



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article de recherche

Defusing des victimes des attentats de Paris. Éléments d'évaluation un mois après

Defusing of victims of the terrorist attacks in Paris. Elements of assessment one-month post-event

N. Prieto^{a,*}, E. Cheucle^a, P. Faure^c, F. Digard^a, C. Dalphin^a, V. Pachiaudi^a, M. Simond^a,
R. Darbon^a, C. Collinet^a, R. Habibi^a, P.-Y. Gueugniaud^b

^a Cellule d'urgence médico-psychologique Auvergne/Rhône-Alpes (CUMP 69), hôpital Édouard-Herriot, avenue Rockefeller, 69003 Lyon, France

^b SAMU de Lyon, hôpital Édouard-Herriot, 5, place d'Arsonval, 69003 Lyon, France

^c Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 290, route de Vienne, 69008 Lyon, France

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 12 mai 2016

Accepté le 4 octobre 2016

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Attentat

Cellule d'urgence médico-psychologique

Soins immédiats

Defusing

Évaluation

Keywords:

Terrorist attacks in Paris

Medico-psychological unit

Immediate care

Defusing

Evaluation

R É S U M É

Les attentats (fusillades et attaques suicides) perpétrés à Paris le 13 novembre 2015 ont eu un impact psychique majeur pour toutes les personnes directement et indirectement exposées. Les cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP) des services d'aide médicale urgente (SAMU) d'Île-de-France ont été très précocement engagées, rapidement renforcées par les CUMP de tout le territoire national. Des prises en charge psychologiques ont été dispensées dans différents lieux stratégiques de la ville de Paris et notamment à la mairie du XI^e, lieu d'intervention de la CUMP de Lyon. Ces prises en charge très précoces, que les CUMP définissent par « defusing », ne dispensent pas d'une prise en charge spécialisée ultérieure mais visent, entre autres, à procurer à la victime une première amorce relationnelle soignante et contribuent à un premier apaisement. Cet effet, a priori thérapeutique, n'a cependant jamais été validé par une étude scientifique. L'évaluation téléphonique, un mois après les attentats, des 129 personnes rencontrées par la CUMP de Lyon et ayant bénéficié de ce type de prise en charge, a permis d'avoir des éléments d'évaluation du defusing. Ces sujets, exposés, endeuillés et témoins, dont la moyenne d'âge est de 35 ans, résident pour la plupart en Île-de-France. La majorité d'entre eux a des scores élevés à l'échelle IES-R, tant chez les exposés et endeuillés que chez les témoins. La quasi-totalité (96,5 %) d'entre eux a eu au moins un contact de soin dans la période concernée avec des prises de psychotropes dans 37 % des cas. Concernant le defusing réalisé en mairie par la CUMP de Lyon, 93 % des sujets se sont déclarés satisfaits et 87,4 % ont reconnu avoir été apaisés à l'issue.

© 2016 L'Encéphale, Paris.

A B S T R A C T

The terrorist attacks (fusillades and suicide attacks) in Paris on 13 November 2015 have had a major psychic impact on all individuals directly or secondarily exposed to them. Medico-psychological unit (CUMP) of the Paris Île-de-France region's immediate care services were immediately mobilized and rapidly strengthened by all regional medico-psychological units (CUMP) throughout the country. Psychological assistance has been provided in several key points of Paris and specifically in the 11th district City Hall of Paris where Lyon's Medico-psychological unit was located. These specific immediate psychological assistances, referred to as a "defusing process" by the medico-psychological unit (CUMP), are mostly devoted to provide the victims with an entry point to a psychological healthcare relationship and give them a first sense of soothing and relief even though they do not prevent further psychological care follow up for the victims. Nonetheless, the potential therapeutic effect of this "defusing process" has not yet been sufficiently established nor demonstrated by any scientific study. A phoning survey was carried out one-month post-terrorist attacks and interviewed the 129 victims who benefited from the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nathalie.prieto@chu-lyon.fr (N. Prieto).

“defusing process” conducted by Lyon’s medico-psychological unit (CUMP) in order to collect data and assess its effects. These people, whether directly exposed, bereaved relatives or witnesses, whose average age is 35, are mostly living in the Île-de-France region. Most of them present a high score on the IES-R scale, whether they were directly exposed, bereaved relatives or witnesses. Almost all of them (96.5%) experienced at least one medical care contact within this one-month post-trauma period with psychotropic medication for 37% of them. Regarding the defusing conducted by Lyon’s medico-psychological unit (CUMP) in the 11th district City Hall of Paris, it appears that 93% of the victims who were looked after indicated that they were satisfied and 87.4% of them stated that they were soothed afterwards.

© 2016 L'Encéphale, Paris.

1. Introduction

Les attentats (fusillades et attaques suicides) perpétrés à Paris le 13 novembre 2015 par des islamistes radicalisés ayant causé 130 morts et 350 blessés ont eu un impact psychique majeur que certains évaluent à plus de 5000 personnes directement ou indirectement concernées (en région parisienne et hors Île-de-France) avec un fort retentissement national et même international. Dès les premières heures des événements, les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP), mises en place à l'origine déjà dans un contexte post-attentats et intégrées aux services d'aide médicale urgente (SAMU) [1] ont été sollicitées. Très rapidement, eu égard à l'ampleur de l'événement, des CUMP d'autres régions de France sont intervenues en renfort des CUMP de la région parisienne. Ainsi, la CUMP de Lyon, à compétence zonale, (zone de défense civile Sud-Est) a été très rapidement engagée et s'est rendue à Paris dans les 48 heures en appui des professionnels des CUMP locales. Son action s'est géographiquement localisée à la mairie du XI^e arrondissement de Paris, sous forme d'une permanence de premier soutien et soins psychologiques dispensés à une population tout venant, directement ou indirectement victime [2]. Ce premier temps de rencontre avec un professionnel du soin psychique, spécialement formé en matière de psychotraumatisme, aussi précocement après l'exposition, qu'on appelle « defusing » (désamorçage), [3,4] apparaît comme essentiel. Il vise au repérage et à l'orientation des sujets à risque, favorise l'accroche relationnelle soignante, mais surtout, contribue à l'élaboration psychique par une première mise en mots de l'événement et de son contenu émotionnel, abaissant ainsi la charge émotionnelle (qu'on sait toxique au plan de l'intégration de l'expérience vécue) [5,6], et a donc une valeur thérapeutique. Bien évidemment, son effet n'est pas suffisant pour éviter une entrée dans une pathologie traumatique avérée qui relève d'une prise en charge ultérieure spécialisée. Malgré sa simplicité apparente, le *defusing* requiert une compétence spécifique et doit être assuré par des personnels formés et expérimentés. Toutefois, si les professionnels des CUMP s'accordent à reconnaître les bienfaits du « defusing », aucune étude ne l'a jusqu'à présent vérifié. Par ailleurs, dans la littérature internationale les données scientifiques ne renseignent pas véritablement sur le « defusing », faute de dispositif aussi structuré et précoce que les CUMP, dans d'autres pays. Les modalités d'intervention précoce préconisées de type *first aid* (qui sont d'ailleurs plus des « guidelines » d'experts que des études scientifiquement évaluées) sont surtout détaillées dans leur aspect « soutien social » (ou gestion de crise) et très peu dans le type d'approche psychothérapique [7,8].

Pour évaluer l'effet de cette première intervention de *defusing*, la totalité de la file active reçue par l'équipe de la CUMP de Lyon, lors de son intervention à la mairie de Paris XI^e, a été contactée téléphoniquement et interrogée un mois après. Les données ainsi recueillies concernaient divers éléments de recours aux soins depuis la rencontre en mairie, des éléments de pathologies traumatiques actuels, et surtout le vécu subjectif du *defusing* au plan de la satisfaction et de la sensation d'apaisement ressentie.

2. Méthodologie

La CUMP de Lyon, avec une équipe de 8 professionnels (2 psychiatres, 3 psychologues, 3 infirmiers) en continu ou en relais sur deux jours, est donc intervenue à la mairie du XI^e arrondissement de Paris, en renfort des professionnels CUMP de la région parisienne, les dimanche 15 et lundi 16 novembre en journée et en soirée sur une amplitude horaire de 10 heures par jour environ. Les personnes victimes, informées par la ville de Paris par divers moyens (affichage, numéro vert, radios locales...), se présentaient spontanément en mairie, étaient répertoriées rapidement par des personnels bénévoles dédiés, amenées en salle d'attente puis orientées vers les professionnels des CUMP de manière aléatoire, par ordre d'arrivée ou de gravité ressentie. Ces personnes comprenaient indifféremment survivants et endeuillées (présents ou non) du Bataclan, impliqués directs et indirects des terrasses de restaurants ou cafés concernés par les fusillades, témoins directs des immeubles voisins, etc. Les personnes ont ainsi été reçues par un de ces professionnels, le plus souvent individuellement, mais aussi par couple ou petit groupe, dans un lieu séparé et rendu confidentiel au sein d'une même grande salle. L'affluence a été forte, au total 393 personnes ont été reçues sur deux jours (223 le dimanche et 170 le lundi). Parmi elles, 129 ont été reçues directement et exclusivement par la CUMP de Lyon. Pour chaque personne rencontrée, une fiche standardisée CUMP confidentielle de prise en charge immédiate, décrivant brièvement l'état psychique, le degré d'implication, et fournissant divers renseignements dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques, était établie. Un mois (± 8 jours) plus tard, la totalité des personnes reçues par la CUMP de Lyon a été contactée par téléphone par un évaluateur neutre (n'ayant pas pris en charge la personne) et interrogée au moyen d'un questionnaire d'une durée de passation d'environ 15 minutes, comprenant des renseignements divers concernant le recours aux soins depuis la rencontre en mairie, un questionnaire standardisé de recueil simple de pathologie traumatique (Impact of Event Scale) révisée : l'IES-R [9], assortis des deux questions subjectives suivantes : « Avez-vous été satisfait de la prise en charge à la mairie du XI^e ? », oui/non, sinon pourquoi ? (question ouverte); « Avez-vous été apaisé à l'issue de cet entretien » oui/non, sinon pourquoi ? (question ouverte). Un soin tout particulier a été apporté à la transcription fidèle des réponses. De même, pour des raisons éthiques évidentes, le consentement des personnes interrogées a été recueilli après explication sur l'objectif de l'entretien téléphonique. À cette occasion, les personnes ayant manifesté des troubles particuliers ou ressenties comme en souffrance au plan psychique ont pu bénéficier de conseils et d'une orientation spécifiques.

Ces informations ont donné lieu à une analyse descriptive, tris à plat portant sur les variables qualitatives, moyenne et dispersion des variables numériques, et à une comparaison de l'importance des troubles à l'IES-R entre les témoins et les personnes impliquées et/ou endeuillées, avec un test exact de Fisher, compte tenu des effectifs (résultats donnés avec un risque d'erreur α à p 0,05).

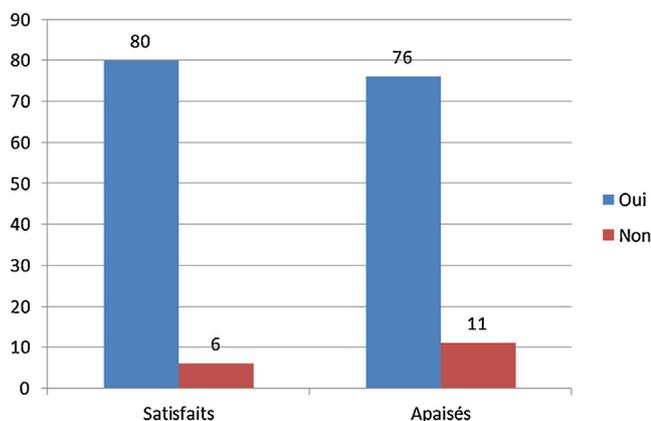


Fig. 1. Satisfaction et apaisement ressentis à l'issue du defusing.

3. Résultats

Cent vingt-neuf sujets ont donc été pris en charge par la CUMP de Lyon à la mairie du XI^e arrondissement de Paris. À la mairie, l'installation ayant été rapidement mise en place du fait de l'urgence de la situation, les premières personnes ont été reçues avec des fiches provisoires ne comprenant pas les coordonnées téléphoniques (15 au total). Pour le reste de la file active, 3 numéros de téléphone ont résulté « non attribués » et 24 personnes sont restées injoignables malgré les messages laissés sur répondeur et après 4 tentatives d'appel à des jours différents et à différentes heures de la journée. Au total, 87 personnes ont pu être contactées un mois (± 8 jours) après soit un taux de réponse aux appels de 79 %.

Cette population comporte 40 % d'hommes et 60 % de femmes, l'âge moyen est de 34,75 ans avec une médiane de 34 ans (maxi 62, mini 18). La nationalité des sujets n'est renseignée que pour 33 d'entre eux (30 Français, 2 Espagnols, 1 Algérien). Le lieu de résidence est principalement Paris et sa région à l'exception d'un sujet résidant en Bretagne. Concernant les contacts de soin depuis l'entretien à la mairie, 47,1 % ont consulté au moins une fois un psychiatre, 36 % un médecin généraliste, 9,8 % un autre spécialiste et 3,6 % ont été hospitalisés. Environ 20 % des sujets déclarent avoir eu un autre « événement très grave » dans les suites des attentats, à l'exception de 2 cas dont on peut considérer que l'événement rapporté ne résulte pas des attaques du 13 novembre (suicide d'un proche, annonce d'une maladie grave d'un proche), cet événement est directement consécutif aux attentats (conflit familial, séparation, emploi en CDD non reconduit, obsèques...). Parmi les sujets, 37,2 % déclarent avoir consommé des psychotropes (21,8 % des anxiolytiques, 9,3 % des hypnotiques, 2,3 % des antidépresseurs, 3,5 % d'autres psychotropes) depuis l'entretien à la mairie.

Quatre-vingt-treize pour cent se sont déclarés satisfaits de l'entretien à la mairie et 87,4 % ont déclaré avoir été apaisés à l'issue (Fig. 1).

Le Tableau 1 donne les raisons explicites (regroupées) des 11 personnes ayant déclaré ne pas avoir été apaisées à l'issue du defusing. Notons que plusieurs raisons peuvent être invoquées par un même sujet et que 2 personnes n'ont pas été apaisées parce

Tableau 1
Raisons invoquées par les 11 personnes n'ayant pas été apaisées à l'issue du defusing.

Raisons invoquées	n
Defusing trop court	3
Mauvaises conditions (lieux, manque intimité...)	3
Autre(s) attente(s)	3
Mauvaise appréciation de l'intervenant	2
Absence de charge émotionnelle initiale	2

Tableau 2
Degré d'implication le 13 novembre 2015.

	Effectifs	%
Témoins	33	38,4
Impliqués directs	44	51,2
Impliqués et end	5	5,8
Endeuillés	4	4,7
Total	86	100,0

Tableau 3
Lieu de présence des impliqués le 13 novembre 2015.

	Effectifs	%
Bataclan	43	51,2
Quartier	13	15,5
Restaurants	28	33,3
Total	84	100,0

Tableau 4
Scores IES-R regroupés : impliqués directs et endeuillés et témoins du quartier.

	Impliqués endeuillés		Témoins quartier	
	Effectifs	%	Effectifs	%
< 12	2,00	3,7	4,00	12,1
> 12	52,00	96,3	29,00	87,9
Total	54,00	100,0	33,00	100,0

IES-R : Impact of Event Scale révisée.

qu'elles ne souffraient d'aucune charge émotionnelle et se sont rendues en mairie uniquement pour des informations. En considérant, à l'extrême, que les 24 personnes appelées, n'ayant pas pu être jointes suite à plusieurs appels téléphoniques avec messages laissés, s'avéraient insatisfaites et non apaisées, le taux de satisfaction passe à 73 % et d'apaisement à 70,2 % (dès lors qu'on tient compte des 2 personnes qui n'étaient pas en souffrance).

Concernant l'implication, ont été distinguées quatre catégories : impliqués directs (présents sur les lieux des attentats), impliqués directs endeuillés (présents et ayant perdu un proche), endeuillés (non présent ayant perdu un proche), témoins (Tableau 2) et trois lieux d'exposition : Bataclan, restaurants et bars et quartiers (d'une manière plus large pour les témoins) (Tableau 3). Pour des raisons d'effectif, les traitements statistiques distinguent les témoins des trois autres catégories regroupées.

Les scores à l'échelle d'IES-R ont été définis par tranches : inférieur à 11 (pas de symptômes associés à l'état de stress post-traumatique [ESTP]), 12 à 33 (symptômes associés à l'ESTP) pour deux catégories : impliqués et/ou endeuillés et témoins, avec globalement plus de symptômes de ESTP chez les impliqués et endeuillés mais de forts taux également chez les témoins (Tableau 4), sans qu'il existe de différence significative (test de Fisher p 0,19).

4. Discussion

Ainsi, 87 sujets (soit presque 80 %) pris en charge par la CUMP de Lyon à la mairie du XI dans les deux jours de la survenue des attentats ont pu être contactés téléphoniquement un mois (± 8 jours) après. Ces sujets, jeunes en moyenne (35 ans) et résidant pour la plupart en Île-de-France, ont été soit directement exposés dans la salle de spectacle du Bataclan ou aux terrasses de cafés et de restaurants, lieux de fusillades, soit exposés en tant que témoins (habitants du quartier et des alentours) ou bien ont perdu un proche, en étant exposés ou non. La majorité d'entre eux ont des scores élevés à l'IES-R, autant chez les exposés et endeuillés que chez les témoins. La quasi-totalité 96,5 % d'entre eux a eu au moins un contact de soin depuis le defusing à la mairie avec environ 37 % des sujets qui déclarent avoir pris des psychotropes.

Les très hauts scores de satisfaction (93 %) et d'apaisement ressenti (87,4 %) vis-à-vis du *defusing*, déclarés un mois après, constituent toutefois les éléments forts de cette étude. Si l'on peut considérer, de ces deux données nécessairement subjectives, que la satisfaction peut s'avérer être un indice peu probant dès lors qu'un interlocuteur attentionné rappelle des victimes éprouvées, la déclaration d'apaisement ressenti à l'issue de cette prise en charge apparaît comme une donnée beaucoup plus fiable, en ce sens qu'elle a peu de risques d'être induite par la bienveillance de l'appel. Dans l'hypothèse la plus défavorable (à savoir que les 24 personnes qui n'ont pas pu être jointes ont toutes été non apaisées), le score d'apaisement ressenti reste tout de même de 70 %. Il est notable de remarquer que les raisons invoquées par les sujets interrogés n'ayant pas été apaisés sont en majorité directement liées aux conditions même de l'intervention précoce (manque de temps, lieu inconfortable et peu intime...), suivies ensuite des « attentes non satisfaites » et, deux fois mentionnées, une mauvaise appréciation de l'intervenant soignant.

Il faut noter que l'échelle IES-R n'a pas été choisie pour un repérage diagnostique mais comme un instrument témoignant de l'impact de ces événements auprès de notre population « défusée » : exposés, endeuillés ou témoins.

Ces résultats permettent de mettre en évidence, selon des hypothèses étiopathogéniques scientifiquement établies, le caractère bénéfique sinon déjà thérapeutique du *defusing*. En effet, lors d'un événement traumatique la charge massive de stress, qui déborde les défenses du sujet, est responsable d'une mauvaise intégration de l'expérience vécue. Ce phénomène est décrit au plan neuroscientifique, notamment, comme une surcharge amygdalienne et un dysfonctionnement hippocampique qui provoquent un encodage mnésique défaillant, avec un souvenir « flottant », non intégrable dans la mémoire autobiographique du sujet, libre et sans extinction, directement en lien avec des manifestations de reviviscences et la survenue d'un état de stress post-traumatique [10]. Si la temporalité et surtout la durée de ces phénomènes restent encore mal appréhendées, il apparaît, quoi qu'il en soit, essentiel de réduire la charge anxieuse très précocement après l'exposition traumatique. L'intervention de type « *defusing* » [3] est donc un soin au plus proche des faits, souple et néanmoins cadré, de première mise en mots du vécu de l'événement, favorisant la maîtrise, réduisant la dimension chaotique intrapsychique [11] et permettant une amorce d'élaboration. La réduction de la charge émotionnelle dans ces circonstances ne va pas de soi ; elle nécessite des soignants expérimentés en psychiatrie, non seulement aguerris vis-à-vis de cette clinique des troubles aigus si particulière, mais, surtout, très contenant, c'est-à-dire capable de supporter cette détresse extrême de l'autre sans être débordés (au sens psychique du terme) par elle [12]. Cette disposition de contenance, nécessaire lors du travail en psychiatrie, n'est pas spécifique de ces prises en charge, elle est toutefois ici particulièrement sollicitée du fait de l'intensité de la charge et du processus identificatoire. Il convient de souligner que le *defusing* pratiqué par les cellules d'urgence

médico-psychologique est réalisé par des personnels disposant d'une compétence et d'une formation spécifiques.

Ces résultats, bien que parcellaires, avec la limite de l'effectif réduit et du contact réalisé seulement par voie téléphonique et qu'il conviendrait d'affiner avec un groupe témoin (toutefois difficile à établir compte tenu du contexte particulier de ces événements), rendent compte de l'importance de ce type d'intervention précoce que représente le *defusing*. Celui-ci doit être considéré à la fois comme un élément de prévention des troubles psychotraumatiques (même s'il n'est sans doute pas suffisant en lui-même) et comme une préparation à une éventuelle prise en charge psychothérapeutique qui s'avérerait nécessaire par la suite. Il est particulièrement intéressant de noter, à ce propos, que la quasi-totalité (96,5 %) de la population étudiée a consulté postérieurement à l'entretien initial en mairie. Ce chiffre très élevé de consultations dans les suites met en évidence le rôle « catalyseur » du *defusing* dans l'expression d'une demande de prise en charge ultérieure chez des sujets potentiellement traumatisés dont le recours au soin n'est pas forcément évident.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique, sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Med Psychol* 1998;156(1):48–54.
- [2] Dantchev N, Ben Younes S, Mullner J, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015 : prise en charge psychologique hospitalière des impliqués. *Ann Fr Med Urgence* 2016;6:55–61.
- [3] Prieto N. Le *defusing*. Paris: Damiani et Lebigot; 2011. p. 56 [Ed Duval. Les mots du trauma].
- [4] Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, et al. L'intervention en situation de crise auprès des traumatisés psychiques. In: Séguin M, Brunet A, Leblanc L, editors. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal, Québec: Ed Gaëtan Morin; 2012. p. 111–27.
- [5] Marshall RD, Garakani A. Psychobiology of the acute stress response and its relationship to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25(2):385–95.
- [6] Vaiva G, Thomas P, Ducrocq F, et al. Low posttrauma GABA plasma levels as a predictive factor in the development of acute posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2004;55(3):250–4.
- [7] Kelly M, Jorm AF, Kitchener BA. Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: a Delphi study. *BMC Psychiatry* 2010;10:49.
- [8] Bisson J, et al. TENTS guidelines development of post-disaster psychological care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry* 2010;196:69–74.
- [9] Hansenne M, Charles G, Pholien P, et al. Mesure subjective de l'impact d'un événement : traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. *Psychol Med* 1993;25:86–8.
- [10] Reynaud E, Guedj E, Trousselard M, et al. Acute stress disorder modifies cerebral activity of amygdala and prefrontal cortex. *Cogn Neurosci* 2015;6(1):3943.
- [11] Prieto N, Cheucle E, Dalphin C, et al. Catastrophe de type attentat : prise en charge immédiate. L'exemple de St Quentin-Fallavier. *Ann Med Psychol* 2015;173:859–62.
- [12] Cheucle E, Prieto N. Deuil brutal : prise en charge immédiate de la famille. *J Psychol* 2006;234:70–5.