

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES, DES FAMILLES ET DES IMPLIQUES

I - Principes du soutien psychologique.

En cas d'accident aérien, comme pour tout autre accident collectif et toute catastrophe, il convient d'assurer le *soutien psychologique* des victimes, des familles des victimes et des personnes impliquées dans l'accident, telles que témoins, sauveteurs, intervenants bénévoles, etc.

En effet, certaines de ces personnes présentent des réactions psycho-pathologiques aiguës qui nécessitent des soins médico-psychologiques spécialisés. D'autres de ces personnes présentent un état de souffrance psychique pénible, et il n'y a pas de raison de les abandonner à leur souffrance sans les soulager, car la souffrance psychique doit être soignée au même titre que la souffrance physique. D'autres enfin, sans présenter de réaction pathologique, ont été brutalement plongées dans le deuil, l'affliction et le désarroi, et le devoir de la société est de leur venir en aide et de leur manifester de la compassion et de la solidarité. A noter que, parmi les personnes qui ne présentent pas un état explicitement pathologique dans l'immédiat, certaines peuvent présenter ultérieurement une réaction pathologique différée pénible et invalidante, qu'il conviendra de détecter à temps, et qui nécessitera alors des soins médico-psychologiques.

Il faut donc prévoir un dispositif composite de soutien psychologique, comprenant *une partie médico-psychologique* assurée par des personnels médicaux, *et une partie de simple soutien socio-psychologique*, assurée par des personnels non médicaux, mais spécialement formés à cette mission de soutien. Ce dispositif doit être intégré dans le dispositif général des secours ; il doit œuvrer en concertant ses deux parties, avec échanges et osmose ; et il doit œuvrer durablement, afin que la victime ou l'impliqué soit soutenu pendant tout le temps où il en a besoin, et en particulier pour les victimes et les ayant droit, pendant tout le temps des enquêtes, expertises et procès.

II - Les catégories de personnes à soutenir, leur état psychique et leur pathologie éventuelle.

1 – Les victimes rescapées.

Les premières personnes à soutenir et le plus souvent à soigner sont les rescapés de l'accident, blessés ou physiquement indemnes. Il peut s'agir de passagers et de personnels d'équipage rescapés (comme lors de l'accident de Tambakounda-Sénégal le 1^{er} février 1997) ; et il peut s'agir aussi d'habitants des maisons sur lesquelles l'avion est tombé, comme à Lockerbie le 21 décembre 1988 ou à Gonesse lors de la chute du Concorde le 25 juillet 2000. Il faut savoir que tout blessé physique est aussi un blessé psychique et que son stress peut contribuer à effondrer sa résistance physique. Tous, blessés physiques ou rescapés indemnes, présentent dans un premier temps (phase immédiate de six à douze heures) un *état de stress aigu*, avec des symptômes psychiques et neuro-végétatifs gênants qu'il convient de réduire. Le stress normal est une réaction psycho-physiologique d'urgence adaptative, mais qui se paie par des symptômes gênants et une grosse dépense d'énergie. Certains présentent même des *réactions de stress dépassé*, telles qu'inhibition stuporeuse, agitation psychomotrice, fuite panique ou activité automatique, en état second (ce dernier cas de figure pouvant être dissimulé par un calme apparent). Ces sujets nécessitent des soins et une surveillance médico-psychologique.

Ensuite, pendant la phase post-immédiate (des quinze premiers jours), ces victimes nécessitent une surveillance médico-psychologique attentive, car leur stress peut aussi bien se résoudre sans séquelles qu'évoluer vers une névrose traumatique qui va se chroniciser. Le *débriefing* pratiqué pendant cette phase post-immédiate, individuellement ou en groupe, a pour fonction de réduire les symptômes du stress et de prévenir les effets différés néfastes du trauma, à savoir la *névrose traumatique* (dénommée aussi *état de stress post-traumatique*), caractérisée par l'irruption de

reviviscences (visions, cauchemars), l'altération de la personnalité (état d'alerte permanent, démotivation, repli social) et divers autres symptômes gênants (asthénie, angoisse, phobies, sursauts, irritabilité, anorexie ou boulimie, tabagisme, alcoolisme, etc.)

2 – Les témoins.

Les témoins de l'accident, proches ou à distance, sont le plus souvent en état de réaction émotionnelle aiguë. Certains présentent eux aussi des réactions de *stress normal* (mais générateur de symptômes gênants) ou de *stress dépassé*. Le plus souvent, ils ne requièrent qu'un soutien médico-psychologique transitoire, avant de relever du simple soutien socio-psychologique. Il peut s'agir de citoyens qui ont vu l'avion tomber ou qui ont été choqués par le spectacle de morts et de blessés. Il peut s'agir de personnels de compagnie aérienne ou d'aéroport, lorsque l'accident a eu lieu à proximité d'un aéroport. Eux aussi peuvent développer ultérieurement une névrose traumatique.

3 – Les familles.

Les familles des victimes (que les victimes soient tuées, blessées ou rescapées indemnes) sont en état d'angoisse, d'affliction et de désarroi émotionnel. Parfois, il s'agit d'*attendants*, (personnes qui attendent un passager parent ou ami) dans une salle d'attente d'aéroport, qui apprennent que l'avion a du retard, puis qu'il a eu un accident, puis qu'il y a ou qu'il n'y a pas de rescapés. Cette attente est longue, car les autorités ne veulent pas prendre de risque d'erreur avant de faire connaître la liste des victimes. Dans d'autres cas, il s'agit de parents qui viennent de loin ou même d'un pays étranger et qui arrivent à l'aéroport proche du lieu de l'accident, le lendemain ou plusieurs jours après. Ces familles doivent être accueillies et aidées, dans un soutien socio-psychologique organisé. Certaines de ces personnes peuvent présenter des décompensations émotionnelles pathologiques, et requièrent alors des soins médico-psychologiques. L'évolution de leur état psychique peut se dérouler soit selon le processus du *deuil normal*, soit selon les processus d'un *deuil pathologique* (deuil dépressif dominé par le sentiment de perte d'objet ou deuil traumatique marqué durablement par l'expérience traumatique inaugurale de l'annonce brutale d'un décès inattendu assortie de la représentation imaginaire du cadavre déchiqueté ou carbonisé).

4 – Les sauveteurs et les enquêteurs.

Les sauveteurs (pompiers, volontaires de la protection Civile, volontaires de la Croix-Rouge, gendarmes et policiers, enquêteurs du bureau "enquêtes accidents") sont en général sensibilisés à la question du stress (le stress des victimes aussi bien que leur propre stress) et ont reçu une formation adéquate à le détecter et même à le contrôler (au moins pour leur propre stress). Toutefois, ils doivent faire face parfois à des situations particulièrement émouvantes et éprouvantes, dans une conjoncture de hâte, de fatigue et de tension. Ils voient des cadavres déchiquetés ou carbonisés, des débris humains, des décombres ; ils sont interpellés par la souffrance et la détresse des victimes et par l'angoisse ou le chagrin des familles. Toute cette peine retentit sur leur psychisme, au niveau conscient ou au niveau inconscient. Ils peuvent en souffrir à des degrés divers, et sur une période plus ou moins longue. Certains présentent des *décompensations aiguës* (rarement pendant la mission, mais plus souvent au décours de la mission, sous forme de *décharges émotives*, neuro-végétatives ou caractérielles). D'autres ressentent un malaise vague, avec besoin de s'isoler. Certains n'adressent plus la parole à leur conjoint. D'autres, en proie à l'insomnie, sont harcelés par des souvenirs visuels et des ruminations mentales et peuvent développer une névrose traumatique durable. On prêterait une attention particulière aux jeunes sauveteurs bouleversés par leur première expérience émotionnelle, et aux vieux sauveteurs fatigués, saturés de bombardements émotionnels, démotivés et à la limite de la décompensation (cas de figure dénommé *burn out* dans les pays anglo-saxons).

Devant une telle réalité, on admet qu'il est utile non seulement d'assurer la sensibilisation et la formation spécifique des sauveteurs concernant tant le stress des victimes que leur propre stress,

mais aussi d'assurer leur soutien psychologique pendant la mission (sur demande) et., surtout, de doubler leur *débriefing technique* (bilan de mission) d'un *débriefing psychologique*. Cette disposition, courante dans les pays anglo-saxons et nordiques, commence seulement à être instituée en France, où elle fournit de bons résultats (sédation des troubles, prévention des séquelles). Elle peut rencontrer toutefois la résistance des intéressés, qui se sont protégés eux-mêmes en se forgeant une cuirasse d'accoutumance et d'inaffectivité, qui ne veulent pas avoir affaire au psychiatre ni au psychologue et qui, dans leur inconscient, sont fascinés par leurs souvenirs traumatiques et ne peuvent s'en détacher. Cette fascination relève de la névrose traumatique, dont ces personnels ne sont pas exempts.

5 – Les volontaires non professionnels.

Certaines compagnies aériennes ont formé un corps de volontaires de l'accompagnement psychosociologique des victimes, corps recruté parmi les agents retraités de la compagnie. Ces personnels reçoivent une formation psychologique superficielle et des consignes concernant leur mission d'accompagnement (accueillir les familles en désarroi, et les guider dans le parcours des démarches administratives, mais savoir aussi se détacher des familles une fois la mission terminée). La compagnie TWA a actionné de telles équipes pour l'accompagnement d'attendants et familles à l'aéroport de Roissy lors d'un accident aérien dans l'Atlantique Nord le 18 juillet 1996. La compagnie Suisse Air a fait de même pour un accident similaire en 1998 (chute d'un avion dans l'Atlantique Nord), avec accompagnement pendant le transport des familles vers le Canada et accueil (par d'autres équipes) au Canada pour la cérémonie anniversaire (pose d'une plaque commémorative, et dépôt de gerbes de fleurs dans la mer). De telles dispositions sont bien ressenties par les familles ; mais elles ne suffisent pas à gérer les réactions et deuils pathologiques, et il a fallu faire intervenir aussi les personnels de la cellule d'urgence médico-psychologique dans ces deux événements. De toute façon, il est très souhaitable que ces personnels volontaires soient débriefés à leur retour de mission.

Lors de l'accident du Concorde, la compagnie Air France avait pris l'heureuse initiative de recruter des équipes de volontaires germanophones pour assurer cette mission d'accueil et d'accompagnement des familles venant d'Allemagne à l'aéroport de Roissy. Ces équipes, constituées par couples (un homme et une femme) ont fait un travail très consciencieux et très utile, et apprécié des familles concernées. Mais ce travail est émotionnellement éprouvant (on doit cacher sa propre émotion lorsqu'on voit les familles s'écrouler en larmes lors de la visite du site et lors des entretiens d'identification des victimes) et l'accumulation de tension contenue finit par miner les volontaires, qu'il ne faut pas renvoyer chez eux sans débriefing psychologique.

Parmi les personnels volontaires, il ne faut pas oublier les *écoutants téléphoniques*, en action à la cellule d'écoute téléphonique mise en place éventuellement par la compagnie aérienne (numéro vert). Ces personnels reçoivent les appels des familles angoissées et parfois agressives et doivent à la fois donner les renseignements (mais elles ne les ont pas toujours) et calmer l'angoisse de l'appelant, qui, dans son désarroi, tente de faire durer la conversation alors que d'autres appels sont en attente. Ces personnels volontaires doivent avoir reçu une formation psychologique en plus de leur formation technique. Eventuellement, ils doivent être soutenus en cours de mission. En tout état de cause, ils doivent être débriefés en fin de mission.

6 – D'autres personnels des compagnies aériennes.

Lors des accidents catastrophiques à fort répercussion médiatique, d'autres personnels des compagnies aériennes peuvent se trouver indirectement impliqués. Cela a été le cas pour les personnels d'escale de la compagnie Air France au lendemain de l'accident du Concorde, à Francfort, Dusseldorf et Munich notamment. Déjà, ils se sentaient peu ou prou culpabilisés pour avoir embarqué des touristes promis à la mort. En outre, ils ont dû embarquer ensuite des familles en deuil. Mais, certains ont fait l'objet de réflexions désobligeantes, voire d'agressivité verbale de la

part d'autres passagers allemands embarquant pour d'autres destinations. Il convient d'assurer le *debriefing* de ces personnels.

7 - La population avoisinante, et au-delà.

Lors d'un accident aérien, la population du lieu où s'est produit l'accident est en effervescence émotionnelle. Non seulement les témoins et les habitants proches du lieu d'impact, mais toute la population de la commune et même des communes avoisinantes. C'est alors que les *rumeurs* se réveillent, attenantes au sentiment d'insécurité des riverains des aéroports, et élargies aux ressentiment et aux plaintes pour la nuisance due au bruit. Cette population est structurée : elle a ses édiles, et ses associations de défense d'intérêt. Les édiles eux-mêmes peuvent être traumatisés par le malheur qui frappe leur commune, et il convient de leur apporter un soutien psychologique ou un secours médico-psychologique. Lors de l'accident du Concorde, les cellules d'urgence médico-psychologiques des départements 91, 93 et 95 sont ainsi intervenues, à plusieurs reprises, pour ce soutien de la population et de ses cadres.

Mais il peut s'agir d'une population élargie, concernée par les cérémonies de deuil. Ainsi, après l'accident du Concorde, deux cérémonies furent organisées : l'une à l'église de la Madeleine à Paris, l'autre, rassemblant 8.000 personnes, à l'aéroport de Roissy. De tels rassemblements de foules sont source de *contagion émotionnelle*, et de *malaises en série*, qu'il faut prévoir. Ici encore, les cellules d'urgence médico-psychologiques ont été activées, renforcées de personnels Croix-Rouge ayant reçu une formation psychologique minimale. A Roissy, il y eut plusieurs cas de crises émotives à traiter.

III – Les dispositifs.

En cas de catastrophe majeure, l'organisation des secours incombe au préfet, qui déclenche le plan rouge, et met en œuvre les dispositifs officiels dont il dispose, à savoir les sapeurs pompiers, les SAMU et les personnels de la Protection Civile. Il peut aussi faire intervenir les personnels de la Croix Rouge. Il répartit les tâches en deux chaînes : une chaîne non médicale, dirigée par un *directeur des secours*, et une chaîne médicale, dirigée par un *directeur des secours médicaux* (soit un médecin chef des sapeurs pompiers, soit un médecin chef de SAMU).

1 – La cellule d'urgence médico-psychologique.

Le seul organisme habilité et missionné pour dispenser des soins médico-psychologiques dans l'immédiat sur le terrain aux victimes et impliqués qui présentent des troubles psychiques est la *cellule d'urgence médico-psychologique*. Instauré par arrêté ministériel et circulaire du 28 mai 1997, le réseau national de l'urgence médico-psychologique comprend une cellule médico-psychologique (CUMP) dans chacun des 100 départements du territoire français de métropole et d'outre mer. Parmi ces cellules, celles de sept grandes villes (Lille, Nancy, Paris, Lyon, Marseille, Toulouse et Nantes), promues *cellules interrégionales*, sont dotées de moyens plus substantiels, en personnels et matériels. Chaque cellule des 93 autres départements est dirigée par un *psychiatre référent départemental*, praticien hospitalier déjà en poste dans le département et volontaire pour assumer cette charge supplémentaire, qui a reçu une formation spécifique à la psychiatrie de catastrophe et a répercuté cette formation sur les personnels volontaires (psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers) constituant son vivier. Les cellules médico-psychologiques sont rattachées aux SAMU départementaux, qui assurent leur logistique (régulation des appels, communication, transport). Elles ne peuvent être activées que par le SAMU ; et si le préfet les active, c'est par l'intermédiaire du SAMU. Elles ont pour mission d'intervenir dans les catastrophes, les accidents collectifs et les événements traumatisants à fort retentissement psychosocial (décès dans une école par exemple).

En cas d'accident aérien catastrophique, le préfet déclenche le plan rouge, actionnant ainsi le SAMU. Le SAMU emporte avec lui une ou plusieurs équipes de la cellule d'urgence médico-psychologique, qui vont œuvrer intégrées au SAMU et sous les ordres du directeur des secours médicaux. L'équipe médico-psychologique doit installer un *poste d'urgence médico-psychologique* (le PUMP), à proximité du poste médical avancé (le PMA) où sont amenés et triés les blessés. Parmi ces blessés, les blessés psychiques physiquement indemnes et les blessés légers physiques qui présentent aussi des troubles psychiques sont dirigés sur le PUMP, où ils font l'objet d'un accueil, de soins et d'un tri. Tous sont répertoriés. Certains pourront être renvoyés chez eux après traitement, d'autres seront évacués vers divers hôpitaux, dans le cadre du plan général d'évacuation régulé par le PMA. Par ailleurs, des équipiers du PUMP peuvent être appelés au PMA pour prodiguer des soins psychiques à un blessé physique sur brancard. Ils peuvent même être appelés sur les décombres pour apporter leur soutien médico-psychologique à une victime anxieuse incarcérée en cours de dégagement ou en instance d'être amputée sur place. En outre, certains rescapés physiquement indemnes mais émotionnellement choqués peuvent se présenter directement au PUMP, qui est aisément repérable par un écriteau, pour s'y faire soigner et trier. D'autres encore peuvent être adressés au PUMP, seuls ou accompagnés, par des personnels secouristes du Centre d'Accueil des Impliqués (CAI) qui a pour mission de recevoir les impliqués non choqués et peut détecter, parmi eux, des blessés psychiques.

Les soins médico-psychologiques dispensés par les personnels du CUMP consistent en administration de médicaments anxiolytiques ou sédatifs, voire des antidépresseurs pour réduire l'inhibition et la prostration. Mais une psychothérapie est initiée dès ce premier stade de la chaîne des soins : il s'agit d'une psychothérapie cathartique, au cours de laquelle la victime est invitée à verbaliser son expérience émotionnelle pour la réduire et lui attribuer un sens. Initiée dans l'urgence et dans une ambiance insuffisamment calme et sans confort, disposant d'un temps limité, cette opération ne saurait être aussi approfondie qu'un débriefing ou qu'une psychothérapie de consultation. Il ne s'agit que d'une première verbalisation, mais elle procure déjà de l'apaisement aux blessés psychiques. Elle est dénommée *defusing* (ou désamorçage, ou déchocage psychique). Elle peut être effectuée individuellement ou en petits groupes. Elle est complétée par la remise aux victimes d'une *note d'information*, document écrit qu'elles pourront lire à tête reposée, sur le stress, le traumatisme psychique, leurs symptômes et leurs suites éventuelles, avec indication des centres spécialisés où elles pourront consulter si nécessaire.

La mission de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique ne s'arrête pas là. Elle est aussi chargée d'assurer les soins médico-psychologiques, si nécessaire, pendant la phase post-immédiate. En ce qui concerne les victimes évacuées vers les hôpitaux, le SAMU les a dotées d'une fiche d'évacuation sur laquelle sont mentionnées – s'il y a lieu – les observations concernant leur état psychique et les soins qu'il a nécessités. En principe, ce sont les psychiatres des hôpitaux concernés qui doivent prendre la relève. Si l'hôpital concerné ne dispose pas de psychiatres, il peut demander à la CUMP de lui en dépêcher un ou plusieurs, et des psychologues cliniciens, pour assurer les consultations, soins et opérations (dont le débriefing) de cette phase post-immédiate. En ce qui concerne les victimes et impliqués rentrés chez eux, la CUMP leur propose (par le biais de la fiche d'information ou par une information plus directe) des séances de débriefing (le moment le plus opportun est du 3^{ème} au 10^{ème} jour), ou des consultations spécialisées.

Enfin, concernant le long terme, bien que ce ne soit pas spécifié dans les textes qui définissent leurs missions, les CUMP peuvent assurer des *consultations spécialisées en psycho-traumatologie*, soit dans le cadre des diverses structures hospitalières ou autres d'appartenance de ses personnels, soit même une consultation spécialisée identifiée comme effectuée par la CUMP. Cette disposition de long terme s'avère très pertinente dans un paysage psychiatrique où l'enseignement et la pratique de la pathologie psycho-traumatique tiennent encore une place très réduite.

2 – Le centre d'accueil des impliqués (CAI).

Les nouvelles dispositions du plan rouge prévoient l'installation en bordure de la zone des secours (à la fois ouverte sur la zone des secours et sur l'extérieur) d'un *Centre d'Accueil des Impliqués* (CAI), destiné à accueillir et informer les victimes indemnes physiquement et psychologiquement, les secourir matériellement, les conseiller sur le plan juridique et les reconforter sur le plan psychologique. Ce reconfort constitue un *soutien psycho-social*, mais non des soins médico-psychologiques. Aussi est-il assuré par des personnels non médicaux : secouristes, assistants sociaux, voire même psychologues et psychosociologues. Dans ce centre, oeuvrent d'ailleurs des personnels d'origine et d'appartenance très diverses, dont des personnels secouristes de la Protection Civile, des secouristes de la Croix Rouge, et des personnels de l'INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation).

Les secouristes et autres personnels de la Protection Civile et de la Croix Rouge, personnels non médicaux, ne sont pas habilités, ni mandatés pour exercer une fonction de soins médicaux et médico-psychologiques. Ils sont là pour secourir les victimes sur le plan matériel : fournir un abri, un endroit où se reposer, des couvertures, des vêtements, de la nourriture, des boissons chaudes, ou tout autre aide matérielle. Ils participent aussi au regroupement des familles dispersées, et peuvent aider les rescapés à communiquer avec l'extérieur. Mais une telle action, de tels gestes, ne peuvent ni ne doivent être effectués sans chaleur humaine. Des secours distribués dans l'indifférence ou la brusquerie peuvent accroître la détresse morale du rescapé, qui est en besoin et en attente d'empathie. *Le secours matériel et le soutien social sont indissociablement liés au reconfort psychologique.* Voilà pourquoi, à la Protection Civile et à la Croix Rouge, les personnels secouristes bénéficient d'une sensibilisation et d'une formation psychologiques à cet aspect psychosocial de l'état des victimes et impliqués auxquels ils ont affaire et de leurs propres gestes de secouristes. A la Croix Rouge, en particulier, il existe un programme de formation à trois niveaux : pour les équipiers, pour les chefs d'équipe et pour les cadres supérieurs.

Lorsqu'ils assurent ce soutien psycho-social au CAI, les personnels de la Protection Civile et de la Croix Rouge peuvent s'apercevoir qu'une victime, mal aiguillée, s'est adressée au CAI alors qu'elle est atteinte de blessures physiques, ou de blessures psychiques. Dans ces cas-là, un secouriste doit les accompagner au PMA ou au PUMP, où ces victimes pourront recevoir des soins adéquats. Inversement, des victimes indemnes et des rescapés adressés par erreur au PMA ou au PUMP pour demander des secours matériels ou des renseignements, doivent être alors dirigés sur le CAI.

Les personnels de l'INAVEM sont mandatés par le Ministère de la Justice pour accompagner les victimes sur le plan *conseil juridique* depuis le début jusqu'à la fin de la catastrophe et de ses conséquences victimaires (enquêtes, expertises, réparation, procès). Il s'agit là d'une mission indispensable : informer la victime sur ses droits, et la guider dans les méandres du parcours administratif. Cette mission détiert un effet psychologique considérable, contribuant à rompre le sentiment d'isolement, d'abandon, voire de rejet, ressentis par la victime, et aussi son ressentiment vis-à-vis de la société. Pour remplir cette mission, l'INAVEM dispose, outre des personnels à compétence juridique, de psychologues qui apportent un *soutien psychologique professionnel à ces sujets en désarroi*. Mais, il ne s'agit pas de soins médico-psychologiques destinés à soulager ou réduire des états psychopathologiques, mission qui relève des attributions de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique. Il est concevable et souhaitable que l'INAVEM puisse remplir sa mission au plus tôt, et donc sur le terrain, en relation avec les autorités judiciaires. Dans la partie non médicale de la zone des secours, le CAI, ou un autre lieu désigné, peut convenir à cette mission.

La mission de l'INAVEM ne s'arrête pas aux premières heures sur le terrain. Elle se poursuit dans les centres de l'INAVEM et des associations fédérées par l'INAVEM (associations d'aide aux victimes ne pouvant pas se porter partie civile), dans les villes. Là encore, le conseil et la guidance juridiques ne peuvent être totalement bénéfiques que dispensées dans une atmosphère de compréhension et d'empathie, et le concours des psychologues sera utile. Dans ce long parcours, si le psychologue de l'INAVEM s'aperçoit que le cas de la victime évolue vers des complications pathologiques, il doit le diriger vers des structures soignantes.

3 – Les psychologues privés.

Les personnels de la CUMP (psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers) sont des personnels volontaires ayant déjà un poste dans la fonction publique. Toutefois, la circulaire du 28 mai 1997 prévoit que des personnels appartenant au secteur privé puissent appartenir à la CUMP, régulièrement (après convention préalable) ou exceptionnellement (sur réquisition du préfet). Ils ont alors, pour la durée de leur mission, statut de collaborateurs occasionnels du service public, et sont couverts par une assurance pour les risques attendant à leur mission.

Y a-t-il place, sur le terrain, pour d'autres personnels appartenant au secteur privé ? A priori non. On ne peut pas admettre n'importe qui, bénévole, dans le dispositif des secours. D'abord ce dispositif est bien défini et ne peut inclure des personnels qui échappent à la hiérarchie et à la responsabilité du dispositif. En outre, le dispositif ne peut inclure que des personnels dont il est sûr (formation, compétence et intégration préalable aux équipes). Toutefois, il peut arriver qu'une entreprise, une compagnie aérienne par exemple, ait passé une convention préalable avec des psychologues ou une officine employant des psychologues, pour assurer le soutien psycho-social, en routine, des personnels de l'entreprise se plaignant de stress de la vie quotidienne ou d'agressions sur le lieu de leur travail. Il s'agit là d'autres situations que la situation de catastrophe. Par contre, dans les catastrophes, il n'y a pas de place pour des psychologues privés hors du dispositif officiel de secours.

IV – Etagement du dispositif dans le temps.

Il arrive que dans certaines catastrophes (inondations par exemple), la mission de la CUMP doive se poursuivre après que le SAMU se soit retiré. En est-il de même pour certains accidents aériens ? Les témoins et les populations vivant sur le lieu de l'accident peuvent rester choquées et avoir besoin de soins et au moins de debriefing. Mais nous sommes alors dans la phase post-immédiate et ces opérations peuvent être assurées dans les locaux hospitaliers (ou d'autres locaux tels que salles de mairie et écoles), en coopération avec les psychiatres des hôpitaux et du secteur concerné. Même si, comme cela a été le cas de l'accident du Concorde, le lieu de l'accident est très proche de l'aéroport, la poursuite des soins et des débriefings doit être considérée comme relevant de la phase post-immédiate. Cette phase post-immédiate peut perdurer assez longtemps, si en particulier pour certains personnels d'enquête comme les gendarmes et les personnels du bureau "enquête accidents" de la DGAC, la poursuite de leur mission implique le renouvellement quotidien de facteurs de stress traumatique (manipulation de débris humains).

Quoi qu'il en soit, les différentes catégories de personnes relevant du secours médico-psychologique et du soutien psycho-social ne se présentent pas toutes au même moment, dans le déroulement de la catastrophe et de la post-catastrophe. Il faut donc connaître et prévoir les délais d'apparition et les pics de ces divers besoins. Ainsi, si on prend comme exemple l'accident du Concorde à Roissy le 25 juillet 2000, on peut retracer l'échelonnement des besoins de soutien psychologique (soins médico-psychologiques et soutien psycho-social) comme suit :

1 - 25 juillet 17 heures (immédiatement après l'accident) : mobilisation des CUMP 75, 91, 93 et 95 ; PUMP installé au hall T9 de Roissy, et personnels détachés à Gonesse (lieu de l'accident) pour traiter, trier et évacuer les blessés psychiques rescapés et les témoins proches du lieu de l'accident (l'hôtel sur lequel est tombé l'avion) ; intervention médico-psychologique auprès des familles de l'équipage du Concorde accidenté.

2 - 26 et 27 juillet : soutien psycho-social auprès des témoins moins proches du lieu de l'accident (plus la présence à la chapelle ardente de Gonesse), et les personnels d'Air France ou de l'aéroport ayant vu l'avion chuter ; soutien médico-psychologique des mécaniciens du Concorde (qui se poursuivra pendant une semaine) ; accueil et soutien psycho-social (par des psychiatres et des psychologues germanophones) des premiers arrivants des familles des passagers tués, pour la

plupart en provenance d'Allemagne, pilotés par des accompagnants volontaires d'Air France (germanophones).

3 – 27 juillet après-midi : détachement de personnels de la CUMP (assistés de personnels Croix Rouge) à l'église de la Madeleine à Paris, pour la surveillance médico-psychologique de la cérémonie de deuil (plusieurs personnes atteintes de malaises émotionnels).

4 – 28 juillet : poursuite du soutien de la population de Gonesse ; debriefings et soutiens individuels dans les hôpitaux et écoles ; poursuite de l'accueil des familles allemandes ; l'après-midi, dispositif de surveillance médico-psychologique de la cérémonie à l'aéroport (8.000 personnes, plusieurs malaises émotionnels) ; 29 juillet : accueil des dernières familles germanophones ; poursuite du soutien de la population de Gonesse ; détachement de personnels CUMP auprès des agents d'Air France des villes de Francfort, Dusseldorf et Munich ; debriefing des personnels volontaires d'Air France qui ont accompagné les familles.

5 – 29 juillet : levée du dispositif des secours médicaux, mais maintien sur le site d'une antenne SAMU 93 et de personnels CUMP 75, 91, 93 et 95

6 – 4 août : levée du dispositif, mais poursuite en phase post-immédiate du soutien médico-psychologique à la population de Gonesse.

7 – octobre 2000 : plusieurs debriefings collectifs des personnels d'enquête (gendarmerie et bureau "Enquêtes Accidents").

Conclusion

Un accident aérien est aussi un phénomène psycho-social qui dure beaucoup plus longtemps que l'accident lui-même. C'est aussi une catastrophe qui frappe les victimes et les impliqués dans leur moi communautaire, et trouve un écho émotionnel dans la population tout entière. En plus des victimes, les impliqués (témoins, familles et même sauveteurs) sont sujets à un stress – stress normal ou stress dépassé – et peuvent avoir besoin de soins médico-psychologiques ou d'un soutien psycho-social. Ces soins et ce soutien ne peuvent pas être assurés par des personnes non compétentes. Les personnels des cellules d'urgence médico-psychologiques et les psychologues de l'INAVEM sont précisément ces personnes compétentes et habilitées à exercer ces activités spécifiques, aidées de personnels secouristes Croix Rouge ou Protection Civile ayant reçu une formation élémentaire adéquate. La surveillance médico-psychologique doit se poursuivre pendant la phase post-immédiate (deuxième au quinzième jour) et même pendant la phase des séquelles, chronicisées, malgré les dénis et les résistances qui témoignent en fait de la fascination secrète exercée par le trauma. En particulier, tant pour le personnel des Cellules que pour celui de l'INAVEM, on n'oubliera pas que le temps des enquêtes, des expertises, des anniversaires et des procès est un temps qui ravive les traumas. L'aide et éventuellement les thérapies devront se poursuivre jusqu'à la conclusion qui permet à la victime ou à l'impliqué d'intégrer son expérience de l'accident dans la continuité de son histoire.