pourvoyeur de trauma.

L'encadrement, représenté par les autorités, les représentants des collectivités et de l'État, constitue une sorte de colonne vertébrale qui restaure un ordre qui a été bouleversé par la catastrophe. Il est donc essentiel de favoriser la remise en place de la fonction réparatrice et apaisante de ces différentes instances.

■ Intervention thérapeutique

C'est à l'occasion de la vague d'attentats de 1995 qu'ont été créées en France les cellules d'urgence médicopsychologique en lien direct avec les SAMU. La doctrine des soins immédiats et postimmédiats s'est donc instaurée en France à partir de ces premières expériences. C'est en rassemblant les impliqués dans

le but de vérifier s'ils n'étaient pas atteints d'un blast pulmonaire ou tympanique que ces premières interventions immédiates sur le plan psychiatrique et psychologique ont pu être réalisées. Elles ont montré la pertinence de ce travail de débriefing souvent effectué en groupe auprès des victimes exposées à ces événements [76]. Bien avant cela, la prise d'otages de l'Airbus d'Alger en décembre 1994 [72] avait permis d'expérimenter une première intervention d'une équipe psychiatrique et psychologique avec le SAMU pour offrir des soins médicopsychologiques aux otages dès leur libération.

Premières interventions d'urgence dans le cadre du système français

Parvenir à prendre en charge les victimes dès les premières heures au moment où leur souffrance est maximale représente une considération avant tout d'ordre éthique. Cette pratique se justifie compte tenu de la gravité des tableaux cliniques générés par le stress aigu pathologique et les manifestations qui en découlent au niveau de l'appareil psychique, avec notamment déstructuration parfois comparable à ce que l'on observe dans une psychose. Par exemple, la catastrophe de Toulouse s'est caractérisée par des conséquences psychotraumatiques majeures chez les milliers de blessés. La brutalité de l'explosion et ses conséquences étendues sur la ville expliquent l'importance de la prise en charge immédiate [77]. Celle-ci permet d'évaluer et de prendre en charge ces états aigus en adaptant au cas par cas le type d'intervention thérapeutique qui doit être mis en place. Il s'agit d'entretiens à la demande, de groupes de paroles et, en cas de besoin, de prescriptions médicamenteuses, voire d'arrêts de travail.

Mais l'originalité de cette intervention, s'agissant de catastrophe et donc d'événement collectif, consiste en un traitement visant le groupe dans son ensemble [63]. C'est la raison pour laquelle l'intervention immédiate permettra de créer les liens indispensables à la mise en place et au repérage des mouvements individuels mais aussi collectifs chez les sujets impliqués. Il s'agit non seulement des victimes directes mais aussi des sauveteurs, ainsi que des personnels faisant partie de l'encadrement, voire des autorités confrontées à l'événement et devant prendre les décisions qui s'imposent. Dès cette étape, les intervenants des CUMP seront amenés à conseiller, faciliter le travail des autorités au même titre qu'ils veillent aux soins nécessaires chez les victimes, et qu'ils se montrent disponibles, à l'écoute des réactions psychologiques chez les sauveteurs.

Les médias représentent un partenaire incontournable sur le terrain des catastrophes. Leur rôle peut être essentiel lorsqu'un message doit être délivré à l'intention de la population générale, par exemple dans le but de couper court à une rumeur non fondée, mais aussi de façon à rassurer, plus généralement à recentrer l'émotion collective au niveau de cette population.

On sait que la symptomatologie psychiatrique évoluera en fonction de la prise en charge immédiate et des réponses apportées par l'environnement, par les responsables, ainsi que les représentants des collectivités.

Mais surtout, le mérite de l'intervention immédiate est de préparer dans les meilleures conditions l'intervention en postimmédiat et notamment la mise en place des débriefings psychologiques.

Débriefing psychologique

Naissance de la pratique du débriefing

C'est en 1983 que le concept de débriefing se formalise. Le psychologue américain Jeffrey Mitchell crée le *Critical Incident stress Debriefing*, le « CISD », dont la codification est minutieuse et apparemment simple d'exécution [78].

Le but du « CISD » est de réduire les perturbations émotionnelles immédiates ou en incubation, chez les pompiers et sauveteurs au lendemain des interventions difficiles, et de faciliter la reprise des interventions et la bonne réinsertion au sein de leurs familles. Il est important de souligner que Mitchell n'envisage pas cet outil comme un outil thérapeutique. Le « CISD » s'appuie essentiellement sur la reconstruction cognitive

de l'événement et l'information du caractère normal des pensées, réactions et symptômes manifestés à l'occasion de cet événement [31, 79]. Mitchell insiste sur le fait que l'on ne doit pas confronter d'emblée les sujets à leur vécu émotionnel. L'auteur préconise de partir des faits, pour aborder ensuite les pensées, puis les émotions, et de finir par les informations et explications nécessaires [79].

Application du débriefing en France

En France, le débriefing de Mitchell a été repensé afin d'en faire un outil de soins plus conforme au modèle de la psychopathologie traumatique [80].

Organisation

Le débriefing à la française se déroule généralement de la manière suivante : le nombre de sujets doit se situer entre cinq et 12 personnes maximum et leur regroupement s'effectue par rapport à leur degré d'implication dans l'événement. Il faut au moins deux intervenants pour diriger la séance. Ensuite, un deuxième voire un troisième débriefing peut être organisé si les victimes en ressentent le besoin. Lorsque l'on observe chez un des participants une symptomatologie ou des éléments biographiques préoccupants, il peut être utile de lui proposer un entretien individuel [81]. Au regard de ces différentes remarques, notons que les intervenants, psychiatres, psychologues formés à la pratique du débriefing doivent faire preuve de souplesse et d'adaptation en fonction de l'événement et du groupe de victimes.

Indications et contre-indications du débriefing

Le débriefing psychologique collectif est particulièrement indiqué lorsque les victimes font partie d'un groupe constitué, a fortiori si les liens entre les participants préexistaient à l'événement. Il faut veiller à ne pas rassembler dans une même séance de débriefing des individus qui ont été fortement exposés au traumatisme et des impliqués ayant vécu l'événement beaucoup plus à distance [47]. Une acceptation franche de la part des sujets dans un moment où ceux-ci retrouvent une relative stabilité psychique est absolument nécessaire. Le respect de la confidentialité sur ce qui va être dit est une condition indispensable.

Le débriefing psychologique collectif est contre-indiqué lorsque le groupe est composé de personnes qui n'ont pas de lien suffisant et qui, a fortiori, ont entre elles des liens conflictuels voire des rapports de hiérarchie qui entraveraient le bon déroulement de la séance d'expression verbale. La présence de troubles psychiatriques, déclenchement psychotique, risque suicidaire, trouble confusionnel ou de déréalisation, contre-indique la participation. La présence des différents membres d'une famille est problématique. L'entretien familial en tant que tel sur le modèle de la consultation en psychiatrie de l'enfant peut être très adapté comme nous l'avons expérimenté à Abidjan et tout récemment pour les ressortissants du Liban [82]. Mais la présence d'une famille au sein d'un groupe plus élargi ne permet pas l'expression d'une problématique personnelle, par exemple celle d'un parent en présence de l'enfant. Certains groupes particuliers comme les corps d'élite où chacun doit se montrer sans faille, se prêtent plus difficilement à la pratique d'un débriefing collectif. Certains préparatifs visant à limiter cette forme d'inflation des exigences surmoïques, au niveau d'un tel groupe, peuvent s'avérer utiles.

Objectifs

Permettre aux victimes de verbaliser l'événement au mieux selon le modèle abréactif ou cathartique, dépister les sujets particulièrement à risque en engageant si besoin une prise en charge spécifique [47] constituent les principaux objectifs du débriefing. Lebigot insiste sur l'importance de pouvoir accompagner la victime à « raconter ce qu'elle a vécu, exprimer ses émotions du moment, verbaliser ce qu'elle a imaginé, fantasmé ». Ce qui sera dit dans ce moment-là servira de base aux processus ultérieurs d'élaboration psychique du traumatisme [47, 81]. Dans cette perspective, le débriefing est une étape qui va

rendre possible l'engagement dans un processus thérapeutique ^[80]. Les intervenants qui en assurent la responsabilité doivent veiller à ce que cet acte s'inscrive dans un projet thérapeutique à la fois au niveau du groupe et au niveau individuel. La mise en place d'un entretien ou d'un débriefing individuel ainsi que l'orientation vers un soutien social, familial, accompagné de mesures thérapeutiques (éventuelle prescription de tranquillisants, d'arrêt de travail, voire d'hospitalisation en cas de manifestations particulièrement pathologiques) ne peuvent être dissociés de cette intervention.

Débriefing individuel et collectif

Lors d'un débriefing, le facteur groupal est essentiel, car il permet aux victimes de se rendre compte qu'elles ne sont pas les seules à avoir ressenti des réactions de peur, d'angoisse, de panique, de fuite, de honte... Ce mécanisme groupal permet aussi la déculpabilisation par la prise de conscience de l'émotion partagée ^[80].

Toutefois, dans certaines circonstances, la pratique impose un débriefing individuel, soit parce que le sujet a été le seul touché, soit parce que le groupe de victimes ne se prête pas à un travail collectif. Dans ce cas, c'est la confidentialité de la rencontre qui sera le moteur du processus de soins, car elle va permettre à la victime d'aller plus loin dans son récit et dans l'approfondissement du travail associatif sur les souvenirs, les fantasmes ^[81].

Formation des intervenants

La formation des intervenants est un point essentiel. Qu'ils soient psychiatres, psychologues ou autre, il importe de mettre en place des programmes de formation et de sensibilisation des praticiens aux indications, aux contre-indications et au bon déroulement du débriefing psychologique. Ces formations doivent se tenir :

- à l'égard de personnels exposés à la survenue d'une catastrophe (personnel des compagnies aériennes, en particulier depuis le 11 septembre, convoyeurs de fonds...);
- au décours de catastrophes auprès des intervenants qui ont été confrontés à la vue et aux manifestations des victimes exposées au stress et au trauma. C'est ce que nous avons pu constater au décours du tsunami, notamment au Sri Lanka où le nombre très limité de 30 psychiatres pour une population de 30 millions d'habitants dans ce pays ne permettait pas la réalisation de débriefings psychologiques dans des conditions habituelles.

La mise en place de formations et de sensibilisations au stress et au trauma auprès de différents soignants et volontaires intervenant auprès des victimes nous a semblé d'une grande utilité. Les conséquences traumatiques s'inscrivaient dans le contexte des autres traumas de ce pays, terrorisme, accidents de la circulation en grand nombre. Dans le cadre de ces échanges interactifs, nous citerons l'exemple d'une soignante sri lankaise qui rapportait le récit de contes anciens illustrant la réflexion du groupe dans le cadre de cette interaction entre culture et trauma. Une femme était profondément perturbée par la mort de son enfant dont elle tenait le corps dans ses bras. Alors qu'elle demandait aux uns et aux autres que l'on redonne la vie à son enfant, sur un mode d'affolement et de délire, elle finit par rencontrer Bouddha qui lui apporta la réponse suivante qui l'apaisa : « Va dans la ville à la recherche d'autres familles qui ont, comme toi, perdu un enfant. Procure-toi la graine d'or qui leur a servi au moment de ce drame. » Au lieu de répondre au niveau de la réalité des faits, Bouddha se place d'emblée en proximité avec la réalité psychique ^[83] de cette femme. La graine d'or, sorte d'objet agalmatique, permet de réamorcer la fonction du désir chez cette femme en proie à un vécu de chaos et de déstructuration traumatique ^[84].

Polémique concernant le débriefing

Données récentes

Depuis 1994, une polémique a été lancée dans la presse psychiatrique anglophone contre l'utilisation systématique du débriefing à la suite d'incidents critiques ^[85]. Plusieurs études démontrent l'absence d'amélioration, voire l'aggravation des

sujets qui ont bénéficié d'un débriefing anglo-saxon (Bisson et al., 1997, Hobbs et Mayou, 1996, Mayou et al., 2000, Stevens, 1996, Lee et al. 1996, Carlier et al., 1998, Rose et al., 1999, Colon et al., 1999).

Cependant, les résultats de ces études portent sur une pratique qui diffère de l'intervention française, cela pour plusieurs raisons : la formation des intervenants est un point essentiel qui est souvent laissé de côté alors que « la qualité personnelle de chaque thérapeute, sa capacité à offrir une présence, voire à se situer d'emblée dans une dynamique transférentielle vis-à-vis des victimes, constitue une des données essentielles dans l'évaluation » d'une prise en charge thérapeutique ^[80]. Ces débriefings psychologiques ne comptent souvent qu'une seule séance, alors que tant Mitchell que la plupart des auteurs sont d'accord pour estimer qu'il faut au moins deux, voire trois séances de débriefing psychologique ^[85, 86]. Enfin, la pertinence et l'originalité du débriefing collectif ne sont pas mises en valeur.

Réflexions actuelles sur l'efficacité d'une psychothérapie précoce

Dans ce cadre, le débriefing devient une arme thérapeutique précoce. D'ailleurs, pour affirmer la nouvelle identité du concept, certains auteurs proposent une traduction française du mot « débriefing ». Crocq ^[79] suggère le « bilan psychologique d'événement ».

Pour resituer ce débat sur l'efficacité du débriefing, il est important de souligner que la décision de garder la pratique du débriefing ne doit pas nécessairement se baser sur les recherches empiriques. La satisfaction ou l'utilité perçue par les participants devrait être une raison suffisante pour maintenir le débriefing ^[87]. Aujourd'hui, cette pratique représente une réponse face à une nouvelle forme de demande qui s'exprime chez les sujets. Cette volonté de s'adresser à l'autre ne peut désormais être occultée. « Il s'agit là d'une nouvelle forme de reconnaissance propre au sujet et autour de quoi il se rassemble. Cette rencontre est précisément, pour lui, une expérience originale, particulièrement authentique et incontestablement caractérisée par un fondement inaugural dans un processus de soin qui, ultérieurement s'instaurera ou non » ^[88].

Interventions au niveau de la communauté

La réponse d'ordre social aux catastrophes est apparue sous un aspect nouveau grâce à la pratique de l'intervention immédiate ^[13]. Celle-ci permet d'appréhender les mécanismes psychopathologiques contingents à la catastrophe qui vont influencer sur le devenir. Dans certains cas, l'identité du groupe social impliqué va déterminer la nature des réponses qu'il convient d'apporter pour instaurer la conduite thérapeutique la plus adaptée. Si nous prenons l'exemple des catastrophes aériennes, celles-ci entraînent des conséquences psychopathologiques variées sur les familles et attendants. Ainsi, lorsque le deuil touche une population d'origine allemande comme ce fut le cas lors du crash du Concorde ^[89], la réaction des familles s'exprime différemment d'un groupe qui serait méditerranéen et donc plus extraverti. L'expression de la souffrance est donc différente d'un groupe à l'autre. Cela aura des conséquences au niveau de la temporalité sur le moment le plus propice pour l'intervention et sur les modalités d'expression de la demande. Depuis quelques années, dans les pays occidentaux et en particulier en France, des mesures d'accompagnement et de prise en charge rapides constituent une préoccupation majeure des autorités et consistent à favoriser chez les familles la participation à des cérémonies qui leur permettent de se recueillir comme s'il s'agissait de véritables obsèques ^[89]. L'inauguration de stèles sur lesquelles sont gravés les noms des disparus d'un crash aérien, des cérémonies en mer au niveau du lieu de l'impact contribuent de façon importante à ce projet ^[22].

D'une façon générale, les éléments extraits de l'histoire de la catastrophe, les caractéristiques du groupe social et la connaissance intime des mécanismes psychopathologiques permettent d'apporter des éléments d'éclairage auprès des partenaires et des autorités qui interviennent dans le développement de la crise. Celles-ci, par la reconnaissance qu'elles vont

exprimer vis-à-vis des victimes, permettent d'offrir le meilleur encadrement en vue d'une restauration d'un espace psychique chez les personnes traumatisées. Une lecture des données de la psychopathologie, adaptée au groupe social, permet de fournir les meilleurs appuis sur le plan thérapeutique. Tout manquement à ces principes constitue un facteur essentiel dans la résurgence, voire le déclenchement de la pathologie psychotraumatique.

Particularités chez l'enfant

Immédiat et postimmédiat

L'intervention psychologique précoce permet aux enfants et aux adolescents l'expression de leurs émotions face à l'événement traumatogène. Elle constitue comme pour l'adulte une approche préventive face au développement d'un syndrome psychotraumatique [90].

La prise en charge peut être individuelle ou collective en fonction de la nature de l'événement, de son contexte et des demandes des enfants et de leurs parents. Elle a pour objectif de permettre à l'enfant d'exprimer ses affects face à l'événement, de mettre en mots son vécu et son ressenti avec le support du dessin [91, 92], de figurines, ou de peluches pour les plus jeunes.

Le débriefing collectif ou le groupe de parole constituent des outils thérapeutiques de choix chez l'adolescent [58], dans cette période postimmédiate, lors de catastrophes meurtrières comme par exemple l'explosion de l'usine AZF à Toulouse [80], notamment pour des victimes directes ou des témoins. Les groupes de parole mis en place après les incendies parisiens de l'automne 2005 dans les établissements scolaires à proximité, ont montré toute la dimension cathartique, ainsi que la valeur abréactive et surtout élaborative de ce dispositif.

Soins à plus long terme

Après une catastrophe, la reprise rapide par l'enfant de ses activités habituelles doit être encouragée, qu'il s'agisse de sa scolarité ou de sa vie sociale, de même qu'il est important qu'il puisse retrouver ses capacités à jouer comme nous l'avons observé auprès des enfants réfugiés du Kosovo [91], qui, lors de leur accueil en France, ne pouvaient utiliser les jouets qui leur avaient été distribués. Le fait de les encourager à retrouver leurs capacités ludiques leur a permis de développer à nouveau leurs potentialités créatives et imaginatives. Vila [90] insiste sur la nécessité de faire une proposition de guidance et d'accompagnement pour le jeune et ses parents, particulièrement lorsque celui-ci continue d'être exposé à une situation menaçante ou dangereuse.

Lorsqu'un syndrome psychotraumatique est constitué, un traitement psychothérapeutique est indispensable. Il permet à l'enfant ou l'adolescent d'inscrire l'événement catastrophique dans son histoire et de l'y intégrer [92]. La relaxation, ainsi que d'autres approches à médiation corporelle, peuvent être employées, particulièrement lorsque le jeune est en difficulté pour s'exprimer par la parole.

Cas particulier des petits enfants

Nous évoquerons le cas des tout jeunes enfants, pour lesquels une prise en charge peut être nécessaire comme nous l'avons observé lors des événements en Côte-d'Ivoire [82]. Certaines mères stressées et angoissées n'arrivaient plus à être disponibles pour s'occuper de leurs bébés. Par ailleurs, ceux-ci étaient soumis à des modifications brutales de leur environnement. Ils présentaient des manifestations d'insomnie, d'hypervigilance avec sommeil agité et réveils fréquents, d'agitation avec pleurs, de troubles alimentaires et de nombreuses difficultés relationnelles [93]. Des entretiens familiaux menés dans un dispositif souple, où parents et enfants ont été vus d'abord ensemble puis séparément, ont permis l'expression du vécu émotionnel de chacun.

Intervention thérapeutique dans le cadre des risques nouveaux

En ce qui concerne la prise en charge des patients qui seraient exposés à une attaque nucléaire, radiologique, biologique ou chimique, la mise en place d'une décontamination constitue le point central de la prise en charge. Celle-ci s'effectue au moyen d'une douche corporelle soigneusement appliquée à l'ensemble du corps après déshabillage et mise sous protection des vêtements et objets contaminés. Ce traitement est notamment efficace en cas de contamination chimique, radiologique et biologique. La mise en place d'une chaîne de décontamination implique de faire passer la victime à travers ce cycle de déshabillage, douchage puis mise en sécurité, rhabillage avec des vêtements indemnes de toute contamination. Cette organisation suppose, pour les sauveteurs qui seront en première ligne sur le terrain, l'utilisation de combinaisons et de masques qui leur permettent d'intervenir auprès des victimes sur un terrain contaminé. Cette organisation fait l'objet d'investissements importants dans les centres d'urgence, les services de pompiers et les SAMU. Au niveau de l'ensemble des personnels qui peuvent être concernés par ces nouveaux risques, des formations et sensibilisations sont organisées. L'administration met à la disposition de chaque SAMU, ainsi que des hôpitaux militaires d'instruction un nombre de tenues de protection et de masques qui permettront d'intervenir en cas d'événement.

C'est dans le cadre de cette chaîne de décontamination qu'interviendront les psychiatres, psychologues et infirmiers des CUMP, à la fois pour conseiller le directeur des secours médicaux, mais aussi pour prendre en charge les mouvements de foule ou les paniques ainsi que les manifestations psychologiques, psychopathologiques individuelles. S'il est difficile de prévoir la nature des manifestations que l'on peut être amené à observer, il faut effectivement faire la part de l'inconnu dans ce qui peut favoriser le déclenchement de telles manifestations.

Aspects préventifs

Catastrophes annoncées

Certains événements, comme le déplacement d'obus de la Première Guerre mondiale, entreposés à Vimy, en 2001, illustrent les catastrophes programmées. Celles-ci diffèrent de la catastrophe en tant que telle du fait que le facteur de surprise est gommé. En conséquence, les mesures thérapeutiques peuvent être préparées et définies à l'avance, notamment l'importance du dispositif nécessaire et le moment de sa mise en place.

Prévention primaire

Mesures générales

Il s'agit de mesures générales de protection, par exemple contre les risques incendiaires au niveau des immeubles de grande hauteur, contre les inondations avec renforcement des digues, limitation ou interdiction de construction dans les zones à risque. Les constructions antisismiques dans les régions exposées aux tremblements de terre sont pleinement du registre de la prévention. Il en est de même en ce qui concerne le renforcement du tissu social auprès des personnes âgées en cas de canicule. Un exemple récent dans le domaine des risques industriels mérite d'être souligné : à Toulouse, au niveau de l'usine AZF, des substances dangereuses (phosgènes) avaient été enterrées avant l'explosion du 21 septembre 2001, ce qui a permis de prévenir des conséquences qui auraient pu être beaucoup plus dramatiques.

Tous ces aspects de prévention nécessitent des efforts qui viennent désormais grever le budget des collectivités exposées.

Systèmes d'alerte

La mise en place de systèmes d'alerte comme l'Institut national de veille sanitaire (INVS) permettent une surveillance sanitaire à laquelle participent des organismes comme Météo France. La mise en place au niveau de chaque ministère d'un service, celui du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité,

chargé de l'identification des risques et de la préparation des réponses à fournir au niveau de chacun des domaines concernés, illustre la prise de conscience de nos dirigeants dans le domaine des catastrophes. Au niveau des services de santé, cela se traduit depuis le 11 septembre par la mise en place de mesures de prévention au niveau des urgences, des SAMU, des services pompiers concernant les risques d'attaques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC). Des tenues de protection avec masques sont prévues et des formations sont dispensées à l'intention des personnels d'urgence. Les CUMP doivent trouver leur place à chaque échelon de cet édifice. Il s'agit de mesures de fond mises en œuvre durant les périodes intercritiques.

Exercices de préparation

Ils permettent la mise en place du dispositif destiné à être opérationnel au moment du déclenchement de l'événement. Ils peuvent concerner la population générale ou les services spécialisés d'urgence.

Concernant la population générale, on a pu vérifier, à l'occasion des incendies parisiens de l'été 2005, l'importance de l'éducation entre ceux qui avaient ouvert les fenêtres et qui sont morts asphyxiés et ceux qui se sont calfeutrés le temps que les secours les atteignent et qui ont eu la vie sauve.

Ces exercices de protection avec simulation comme pour les tremblements de terre, effectués chaque année au Japon, le 1^{er} septembre, jour de commémoration du grand tremblement de terre de Tokyo, illustrent à un degré de perfection élevée comment faire participer la population à ces exercices.

Concernant les exercices de catastrophe pratiqués au niveau des SAMU et des pompiers, la CUMP y est systématiquement intégrée, ce qui permet à l'ensemble des acteurs de jouer chacun leur rôle, y compris en cas d'attaque NRBC.

Prévention secondaire

En cas de menace imminente, des ordres, une information à la population, des avertissements comme les alertes météo doivent être transmis grâce aux médias. Des mesures de protection en cas d'incendie ou de crue et d'inondation doivent être coordonnées et permettre d'empêcher toute panique ou mouvement de foule.

Ces mesures limitent les conséquences et les répercussions de l'événement en prenant le plus rapidement possible les mesures adaptées. L'accident de Three Miles Island aux États-Unis en mars 1979 avait donné lieu à une information inadaptée, contradictoire, ayant entraîné des effets de panique sur la population avec un grand nombre d'auto-évacuations [62]. Cet aspect de la prévention concerne non seulement l'ensemble des acteurs de la catastrophe mais aussi le domaine de la psychopathologie. Il est essentiel de conseiller les autorités et les décideurs à partir du savoir et de la compréhension de l'événement qui est en train de se dérouler, de manière à limiter l'anxiété et la panique collective et de façon à favoriser la mise en place des mesures thérapeutiques en postimmédiat.

Prévention tertiaire

Elle concerne toutes les mesures thérapeutiques mises en œuvre une fois la catastrophe déclarée, mesures que nous avons précédemment décrites. L'efficacité de ces mesures sera d'autant plus marquée qu'elles feront suite à une présence immédiate sur le terrain, une analyse des particularités de l'événement en réfléchissant aux conséquences psychopathologiques à la fois sur le plan des individus et sur celui des groupes. Une coordination avec tous les partenaires de la catastrophe doit être mise en place grâce aux enseignements tirés des exercices régulièrement effectués. Parmi les partenaires habituels, on note en particulier les services d'urgence, le SAMU, les pompiers, les secouristes (Croix Rouge, protection civile), les associations de victimes (INAVEM), les associations caritatives (secours catholique...). D'autres partenaires occasionnels peuvent être concernés par la spécificité de l'événement. Ils doivent être intégrés au dispositif des partenaires habituels.

Conclusion

Les risques psychopathologiques liés aux catastrophes constituent le nouveau fléau de nos sociétés. Il semble que l'on puisse définir à l'heure actuelle de nouvelles modalités de prise en charge et une nouvelle réflexion concernant ces risques et leurs implications. En effet, nous avons pu examiner, au cours de ce parcours, l'implication de différentes populations dans le cadre de ces risques, ainsi que la nature des problèmes actuels engendrés par les catastrophes. L'enfant est régulièrement touché au même titre que l'adulte. Des groupes ethniques variés se trouvent impliqués compte tenu de l'évolution des échanges que l'on observe à l'heure actuelle à travers le monde. Cela crée des conditions nouvelles qui vont influencer, parfois favoriser le développement des événements traumatiques en favorisant sa diffusion, son retentissement. Les accidents collectifs augmentent en fréquence compte tenu des risques liés aux transports et nous voyons apparaître de nouvelles formes de deuil, caractérisées par la brutalité et par le bouleversement de la réponse qu'il convient d'adopter dans le contexte à chaque fois nouveau du scénario de la catastrophe. Les nouvelles formes de terrorisme, voire d'actes de malveillance qu'il convient désormais d'envisager, de prévoir et de contrer à l'avance se sont diversifiées et doivent conduire à une analyse précise de ces nouveaux risques.

Références

- [1] Dupuy JP. *Petite métaphysique des tsunamis*. Paris: Le Seuil; 2005.
- [2] Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. New York: Arno Press; 1808.
- [3] Charcot JM. *II Leçons du mardi à la Salpêtrière. Notes de cours*. Paris: Bureau du Progrès Médical; 1890 (2 vol; tome I, 1887-88, tome II, 1888-89).
- [4] Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan; 1889.
- [5] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In: *Essais de psychanalyse*. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1981. p. 41-116.
- [6] Damaye H. Fonctionnement d'un centre psychiatrique d'Armée. *Prog Méd* 1917;**32**:362-4.
- [7] Salmon TW. Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British Army. *Ment Hyg* 1917;**1**:509-47.
- [8] Freud S. Rattachement à une action traumatique. L'inconscient. In: *L'introduction à la psychanalyse*. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1964. p. 255-67.
- [9] Kulka BA, Schlenger WE, Fairbank IA. *Trauma and the Vietnam war generation: report of findings from the national veterans readjustment study*. New York: Brunner and Mazet; 1990.
- [10] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA; 1980 (DSM-III).
- [11] 5e journée de l'AFERUP. Place du psychiatre dans les situations de catastrophe. 1994. *JEUR* 1996;**9**:134-85.
- [12] Cremitter D, Crocq L, Louville P, Batista G, Grande C, Lambert Y, et al. Post aircraft hijacking: psychiatric services for post traumatic reactions of hostages. *J Nerv Ment Dis* 1997;**185**:344-6.
- [13] Crocq L. Les répercussions psychiatriques et psychosociales des catastrophes et trauma graves. *Med Catastr Urg Collect* 1999;**2**:73-8.
- [14] Peek LA, Mileti DS. The history and future of disaster research. In: Churchman A, editor. *Handbook of environmental psychology 2002*. New York: Wiley and Sons; 2002. p. 511-24.
- [15] Noto R, Huguenard P, Larcan J. *Médecine de catastrophe*. Paris: Masson; 1994.
- [16] Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60000 disaster victims speak: part I. an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 2002;**65**:207-39.
- [17] Crocq L. Historique des catastrophes urbaines et industrielles. *Stress Trauma* 2004;**4**:55-64.
- [18] Maltais D, Lachance L, Fortin M. L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996: étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés. *Sante Ment Que* 2000;**25**:116-38.
- [19] Green BL, Lindy JD. Posttraumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatric Clin North Am* 1994;**17**:301-9.
- [20] Verger P, Rotily M, Baruffol E, Boulanger N, Vial M, Sydor G, et al. Évaluation des conséquences psychologiques des catastrophes environnementales: une étude de faisabilité à partir des inondations de 1992 dans le Vaucluse (France). *Cah Santé* 1999;**9**:313-8.
- [21] Oppenheimer H. *Die traumatische Neurosen*. Berlin: V. Von August Hirschwald; 1892.

- [22] Baubet T, Coq JM, Ponseti-Gaillochon A, Vitry M, Navarre C, Cremniter D. Intervention médico-psychologique à Charm el Cheik auprès des familles du crash aérien de la Flash Airlines. *Presse Med* 2006;**35**:250-1.
- [23] Cremniter D. La catastrophe du Concorde: intervention médico-psychologique. *Stress Trauma* 2000;**1**:55-9.
- [24] Mathur A, Cailhol L, Birnes P, Schmitt L. Catastrophes des grandes cités: quels troubles évaluer? *Stress Trauma* 2004;**4**:27-34.
- [25] Javaudin G, Crocq L. « Psychiatrie de debriefing »: l'effondrement de la tribune du stade de Furiani. *JEUR* 1996;**9**:241-4.
- [26] Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of americans' reactions to september 11. *JAMA* 2002;**288**:581-8.
- [27] Ruzek JI. Prévenir les problèmes de santé mentale après une catastrophe. *Stress Trauma* 2004;**4**:73-9.
- [28] Dorandeu F, Blanchet G. Toxiques chimiques de guerre et terrorisme. *Méd Catastr Urg Collect* 1998;**6**:161-70.
- [29] Ursano RJ, Norwood EA, Fullerton CS. Terrorism with weapons of mass destruction: chemical, biological, nuclear, radiological and explosive agents. In: Ursano RJ, Norwood EA, editors. *Trauma and disaster: responses and management. (review of psychiatry series: 22, 1)*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2003. p. 125-54.
- [30] Le Guelte G. *Terrorisme nucléaire: risque majeur, fantôme ou épouvantail. Institut de relations internationales et stratégiques*. Paris: PUF; 2003.
- [31] Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [32] McCauley LA, Lasarev M, Sticker D, Rischitelli DG, Spencer PS. Illness experience of gulf war veterans possibly exposed to chemical warfare agents. *Am J Prev Med* 2002;**23**:2000-6.
- [33] Derynck F, Samuelian JC, Saracaceanu E. État de stress aigu, état de stress post-traumatique: clinique et biologie. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 2000;**42**:26-9.
- [34] Passamar M. Soutien médico-psychologique aux personnels, après le double meurtre au CHS Saint-Luc de Pau. *Stress Trauma* 2005;**5**:205-9.
- [35] Cohen RF. Mental health services for victims of disasters. *World Psychiatry* 2002;**1**:149-52.
- [36] Crocq L. Critique du concept d'état de stress post-traumatique. *Perspect Psy* 1996;**35**:363-76.
- [37] Crocq L. Stress, trauma et syndrome psycho-traumatique. *Soins Psychiatr* 1997;**188**:7-13.
- [38] Selye H. *Le stress de la vie*. Paris: Gallimard; 1975 (1956).
- [39] Freud S. *Au-delà du principe du plaisir*. Paris: Payot; 1973 (1920).
- [40] Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol (Paris)* 1997;**155**:522-6.
- [41] Lebigot F. Traumatisme psychique et origine freudienne. *J Psychol* 1997;**144**:24-6.
- [42] Briole G, Lebigot F, Lafond B, Favre JD, Vallet D. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir. Rapport au LXXXIIe Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Toulouse, 17-23 juin*. Paris: Masson; 1994.
- [43] Lacan J. *Le séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Le Seuil; 1973.
- [44] Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris: Dunod; 2005.
- [45] Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. *Psychol Méd* 1992;**24**:427-32.
- [46] Crocq L, Doutheau C, Louville P, Cremniter D. Psychiatrie de catastrophe: réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-113-D-10, 1998: 8p.
- [47] Cremniter D, Laurent A. Syndrome de stress post-traumatique: clinique et thérapie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Toxicologie-Pathologie professionnelle, 16-531-M-10, 2006.
- [48] Cremniter D. Le réel dans l'expérience traumatique. *Stress Trauma* 2003;**1**:1.
- [49] Illel K, Ferreri M, Noto R. Les blessés psychiques, réactions pathologiques et atteintes psychiques chez les victimes de catastrophes. *Soins Psychiatr* 1989;**106/107**:7-12.
- [50] Cremniter D. Rencontre et devenir au cœur du traumatisme psychique. Conférence 27 mars 2004. Association de la cause freudienne. Aquitania. L'événement impensable: quelles réponses ?
- [51] Cremniter D, Roujeau JC, Prost C, Consoli S, Frances C. Stressful life events as potential triggers of pemphigus. *Arch Dermatol* 1998;**134**:1486-7.
- [52] Alexander F, French M. *Psychothérapie analytique: principes et applications*. Paris: Payot; 1972 (1946).
- [53] Fenichel O. *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris: PUF; 1953.
- [54] Crocq L. Clinique de la névrose traumatique. *Psychol* 2003;**211**:53-8.
- [55] Barrois C. *Les névroses traumatiques*. Paris: Dunod; 1988.
- [56] Crocq L, Ba-Thien K, Gannage M. Les enfants du Liban. Souffrance, culture et catharsis dans le trauma de guerre. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 2002;**53**:38-44.
- [57] Papazian B. Traumatisme psychique en cas de catastrophe. *Psychiatrie Enf* 1992;**35**:273-314.
- [58] Grappe M. Le débriefing psychologique des adolescents après une expérience traumatique. *Perspect Psychiatr* 2000;**39**:327-32.
- [59] Cremniter D. « Pour une réflexion clinique sur la dissociation traumatique, à partir des expériences du tsunami ». Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma, journée scientifique du 7 juin 2005: « Traumatismes et Thérapies ».
- [60] Chahraoui K, Laurent A, Colbeau-Justin L, Weiss K, Vanssay B. Stress psychologique des sinistrés des inondations de la Somme: une étude exploratoire. *Inf Psychiatr* 2003;**79**:307-18.
- [61] Crocq L. Paniques collectives et peurs immémorables. *Psychol Méd* 1992;**24**:427-32.
- [62] Crocq L. Les comportements individuels et collectifs en situation de danger nucléaire. *Préventive* 1988;**22**:39-48.
- [63] Cremniter D, Coq JM. Les situations de catastrophe. In: Guedj MJ, Pascal JC, editors. *La psychiatrie en urgence*. Issy-les-Moulineaux: édition Interligne; 2006. p. 307-10.
- [64] Orio R. *Le Monde*. 1995 (août).
- [65] Bailly L. *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris: ESF; 1996.
- [66] Crocq L. Le traumatisme psychique chez l'enfant. In: *Des lieux de soins et de réparations pour les enfants victimes d'agressions sexuelles*. Fondation de France; 1997.
- [67] Crocq L. Traumas de l'enfance: destins compromis. *Psychomédia* 2004;**1**:30-6.
- [68] Bacqué MF. *Apprivoiser la mort, psychologie du deuil et de la perte*. Paris: Odile Jacob; 2002.
- [69] Thomas G, Morand P. Dépression et états de stress post-traumatique. *Neuro-Psy* 1999;51-4 (n°spécial).
- [70] Daligand L. Culpabilité et traumatisme. *Stress Trauma* 2001;**1**:99-102.
- [71] Sauret MJ. Le traumatisme psychologique secondaire à l'explosion de l'usine AZF à Toulouse. Réflexions de quelques « passeurs » d'enseignement. *Rev-Québec-Psychol* 2002;**23**:133-54.
- [72] Altounian J. Événements traumatiques et transmission psychique: la survivance. Traduire le traumatisme collectif. *Dialogue Can Philos Assoc* 2005;**168**:55-68.
- [73] Bailly L. Le traumatisme à l'échelle d'une population. L'exemple des Kurdes en Irak. *JEUR* 1996;**4**:241-4.
- [74] Donabédian D. Stress et traumatisme en psychosomatique. *Rev Fr Psychosom* 2006;**28**:91-104.
- [75] Barrois C. Le traumatisme second: le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998;**156**:487-92.
- [76] Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique, sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Med Psychol* 1998;**156**:48-54 (Paris).
- [77] Lebigot F, Prieto N. Importance des interventions psychiatriques précoces pour les victimes. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001. p. 151-9.
- [78] Mitchell JT. Stress. Development and functions of a critical incident stress debriefing team. *JEMS* 1998;**13**:43-6.
- [79] Crocq L. Histoire critique du debriefing. In: De Soir E, Vermeiren E, editors. *Les debriefings psychologiques en question*. Anvers: Garant; 2002. p. 73-130.
- [80] Lebigot F, Damiani C, Mathieu B. Debriefing des victimes. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001. p. 163-87.
- [81] Lebigot F. Le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998;**156**:417-21.
- [82] Cremniter D. « Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP). Exemples d'intervention pour des enfants pris dans le conflit de la Côte d'Ivoire ». 2^e Congrès international dans le cadre des rencontres franco-israéliennes de victimologie de l'enfant: « la place de l'enfant dans l'espace du conflit ». Toulouse 21-23 mars 2005.
- [83] Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. In: Freud S, editor. *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973. p. 299-303.

- [84] Lacan J. Le séminaire, Livre VI: Le désir et son interprétation. 1958-59, inédit: leçons du 14 janvier au 21 février 1959.
- [85] De Clercq M, Vermeiren E. Le debriefing psychologique : controverses, débat et réflexions. *Nervure* 1999;**12**:55-61.
- [86] Vermeiren E, De Clercq M. Le débriefing psychologique après un événement à caractère traumatique : intérêts et limites. *Med Catastr Urg Collect* 1999;**2**:95-9.
- [87] Van Emmerik A, Kamphuis J, Hulsbosch A, Emmelkamp P. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002;**360**:766-71.
- [88] Cremniter D. L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques. *Evol Psychiatr (Paris)* 2002;**67**:690-700.
- [89] Weber E, Prieto N, Lebigot F. L'accueil des familles des passagers lors de la catastrophe du Concorde. *Ann Med Psychol* 2003;**161**:432-8 (Paris).
- [90] Vila G. Les stratégies thérapeutiques des syndromes psycho-traumatiques de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Med Psychol (Paris)* 2002;**160**:538-40.
- [91] Coq JM, Cremniter D. Dessins d'enfants du Kosovo. *Perspect Psychiatr* 2004;**43**:218-25.
- [92] Daligand L. Le traitement psychanalytique des troubles psychotraumatiques de l'enfant. *Stress Trauma* 2003;**3**:47-50.
- [93] Brauner A, Brauner F. *J'ai dessiné la guerre, le dessin de l'enfant dans la guerre*. Paris: ESF; 1991.

D. Cremniter, Praticien hospitalier, responsable de la Cellule d'urgence médicopsychologique.

Cellule d'urgence médicopsychologique de Paris, SAMU de Paris, Hôpital Necker-Enfants malades, 149-161 rue de Sèvres, 75015 Paris, France.

J.-M. Coq, Psychologue.

Cellule d'urgence médicopsychologique de Paris, SAMU de Paris, France.

N. Chidiac, Psychologue.

Cellule d'urgence médicopsychologique de Paris, CMME, 100, rue de la Santé 75014 Paris, France.

A. Laurent, Psychologue, maître de conférences.

Université de Dijon, 21000 Dijon, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Cremniter D., Coq J.-M., Chidiac N., Laurent A. Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-113-D-10, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations