

Évacuation de ressortissants en situation de conflit (Côte d'Ivoire) ou d'insécurité (Fukushima)

D. CREMNITER¹, A. LE MASSON²

Points essentiels

- De nombreuses difficultés découlent d'un conflit armé ou encore d'une catastrophe naturelle ou technologique, notamment celles de l'évacuation des ressortissants étrangers.
- Dans ces contextes particuliers, contextes qui sont bien souvent associés à une perte de repères, des traumatismes psychiques ou encore différentes pathologies psychiatriques, parfois restés jusque là masqués, peuvent se révéler.
- Il convient alors de penser le dépistage de ces troubles psychiques, ainsi que la mise en place d'un dispositif adapté pour effectuer ce repérage, dans des conditions d'exercice qui se révèlent particulières.
- Aussi, devant l'afflux massif de réfugiés ou de ressortissants inquiets, tant pour leur sécurité que pour leur santé, se pose la question des évacuations prioritaires, mais également celle de la prise en charge psychologique des ressortissants.

1. Didier Cremniter, référent de la Cellule d'Urgence Médico-psychologique de Paris, SAMU de Paris, hôpital Necker-enfants Malades.

E-mail : didier.cremniter@wanadoo.fr

Correspondance : Docteur Cremniter – 149 rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15.

2. Alice Le Masson, psychologue clinicienne à la Cellule d'Urgence Médico psychologique du SAMU de Paris.

E-mail : alice.le-masson@nck.aphp.fr

Correspondance : Alice Le Masson, SAMU de Paris, Hôpital Necker – Enfants malades – 149 rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15.

- Une revue de la littérature nous permet de définir les conseils et écueils à éviter dans le cadre de la gestion de ces situations de crise et dans l'accueil des ressortissants soucieux de leur évacuation.
- Ces situations exceptionnelles, sont par ailleurs source de stress pour les autorités chargées de l'accueil des ressortissants : aussi, convient-il d'être particulièrement sensible à l'expression de ce stress, de manière à les accompagner au mieux dans leur mission, et de penser un dispositif de soin qui leur soit adapté.
- Ces situations de crises ayant générées stress, anxiété, perte des repères... laissent parfois place à un vécu psycho-traumatique chez les réfugiés, une fois leur évacuation terminée : il convient par conséquent d'anticiper au mieux ce retour ainsi que leur prise en charge dans leur pays d'origine.

1. Situations de guerre

Les données de la littérature montrent l'importance considérable des signes de psychotraumatisme chez des personnes ayant été exposées à des conflits armés (1), à des désastres humanitaires (2) puisqu'une proportion de 25 à 50 % de ces réfugiés présentent au décours de tels événements des signes de PTSD (« posttraumatic stress disorder »). Près de 80 % (1) souffrent d'une symptomatologie anxieuse et dépressive. Ces éléments justifient la présence d'un dispositif apparenté à la psychiatrie de l'avant de manière à tout mettre en œuvre pour prévenir la survenue de ces manifestations psychotraumatiques.

1.1. Contexte politique et économique

En Côte d'Ivoire, la crise s'est installée suite à l'élection présidentielle de novembre 2011 qui a vu s'affronter deux camps, celui du président sortant et celui dont l'élection semble acquise pour la communauté internationale.

Sur place, le camp Port Boué, déployé par l'armée française, permet d'accueillir un contingent d'environ 2 000 personnes. Celles-ci appartiennent à différentes nationalités, acceptées en fonction des critères retenus par les autorités militaires.

Le camp est quasiment toujours plein, fonction des arrivées et des départs qui sont rythmés chaque jour par les vols de Transall de l'armée française. Ceux-ci permettent le départ des personnes qui souhaitent pouvoir se rendre à l'extérieur de la Côte d'Ivoire dans une autre capitale de l'Afrique occidentale : Dakar, Cotonou, Accra, Lomé... En effet, contrairement à la crise de novembre 2004, les autorités ne prévoient pas de retours en France mais une mise en sécurité provisoire des populations, tout d'abord au sein du camp, puis par le transfert en avion militaire vers d'autres capitales de l'Afrique occidentale. Si les réfugiés souhaitent se rendre en Europe, ils le feront à partir de ces destinations temporaires et à leurs frais. Ces décisions sont adaptées au contexte de cette crise. Tout d'abord, une partie des personnes accueillies appartiennent à différentes

nationalités, notamment les Africains de l'ouest. D'autre part, comme nous pourrons le constater en rencontrant les populations, beaucoup s'interrogent sur l'attitude à adopter face à cette crise : attendre sur place la résolution ou quitter le pays provisoirement ou à plus long terme. C'est cette interrogation qui ressort en priorité dans ce contexte. Mais la majorité ne souhaite pas s'éloigner, espérant que l'armée française aidera à résoudre la crise dans un avenir proche, avec la perspective d'une reprise de l'activité économique par rapport au chaos qui caractérise l'évolution de cette crise.

1.1.1. Pathologies psychiatriques

1.1.1.1. Cadre d'intervention

Dans le cadre de notre mission en Côte d'Ivoire, soit les patients étaient reçus en consultation à l'infirmerie du camp et vus à la demande des médecins militaires, soit l'offre s'effectuait dans le cadre de visites auprès des ressortissants dans le contexte de leur séjour au camp, en se rendant à leur contact. Deux grands camps de toiles étaient installés, ainsi qu'un lieu dit, camp habité en dur, avec des villas occupées par les réfugiés.

1.1.1.2. Les différentes pathologies observées chez les ressortissants

Le stress aigu

Nous avons pu observer l'apparition de pathologies névrotiques, relevant d'un stress aigu. Ces pathologies ont d'ailleurs nécessité de notre part une intervention médico-psychologique immédiate.

Il pouvait s'agir de femmes enceintes qui, après avoir vécu des moments de terreur, exprimaient une angoisse marquée concernant leur grossesse, se rationalisant, par exemple, par rapport au fait qu'elles ne sentaient plus l'enfant bouger. Des contrôles effectués permettaient de les rassurer et de mesurer la part de ce qui était dû à l'angoisse.

Le stress traumatique

D'autres patients, après avoir subi des pillages, des menaces, présentaient une pathologie de stress traumatique. Ils éprouvaient un vécu de désarroi complet avec idéation suicidaire nécessitant une prise en charge immédiate. Nous citerons également le cas d'un homme particulièrement éprouvé, exprimant une très forte crainte à l'idée de retourner sur son lieu d'habitation, craignant d'être assassiné là où il avait été agressé après que son magasin ait été pillé.

Le deuil

Des personnes endeuillées par l'assassinat d'un proche transitaient également au sein du camp. Il pouvait s'agir d'Ivoiriens, qui se rendaient à l'infirmerie afin d'obtenir des nouvelles d'un parent secouru dans des situations particulièrement périlleuses, transporté par le SSA (Service de Santé des Armées), puis décédé des suites de ses blessures. L'annonce de cette issue nécessitait alors une prise en charge psychologique immédiate de ces personnes.

Les psychoses

Au cours de notre séjour, nous avons pu observer des décompensations psychotiques associées aux événements de guerre.

Nous avons, par exemple, été amenés à prendre en charge un déclenchement de psychose sous forme d'une bouffée délirante dont la symptomatologie s'est accentuée durant les premiers jours de présence au camp. La mise en route d'une thérapeutique s'avérait difficile, le patient étant à la limite du refus de prise des neuroleptiques. Il a fallu décider à quel moment son départ – transfert sur Dakar allait être le plus opportun compte tenu de son état psychique, de son acceptation d'une thérapeutique médicamenteuse et de la capacité de sa famille à pouvoir l'accompagner.

Un autre jeune patient souffrant de psychose chronique a également été pris en charge à son retour dans le camp. Durant un précédent séjour, il s'était montré agressif vis-à-vis de la gendarmerie et avait été expulsé du camp en raison de ses troubles du comportement. Quelques jours plus tard, il présentait des signes de rechute qui ont nécessité le recours à une thérapeutique neuroleptique parentérale, puis son retour à Port Boué. Nous l'avons alors directement pris en charge avec les soignants de l'infirmerie (en le maintenant dans un endroit sécurisé où il a pu passer la nuit) avant de procéder à la mise en place des formalités pouvant permettre son retour en France. Ceci ne put aboutir, si bien que le patient a dû rester plusieurs jours au contact de l'infirmerie, jusqu'à finalement ressortir du camp.

Les mouvements de groupe

Face à des menaces extrêmes, des réactions collectives de stress ont été observées. Une certaine agressivité, parmi des réfugiés qui souhaitaient s'introduire au sein du camp, s'est avérée problématique. Ceux-ci souhaitaient forcer les barrages des militaires et pour ce faire, tenaient des propos particulièrement véhéments. Le refus des autorités militaires d'obtempérer à ces demandes devait susciter des discussions particulièrement vives avec les représentants de ce groupe jusqu'à ce qu'une acceptation puisse se faire sans en venir à la violence.

Les rumeurs

Au 2^e jour de notre présence, la situation générale s'était aggravée dans la mesure où il n'y avait plus d'eau disponible pour l'usage des toilettes, douches et lavage des vêtements. Des rumeurs attribuaient cette panne à un sabotage des troupes du Président sortant. Cette situation a été à l'origine de tensions parmi les réfugiés chez lesquels une recrudescence de l'angoisse devenait manifeste. Il a fallu pallier cette interruption de l'alimentation en eau à partir des réserves de la lagune, grâce à une action effectuée sous la surveillance des services du vétérinaire du camp. Cette action a progressivement levé l'expression de l'angoisse, parallèlement au fait que la rumeur s'est éteinte. Dans la littérature, il semble que ces apparitions de rumeurs fausses ou exagérées soient généralement attribuées à l'absence d'information claire de la part des autorités.

1.1.1.3. Selon l'âge

Les enfants

De nombreux enfants présentaient des réactions de stress simple et adapté, dont l'expression se trouvait facilitée par la pratique de dessins. Il existait parfois une activité itérative qui pouvait correspondre à un syndrome de répétition. Nous avons également été amenés à examiner et voir en entretien des enfants psychotiques, à la demande de leurs parents, dans la mesure où aucune prise en charge au long cours n'avait été réalisée auparavant.

Les personnes âgées

Étaient également présentes, dans l'enceinte du camp, des personnes âgées qui vivaient depuis longtemps en Côte d'Ivoire et qui se trouvaient progressivement affectées par la lente dégradation de leur vie sociale dans le contexte de cette crise. Celles-ci avaient également été recueillies par l'armée et ramenées dans le camp afin d'être protégées.

1.1.1.4. Le stress dépassé des professionnels

Un stress des sauveteurs et des autorités qui éprouvent un *burn out*, à partir d'une certaine tension due aux conditions dégradées du conflit, a également été observé. Plusieurs personnes appartenant aux différents corps d'intervention, en particulier de l'armée ou du MAEE (Ministère des Affaires Étrangères et Européennes) présentaient des états de *burn out*, de dépression ou d'excitation au 3^e ou 4^e jour du conflit.

Les gendarmes et militaires

Chez les militaires, la prolongation de la crise dans le contexte critique postélectoral, avait jusqu'à ce jour interdit la possibilité de permission et ce, depuis plus de six mois. Ce retard à pouvoir bénéficier d'une relève était à l'origine d'une souffrance qui commençait à s'exprimer chez certains. C'est ainsi que l'un des personnels encadrant manifestait des signes d'épuisement, s'endormant parfois pendant ses temps de présence, dans son bureau. À d'autres moments, il ressentait le besoin de parler, de se confier, et ce de façon inhabituelle compte tenu de ses fonctions.

Dans le cadre de notre mission, nous avons été amenés à prendre en charge un gendarme que nous avons hospitalisé dans l'infirmerie pour la survenue d'un état de stress aigu. Celui-ci avait été exposé à des tirs nourris, frôlé par une balle au niveau de la main. Deux jours après, il présentait des signes d'angoisse marqués, se caractérisant par des tremblements exacerbés, des angoisses l'empêchant de poursuivre sa mission et d'exercer le commandement des hommes de son unité. Durant son séjour à l'infirmerie, son état s'est rapidement amélioré. Des pensées récurrentes lui venaient sur la question de revoir au plus vite son fils âgé de 9 ans. Après avoir pu exprimer ces différents éléments de son vécu, il a pu retrouver un sentiment de détente. Se posait par la suite la question de son aptitude à

retourner dans son unité après la défaillance dont il avait été l'objet et qui avait nécessité son hospitalisation.

Les personnels de l'ambassade

Se situant à proximité du Palais présidentiel, le personnel de l'ambassade de France fut particulièrement touché par les événements. Les bombardements du Palais, de plus en plus accentués, étaient ressentis comme très proches par le personnel. La nécessité de trouver refuge dans les sous-sols s'est avérée nécessaire, de façon à atténuer ce ressenti de terreur à l'origine des symptômes de stress plus ou moins aigus.

1.1.1.5. Discussion

Lucas (3), revient sur son expérience concernant une mission effectuée en juin 1996 à Bangui. Il y souligne notamment la nécessité d'aménager rapidement un lieu de consultation destiné aux ressortissants, pour des entretiens confidentiels. Il y précise également la nécessaire collaboration entre le psychiatre et les médecins du camp, en vue de dépister des troubles psychiques chez les réfugiés. Cette association permet de déterminer et de gérer les priorités en termes de rapatriement. En effet, lors de sa mission dans la capitale Centrafricaine, certaines personnes présentaient des troubles persistants, des crises d'angoisse, parfois de l'agitation, en particulier chez les couples binationaux (dont un seul membre pouvait être rapatrié en France).

Quant aux manifestations d'ordre psychologique chez les réfugiés, au cours de l'évacuation, l'auteur fait référence à deux phases :

- une phase d'expression émotionnelle bruyante ;
- une phase de recrudescence anxieuse avec des inquiétudes pour leurs proches, leurs biens et leur avenir.

Il considère également que lors de sa mission à Bangui, les enfants réfugiés auraient été principalement impactés par les angoisses de leur mère relatives à la situation du père.

Bailly (4) établit, lui aussi, une corrélation significative entre la présence d'un syndrome posttraumatique chez l'enfant, suite à un événement potentiellement traumatisant, tel que la guerre, et la réaction de ses parents lors de l'événement. En d'autres termes, plus le parent est calme, moins l'enfant présente le risque de développer un syndrome posttraumatique. Ces observations signifient donc que les enfants, tout comme les adultes, sont sensibles à ces événements et aux réponses de leur environnement proche. Bailly (4) précise que dans le cadre d'une guerre, le traumatisme psychique sera lié chez l'enfant à une expérience non pas de mort, mais de sa propre mort et il sera accompagné d'un fort sentiment de culpabilité lié au fait qu'il a survécu. Cet auteur explique que dans le cadre de conflits armés, les enfants pourront présenter des symptômes tels que des cauchemars, des signes de dépression, une anhédonie, une tendance à l'isolement, une diminution de la sociabilité, des pleurs, des cris, une hyperactivité

avec des accès de colère, des tendances à la restriction alimentaire... Les troubles du sommeil, bien souvent associés à une chute de la vigilance, peuvent également se développer.

Favre et Payen (5), dans un article relatif aux rapatriements sanitaires de militaires au cours de l'opération Daguet, reviennent sur les facteurs susceptibles de favoriser l'expression de troubles invalidants au cours d'une mission.

Les conditions de séjour (précarité de la vie, conditions climatiques particulières), le sentiment de solitude accompagné d'une promiscuité de tous les instants associés à un événement biographique antérieur à la mission ou survenant au cours de la mission, ou encore à des antécédents psychiatriques familiaux ou personnels et des traits pathologiques de la personnalité, semblent être des facteurs susceptibles de révéler ce qui était jusque là contenu, caché. En effet, au cours de la mission Daguet, des troubles de l'adaptation, ainsi que des états dépressifs, des états psychotiques ou encore des conversions hystériques ont pu être observés chez des militaires n'ayant auparavant fait aucune démonstration particulière de ces troubles.

1.1.2. Les priorités d'évacuation

En Côte d'Ivoire, les priorités d'évacuations étaient dues aux maladies somatiques, comme le diabète, l'hypertension, la présence d'une thalassémie douloureuse ou d'autres maladies, comme une insuffisance rénale nécessitant une dialyse, étant donné que celle-ci avait été interrompue compte tenu des événements en cours.

Un tableau de psychose aiguë, comme nous l'avons observé chez deux patients, était une priorité de prise en charge et d'évacuation éventuelle (en sachant qu'il était indispensable de trouver le moment le plus approprié pour décider l'évacuation), en particulier à partir du moment où le patient serait en état de supporter le voyage.

Pour d'autres, comme le gendarme qui avait présenté un stress aigu, il était nécessaire de procéder à une hospitalisation avant d'apprécier les possibilités pour ce militaire de retourner dans son unité ou bien d'être évacué. Cette décision, bien souvent ne pouvait s'effectuer qu'au cas par cas.

Ainsi, les affections psychiatriques liées aux événements de guerre, étaient, dans ce cadre, associées à la nécessité d'une protection dans le camp mais ne se traduisaient pas nécessairement par une indication d'évacuation.

Tout comme les traumatisés qui, classiquement bénéficiaient d'un débriefing psychologique, plus efficace qu'une évacuation sur l'arrière, nos patients, dans ce contexte de guerre civile, retrouvaient leur équilibre après quelques jours de mise à l'écart dans le camp. Ils étaient à l'abri, pouvaient se restaurer, se retrouver avec d'autres ayant vécu les mêmes difficultés ou horreurs, ce qui, en soi, constituait déjà des conditions d'amélioration particulièrement évidentes.

1.1.3. Prise en charge psychiatrique

1.1.3.1. Les ressortissants

Concernant les ressortissants de Côte d'Ivoire, l'essentiel de la prise en charge s'effectuait lors de leur présence dans le camp. Ils pouvaient être vus à l'occasion de consultations à l'infirmerie. Ce cadre permettait notamment d'effectuer des entretiens dans un climat apaisé et serein. Dans d'autres circonstances, c'était à l'occasion de visites sur site, dans le contexte de leur séjour et de leur installation au camp, que s'effectuait la prise en charge. Ils résidaient soit dans la partie composée de villas, soit le plus souvent dans les campements. Il s'agissait alors d'entretiens familiaux, le plus souvent en présence des proches. C'était l'occasion pour eux d'évoquer les particularités de leur situation, les violences, voire les horreurs qu'ils avaient subi et pour la plupart la lente mais très profonde dégradation qui s'était installée dans le pays, en particulier sur le plan de l'activité économique.

Lucas (3) précise également l'utilité de se déplacer au sein même du camp des réfugiés, de manière à effectuer des entretiens informels, susceptibles de permettre une verbalisation des inquiétudes et des angoisses des personnes évacuées. Dans ce cadre, il souligne notamment l'importance de faciliter son identification professionnelle, par le port d'un uniforme par exemple.

Tout comme le précise Bailly (4), la guerre semble pouvoir être associée à la transgression d'un tabou fondamental, celui de l'interdit du meurtre. Aussi met-elle en péril l'existence des sociétés ainsi que le lien social. Par conséquent, face à une vaste population traumatisée, la prévention, ou plus précisément l'information, au sein du camp de réfugiés, semblent être les méthodes de soin les plus efficaces. En effet, informer les populations de réfugiés sur la situation actuelle du pays, les projets en cours, mais également sur les difficultés rencontrées par le cadre, garant de leur sécurité et organisateur de leur évacuation, permet bien souvent d'apaiser des tensions. *A contrario*, le fait de cacher des informations aurait davantage pour effet de dégrader le lien existant entre les populations et le cadre supposé protecteur, incarné par les responsables du camp. En conséquence, un risque de montée de violence, voire de panique, au sein des camps, à l'encontre des responsables, ne pourrait être écarté.

Les Professeurs Crocq et Doutheau (6), précisaient d'ailleurs dans un article « La psychosociologie des paniques », qu'« une fois la panique déclenchée, il est très difficile de la juguler... » (Sic) et que « Des propos énergiques, des consignes claires, une autorité visible, sont toutefois les seuls moyens efficaces auxquels on aura recours pour enrayer sa propagation ou hâter son extinction. » (Sic).

Dans le cadre de sa mission, Lucas (3) a déploré la promiscuité observée entre les civils « inactifs » et les militaires « actifs » au sein d'une même base. Cette promiscuité aurait selon lui contribué à amplifier le sentiment d'urgence et de tension au sein de la population des réfugiés.

Ce parallèle entre « actifs » et « inactifs » nous semble particulièrement pertinent pour introduire les propos d'A. et F. Brauer (4) au sujet des camps de réfugiés. En effet, ceux-ci ont pour fonction première d'offrir une certaine sécurité, une protection contre les intempéries, un accès à la nourriture, ainsi qu'un suivi médical. Cependant, d'après ces auteurs, cela est loin d'être suffisant. Leur retour d'expérience permet de mettre en lumière les aspects bénéfiques de la participation des familles dans l'amélioration active des conditions de vie au sein du camp, ou encore dans l'animation d'activités ludiques ou sportives pour les enfants présents. En d'autres termes, il s'agit d'inciter les familles à recréer des repères, du lien, une vie quotidienne « normale », et ainsi ranimer l'espoir d'un avenir meilleur.

D'autres auteurs, tels que Colas-Benayoun et Boisseaux (7), insistent notamment sur le fait que ce retour des repères chez les victimes reste un élément indispensable pour pouvoir envisager leur évacuation dans de bonnes conditions. En effet, même si dans ces contextes de guerre toute l'énergie du réfugié consiste à se concentrer sur son évacuation, de manière à échapper à un climat d'insécurité, il reste nécessaire de le réintroduire, sans pour autant que cela ne soit formel, dans une relation de parole apaisante, sécurisante. Cette parole fera ainsi office de pont, entre un vécu de chaos et un retour à une vie davantage structurée et organisée, dans un environnement qui ne leur est pas pour autant familier. En effet, certains ressortissants français vivaient en Côte d'Ivoire depuis de nombreuses années.

Bailly (4) insiste également sur l'importance des soins apportés aux enfants réfugiés car ceux-ci sont marqués par la présence de la mort, d'un effondrement de leurs croyances et de leurs repères, des pertes, des deuils, des séparations associées à des doutes et des angoisses.

Dans le camp, la mise en place de rencontres informelles permettra d'effectuer un dépistage de ces troubles, mais également de fournir des explications à l'enfant. Comme le précise l'auteur, il s'agit de ne pas dénier leur souffrance, en les traitant comme des enfants qui n'auraient pas vécu les événements.

Aussi, insiste-t-il, sur la nécessité de sensibiliser les médecins, dans le cadre de l'exercice de leur fonction auprès des enfants réfugiés, aux pathologies psychosomatiques induites par le traumatisme psychique, mais également au fait que l'examen médical, en lui-même, peut rappeler quelque chose en lien avec ce traumatisme.

1.1.3.2. Les sauveteurs et les autorités

Concernant le caractère traumatisant de l'intervention en Côte d'Ivoire pour les militaires français, Colas-Benayoun et Boisseau (7), relèvent notamment l'aspect contradictoire des sentiments des militaires relatifs aux agresseurs et à leur propre engagement dans cette mission. Ils insistent également, par le biais de leurs observations de terrain, sur la nécessité pour le psychiatre de l'avant, tout comme

pour le sauveteur, de se préserver du danger, de manière à garder toute leur capacité de maîtrise et d'attention aux dires des patients.

Lucas (3) souligne également l'importance des interventions du psychiatre auprès des militaires parfois malmenés durant l'opération.

D'ailleurs, dans leur article relatif aux rapatriements sanitaires des militaires lors de l'opération Daguet, Favre et Payen (5), précisent le caractère préventif de la présence des psychiatres sur place. En effet, la possibilité offerte aux militaires de verbaliser, notamment autour de leur culpabilité relative à leur rapatriement sanitaire, semble avoir joué un rôle prépondérant sur l'évolution des troubles présentés par les militaires en mission.

Dans cet article, les auteurs ont, par ailleurs, tenté de définir les facteurs susceptibles d'intervenir favorablement sur le moral des troupes, ils font notamment référence :

- à la distribution de courriers ;
- l'usage du téléphone ;
- la facilité d'accès aux soins médicaux ;
- les points d'information sur les missions...

1.1.3.3. Le retour sur le territoire national

Ne pouvant programmer sur place un suivi à long terme, Lucas (3) précise l'importance du travail, d'information et de sensibilisation au syndrome posttraumatique (associé à des conseils individualisés), auprès des réfugiés.

Dans l'après-coup, des auteurs, tels que Bailly (4) ou encore De Premorel (8), précisent l'aspect structurant que représente l'école pour les enfants et la nécessité de sensibiliser les instituteurs, les travailleurs sociaux aux éventuelles modifications de la personnalité de l'enfant, de manière à endiguer toute attitude de rejet, attitude qui serait relative aux troubles qu'ils présentent, et notamment afin de se voir davantage instituer une « fonction de tuteur de résilience » (Sic).

2. Catastrophes technologiques

2.1. Contexte

Durant la catastrophe de Fukushima, faisant suite au tsunami et au séisme du 11 mars 2011, le stress était consécutif à une indécision majeure. La situation était complexe du fait que les ressortissants français hésitaient entre soit rester à leur poste comme la population japonaise, en suivant les conseils des autorités du pays, soit s'éloigner, en suivant les pressions qui provenaient de leurs familles françaises, alertées par des informations plutôt catastrophiques, colportées par les médias.

Cette situation se traduisait pour les ressortissants par un vécu de pré-panique qui s'exprimait souvent de la façon suivante : un élan de solidarité nationale suite à la catastrophe qui venait de se produire justifiait pour les employeurs japonais la poursuite de l'activité des entreprises. Ceux-ci attendaient donc présence et fidélité de la part de leurs employés. En cas de départ précipité, les ressortissants français étaient exposés au risque de perdre leur travail, même en cas de départ temporaire, car dans la logique de leurs employeurs cela pouvait être interprété comme un abandon de poste.

À l'inverse, les ressortissants français étaient soumis à la pression de leurs proches qui insistaient pour qu'ils se mettent à l'abri en s'éloignant de la région, soit en partant au sud, voire dans un autre pays d'Asie, soit en revenant en France. Les informations diffusées, dans le monde, étaient plutôt alarmistes, du point de vue des risques nucléaires et, durant la phase initiale de la crise, l'ambassade n'avait pas tranché de façon déterminante en conseillant plutôt un éloignement au sud de Tokyo.

Cette situation critique se traduisait pour les personnels de l'ambassade par une situation de crise majeure qui donnait lieu à une recrudescence considérable des appels téléphoniques de la communauté française. Cette pré-panique avait des conséquences majeures sur les agents de l'ambassade chargés de répondre à cette crise.

Notre intervention initiale auprès des ressortissants présents à l'ambassade s'est déroulée en priorité auprès des responsables des îlots chargés de distribuer les comprimés d'iode destinés à la communauté française. Cette thérapeutique était distribuée, dans un premier temps, de façon à en permettre la prise en cas d'indication. Celle-ci était obligatoirement posée par les autorités nippones, si les conditions étaient réunies, ce qui n'était pas le cas lors de notre rencontre initiale.

Des informations plus précises ont ensuite pu être délivrées aux ressortissants et ce, de façon directe par des responsables de la sûreté nucléaire française, venus de Paris à l'ambassade de France à Tokyo. Un point précis, sur les dangers encourus d'une contamination nucléaire à Tokyo, a alors été effectué en prenant compte des données de l'analyse scientifique. Cette présence a permis de préciser la nature des risques encourus. Ceux-ci étaient inexistant à cette période, selon les spécialistes. Les émanations toxiques liées à l'explosion des réacteurs n'augmentaient la radioactivité que dans un rayon limité à quelques dizaines de kilomètres autour de la centrale. Par ailleurs, les météorologues indiquaient qu'à cette période et dans les jours à venir, les vents dirigeaient les nuages éventuellement toxiques vers le Pacifique, donc à l'opposé de la ville de Tokyo, où il n'y avait par conséquent pas davantage de radioactivité que dans n'importe quelle région en France.

L'analyse de la gestion de l'incident de la centrale de Three Mile Island, proposée par Crocq (9), met en lumière l'importance d'une bonne prise en charge de la phase d'alerte de la part du décideur, auprès des populations. Cet auteur souligne ainsi l'importance :

- d'une non dispersion des autorités
- de la désignation d'un interlocuteur unique
- de la clarté et de la précision des informations et des consignes livrées au public.

Néanmoins, les autorités ne doivent pas ignorer que face au danger du nucléaire, l'analyse rationnelle peut faire défaut au public. La population pourra interpréter avec pessimisme les informations qui lui seront communiquées (« imagination anticipante »), ce qui débouchera sur des comportements collectifs inadaptés (évacuations spontanées par effet d'imitation) et l'éclosion de rumeurs, ce qui se produisit lors de l'incident de Three Mile Island.

2.1.1. Pathologies psychiatriques

On a pu observer le déclenchement de situations conflictuelles aiguës à l'occasion du stress suscité par la situation de tension et notamment une réactivation des conflits familiaux. Pour illustrer nos propos nous pourrions prendre pour exemple ce père qui voulait emmener son enfant en France et qui se trouvait confronté au refus de son épouse. Une prise en charge spécifique au niveau de l'aéroport s'est alors avérée indispensable.

D'autres réactions de stress se sont manifestées chez des personnes souffrant d'une association complexe entre manifestations somatiques, anxiété et angoisses, comme le souligne Brodie *et al.* en 2006 (10) lors de la catastrophe de Katrina.

Ainsi, une femme se sentait particulièrement coupable d'avoir fait venir sa fille au motif qu'elle ressentait une aggravation de sa maladie de Parkinson associée à des troubles cardiaques. Ces troubles s'étaient, par ailleurs, particulièrement accentués au moment du séisme, lors duquel elle a ressenti une grande frayeur. Elle était depuis dans un état de souffrance particulièrement accentuée qui nécessitait de longs entretiens. Il lui était nécessaire d'évacuer cette angoisse et de faire la part entre la frayeur qui l'habitait encore et le sentiment de culpabilité qu'elle ressentait d'avoir fait venir sa fille au Japon, l'exposant à la crainte d'une contamination nucléaire. D'autres manifestations somatiques sont apparues chez un certain nombre de ressortissants, notamment des manifestations digestives des épisodes fébriles, des algies et contractures musculaires ainsi que la survenue de troubles oculaires chez un homme âgé d'une trentaine d'années.

Au sujet du danger nucléaire, Crocq (9) précise, que celui-ci peut donner lieu à des conséquences redoutables qui seraient issues de nos fantasmes archaïques et travesties par notre imaginaire. Cette rencontre avec le danger nucléaire serait le point d'accordage entre nos angoisses internes et les angoisses extérieures en provenance du dehors.

Face au danger nucléaire, nos réactions seraient davantage objet du collectif que de l'individuel. Elles pourraient par conséquent s'avérer néfastes, provoquer du désespoir, dans la mesure où elles se déroulent dans une atmosphère mystérieuse, menaçante voire irréelle. L'agression nucléaire favoriserait alors l'éclosion d'états

de stupéfaction, d'hébétéude, voire de prostration, associés à un vécu général de cataclysme et d'inquiétude angoissante.

2.1.2. Les priorités d'évacuation

En ce qui concerne la catastrophe de Fukushima, le contexte de crainte d'une contamination nucléaire représentait une dimension difficile à maîtriser.

Toutefois, la présence de spécialistes de l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire) à l'ambassade de France a permis d'apaiser les craintes les plus immédiates. Notons que celles-ci étaient principalement alimentées par la presse française et internationale. Mais les mesures objectives de la radioactivité à Tokyo ont permis de calmer certaines frayeurs.

Les évacuations vers la France ont alors pu se faire dans des conditions optimales de sérénité pour la communauté française. Celle-ci restait cependant soumise à des manifestations de stress indiscutable, étant donné le vécu de tiraillement auxquels beaucoup de français se trouvaient soumis, entre l'attitude calme des japonais d'un côté et l'affolement de leurs proches en France, de l'autre.

Dans la plupart des cas, la présence d'enfants en bas âge favorisait la décision d'évacuation. Celle-ci s'est effectuée en deux temps.

Un premier mouvement d'éloignement par rapport à la ville de Tokyo a pu être réalisé, consistant à regrouper les ressortissants dans une ville plus à distance, au sud du pays, à Osaka. Dans un second temps, la plupart des ressortissants ont fait escale à Séoul. C'est à partir de cet endroit que l'évacuation proprement dite, vers la France, s'est effectuée, au moyen de deux avions.

Les priorités étaient essentiellement liées à la présence de manifestations somatiques ou anxieuses, avec notamment des éléments psychosomatiques que nous venons de décrire.

2.1.3. Prise en charge psychiatrique

2.1.3.1. Sur place

Concernant le travail de prise en charge au sein de l'ambassade, celui-ci s'est effectué dès notre présence à l'ambassade de France à Tokyo par une présence et des entretiens informels auprès des ressortissants.

2.1.3.2. Au retour, sur le territoire national

Cette prise en charge s'est poursuivie avec l'appui des autorités du MAEE aux aéroports de Tokyo, d'Osaka, puis de Séoul, d'où s'est effectué le départ des ressortissants vers la France. À chaque étape, la CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) intervenait, en cas de besoin auprès des ressortissants par la pratique d'entretiens, éventuellement associés à une prescription légère de tranquillisants.

Cette prise en charge s'est poursuivie durant le vol de retour jusqu'à Roissy, en collaboration avec une équipe du Service de Santé des Armées, également présente sur l'un des deux vols de retour.

Le dispositif de prise en charge médico-psychologique était complété par la présence de la CUMP 93, à l'arrivée des vols à Roissy. La CUMP 93 était elle-même renforcée par la présence d'autres personnels des CUMP de la région parisienne. Ceci devait permettre d'instaurer les modalités d'un suivi possible pour ceux des ressortissants qui pourraient le nécessiter.

Signalons par ailleurs que les personnels de l'ambassade, qui étaient soumis à une très grande pression consécutive à ces appels en masse de nos ressortissants, ont été pris en charge sur place, à l'ambassade de France à Tokyo au cas par cas.

2.1.3.3. Conclusion

L'évacuation de ressortissants en situation de conflit ou d'insécurité bénéficie grandement du travail de la CUMP, en particulier grâce à son déploiement auprès de Français expatriés, soudainement exposés à un danger majeur, guerre, catastrophe naturelle aux conséquences imprévisibles, en l'occurrence un risque de contamination nucléaire. Face à l'émergence de tels risques, l'action de la CUMP offre une possibilité d'action thérapeutique très précoce grâce à la logistique mise en place par le Ministère des Affaires Étrangères et Européennes et celui de la Santé. C'est en étant projeté sur le terrain de la crise que les équipes des CUMP pourront apporter le secours médico-psychologique indispensable non seulement pour la préparation des évacuations, mais aussi durant le voyage de retour toujours propice à la tenue de débriefings psychologiques. À l'arrivée en France, le plus souvent à Roissy, frontière à l'heure actuelle la plus importante entre la France et l'étranger, le travail de la CUMP 93, souvent renforcée par les autres CUMP de la région parisienne, permettra de compléter les soins médico-psychologiques et de préparer le relais avec les autres CUMP dans les régions correspondant aux lieux d'habitation des personnes évacuées.

Références

1. Thapa S.B., Hauff E. Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005 ; 40 : 672-9.
2. Redwood-Campbell L., Fowler N., Kaczorowski J. et al. *Can. J. Public health* 2003 ; 94 : 381-5.
3. Lucas J.-J. Aide à une population expatriée dans une ville en situation insurrectionnelle. In Briole G., Lebigot F., Lafont B., *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, Paris, Addim, 1988 : 103-5.
4. Bailly L. Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant. *Paris, ESF ; 1996 : 55-8 ; 77-84 ; 95-8 ; 121-6.*
5. Favre J.D., Payen A. Les rapatriements sanitaires pour troubles psychiques pendant l'opération Daguet. In *Symposium international « Stress, psychiatrie et guerre »*, Paris, Val de Grâce, 26 et 27 juin 1992 : 84-91.

6. Crocq L., Doutheau C. La psycho-sociologie des paniques. Rev Prat 1988 ; 38 : 684-8.
7. Colas-Benayoun M.-D., Boisseaux H. Un psychiatre face à la violence raciale : opération Licorne en Côte d'Ivoire. Ann Med Psychol 2006 ; 164 : 148-52.
8. De Premorel B. Aide psychologique aux victimes du séisme en Haïti. Le Journal des Psychologues 2010/8 ; 281 : 51-6.
9. Crocq L. Les comportements individuels et collectifs en situation de danger nucléaire, Préventique 1988 ; 22 : 39-48.
10. Brodie M., Weltzien E., Altman D., Blendon RJ., Benson JM. Experiences of hurricane Katrina evacuees in Houston shelters: implications for future planning. Am J Public Health 2006 ; 96 : 1402-8.