

**POUR UN CENTRE DE RESSOURCES  
ET DE RESILIENCE :  
REPARER ET PRENDRE SOIN DE LA VIE**

Rapport remis à Madame Juliette Méadel  
Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'aide aux victimes

Par Françoise Rudetzki

Décembre 2016- Janvier 2017

Je remercie Christine Branchu, Clémence Marty-Chastan, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Célian Biscay, stagiaire pour l'appui qu'ils m'ont apporté tout au long de cette mission.

# SOMMAIRE

|                                                                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| REPARER ET PRENDRE SOIN DE LA VIE : UNE PRIORITE DE POLITIQUE PUBLIQUE.....                                                            | 5         |
| <b>1 INTRODUCTION ET PRESENTATION DE LA MISSION .....</b>                                                                              | <b>5</b>  |
| 1.1 Une mission qui s’inscrit dans une longue histoire .....                                                                           | 5         |
| 1.2 La résilience, un chemin de reconstruction et de résistance .....                                                                  | 6         |
| <b>2 LA SANTE DES PERSONNES, AU CŒUR DE LA RESILIENCE DES VICTIMES ET DES INTERVENANTS .....</b>                                       | <b>7</b>  |
| 2.1 Trouver les gestes et les mots dans le chaos.....                                                                                  | 7         |
| 2.1.1 Le savoir-faire, un véritable enjeu pour les premiers professionnels déployés .....                                              | 7         |
| 2.1.2 Savoir donner les premiers soins, un geste citoyen .....                                                                         | 7         |
| 2.2 Conforter l’organisation du parcours de santé psychique, une priorité .....                                                        | 8         |
| 2.2.1 Les enjeux de santé publique .....                                                                                               | 8         |
| 2.2.2 Les prises en charge psychologiques immédiates et post-immédiates par les cellules d’urgence dédiées .....                       | 9         |
| 2.2.3 Une prise en charge hospitalière des personnes impliquées .....                                                                  | 13        |
| 2.2.4 Le relais entre les professionnels est une étape difficile .....                                                                 | 13        |
| <b>3 LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES VICTIMES D’UN ATTENTAT RESTE SEME D’EMBUCHES .....</b>                                           | <b>15</b> |
| 3.1 La constitution et l’utilisation de la liste unique des victimes génèrent inutilement des difficultés pour l’accès aux soins ..... | 15        |
| 3.1.1 Les forts enjeux de la liste unique des victimes.....                                                                            | 15        |
| 3.1.2 Les difficultés persistantes pour définir les conditions d’inscription sur la liste.....                                         | 16        |
| 3.2 Des maladresses involontaires et des soucis administratifs retardent l’entrée dans la résilience ..                                | 18        |
| 3.2.1 Le deuil intime et national, des moments très lourds .....                                                                       | 18        |
| 3.2.2 Des démarches, sources d’anxiété .....                                                                                           | 19        |
| <b>4 UN CENTRE NATIONAL DE LA RESILIENCE (CNR), POUR BRISER LE TABOU DES DOULEURS INVISIBLES.....</b>                                  | <b>21</b> |
| 4.1 Des besoins et des défis croissants .....                                                                                          | 21        |
| 4.1.1 Des personnes blessées et impactées en grand nombre .....                                                                        | 21        |
| 4.1.2 Des enfants à mieux protéger .....                                                                                               | 23        |
| 4.1.3 De multiples acteurs à mobiliser en faveur de la résilience des victimes .....                                                   | 24        |
| 4.2 Un large consensus sur les principes et les missions du centre .....                                                               | 25        |
| 4.2.1 Les principes directeurs du projet .....                                                                                         | 25        |
| 4.2.2 Des missions au service de tous les acteurs et de toute la population .....                                                      | 25        |
| 4.3 Un périmètre et un cadre précisés au terme de la mission .....                                                                     | 31        |
| 4.3.1 Des missions en lien avec la recherche et le soin.....                                                                           | 31        |
| 4.3.2 Dix propositions et le choix d’une organisation stable et pérenne .....                                                          | 33        |
| MA CONCLUSION .....                                                                                                                    | 34        |
| DIX RECOMMANDATIONS, UNE ORGANISATION POUR FACILITER LA RESILIENCE DES PERSONNES VICTIMES D’UN ATTENTAT.....                           | 37        |

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| LETTRE DE MISSION.....                                                        | 39 |
| ANNEXE 1 : DES DONNEES SUR L'INTERVENTION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE.....           | 43 |
| ANNEXE 2 : L'ANNONCE DE LA MORT D'UN PROCHE APRES UN ATTENTAT.....            | 45 |
| ANNEXE 3 SOINS PSY, LES BESOINS DES VICTIMES ET L'OFFRE EXISTANTE.....        | 49 |
| ANNEXE 4 METHODES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPEUTIQUE POUR LE<br>TSPT..... | 59 |
| LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....                                          | 81 |
| SIGLES UTILISES .....                                                         | 87 |

# REPARER ET PRENDRE SOIN DE LA VIE : UNE PRIORITE DE POLITIQUE PUBLIQUE

## 1 INTRODUCTION ET PRESENTATION DE LA MISSION

Depuis les premiers attentats des années 80, les droits des victimes du terrorisme ont progressé (création du Fonds de Garantie des victimes des actes de Terrorisme et d'autres Infractions (FGTI), statut de victime civile de guerre...). Pourtant, la répétition des attentats et le nombre des personnes assassinées, blessées dans leur corps et dans leur psychisme, créent une situation nouvelle. Mon travail est une contribution à l'effort de mobilisation de moyens et d'énergie dont notre pays a besoin dans la durée, au-delà de l'expression des émotions et des sollicitudes.

### 1.1 Une mission qui s'inscrit dans une longue histoire

Depuis plusieurs décennies maintenant, que ce soit sur notre territoire ou à l'étranger, notre pays est durement confronté au terrorisme qui tue et qui blesse de nombreuses personnes. Les blessures peuvent être physiques et psychiques. Les prises en charge dans l'urgence, puis dans le temps sont devenues une exigence de santé publique, comme les attentats de 2015 et 2016 l'ont encore cruellement souligné. En outre, ces violences extrêmes ciblées ou de masse nous posent de grandes questions sociales et morales.

Par lettre de mission en date du 3 juin 2016, Mme Juliette Méadel, secrétaire d'Etat chargée de l'aide aux victimes (SEAV) m'a confiée une mission de réflexion et de proposition sur un projet de centre de ressources et de résilience pour toutes les personnes victimes d'accidents collectifs<sup>1</sup>, et tout particulièrement pour les actes terroristes. Ce centre serait notamment destiné à consolider l'état des savoirs dans le champ des traumatismes psychologiques et à améliorer les modalités de prise en charge psychologique.

En vue de vérifier la pertinence d'un tel projet au regard des nombreux besoins qui s'expriment dans le pays, j'ai longuement rencontré, au cours de plus de 40 entretiens, plus de 90 personnes représentant les associations de victimes, les associations d'aide aux victimes, les différents acteurs de la prise en charge sanitaire, médico-psychologique et sociale, civils et militaires. J'ai également recueilli la parole de dizaines de proches de personnes décédées, victimes d'un acte de terrorisme, de personnes blessées ou impactées par les événements, qu'elles soient ou non juridiquement reconnues comme victimes par le FGTI, avec un souci particulier quant à la prise en charge des mineurs.

Cinq ans après les attentats de Toulouse et Montauban, deux ans après les attentats de janvier 2015 à Charlie Hebdo, à Fontenay-aux-Roses, à l'Hyper Cacher, à Montrouge, un an après les attentats de novembre 2015, sept mois après l'assassinat du couple de policiers à Magnanville, six mois après l'attentat de Nice et l'assassinat de Saint-Etienne-du-Rouvray, ces entretiens approfondis ont permis à chacun de s'exprimer en toute liberté. Les témoignages, les retours d'expérience soulignent la violence et la profondeur du choc subi et, parfois encore, des difficultés à se projeter dans l'avenir.

---

<sup>1</sup> Par lettre de mission en date du 7 juillet 2016, le directeur de cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé a demandé un appui technique à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Ce premier état des lieux et les propositions de ce rapport constituent une étape que j'espère utile<sup>2</sup>, alors même que les conclusions des évaluations, des enquêtes et des études post-attentat ne sont pas encore complètement connues et que la publication des nouveaux textes réglementaires sur la prise en charge de l'urgence psychologique s'achève juste.

## 1.2 La résilience, un chemin de reconstruction et de résistance

Le terme de résilience recouvre des acceptions différentes. Son emploi peut être médical, il peut aussi s'appliquer plus largement à une société dans son ensemble qui parvient à rester debout en dépit des violences extrêmes qu'elle subit. Médicale, la résilience est donc aussi sociale, elle regarde la personne dans sa globalité et la société dans toutes ses dimensions.

La résilience désigne à la fois un parcours individuel et son étude, selon la définition du professeur Boris Cyrulnik qui la décrit comme « un processus, un nouveau développement (après un traumatisme), pas une qualité inhérente à l'individu » et « l'étude des conditions de reprise d'un développement après un traumatisme »<sup>3</sup>.

Sous un autre angle, le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale définit la résilience, comme « la volonté et capacité d'un pays, de la société ou des pouvoirs publics à résister aux conséquences d'une agression ou d'une catastrophe majeure, puis à rétablir rapidement leur capacité de fonctionner normalement, ou tout le moins dans un monde socialement acceptable. Elle concerne non seulement les pouvoirs publics, mais encore les acteurs économiques et la société civile tout entière »<sup>4</sup>.

Dans cette perspective, un bureau « Accompagnement –résilience » travaille à la préfecture de police de Paris sur divers scénarios de crise, et les mesures à mettre en œuvre pour maintenir temporairement en mode dégradé, les missions essentielles (eau, électricité, transport, télécommunications, établissements de santé...) puis pour organiser la reprise planifiée de l'ensemble des activités<sup>5</sup>.

Dans le cadre de la mission qui m'a été confiée, la résilience post-attentat sera considérée dans son sens le plus large, celui qui comprend tout à la fois les dimensions individuelles et sociétales, qui certes ne peuvent pas être confondues, mais dont les approches doivent être croisées.

### **Le projet « 100 Resilient Cities » de la Fondation Rockefeller (États-Unis d'Amérique) : une définition large de la résilience**

Partant du constat qu'une résilience globale est nécessaire face à la dégradation sociale, environnementale et économique mondiale, la Fondation Rockefeller s'est intéressée à la question de la résilience au sein de 100 métropoles mondiales, potentiellement confrontées à diverses crises, des catastrophes naturelles, de forts taux de chômage, de lourds problèmes sanitaires, etc.

La Fondation Rockefeller soutient 100 métropoles mondiales (New York, Lisbonne, Barcelone, Durban, etc.) selon quatre grands axes :

- Soutien financier et logistique en faveur de l'innovation ;
- Apport d'une expertise pour une stratégie de résilience effective ;
- Renfort de la collaboration entre le secteur privé, le secteur public et les organisations non gouvernementales (ONG) afin de faciliter la mise en place de stratégies de résilience ;
- Création d'un réseau mondial d'échanges entre ces 100 métropoles.

La Mairie de Paris a désigné un responsable de la résilience au sein du Secrétariat général de la Ville.

<sup>2</sup> La mission n'a pas pu se rendre dans les régions, ni à l'étranger. Les analyses portent sur les informations telles que fournies par les acteurs rencontrés.

<sup>3</sup> La résilience : un processus multicausal. Boris Cyrulnik, Revue française des affaires sociales, 2003-1.

<sup>4</sup> Texte publié en 2008.

<sup>5</sup> La zone de défense et de sécurité de Paris, protéger les populations. Liaisons, n°114, janvier 2016.

## 2 LA SANTE DES PERSONNES, AU CŒUR DE LA RESILIENCE DES VICTIMES ET DES INTERVENANTS

Que la définition de la résilience soit d'abord médicale, ou bien sociétale, la santé tant physique que psychique en est le cœur. Il s'agit de porter secours aux victimes d'actes d'une violence extrême, de sauver le plus grand nombre possible de vies et de prendre grand soin des survivants.

Les victimes du terrorisme ont en commun d'avoir vécu un choc, commandité pour assassiner des personnes en raison de leur lien avec une nation, ou une communauté. Au hasard de la folie meurtrière, des personnes décèdent, sont blessées physiquement et/ou psychiquement. D'autres sont impliquées parce qu'elles se sont trouvées aux abords des lieux, par ces événements, ou impactées. Si les droits à l'indemnisation ne sont pas les mêmes en fonction des situations, toutes doivent pouvoir bénéficier des mêmes droits à la santé et aux soins. C'est la condition de la résilience pour chacune d'entre elles, c'est aussi un devoir de solidarité nationale qui participe de la résilience collective.

### 2.1 Trouver les gestes et les mots dans le chaos

Un attentat plonge le pays tout entier dans l'effroi. Comme nul, par définition, ne peut en prévoir les circonstances, la résilience passe en amont par la formation et la préparation la plus large, sans que cela prenne des formes anxiogènes, en particulier pour les enfants et les jeunes.

#### 2.1.1 Le savoir-faire, un véritable enjeu pour les premiers professionnels déployés

Dès les premiers instants, à la suite des interventions de la police ou de la gendarmerie, les gestes et les mots des premiers professionnels ont un impact psychique avéré, le parcours de résilience des personnes est d'ores et déjà en jeu. Bien involontairement, des failles dans l'organisation des équipes, des maladroites verbales dans de telles circonstances, ou des gestes inappropriés à la situation, peuvent avoir de lourdes conséquences sur le chemin de la résilience des personnes qui vont « revivre », parfois pendant des années ou toute une vie, ces heures dramatiques.

Par exemple, la mission a recueilli des témoignages sur la « succession des intervenants » après les attentats, qui est mal comprise, parfois perçue, certes bien injustement, comme une forme de désinvolture des organisations. Ce sentiment, qui demeure, est souvent exprimé par ces quelques mots : « Il faut toujours qu'on répète la même chose et qu'on réponde aux mêmes questions...C'est épuisant ».

#### 2.1.2 Savoir donner les premiers soins, un geste citoyen

L'organisation des secours et des soins auprès des blessés est, naturellement pour les personnes, mais aussi pour toute la communauté nationale, un point d'appui fort de la résilience : « L'action des services de santé s'oppose directement à l'objectif du terrorisme par la résistance des services à la désorganisation, malgré l'agression, et le maintien de la qualité et de la sécurité des soins malgré l'afflux de victimes et l'effet de surprise. Elle diffuse une image positive, non lente, qui privilégie l'individu, se substitue à l'engrenage de l'agression et de la répression, soigne les victimes (mais aussi les terroristes), et incite le public à s'impliquer pour sauver les victimes»<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Carli P. Télion C. La réponse médicale aux attaques terroristes simultanées sur plusieurs sites à Paris, Séminaire des Services d'Urgences, Campus Erasme, Bruxelles, Belgique, le 12 décembre 2015.

La formation de la population aux premiers gestes de l'urgence, qui devraient nécessairement intégrer un volet psychologique, est depuis longtemps à l'ordre du jour, mais sa mise en œuvre demeure trop lente, incertaine et sans remise à niveau régulière. En janvier 2016, le retour d'expérience de la Brigade des sapeurs pompiers de Paris (BSPP) recommandait de multiplier les stages de deux heures, non diplômant, gratuits et organisés en dehors des heures de travail dans les centres de secours.

Le réseau associatif et bénévole peut apporter toute sa contribution et son savoir-faire pour développer une offre universelle de formation aux premiers secours. Ainsi, la Croix Rouge propose une formation « Prévention et secours civique de niveau 1 (PSC1) » réellement ouverte à tous, et accessible aux personnes handicapées.

L'aspect psychologique doit être pris en compte dans chaque geste, ainsi le parcours de la résilience sera facilité. Concernant le soutien psychologique, les bénévoles de la Croix Rouge-acteurs du secours et de l'action sociale- suivent un module de 3h de sensibilisation au soutien psychologique (MSSP). Pour les acteurs du secours, une formation de 24h de « premiers secours psychologiques » est en cours de développement (rédaction des modules techniques et pédagogiques, tests, validation...). Elle devrait être mise en œuvre dans le réseau à partir de 2018.

**Recommandation n°1 : Former tous les professionnels de la sécurité et de la santé aux premiers principes et gestes de l'aide psychologique ; généraliser une offre universelle de formation aux premiers gestes de secours, en y intégrant des données psychologiques ; ouvrir très largement cette offre aux scolaires et étudiants, en s'appuyant sur le réseau des grandes associations de secourisme.**

## **2.2 Conforter l'organisation du parcours de santé psychique, une priorité**

La mission a recueilli de très nombreux témoignages qui soulignent la qualité des prises en charge médicale des blessés et le dévouement de tous les professionnels lors et depuis les derniers attentats. Les victimes rescapées saluent le travail remarquable des différents services de police et d'intervention, des pompiers, du SAMU et de tous les intervenants avec qui elles gardent parfois des liens forts. L'association Life For Paris a organisé plusieurs rencontres résilientes avec ces femmes et ces hommes.

Le propos n'est donc pas de critiquer qui que ce soit, mais d'éclairer des points qui méritent une réflexion et une vigilance particulières, compte tenu notamment de la prévalence élevée des risques de stress post-traumatique (STP) tant pour les adultes que les enfants.

### **2.2.1 Les enjeux de santé publique**

Les troubles psychiques post-traumatiques, autrement désignés blessures psychiques ou blessures invisibles, peuvent avoir de lourdes conséquences sur la vie personnelle, familiale, professionnelle et sur la santé physique elle-même, notamment si la prise en charge est défailante ou tardive. La qualité du pronostic médical dépend de sa précocité et de sa qualité et, au-delà, de l'environnement humain et social de la personne blessée.



Sur le plan médical, la symptomatologie de la population des personnes impliquées évolue vers un état de stress post-traumatique (ESPT), avec un risque de chronicité, dans une proportion qui varie entre 10 à 50 %. Après des attentats, la survenue d'ESPT augmente dans les premiers mois alors même que ce risque diminue après dans le cas d'événements fortuits, comme les catastrophes naturelles<sup>7</sup>. En Norvège, les études sur l'impact psycho traumatique des survivants de la tuerie de l'île d'Utoya ont confirmé cette prévalence élevée d'ESPT parmi les adolescents et les jeunes adultes<sup>8</sup>.

Selon les résultats de l'étude épidémiologique IMPACTS<sup>9</sup>, six mois après les événements de janvier 2015, des conséquences psycho-traumatiques étaient toujours importantes. Près de 4 personnes impliquées sur 10 présentaient au moins un trouble de santé mentale : un stress post-traumatique chez 20 % d'entre elles, une dépression caractérisée chez 20 % et des troubles anxieux chez 30 %. En outre, des témoins non directement menacés présentaient eux-aussi des troubles psychiques à 6 mois.

À la suite des attentats du 13 novembre, environ 20 % des personnes inscrites sur la liste unique des victimes (LUV) ont reçu des soins psychiatriques sans avoir par ailleurs besoin de soins somatiques<sup>10</sup>. Sur 129 personnes rencontrées par la CUMP de Lyon venue en renfort à la mairie du 11ème arrondissement de Paris, la majorité d'entre elles avait des scores élevés à l'échelle IES-R (Impact of event scale) tant chez les exposés et endeuillés que chez les témoins<sup>11</sup> ; cet indicateur IES-R aide à mesurer la perception subjective de l'impact par les personnes elles-mêmes.

## 2.2.2 Les prises en charge psychologiques immédiates et post-immédiates par les cellules d'urgence dédiées

Le déclenchement du Plan Rouge ou Rouge alpha, en cas de multi attentats, prévoit pour les premiers secours la mobilisation des sapeurs pompiers, des associations agréées de sécurité civile (Protection civile, Croix rouge, Ordre de Malte notamment)<sup>12</sup>, de la police, de la gendarmerie et du SAMU. La police, la gendarmerie et les sapeurs-pompiers sont, en principe, les premiers à intervenir sous la responsabilité du ministère de l'Intérieur. Dès que les conditions le permettent, les dispositifs du ministère de la Santé, et donc le SAMU, interviennent. Selon les circonstances, les schémas doivent être adaptés en temps réel. Ainsi le 13 novembre à Paris, des victimes ont été hospitalisées dans les hôpitaux militaires de Percy et Bégin et lors de l'attentat de Nice, Monaco a reçu plusieurs dizaines de victimes.

Les blessés sont secourus par les équipes médicales, assistées de secouristes. La priorité est l'évacuation des blessés vers les hôpitaux. Les personnes physiquement indemnes sont soutenues psychologiquement par les secouristes qui recueillent également, dans la mesure du possible, leur identité. Ainsi lors des attentats du 13 novembre 2015, les équipes psycho-sociales, soit 430 secouristes de la BSPP, et l'ensemble des équipes de secouristes ont assuré la prise en charge initiale de 381 victimes en zone d'insécurité.

---

<sup>7</sup> N. Dantchev, S Ben Younes, J Mullner, R Wallaert, M Wohl et D Cantin. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge psychologique hospitalière des impliqués. Annales françaises de médecine d'urgence, 2016.

<sup>8</sup> Entretien avec Mme le docteur Lise Stene.

<sup>9</sup> IMPACTS (investigation des manifestations traumatiques post attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien) a été conduite par l'ARS Île-de-France et Santé Publique France afin d'évaluer les impacts des attaques de janvier 2015

<sup>10</sup> Chiffres CNAM au 15 octobre 2016. 311 personnes sur les 1650 victimes de la LUV.

<sup>11</sup> N.Prieto. Defusing des victimes des attentats de Paris. Eléments d'évaluation un mois après. L'Encéphale, 2016.

<sup>12</sup> L'agrément est délivré, après vérification des compétences des associations, pour les autoriser, selon les cas :  
- à exercer des missions de Sécurité civile, en appui aux pouvoirs publics (participation aux opérations de secours, actions de soutien aux populations notamment victimes d'intempéries, encadrement de bénévoles spontanés dans le cadre de ces actions) ou pour monter des dispositifs prévisionnels de secours lors de rassemblements de personnes  
- à assurer des actions d'enseignement et de formation en matière de secourisme.

Dans les schémas, les interventions d'urgence médico-psychologique sont réalisées à proximité du site de l'attentat, dans les premières heures, par des cellules dédiées, les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).

Si la question de l'articulation entre les équipes de soutien psycho-social, c'est-à-dire les secouristes, et les CUMP ne devrait pas en principe se poser puisque les missions et les métiers sont bien distincts, les retours d'expérience et les témoignages des victimes indiquent qu'il serait utile de préciser le rôle de chacun et d'en mieux définir les périmètres.

Lors des entretiens, la mission a relevé que le déroulement des interventions décrit ci-dessus ne fait pas totalement consensus et que des médecins estiment qu'ils doivent pouvoir intervenir, avant même que la police n'ait totalement sécurisé la zone. En outre, des professionnels du soin psychique mettent l'accent sur la force symbolique des lieux du premier accueil et des soins : des personnes ne ressentent pas pareillement une prise en charge dans une salle de spectacle, une mairie ou un hôpital.

### 2.2.2.1 Les CUMP, un outil dédié de l'urgence psychologique en évolution

Les CUMP ont été initialement conçues comme une pièce maîtresse de l'urgence, mais, sous la pression des événements, elles tendent à devenir une force de réserve post-attentats.

#### ► Un dispositif de soins propre à la France

Créées en 1997, à la suite des attentats de Paris de 1995, les CUMP demeurent une spécificité de l'organisation française des soins d'urgence. Pendant près de 20 ans, ces cellules sont intervenues soit à l'étranger, soit sur le sol français, pour des événements d'ampleur variable, le plus souvent sans lien avec un acte terroriste.

Les CUMP, responsables des interventions précoces auprès de victimes de psycho-traumatismes, tiennent leur particularité du schéma d'intervention : elles vont à l'avant, au plus près de l'événement et au plus vite avec une équipe composée de psychiatres, psychologues et infirmiers<sup>13</sup>. Ces équipes, constituées sur la base du volontariat, reçoivent une formation spécifique.

Il existe une CUMP par région, des plateaux supplémentaires sont prévus dans les régions à risque industriel ou naturel spécifique. Des équipes permanentes et pluridisciplinaires forment l'ossature de l'organisation dont le financement est assuré par une mission d'intérêt général des hôpitaux (MIG) [voir annexe 1](#).

Au-delà de ces postes, les effectifs des CUMP sont recrutés par la voie du volontariat et sont inscrits localement sur une liste de professionnels mobilisables. Si les interventions ne sont pas rémunérées, des mécanismes d'indemnisation ou de mise à disposition peuvent être organisés par convention avec les structures employeuses.

#### ► Des évaluations peu nombreuses

Les évaluations réellement abouties de ce dispositif sont peu nombreuses<sup>14</sup>. Les difficultés méthodologiques d'une évaluation médicale du dispositif CUMP avaient été pointées dès 2001 : limitation des moyens d'études, problèmes d'évaluation, éthique de la randomisation, extrême disparité des situations collectives et individuelles et diversité des approches cliniques<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Crocq Louis. Stess, trauma et syndrome psychotraumatique. Soins psychiatrie 1997 ; 188 :7-13.

<sup>14</sup> Passamar, Vilamot, Tellier. Inondation du Tarn Sud : mise en place de la CUMP dans le cadre du plan ORSEC. Revue francophone du stress et du trauma, 2001, vol.1-fasc-pp149-154.

<sup>15</sup> Franc, Comment évoluer les effets différés des interventions des cellules d'urgence médico-psychologique. Revue francophone du stress et du trauma. 2001, vol.1-fasc-pp155-159.

Cette évaluation, qui avait été conduite suite à une catastrophe naturelle, indiquait que :

- les questions de logistique de communication avec le SAMU et avec les cellules de crise de la préfecture sont très importantes ;
- l'absence de moyens financiers et de financement autonome des cellules peut poser des problèmes ;
- l'association de travailleurs sociaux à l'équipe de soin peut être très utile ;
- la constitution d'une liste étoffée de médecins, de psychologues et d'infirmiers volontaires est nécessaire afin de pouvoir organiser, le cas échéant, les relais sans peser sur les services de rattachement de ces professionnels.

Il est intéressant de constater que ces principaux enseignements n'ont pas été invalidés par les retours d'expérience des attentats de 2015 et de 2016 et qu'une prochaine évaluation permettrait de progresser dans la connaissance des moyens à mettre en œuvre.

### 2.2.2.2 Les CUMP à l'épreuve des attentats de masse

Si les CUMP ont été créées dans le climat des attaques terroristes de 1995, leurs pratiques professionnelles se sont, de fait et compte tenu des circonstances, éloignées de cette problématique pour se tourner en premier vers les situations de catastrophes naturelles ou d'accidents collectifs. Les attentats de masse de 2015 et 2016 ont donc constitué un cadre inédit d'intervention.

Lorsque les victimes se trouvent dans un espace facilement délimité et en nombre restreint, les CUMP sont bien organisées et dimensionnées pour répondre dans l'urgence aux besoins, mais des attentats de masse, qui plus est en plein air, posent des difficultés particulières qui doivent être analysées tant en terme de logistique que de soins. Dans de telles circonstances, les CUMP se trouvent de fait chargées de mobiliser dans l'urgence, sur n'importe quelle partie du territoire, des ressources dont la volumétrie peut être très différente et tout à fait impossible à prévoir<sup>16</sup>.

- Les modalités de prise en charge post-attentat

Les attentats de masse ont impacté la durée des interventions CUMP qui est passée de quelques jours ou semaines à plusieurs mois, compte tenu des ressources de soins effectivement disponibles en aval soit en centre médico-psychologique (CMP) soit en médecine libérale. Dans ces conditions, les CUMP, chargées en premier lieu de l'urgence, tendent à devenir également une réserve sanitaire dont la mobilisation se prolonge, sans qu'il soit véritablement possible de fixer, à l'avance, le terme précis<sup>17</sup>. Il faut également distinguer le temps d'intervention des CUMP venues en renfort dans la période aiguë de la phase de celui de la CUMP de la zone de l'évènement, qui reste mobilisée plus longtemps et plus facilement.

---

<sup>16</sup> Début juillet 2016, 300 personnes étaient suivies en lien avec les attentats du 13 novembre 2015 (140 à Paris, 80 en Île-de-France et 50 sur le reste de la France). L'association Paris Aide aux Victimes indique pour sa part avoir réalisé 2749 entretiens psychologiques, ainsi que des orientations vers des services de psychiatrie et de psychothérapie. L'association « 13 novembre – Fraternité et Vérité » souligne l'écart entre le nombre de victimes figurant sur la LUV et le nombre de personnes suivies par les CUMP (1700 vs 300).

<sup>17</sup> Sur le plan administratif, il convient de noter la disparition de l'EPRUS (établissement public de la réserve et des urgences sanitaires) en avril 2016 suivie du rattachement des missions des interventions de l'urgence à la DGS et celui des missions « réserve des professionnels » à Santé publique France.

Des données sur l'intervention médico-psychologique<sup>18</sup> [voir annexe 1](#)

➤ Suite aux attentats du 13 novembre 2015

Outre la CUMP de Paris, des renforts extra zonaux (Lille, Île-de-France, Bordeaux, Lyon, etc.) ont été appelés successivement sur quatre lieux d'accueil (Ecole militaire, Institut médico-légal (IML), mairie du 10ème et mairie du 11ème). Ainsi, le lundi 16 novembre, 243 consultations ont eu lieu à la mairie du 11ème. Pendant les 20 jours suivant les attentats, 5000 consultations ont été réalisées par 316 intervenants CUMP, pour 8200 heures de travail. L'ensemble de ces moyens correspond à 1/5ème du potentiel des soignants CUMP qui pourraient être mobilisés en France.

De plus, 200 réservistes sanitaires ont été mobilisés pendant 15 jours soit 419 jours/hommes.

➤ Suite à l'attentat de Nice du 14 juillet 2016

Pendant 28 jours, 383 volontaires CUMP ont été mobilisés dont 200 de la CUMP de la région, 183 des autres régions (dont 1 de la région Île-de-France pour la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV)).

Puis, 182 réservistes sanitaires ont été mobilisés pendant 15 jours soit 291 jours/hommes.

Enfin, pour renforcer les équipes locales des CMP, 36 réservistes ont été mobilisés sur une période de 180 jours, soit 1080 jours/hommes.

➤ L'organisation et le pilotage des CUMP

En ce qui concerne l'animation du réseau des CUMP, les textes qui sont en cours de publication confirment la nomination d'un psychiatre référent national chargé « de coordonner le réseau national de l'urgence médico-psychologique ». Son rôle est notamment d'élaborer et d'actualiser des procédures et référentiels de l'urgence médico-psychologique et d'élaborer le rapport annuel d'activité de l'urgence médico-psychologique en lien avec le Conseil national de l'urgence hospitalière. Un rapport doit être remis au printemps 2017.

À la suite des attentats et des retours d'expérience, le décret du 6 octobre 2016 et les textes d'application (arrêté et instruction) consolident les grandes lignes de l'organisation des CUMP. La Direction générale de la santé (DGS) a veillé à renforcer les outils diffusés aux CUMP : un guide d'intervention, un modèle de certificat médical initial de retentissement psychologique, une note nationale d'information sur les suites de la première consultation et l'orientation, la conception d'un dossier national partagé par les CUMP et validé par la commission nationale informatique et libertés (CNIL) pour assurer le suivi des patients en prenant en compte la première consultation.

Une étude sur les prises en charge médicales<sup>19</sup> post-attentat du 13 novembre a été conduite par la CUMP de Lyon, ce qui constitue une première étape dans un retour d'expérience du dispositif CUMP : elle a été réalisée par téléphone auprès de 129 personnes rencontrées par la CUMP, un mois après le passage en poste d'urgence médico-psychologique.

Sur le plan scientifique, il est précisé que « 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 ».

<sup>18</sup> Source : Direction générale de santé (DGS)-données du 14 au 30 novembre 2015.

<sup>19</sup> N.Prieto. Defusing des victimes des attentats de Paris. Eléments d'évaluation un mois après. L'Encéphale, 2016.

### 2.2.3 Une prise en charge hospitalière des personnes impliquées

Une prise en charge hospitalière des impliqués, c'est-à-dire des personnes présentes sur les lieux, a été mise en place à l'Hôtel-Dieu de Paris, en complément des CUMP. 646 personnes ont été accueillies au cours des quatre semaines qui ont suivi les attentats du 13 novembre. Parmi elles, 67 endeuillés, 424 personnes blessées et impliquées directes dont la vie a été directement menacée, ou qui ont été en contact physique ou visuel avec des personnes décédées, et 155 impliqués indirects. La plupart d'entre elles présentaient des troubles psychiques marqués (état de stress aigu, dissociation péri traumatique, syndrome de répétition et conduites d'évitement).

Le retour de cette expérience souligne la difficulté de maintenir un tel dispositif dans la durée qui exige la mobilisation des psychiatres et des urgentistes du site hospitalier.

Un tel dispositif est présenté comme « un changement de paradigme qui conduit à privilégier l'accueil hospitalier, les CUMP intervenant en renfort à l'hôpital dans la phase immédiate et en extrahospitalier en post immédiat »<sup>20</sup>. L'étude estime nécessaire de mettre en place une réflexion sur la prise en charge des impliqués, en réunissant les structures hospitalières et les CUMP. En outre, elle liste des difficultés :

- à anticiper les flux et les ressources en psychiatres ;
- à orienter les impliqués vers des structures de prise en charge et de suivi, compte tenu de la saturation des consultations spécialisées en psycho traumatisme ;
- à suivre les parcours de soin des impliqués, qui avaient parfois déjà rencontré un psychiatre sur un autre site ;
- et également l'absence de coordination entre les sites ayant assuré l'aide médico-psychologique.

### 2.2.4 Le relais entre les professionnels est une étape difficile

#### 2.2.4.1 Le relais médical et psycho-médical

Selon les textes en cours de publication, l'agence régionale de la santé (ARS) organise « la continuité des soins médico-psychologiques avec l'appui de la CUMP de niveau régional. À l'issue de la phase d'urgence, elle organise en tant que de besoin, l'orientation des personnes prises en charge par les cellules d'urgence vers les établissements de santé autorisés en psychiatrie notamment les CMP et les praticiens libéraux. »

Sur cette question du relais, il existe un débat de principe. Des professionnels et des victimes soulignent l'importance, non seulement de la continuité des soins, mais également la nécessité de maintenir le lien avec la même équipe tout au long du parcours de résilience. Or cette position pose la question de la proximité et de l'accessibilité aux soins, notamment en cas de mobilité géographique des personnes. Ce mode de prise en charge continue permet d'écarter tout sentiment d'abandon, il suppose notamment la mise en place de consultations par téléconférence.

Toutefois, d'autres professionnels regrettent que la prolongation des interventions CUMP ait, dans des cas repérés, retardé la prise en charge pluridisciplinaire, et non plus seulement médicale, dont les personnes ont besoin. Des conventions ont été signées, entre des CUMP et des associations du réseau INAVEM-France Victimes, pour une bonne organisation du relais, mais cette démarche n'est pas encore généralisée.

---

<sup>20</sup> N. Dantchev, S Ben Younes, J Mullner, R Wallaert, M Wohl et D Cantin. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge psychologique hospitalière des impliqués. Annales française de médecine d'urgence, 2016.

L'organisation des soins au-delà de l'immédiat et du post immédiat pose des difficultés, notamment en raison des carences de la géo-démographie médicale pour la psychiatrie et plus encore, pour la pédopsychiatrie<sup>21</sup>. De plus, parmi les pédopsychiatres, les spécialistes en pathologies post-traumatiques de l'enfance et de l'adolescence sont peu nombreux. La situation se présente sous un jour plus favorable pour les psychologues, les psychologues cliniciens et les thérapeutes. Toutefois, le nombre de professionnels formés au stress post-traumatique n'est pas connu que ce soit pour le secteur des adultes, que pour celui des enfants.

Dans ces conditions, des services dimensionnés pour soigner une population stable, se trouvent en difficulté en cas d'un brusque et durable surcroît d'activité, suite à un ou plusieurs attentats. Après l'intervention plus ou moins prolongée des CUMP, le passage de relais reste complexe et un groupe de travail national a été constitué à la direction générale de la santé (DGS).

Dans le cas où le parcours de soin passe par l'installation d'un relais d'aval post CUMP soit en Centre médico-psychologique (CMP), soit en soins de ville, la question du recueil, de la sauvegarde et de la consultation de l'historique de la prise en charge est centrale. Les blessures psychiques ne sont pas linéaires, les symptômes peuvent s'inscrire dans le temps long avec des survenues différées, des périodes de rémission ou au contraire, d'aggravation.

La mission a pu s'entretenir avec Chris Brewin, chercheur et professeur de psychologie clinique à l'University College London

En Grande-Bretagne, en cas de situation d'urgence ou d'attaque terroriste, le suivi psychologique est assuré par les circuits de droit commun.

À court terme, les autorités locales peuvent décider de mettre en place un humanitarian assistance center en partenariat avec des travailleurs sociaux et des counselors (thérapeutes, conseillers), employés par la mairie. Ces derniers n'ont pas nécessairement une formation spécialisée sur les problèmes de santé mentale : il n'y a pas en Grande-Bretagne de déploiement immédiat de services psychologiques en cas de crise ou d'acte terroriste.

**Recommandation n°2 : Prévoir une évaluation des différentes méthodes de prise en charge médico-psychologiques et de l'organisation générale mise en place en cas d'attentat.**

**Recommandation n°3 : Elaborer une doctrine circonstanciée de l'emploi des CUMP ; élaborer un protocole partagé entre les acteurs sur les différentes phases d'interventions ; tenir une conférence de consensus sur les parcours de soins et les différentes étapes.**

#### 2.2.4.2 Le relais psycho-social

Le terme « psycho-social » met en lumière les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et sociaux qui sont un des aspects de la résilience, que ce soit celle des personnes que celle de la société dans son ensemble. Il n'y a pas de résilience sans un accompagnement et un environnement social bienveillant.

<sup>21</sup> La situation est décrite dans le compte-rendu de l'audition des psychiatres du 19 mai 2010 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte\\_rendu\\_de\\_l\\_audition\\_des\\_Psychiatres.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Psychiatres.pdf)

Comme l'évaluation des CUMP réalisée en 2001 le mentionnait, la présence de travailleurs sociaux dans les équipes est très utile dès le début de la prise en charge pour évaluer les premiers impacts de l'évènement sur la situation sociale et professionnelle de la victime. L'emploi, l'éventualité d'une reconversion professionnelle, le logement, la garde des enfants sont des sujets majeurs d'anxiété, voire d'angoisse, que les professionnels du soin ne peuvent pas ignorer, mais qui ne leur revient pas de traiter directement. Des équipes de soins réellement ouvertes au travail social sont à promouvoir, de même les équipes de juristes qui aident les victimes ont besoin de prendre en compte le travail social qui doit être fait auprès des personnes.

Apporter un accompagnement social est une exigence toute particulière pour les enfants impactés par les attentats, comme en témoigne à Nice Mme Askenazy, pédopsychiatre. Le travail conjoint puis le relais entre le suivi médical et l'accompagnement social doivent être préparés le plus en amont possible, avec les services sociaux du territoire et les services de l'Education nationale. Pour de nombreux enfants qui, pour diverses raisons, n'ont pas été pris en charge dans les premiers moments post-attentat ou à la rentrée scolaire, les services sociaux sont le premier maillon du repérage et de l'orientation des familles. Pour que tous les enfants ou adolescents impliqués puissent être effectivement suivis, les services sociaux et les services académiques se doivent, sur le terrain, de mieux coordonner leurs procédures dans l'année qui suit un attentat.

### **3 LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES VICTIMES D'UN ATTENTAT RESTE SEME D'EMBUCHES**

#### **3.1 La constitution et l'utilisation de la liste unique des victimes génèrent inutilement des difficultés pour l'accès aux soins**

##### **3.1.1 Les forts enjeux de la liste unique des victimes**

La liste unique des victimes (LUV) est élaborée à partir de données recueillies auprès de la Cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV), des services enquêteurs et de l'ARS qui centralise les informations des établissements hospitaliers et des cellules d'urgence médico-psychologiques. Établie par le parquet, cette liste recense :

- les personnes décédées suite à un acte terroriste ;
- les personnes blessées ayant subi un dommage physique ou psychique immédiat ;
- par la suite, les personnes impliquées qui se trouvaient aux abords du lieu des faits au moment de l'acte de terrorisme et qui ont présenté ultérieurement aux faits un dommage physique ou psychologique qui y est directement lié.

Après l'attentat de Nice, la LUV a été limitée aux victimes décédées et à certaines victimes en urgence absolue : elle est donc loin de recenser toutes les victimes du terrorisme.

L'élaboration de cette LUV présente de forts enjeux financiers et juridiques puisqu'elle constitue le point de départ pour la reconnaissance du statut de victime et des droits auxquels cela donne accès. C'est notamment l'inscription sur la LUV qui permet aux victimes de percevoir une indemnisation du FGTI. De la présence sur la LUV dépend également la possibilité pour les victimes d'accéder à divers droits : dispositifs de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (statut de « pupille de la nation », carnet de soins gratuits à vie, code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CMI), etc.), prise en charge intégrale des soins par la Sécurité sociale.

Ainsi la LUV a d'importantes conséquences, y compris dans le domaine de la santé. Compte tenu des taux différents de prises en charge des soins médico-psychologiques, il existe un risque de non-recours aux soins, pour des personnes impactées et non inscrites sur la LUV.



De plus, la prise en charge des aidants et des proches peut se poser : outre le suivi des familles des endeuillés, l'entourage des blessés peut aussi parfois besoin d'un soutien psychique. Quand l'organisation de la vie quotidienne est bouleversée, que chacun doit trouver une nouvelle place, à défaut de retrouver sa place<sup>22</sup>, des familles ont besoin d'une prise en charge sociale.

### 3.1.2 Les difficultés persistantes pour définir les conditions d'inscription sur la liste

La traçabilité des victimes<sup>23</sup> et leur inscription sur la liste constituent un sujet épineux qui a été abordé dans la plupart des entretiens de la mission.

#### 3.1.2.1 Des difficultés persistantes concernant la traçabilité des personnes victimes

Lors des derniers attentats, il y eut de nombreuses évacuations spontanées de personnes, sans l'intervention formelle des sapeurs-pompiers qui, seuls, disposent de l'outil SINUS (Système d'Identification Numérique Standardisé), c'est-à-dire de la pose d'un bracelet avec codage numérique individualisé. En dehors de cet outil, il a été difficile de constituer des éléments qui étayent une présence à proximité des terrasses des 10ème et 11ème arrondissements ou de la promenade des Anglais à Nice.

Ces problèmes de traçabilité sont d'autant plus importants pour les victimes ayant quitté le sol français sans avoir suivi aucune des procédures permettant d'établir leur présence sur les lieux. Lors des attentats du 13 novembre 2015, 17 nationalités étaient représentées parmi les victimes. À Nice, les touristes étrangers étaient en nombre.

Afin de simplifier les procédures permettant d'établir la présence d'une personne sur les lieux d'une attaque, il serait pertinent d'étudier la possibilité d'utiliser les services de géolocalisation mobile afin de pouvoir confirmer, en cas de doute, la présence sur les lieux. En dépit de difficultés techniques résiduelles (ex : problèmes de bornage), la géolocalisation mobile a posteriori est possible. Il convient d'en étudier la faisabilité juridique, les modifications législatives nécessaires et les coûts de la mise en œuvre d'une adaptation de nos pratiques aux évolutions techniques.

Par ailleurs, ce service pourrait être également utilisé en temps réel pour alerter et communiquer au plus vite avec le maximum de personnes situées dans le périmètre de l'attentat et de leur transmettre des premières consignes.

**Recommandation n°4 : Recourir aux services de géolocalisation mobile afin d'alerter et de communiquer avec le maximum de personnes présentes sur les lieux et simplifier ainsi les démarches pour établir les présences.**

#### 3.1.2.2 La délivrance de certificats médicaux

La délivrance des certificats médicaux initiaux, notamment par les médecins psychiatres, a posé, selon les témoignages recueillis par la mission, des problèmes, en l'absence de médecins pleinement informés sur les modalités de rédaction, et sur les enjeux concernant l'indemnisation du FGTI par exemple. Selon des témoignages recueillis par la mission, il y aurait eu des cas, après les attentats de Paris, où des professionnels des CUMP n'auraient pas voulu délivrer de certificats, faute d'avoir reçu une bonne information sur les pratiques à adopter dans ces circonstances. En ce qui concerne les attestations des psychologues, celles-ci doivent également être consolidées.

---

<sup>22</sup> Demande exprimée par l'association Life For Paris.

<sup>23</sup> La traçabilité est une notion utilisée par divers secouristes, notamment les sapeurs-pompiers, qui désigne la capacité à assurer l'identification/le suivi des victimes et à regrouper les informations concernant leur prise en charge.



À ces difficultés se sont ajoutés des délais excessifs. Ainsi, des personnes ont mis trois mois avant de disposer d'un rendez-vous pour établir un certificat médical adapté aux exigences du Fonds. Après l'attentat de Nice, la situation est préoccupante : le FGTI relève que de nombreux certificats sont incomplets, des courriers seront adressés aux blessés afin de faire compléter le certificat initial par un certificat descriptif.

Si elles demeurent insuffisantes, de bonnes pratiques soulignent une meilleure prise de conscience des professionnels :

- L'association Paris Aide aux Victimes, réseau INAVEM-France Victimes, a ainsi mis en place une convention avec le service de psychiatrie de l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce de façon à ce que les victimes puissent bénéficier d'un certificat complet de 2-3 pages ;
- L'Hôtel Dieu a formé tous les intervenants et établi environ 1000 certificats après les attentats de novembre 2015. Compte tenu de l'importance de ce certificat pour faire valoir les droits des personnes impliquées, et des retours d'expérience de janvier 2015, la mention de l'incapacité temporaire de travail (ITT) a été parfois qualifiée de « prévisible » ;
- Un modèle de certificat type a été validé en mars 2016 par le référent national CUMP, une précision reste à apporter sur le point des ITT.

Un modèle stabilisé de certificat médical pourrait être très utilement diffusé sur le site de l'Ordre des médecins, dans la rubrique réservée aux certificats médicaux exigeant une rédaction particulière.

**Recommandation n°5 : Mettre à disposition des médecins un modèle de certificat médical initial de retentissement psychologique, à partir du modèle proposé par le référent national des CUMP, sur le site de l'Ordre des médecins ; diffuser un modèle d'attestation pour les psychologues.**

### 3.1.2.3 La LUV et l'accès aux soins et au droit à la santé

La prise en charge dérogatoire au sein des régimes d'assurance maladie, jusqu'ici réservée aux personnes inscrites sur la LUV, est étendue par la LFSS pour 2017 (article 60) d'une part, aux victimes ayant bénéficié d'une provision versée par le FGTI, et, d'autre part, aux victimes ayant perçu une indemnisation versée par le juge civil. Si la liste des personnes ainsi couvertes est élargie, elle ne couvre pas l'ensemble des personnes blessées psychiquement par les attentats.

Les personnes impactées par l'attentat de Nice (victimes non inscrites sur la LUV, témoins, etc.) ont accès, en plus du panel de soins classique, à dix séances chez un psychologue remboursées à hauteur de 50 euros par séance. Faute d'information, des personnes ne sont pas entrées dans ce parcours qui n'inclut ni le diagnostic médical, ni la prise en charge de médicaments. Ce dispositif est financé par des crédits d'action sanitaire et sociale ; l'Assurance maladie ne remboursant pas les prises en charge par des psychologues.

Que les personnes soient inscrites, qu'elles soient ou non en cours d'inscription sur la LUV<sup>24</sup>, la possibilité d'accéder à des soins et à une prise en charge appropriée doit être effective, en particulier pour celles qui pourraient développer un stress post-traumatique parfois après plusieurs mois, mais pour lesquelles l'inscription a posteriori sur la LUV est compliquée, voire impossible.

---

<sup>24</sup> Suite aux attentats du 13 novembre, 311 personnes inscrites sur la LUV ont été prises en charge pour des soins psychiatriques, pour une dépense de 92 997 €, soit 299 € en moyenne par patient. Au 15 octobre 2016, la CPAM des Alpes maritimes avait enregistré 503 demandes de prises en charge psychologiques et psychiatriques hors LUV.

**Recommandation n°6 :** Garantir sans frais une prise en charge psychique et thérapeutique globale, indépendamment de l'inscription sur la LUV, pour les personnes impliquées.

**Recommandation n°7 :** Proposer systématiquement à chaque personne victime, impliquée ou impactée dans les attentats, d'effectuer un diagnostic de santé physique et psychique gratuit.

### **3.2 Des maladroites involontaires et des soucis administratifs retardent l'entrée dans la résilience**

#### **3.2.1 Le deuil intime et national, des moments très lourds**

Après un attentat meurtrier, les familles et les proches sont violemment confrontés à la mort : annonce des décès, reconnaissance des corps, cérémonies familiales, hommages nationaux. Pendant ces heures particulièrement douloureuses, chaque moment exige des administrations à la fois une grande efficacité, mais aussi un questionnement sur les conséquences psychiques des procédures mises en œuvre et des organisations décidées.

Les témoignages recueillis soulignent la nécessité d'humaniser l'accueil, lors de la reconnaissance des corps, les protocoles des instituts médico-légaux (IML) doivent proscrire les zones et les délais d'attente qui laissent les familles endeuillées dans le désarroi le plus complet. Les recherches du Professeur Bacqué apportent des éléments de connaissance sur ces sujets infiniment sensibles, comme le soutien des endeuillés après un attentat, ou l'annonce de la mort d'un proche après un attentat. [Voir annexe 2.](#)

#### **Dispositif original de la ville de Strasbourg en cas d'attentat**

La mairie de Strasbourg s'est saisie de la lutte contre le terrorisme dans sa dimension de prévention et d'aide aux victimes d'un attentat, une mission spécifique a été confiée par délégation à une adjointe.

L'un des volets du plan consiste dans la formation de référents citoyens destinés à soutenir l'action des associations d'aide aux victimes qui seraient, le cas échéant, mandatées par le Procureur général et le premier président de la Cour d'appel de Colmar. Le plan réunit, outre la CUMP, un ensemble de psychologues, de juristes et de personnels administratifs chargés d'apporter une aide immédiate et surtout à moyen et à long terme à toute personne impliquée dans un acte terroriste.

Le dispositif « citoyen-référent » s'inscrit dans une volonté de solidarité avec les victimes et souscrit au principe de bien-traitance.

Les citoyens-référents sont des professionnels formés, ils travaillent en lien avec les associations locales et nationales d'aide aux victimes. Ils sont amenés à intervenir sur la base du volontariat en cas d'attaque terroriste.

Strasbourg et l'Eurométropole organisent un Centre d'Accueil (virtuel pour le moment) dans lequel toute victime peut se rendre. La question de la délocalisation du centre a été posée. Sa première mission est en effet celle de l'information et de la formation à l'information. Toutes ses autres missions concernent les victimes et les populations touchées.

Pour limiter les traumatismes secondaires, il est nécessaire de former tous les responsables de l'annonce de la mort à des proches. Si les psychologues n'annoncent pas la mort mais accueillent les réactions des proches, un officier de Police judiciaire et un magistrat, accompagnés d'un ou deux psychologues, pourront s'en charger.

Tous ces intervenants doivent être formés, y compris la Police. Les forces de l'ordre ont en effet souvent pour mission d'accueillir et d'accompagner les personnes dans les lieux de soin. Elles sont alors questionnées par les victimes et doivent faire face à leur détresse. Il a également été nécessaire de former les intervenants de

l'IML (Institut Médico-Légal). La reconnaissance des corps ne donne en effet pas immédiatement lieu à leur restitution et entraîne chez les proches une situation d'angoisse à accompagner absolument.

### **Quelles sont les missions des citoyens référents ?**

Pour les psychologues et psychiatres formés à l'intervention d'urgence, il s'agit de coordonner leur action avec celle de la CUMP dans un premier temps. L'urgence immédiate sera séparée des actions en post-immédiat et au long terme. Identifier le type de blessure psychique des victimes et développer un soutien d'emblée est indispensable. Les prémisses du soutien à moyen et long terme seront également mises en place. Reconnaître les états de sidération et d'effroi nécessitant une hospitalisation pour limiter l'état de choc, différencier les manifestations du psychotraumatisme, établir un lien thérapeutique pour l'après, font partie des premières actions.

La directrice de Paris Aide aux Victimes est venue avec ses collaborateurs développer quatre journées de formation pour les trois corps de métier, psychologues et psychiatres, juristes et administratifs. En plus des sessions spéciales, la formation a permis d'approfondir les questions de la CIAV (Circulaire Interministérielle d'Aide aux Victimes) et de l'inscription sur la LUV. Les certificats médicaux et les attestations psychologiques ont été appréhendés dans leur utilité, mais aussi, leur ambiguïté (faire la preuve de sa ou ses blessures psychiques, « monnayer » ces documents, inscrire « définitivement » le traumatisme).

Les questions spécifiques de l'information ont été traitées : quels communiqués aux médias ? Quels documents aux victimes ? comment ouvrir un portail d'information sur le Net spécifique, car le portail national du Secrétariat d'État de l'Aide aux victimes n'aborde pas les situations locales ? comment mettre en place un « défusing » puis un « débriefing » ou des entretiens individuels ? comment organiser le soutien des enfants et des adolescents ? Une mallette pour parler avec les enfants traumatisés et des documents élaborés par la Société de Thanatologie ont été présentés. Les articles nationaux et internationaux sur le sujet des psychotraumatismes et des conséquences des actions terroristes ont été partagés.

*Source : Marie-Frédérique Bacqué, Professeure des universités, Université de Strasbourg*

[www.mort-thanatologie-France.com](http://www.mort-thanatologie-France.com); [www.strasbourg.eu](http://www.strasbourg.eu)

De même, la question des cérémonies d'hommage aux morts et du souvenir, celle des inscriptions (plaques, etc.) dans la mémoire des villes constituent un sujet épineux pour les familles et la communauté nationale. Il en est de même du « calendrier politico-médiatique » des hommages qui peut être vécu douloureusement par les victimes et leurs proches. A Paris, la pose de plaques commémoratives sur les lieux des attentats a été le fruit de longues discussions et d'un consensus pragmatique. Ces sujets sont graves, ils demandent le respect des sensibilités de chacun et doivent être réfléchis avec les familles et collectivement.

### **3.2.2 Des démarches, sources d'anxiété**

Les services publics ont une responsabilité particulière dans le parcours de rétablissement : le long chemin de la résilience est parfois mis à mal par des « nœuds administratifs ». Au cours de mes différents entretiens, notamment avec les associations de victimes et d'aide aux victimes, j'ai - pour la énième fois - constaté le désarroi des victimes face aux démarches administratives, rendant ainsi difficile leur parcours de résilience et d'accès à leurs droits reconnus.

**Le FGTI**- <http://www.fondsdegarantie.fr/>

Depuis la création du FGTI par la loi du 9 septembre 1986, je suis membre du conseil d'administration. Il est apparu lors des attentats de janvier 2015, que le Fonds n'était pas préparé à gérer des attentats d'ampleur majeure. Le personnel a fait de son mieux sans préparation, sans formation et sans soutien. Les attentats du 13 novembre 2015 puis de Nice le 14 juillet 2016 auraient pu mettre en péril cet organisme unique au monde.

L'arrivée le 11 juillet d'un nouveau directeur favorise déjà une meilleure gestion des relations avec les victimes, une meilleure cohésion et formation des équipes étoffées et la mise en place d'une gestion plus transparente. De nouvelles évolutions devront se mettre en place en 2017, en particulier quant à la reconnaissance de nouveaux préjudices reconnus pour les victimes d'accidents collectifs et de la route, l'acceptation du deuil pathologique différent du préjudice d'affection.

Le retentissement des attentats sur la vie professionnelle des artistes, des créatifs et des intermittents du spectacle ne pourra pas être évalué sur les critères appliqués aux salariés, artisans et membres des professions libérales. Les conséquences sur le parcours des étudiants ou des jeunes en formation professionnelle devront faire l'objet d'une évaluation particulière.

Les procédures d'expertises médicales, objet de critiques, seront revues.

Le traitement des dossiers devra être plus rapide même s'il faut saluer la rapidité du versement des provisions adressées aux personnes inscrites sur la LUV.

Un effort devra être fait pour accélérer l'étude des dossiers de victimes françaises à l'étranger et de victimes étrangères sur le sol français, domiciliées en dehors du territoire.

L'augmentation de la contribution de solidarité nationale qui finance cet organisme permettra de faire face à l'afflux des demandes.

La présence de 4 représentants de l'Etat au sein du conseil d'administration doit permettre de relayer la parole officielle présidentielle et gouvernementale.

Enfin, il conviendrait d'organiser une formation spécifique au stress psychotraumatique du personnel du FGTI et des médecins experts, dont le recrutement devra être étendu surtout en pédopsychiatrie.

La procédure amiable doit prévaloir, le recours aux tribunaux judiciaires offert aux victimes doit rester l'exception. Comment accepter que ces victimes soient confrontées aux lenteurs des procédures qui peuvent durer plusieurs années. Comment, dans ces cas, parler encore de résilience ?

Les démarches à conduire ont trait aux procédures complexes d'indemnisation et de remboursements de soins qui rendent le parcours des personnes d'autant plus difficile que celles-ci, dans les circonstances particulières qu'elles vivent, sont sensibles - et parfois très réactives - face à ce « mur administratif ».

L'association « Montjoye-Aide aux victimes », du réseau INAVEM-France Victimes, et la FENVAC aidaient encore en novembre 2016 des personnes impliquées dans les attentats de Nice à déposer plainte auprès des services de police. Cette démarche est obligatoire pour les personnes qui ne sont pas inscrites sur la LUV. Près de deux mois d'attente étaient encore nécessaires à Nice. Le recours à la procédure de la pré-plainte, déjà en vigueur pour des faits d'atteinte aux biens, pourrait être étudié afin de faciliter cette démarche.

Les relations avec les CPAM sont décrites, par les interlocuteurs de la mission, comme inégales, en dépit de la « gestion attentionnée » souhaitée par la caisse nationale, mais qui doit être mise en place dans chacune des caisses.

L'accès à un logement accessible est difficile pour les personnes handicapées en général et pour les victimes en particulier. J'ai dû à plusieurs reprises aider personnellement des personnes afin de relayer leurs dossiers auprès des services concernés : il s'agit de démarches répétitives, qui laissent les victimes dans le désarroi.

Dans cette complexité administrative, il faut saluer le rôle positif de l'ONACVG dont l'intervention dépend de l'ouverture des droits au FGTI. La direction nationale s'avère réactive et assure le relais auprès de tous les services départementaux. Cependant, après Nice, l'Office devra sans doute faire face à la gestion de nombreux dossiers d'adoption par la Nation de jeunes de moins de 21 ans et assurer un suivi social à vie. En l'état, les effectifs du bureau départemental de Nice seront insuffisants pour répondre à cet important surcroît de travail.

Plus généralement, l'absence de démarches proactives des différentes structures administratives vers les personnes victimes du terrorisme est mise en cause. Il convient d'inverser les pratiques : les services publics doivent « tendre et tenir la main » aux personnes et ne pas attendre que des demandes leur parviennent via des formulaires, comme si rien d'exceptionnellement grave ne s'était passé.

Face à un tel constat, il est nécessaire de renforcer l'accompagnement des personnes afin de faciliter leurs démarches et leurs relations avec les différentes administrations. A cette fin, deux possibilités pourraient être ouvertes : la désignation d'une « personne de confiance » qui doit relever naturellement du libre choix de la personne, ou le choix d'un référent/conseiller personnel, proposé parmi les associations agréées par les ministères.

**Recommandation n°8 : Insérer dans le référentiel accueil des usagers -Marianne- des règles de bienveillance, de confiance et de démarche proactive en faveur des victimes ; pouvoir choisir une personne de confiance ou un référent/conseiller personnel au sein des associations agréées.**

## **4 UN CENTRE NATIONAL DE LA RESILIENCE (CNR), POUR BRISER LE TABOU DES DOULEURS INVISIBLES**

Tous les interlocuteurs de la mission ont montré un réel intérêt pour le projet d'une organisation centrée sur la réflexion, mais aussi sur les mises en œuvre d'actions de résilience. Les retours d'expérience de ces dernières années ont mis en évidence d'importants besoins d'échange, de formation, de recherche et d'information, mais aussi de soins. Il s'agit moins d'ajouter un nouvel acteur dans un paysage institutionnel déjà fourni et parfois complexe que de susciter des mises en relation et en réseaux centrées sur un lourd et durable enjeu de politique publique.

### **4.1 Des besoins et des défis croissants**

Les attentats ont fait ressentir dans le pays tout entier la douleur émotionnelle et psychique des victimes, des blessés physiques, des personnes impactées ou impliquées. Ces souffrances ne sont pas des marques d'une fragilité, qui serait une défaillance ou un manque dont la personne serait plus ou moins responsable. Le centre de la résilience aura pour première mission de donner une visibilité sociale à une souffrance invisible et intime, d'aider les personnes à aller vers les soins et d'inciter les soignants à faire le premier pas vers les personnes, avec l'aide des services sociaux.

#### **4.1.1 Des personnes blessées et impactées en grand nombre**

Les assassinats, ciblés ou de masse, la dimension intentionnelle et politique, les particularités des soins psychiques du stress post-traumatique dans un tel contexte conduisent, dans un premier temps, à orienter le centre sur les personnes victimes du terrorisme. Ce qui n'exclut ni les échanges, ni les confrontations entre tous les professionnels, ni les mutualisations, compte tenu des convergences entre les violences collectives d'origine humaine.

Les victimes des derniers attentats sont très nombreuses, elles se comptent- même si les chiffres sont difficiles à arrêter- par milliers. A ces personnes secourues, il faut ajouter les policiers, les membres du RAID (Recherche, Assistance, Intervention, Dissuasion), de la BRI (brigade régionale d'intervention), les équipes des secours et des soins, professionnels, volontaires et bénévoles associatifs qui ont également été lourdement éprouvés lors des attentats. Des associations de bénévoles ont observé, parmi les équipes qui étaient intervenues sur les lieux des attentats le besoin du prendre, du recul ou une distance avec ce type d'engagement bénévole.

Chaque institution s'est efforcée, selon ses modes de fonctionnement, de prendre en compte les répercussions psychiques sur ses propres intervenants. L'une des principales difficultés tient à la capacité de l'encadrement à faire comprendre aux professionnels les enjeux et le sens d'une prise charge, notamment dans les équipes de soins ou de la police, durement éprouvées lors des attentats de Paris et de Nice.

### **Prise en compte du retentissement psychologique des événements potentiellement traumatiques auxquels sont exposés les intervenants de secours**

#### 1. La sensibilisation aux risques psychologiques professionnels

Durant la formation initiale (PSE1-PSE2), les sapeurs-pompiers sont sensibilisés par les psychologues de la Section Médico-Psychologique sur les comportements inhabituels et la souffrance psychique des victimes comme pour eux-mêmes, et ce depuis la mise en œuvre du référentiel national de secourisme en 2007 (risques psychologiques auxquels les sapeurs-pompiers sont susceptibles d'être confrontés, à savoir le stress dépassé, le traumatisme psychique ou encore l'épuisement professionnel).

Une directive du chef d'Etat-Major des Armées en juillet 2013 renforce le dispositif actuel de sensibilisation et de formation des militaires à la prévention du stress opérationnel. Des plans d'actions qui soulignent l'importance de la formation initiale relative aux troubles psychiques post-traumatiques ont été décidés par le Service de Santé des Armées (2011, 2013 et 2015).

#### 2. La mise en place de dispositifs de soutien médico-psychologiques spécifiques aux intervenants

Le soutien médico-psychologique des intervenants est spécifique dans la mesure où ces derniers interviennent dans un cadre professionnel.

Lorsqu'un événement est potentiellement traumatisant et comporte le risque de dépasser les capacités d'adaptation du sujet, se pose la question de ce qui peut être mis en œuvre pour ne pas laisser le traumatisme psychique s'inscrire durablement. Du fait de représentations véhiculées par le groupe d'appartenance, il n'est pas toujours aisé de faire émerger une demande de soutien médico-psychologique. Il faut alors présupposer que le sujet et/ou le groupe est trop éprouvé pour pouvoir formuler cette demande.

➔ A la suite des attentats de novembre 2015, un dispositif de soutien médico-psychologique a été mis en œuvre pour l'ensemble des 842 personnels intervenus. Un premier entretien avec un praticien psychologue ou psychiatre, à visée préventive et/ou thérapeutique, avait pour objectifs d'informer les personnels sur les réactions susceptibles d'apparaître à distance de l'événement, d'orienter les personnels les plus en souffrance et de leur permettre d'identifier les interlocuteurs- médecins, psychologues, psychiatres.

Pour les personnels les plus éprouvés, une réévaluation à distance des événements a été proposée par le praticien. Des prises en charge thérapeutiques ont pu être initiées à tout moment.

#### 3. Evaluation de l'impact sanitaire des interventions à potentiel traumatique et importance du retour d'expérience

A la suite d'événements potentiellement traumatisants, il est essentiel d'en évaluer l'impact sanitaire. La participation des acteurs de secours à des enquêtes de santé publique nous permet de mieux appréhender les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection des intervenants.

Par ailleurs, les retours d'expérience sont l'occasion de vérifier la pertinence des dispositifs de soutien médico-psychologiques mis en œuvre. En effet, compte-tenu de l'enjeu de santé publique que constitue aujourd'hui le soutien médico-psychologique de la population comme des intervenants, il est nécessaire de s'interroger sur ce qui n'a pas fonctionné ou du moins sur ce qui pourrait, à l'avenir, être amélioré.

➔ A la suite des attentats de janvier et novembre 2015, la BSPP s'est impliquée dans les études de santé publique IMPACTS et ESPA.

:

*Source : D'après un document de la BSPP « Prise en compte du retentissement psychologique des événements potentiellement traumatiques auxquels sont exposés les intervenants de secours »*

Avec une population ainsi élargie, les besoins d'information, de soins et de formation se trouvent mécaniquement multipliés. Les attentats de masse inversent la règle habituelle de nos organisations de secours et de soin selon la formule des pompiers : il s'agit de passer en quelques heures du « Tous pour un » au « Un pour tous ». Ce retournement de perspective est un défi à relever dans l'organisation des tout premiers soins.

#### 4.1.2 Des enfants à mieux protéger

Les risques de stress post-traumatique qui concernaient naguère les militaires en opérations extérieures, se sont étendus à toute la population civile, y compris les enfants et les adolescents.

À Toulouse, en mars 2012, un attentat à l'école Ozar Hatorah causa la mort de trois enfants et d'un enseignant. À Nice, des enfants sont morts, et nombreux ont été blessés physiquement et psychiquement. L'hôpital Lénval a ainsi pris en charge des enfants âgés de 2 mois à 18 ans, plusieurs dizaines ont été hospitalisés, 800 certificats initiaux ont été signés. À la mi-octobre 2016, 900 personnes -enfants, adolescents, parents- avaient été reçues dans le service.

Lors de la rentrée scolaire de septembre 2016, soit un mois et demi après l'événement, seules ont été prises des initiatives ponctuelles de directeurs ou d'enseignants sans qu'un dispositif généralisé du ministère de l'Éducation nationale n'ait été mis en œuvre<sup>25</sup>.

Florence Askenazy témoigne de la gravité des questions de santé mentale pour les enfants et les adolescents impactés par l'attentat du 14 juillet et dont « Il est trop tôt pour faire un bilan psychologique de ce qui s'est passé, mais je pressens que les conséquences sur la santé des enfants et des adolescents seront lourdes »<sup>26</sup>.

De telles blessures, qu'elles soient physiques ou psychiques, peuvent avoir des conséquences d'autant plus malheureuses et graves que le psychisme des enfants est en pleine phase de construction et de développement. Quel que soit leur degré d'implication et leur situation sociale, les enfants touchés par des attentats doivent être systématiquement suivis et pris en charge le plus tôt possible, en particulier quand l'enfant est confronté à la mort, anonyme ou à celle d'un proche. Les modalités de cet accompagnement ne peuvent pas être laissées au hasard ou à la bonne volonté des entourages familiaux désemparés ou eux-mêmes, accablés de douleur.

<sup>25</sup> Entretien du 30 novembre au cabinet de la ministre.

<sup>26</sup> Le Monde, 12 septembre 2016.

La situation des enfants pose des problèmes particuliers dans un contexte démographique tendu pour les pédopsychiatres. Dans cette discipline, il n'est naturellement pas possible de solliciter des compétences dans le service de santé des armées (SSA). Dans ces conditions, les professionnels de la santé et de l'aide aux enfants multiplient les initiatives et propositions pour prévenir et soigner. La SFPEADA (Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées) est particulièrement intéressée à l'idée de collaborer avec le futur centre de résilience.

De son côté, la Croix Rouge française a travaillé sur un programme européen visant à favoriser la résilience auprès des enfants à risque. Ce programme a été mené en partenariat avec trois autres pays (Belgique, Bulgarie, Finlande) et l'Université Paris Descartes (laboratoire de la psychologie des risques).

#### L'OSE et le suivi des enfants en prévention et post- attentat

Les travaux du Professeur Boris Cyrulnik sur les enfants libanais mettent en évidence l'importance des techniques de prévention pour sécuriser l'enfant.

Suite aux dernières attaques terroristes, l'Œuvre de Secours aux Enfants (OSE) a créé, au sein de son centre de santé, l'Unité Psychotrauma et Résilience. Cette unité est composée majoritairement de psychologues et psychiatres formés aux spécificités du psycho-traumatisme. Dans le cadre du parcours de résilience face aux attaques terroristes, elle intervient à deux niveaux :

- En prévention : formation dans les établissements scolaires auprès des enseignants et des encadrants afin qu'ils soient en mesure de prendre en charge les élèves en cas de situation de crise. L'OSE diffuse notamment auprès des écoles des bonnes pratiques liées au confinement.
- En cas de crise – mobilisation de l'équipe notamment dans les écoles proches des lieux des attentats. L'intervention de l'OSE se fait directement auprès des enfants, grâce à différentes techniques de communication et de relaxation.

En particulier, la méthode [BASIC PH](#) est utilisée et diffusée auprès des enseignants et des enfants, en phase de prévention ou en cas de crise. Il s'agit d'une technique psycholinguistique interactive d'origine israélienne qui consiste à s'adapter aux canaux de communications (social, cognitif, croyances, etc.) propres à l'enfant.

L'OSE effectue au moins une fois par trimestre des visites au sein des écoles qu'elle suit afin d'évaluer la mise en œuvre par les enseignants des outils proposés.

L'OSE travaille en partenariat avec *Israël Trauma Coalition*, dont des professionnels se sont déplacés trois fois une semaine pour former les équipes en 2015.

Ainsi, lors des derniers attentats, l'intervention des professionnels de l'OSE en situation de crise n'a pas été improvisée, mais s'est inscrite dans le cadre d'une action préparée sur le long terme, notamment depuis les attentats de Toulouse en 2012.

### 4.1.3 De multiples acteurs à mobiliser en faveur de la résilience des victimes

Les acteurs publics et associatifs qui sont actifs dans l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge des victimes sont nombreux, compte tenu de la nécessaire implication de plusieurs ministères et organismes (le ministère de la justice, le réseau des associations d'aide aux victimes, le ministère de la défense, l'ONACVIG, l'Institution nationale des Invalides, le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, le SSA, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Santé, le FGIT, le SEAV<sup>27</sup>, le comité interministériel d'aide aux victimes, les associations de victimes...).

<sup>27</sup> Créé pour la première fois en 2005 auprès du ministre de la justice, puis supprimé, le Secrétariat d'État d'aide aux victimes -SEAV- a été à nouveau institué en 2016 et placé auprès du Premier ministre, c'est-à-dire dans une position interministérielle.



Non seulement les acteurs nationaux sont nombreux, et parfois peu habitués à travailler conjointement, mais des acteurs locaux - les Comités locaux de suivi des victimes (CLSV)<sup>28</sup> - se mettent en place dans chaque département.

Les métiers de la prise en charge des victimes sont différents et parfois très spécialisés ; ils couvrent les professionnels de la sécurité, du secours, des soins somatiques et psychiques, du travail social, de la reconversion professionnelle... Un centre de la résilience sera confronté à ce paysage nécessairement complexe d'administrations, de métiers qu'il s'agit de faire converger dans l'intérêt des personnes et de leur résilience.

## 4.2 Un large consensus sur les principes et les missions du centre

Les missions qui pourraient être dévolues à un centre de la résilience concernent aussi bien les professionnels et les victimes que le grand public. Le consensus est large, seules les missions « soins aux personnes » et « recherche » doivent être précisées. Les grandes lignes de son organisation se dessinent progressivement.

### 4.2.1 Les principes directeurs du projet

Le centre ne pourra et ne devra naturellement pas se substituer aux administrations compétentes, mais il devra être un stimulateur d'énergie, veiller sans cesse aux respects des calendriers et des engagements. Il sera comptable du temps long qu'exige la mise en place d'une politique publique en faveur des personnes blessées psychiquement. Il respectera le principe de subsidiarité.

Le centre devra être l'expression agissante d'une volonté déterminée, afin que les forces ne se relâchent pas entre les épreuves et que le pays continue à se préparer avec sang froid et professionnalisme. Ce qui demande de multiplier les passerelles entre les structures et d'organiser au quotidien la pluridisciplinarité.

Pour répondre à des défis largement mondiaux, le centre sera particulièrement attentif à la dimension internationale (coopération bilatérale, multilatérale, internationale et OMS). Si les professionnels des soins post-traumatiques ont des échanges internationaux avec leurs collègues, les échanges restent plus limités pour les autres professionnels. Or les expériences de plusieurs pays revêtent une grande importance pour la France, comme les liens avec l'OMS et l'UNICEF (le Fonds des nations unies pour l'enfance).

Le choix des outils numériques s'impose, mais il sera au service d'un accompagnement des personnes par des personnes : la main réellement tendue est le premier geste de soutien aux victimes, celui qui ne doit pas se distendre.

### 4.2.2 Des missions au service de tous les acteurs et de toute la population

#### **Un exemple en Israël**

Au cours des entretiens, l'exemple des pratiques israéliennes a été très régulièrement cité tant pour l'anticipation du choc psychologique, notamment pour les enfants, que le soin. Israël dispose d'une expérience unique en matière de prise en charge des traumatismes liés à une attaque terroriste.

L'Israel Trauma Coalition a été créé en 2001 pour faire face à la dangerosité de la situation et à la vulnérabilité de la population.

<sup>28</sup> Décret du 3 août 2016 portant création des comités locaux de suivi des victimes d'actes de terrorisme et des espaces d'information et d'accompagnement des victimes d'acte de terrorisme.

Il s'agit d'une organisation israélienne à but non lucratif chargée de créer un continuum dans la prise en charge des traumatismes, notamment en créant et en supervisant les réponses régionales et nationales à apporter, en cas de crise, dans le domaine du traumatisme psychologique.

Israel Trauma Coalition propose et coordonne également des formations auprès des professionnels impliqués dans ce domaine, soit en Israël, soit en envoyant des délégations à l'étranger. Ainsi, suite aux assassinats de Toulouse en 2012, Israel Trauma Coalition a apporté son soutien et son expertise, en collaboration avec l'Agence Juive.

Par ailleurs, cinq centres de résilience ont été créés en 2005 en collaboration avec Israel Trauma Coalition. Ces centres constituent un modèle psycho-social innovant et viennent en aide aux 60 000 personnes qui vivent dans la région de Gaza. Ces centres de résilience ont plusieurs missions :

- Soins cliniques : les résidents ont accès à des soins dispensés par des travailleurs sociaux, des psychologues et d'autres professionnels des maladies mentales. En 2011, plus de 1 800 résidents ont été suivis ;
- Formation et travail en communauté : les centres de résilience dispensent des formations pour des professionnels de la santé mentale, des éducateurs spécialisés, des parents, des infirmières, des dispositifs d'urgence, des volontaires, etc. Tous reçoivent une formation et un accès aux thérapies les plus innovantes pour le traitement du stress post-traumatique ;
- Préparation aux situations d'urgence : ces centres travaillent en coopération avec les cinq municipalités afin de les préparer à des situations de crise, parfois en temps réel. Des experts d'*Israel Trauma Coalition* guident les professionnels locaux pour faire face en cas de crise. Ainsi en 2011, 106 agents ont été formés à l'identification du stress, lors d'appels téléphoniques ou en situation de gestes de premiers secours.

#### 4.2.2.1 Cartographier l'offre et observer les besoins

Si le besoin de recueil organisé d'informations est important en direction des professionnels, les données recueillies pourront être, dans un second temps, vulgarisées et mises à la disposition du grand public. Ce travail de collecte des différentes composantes de l'offre en matière de résilience est aujourd'hui réalisé en partie par de nombreux acteurs, chacun pour ses propres besoins. Il s'agit à travers le centre de créer un lieu numérique unifié au service de tous, ce qui permettra de rationaliser les ressources.

##### ➤ Cartographier l'offre et mieux comprendre les besoins

L'élaboration d'une large cartographie de l'offre des services, des moyens, des lieux et des compétences pluridisciplinaires est une priorité d'information et de mise en cohérence. La mission a pu observer le décalage entre la richesse des compétences sur le sujet de la résilience et l'absence de leur mise en valeur, faute d'un état des lieux bien construit. Ainsi des métiers et des acteurs qui ont toute leur place dans le parcours personnalisé de résilience, comme par exemple les psychomotriciens, des associations spécialisées ou encore des sociétés savantes<sup>29</sup>, seront répertoriés.

Seul ce travail de recensement de tous les éléments aujourd'hui dispersés dans des structures différentes permettra de mieux comprendre les possibles interfaces, les espaces géographiques peu couverts et les compétences manquantes. Cet outil sera particulièrement utile pour les pouvoirs publics, les professionnels, mais aussi pour la population qui saura ainsi où elle peut trouver des services ou des soins.

Afin de mieux appréhender les besoins des personnes, le centre pourrait s'appuyer sur les retours d'expérience des acteurs, sur des enquêtes de terrain et également sur le concours du secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SG MAP) pour étudier au plus près le parcours de soins et administratif d'un panel de personnes victimes d'un acte de terrorisme.

<sup>29</sup> Par exemple, la société française de médecine de catastrophe. <http://sfmc.eu/>

➤ Une plateforme numérique performante

La création d'une telle plateforme en ligne s'inscrira dans le prolongement du travail réalisé par le Secrétariat d'État chargé de l'aide aux victimes, afin de mettre à la disposition de tous, les informations qui permettent de répondre en urgence aux premières demandes des victimes. Ce premier site permet déjà aux victimes d'accéder à des informations, de télécharger des formulaires, faciliter leurs démarches, etc. Une nouvelle étape permettra de donner à ce premier site, plus de fonctionnalités et une ergonomie améliorée.

Le travail de recueil et de présentation des informations juridiques, sociales, médicales, des sites disponibles qui doit être réalisé au niveau national. La plateforme devra sécuriser la formation des professionnels qui délivrent les premières informations. Le partage d'une même source d'information dont la fiabilité est garantie est une condition de l'égal accès aux informations et donc aux droits.

Par ailleurs, la création d'une plateforme en ligne de nouvelle génération pourra s'inspirer de deux initiatives différentes, l'une française, l'autre américaine :

- Le site « Traumapsy », initié par le Dr François Ducrocq <http://www.traumapsy.com>
  - Ce site fournit des informations fiables sur le stress post-traumatique à destination des victimes et des professionnels.
  - En particulier, il dispose d'une section « Espace professionnel » à laquelle les professionnels de santé peuvent accéder grâce à des identifiants. Il serait pertinent de s'inspirer d'une telle initiative, qui favorise la formation des professionnels et le partage de connaissances.
- Un site américain de l'association des vétérans ([PTSD.VA.GOV](http://PTSD.VA.GOV)) : Ce site, qui dispose de très importantes ressources, est divisé en deux volets :
  - ressources pour les victimes et les patients : informations vulgarisées et précises sur le stress post-traumatique ;
  - ressources pour les professionnels : revues détaillées de littérature, lettres d'information, etc...

**Recommandation n°9 : Engager la rédaction du cahier des charges d'une plateforme en ligne, conçue comme un outil d'information numérique générale, avec des espaces conçus pour les professionnels et un espace spécifique activé en cas d'attentat**

#### 4.2.2.2 Construire des plans de formation pour les professionnels et les bénévoles

La formation des professionnels des soins, mais aussi celle de tous les acteurs des secours, de l'aide aux victimes et, plus largement encore, celle de la population elle-même est une des principales missions qui reviendrait à un centre national de la résilience.

Dans des secteurs où les ressources professionnelles sont insuffisantes comme la pédopsychiatrie, la question de la formation est nécessairement complexe et demande une action à moyen terme que le centre devra appuyer. En amont des formations de spécialités, la formation de médecins généralistes volontaires pourra se mettre en place, notamment par la diffusion d'enseignements en ligne (MOOC) et par des initiatives locales de formations au plus près du terrain, comme celle conduite dans le 11ème arrondissement par le Dr Gaëlle Barbry Abgrall, après les attentats. Plusieurs médecins généralistes du quartier, démunis face aux demandes de leurs patients l'avaient contactée. Ils souhaitaient pouvoir apporter des premiers secours psychologiques sans dire ou transmettre des messages inadaptés. Une formation a donc été organisée pour les pharmaciens et les médecins du 11ème arrondissement dans les locaux de la mairie.

Cette formation s'est déroulée le 15 décembre 2015 pour répondre à la demande des médecins généralistes et des pharmaciens du 11ème arrondissement qui souhaitaient avoir un minimum de connaissance sur le psychotraumatisme.

Elle a été assurée, pour 28 participants, par le Dr N'guyen et le Dr Barbry Abgrall et a porté sur les caractéristiques du psychotraumatisme chez l'adulte et l'enfant, les psychothérapies validées et les orientations possibles.

Selon les organisateurs, les 3/4 des participants auraient aimé approfondir leur connaissance sur le psychotraumatisme, par des formations complémentaires en particulier concernant la question médico-légale de rédaction des certificats médicaux. Le Dr Barbry Abgrall souligne les besoins et l'utilité de promouvoir ce type de formation courte dans un dispositif de formation des médecins généralistes.

Dans les secteurs où des compétences professionnelles existent, il s'agit de les repérer et de les diffuser beaucoup plus largement. Nous prendrons deux exemples de bonnes pratiques :

- À l'égard des enfants, l'expérience de l'OSE est particulièrement intéressante, s'agissant des interventions dans les milieux scolaires sur le point particulier des confinements, et plus généralement sur les questions de la psychologie des enfants confrontés à l'extrême violence ;
- La BSPP de Paris a élaboré un très utile MOOC qui permet d'expliquer simplement les bases fondamentales du SPT et peut servir de base à un premier exercice de vulgarisation.

#### 4.2.2.3 Échanger les compétences et agir ensemble

Les entretiens de la mission avec les différents acteurs ont mis en lumière soit des croisements de compétences, soit des compétences insuffisamment développées ou qui pourraient être plus efficacement mobilisées. L'adéquation, dans un temps et un lieu, entre l'offre et les besoins est un fort enjeu en cas d'attentats, par définition dans des circonstances imprévisibles. Une des réponses possibles est d'améliorer la réactivité des dispositifs et donc d'élargir notamment les pratiques des professionnels. L'exemple de bonnes pratiques qui se mettent en place entre les métiers de la chirurgie militaire et civile montre la voie pour intensifier les échanges de pratiques et pour construire des outils communs par métier -psychiatres, psychologues, secouristes, infirmiers- quelles que soient les institutions d'attache.

Des échanges d'expérience, de savoir-faire et de professionnels ont d'ores et déjà lieu et leur développement doit être inscrit dans des protocoles qui incluent des dispositifs d'évaluation. Les ministères de la Santé et de la Défense ont travaillé conjointement à un référentiel visant à améliorer la prise en charge des blessés par arme de guerre, intégrant les contenus d'un guide de 2003, et comportant une partie consacrée aux risques auditifs.

- Des soins somatiques et psychiques

Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) de Bégin (Saint Mandé) et de Percy (Clamart) ont pris en charge 52 blessés des attentats. « L'un des enseignements est que le recours à une chirurgie adaptée et au triage serait à envisager pour limiter les effets de saturation. Le service de santé des armées (SSA) et les universitaires de chirurgie doivent réfléchir aux moyens de transmettre rapidement aux équipes civiles cette connaissance essentielle<sup>30</sup>. Le SSA définit largement la prise en charge des blessés jusqu'à la réhabilitation et la meilleure réinsertion possible sociale et professionnelle.

---

<sup>30</sup> Retex : la médecine de guerre au service des victimes des attentats, mise à jour le 28 janvier 2016. Service de santé aux armées.

## ➤ Les prises en charge post-traumatiques

Le ministère de la Défense a mis au point un plan d'action 2013-2015 « Lutte contre le stress opérationnel et le stress post-traumatique »<sup>31</sup>. Compte tenu des enjeux actuels, il serait opportun de rédiger un plan d'action convergent ou commun « Troubles psychiques post traumatiques » entre le ministère de la Défense et le ministère de la Santé<sup>32</sup>.

Tout en respectant les spécificités de chaque ministère, un tel plan devrait permettre de regrouper les forces, de mieux utiliser les ressources disponibles, et développer les partenariats, notamment pour construire des parcours de soins personnalisés et coordonnés.

**Recommandation n°10 : Rédiger un plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques » par un travail partenarial entre le service de santé des armées et le ministère de la Santé**

### 4.2.2.4 Diffuser les travaux et dynamiser la recherche dans toutes les disciplines

Depuis les attentats, les chercheurs ne sont pas restés inertes : des enquêtes ont été lancées et conduites, que ce soit en médecine ou en sciences humaines.

L'enquête épidémiologique IMPACTS a été conduite par l'ARS Île-de-France et l'Institut de veille sanitaire (aujourd'hui Santé Publique France) afin d'évaluer les impacts des attaques de janvier 2015, auprès des personnes impliquées et d'analyser leur suivi et leur parcours de soin. Les premiers résultats de l'étude menée entre juin et octobre 2015 auprès de 430 personnes exposées ont été rendus publics en juin 2016<sup>33</sup>.

Santé Publique France a également initié une enquête en ligne nommée ESPA (enquête de santé publique post-attentats) suite aux attentats du 13 novembre, afin d'analyser l'impact et les conséquences psycho-traumatiques de ces événements. Basée sur le volontariat, cette étude réalisée par un web questionnaire est pluridisciplinaire. Le recueil des données s'est terminé le 10 novembre 2016 (576 personnes civiles et 836 intervenants).

Du côté des sciences sociales, un programme de recherche transdisciplinaire a débuté, il durera 12 ans. Il s'agit d'étudier la construction et l'évolution de la mémoire après les attentats du 13 novembre 2015, tout en pensant l'articulation entre mémoire individuelle et mémoire collective. Porté par l'historien Denis Peschanski du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), le neuropsychologue Francis Eustache de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) pour le volet scientifique et par héSam Université<sup>34</sup> pour le volet administratif, le programme « 13-Novembre » est financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR) dans le cadre du Programme Investissements d'Avenir (PIA). Il rassemble plus de 25 partenaires et soutiens.

Il s'agit de recueillir les témoignages de mille personnes, plus ou moins proches du cœur des attentats du 13 novembre 2015, depuis les survivants (cercle 1) jusqu'à des habitants de trois villes de province (cercle 4). Ces 1.000 témoins seront interviewés à quatre reprises en dix ans (en 2016, 2018, 2021, et 2026).

<sup>31</sup> Ministère de la Défense, n°517996/DEF/DCSSA/PC/CN.SMPA du 20 décembre 2013.

<sup>32</sup> Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Haut conseil de la Santé publique, Avril 2016.

<sup>33</sup> Vandentorren S., Sanna A., Aubert L., Pirard P., Motreff Y., Dantchev N., Baubet T. Etude de Cohorte « Impacts » : Investigation des Manifestations traumatiques Post Attentats et de la prise en Charge Thérapeutique et de Soutien des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en Ile de France. Tome 1 : Première étape Juin à Octobre 2015. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 150 p.: <http://www.santepubliquefrance.fr>

<sup>34</sup> HeSam Université (hautes écoles Sorbonne arts et métiers) est une Communauté d'Universités et d'Etablissements qui fédère 12 établissements français d'enseignement supérieur, de formation et de recherche.

### **Méthode de la recherche**

La double question des pathologies de la mémoire et de la résilience est donc au cœur d'un programme qui n'avait pas a priori de vocation thérapeutique.

Le programme a deux volets :

- Des entretiens audiovisuels, dont le protocole a été élaboré par des historiens, des sociologues et des neuropsychologues ;
- Une étude biomédicale pour mieux comprendre le syndrome post-traumatique et les marqueurs de la résilience. Ce volet « REMEMBER » concerne les personnes directement exposées aux attentats (cercle 1) et un groupe témoin.

La première captation des entretiens, qui ont duré entre deux et cinq heures, a permis d'observer qu'offrir « un espace de parole libre, dans le strict respect éthique de la personne avec engagement de confidentialité et suivi du volontaire sur 10 ans, participe de facto à la résilience individuelle. Cela tient aussi au fait qu'en étant volontaires, les personnes concernées changent de statut : de victimes elles deviennent acteurs.»

Dans cet environnement dynamique, et à côté de ces initiatives très utiles, la mission note des aspects de la résilience qui mériteraient d'être investigués. Compte tenu des enjeux qu'ils représentent, la révolution numérique, la place des réseaux sociaux et plus classiquement, celle des médias doivent être intégrées dans le champ couvert par le centre national de la résilience.

Le texte publié le 25 octobre 2016 par le conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) rappelle les précautions relatives à la couverture d'actes terroristes et les exigences liées au respect de la dignité de la personne humaine. Il précise justement que l'état de vulnérabilité, dans lequel peuvent se trouver les victimes, doit être pris en compte dans le recueil des témoignages des victimes ou des témoins directs. Les conditions de mise en œuvre et les moyens disponibles pour suivre l'effectivité de ces règles éthiques, y compris pour les chaînes d'information en continu, restent à préciser.

### **Des colloques, de riches échanges sur la résilience**

Ces derniers mois, des colloques se sont tenus, à l'initiative de nombreux acteurs dont le secrétariat d'État chargé de l'aide aux victimes<sup>35</sup>, le centre de recherche de Saint Cyr Coëtquidan, l'association de formation des CUMP (AFORCUMP-SFP), les sociétés savantes comme la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, la Maison de la psychologie, l'Ecole nationale de la Magistrature (ENM), l'INAVEM-France Victimes, l'Association nationale des médecins conseils de victimes d'accident-ANAMEVA<sup>36</sup>, l'association française de langue française pour l'étude du stress et du trauma (ALFEST) et l'ONACVG à l'occasion de son centenaire.

A chaque fois que j'ai pu assister à ces rencontres, j'ai noté la qualité des réflexions et le besoin de confronter les idées et les expériences, comme ce fut le cas lors des retours d'expériences (RETEX) organisés par le ministère de la Santé le 25 janvier 2016 après les attentats du 13 novembre, et le 22 septembre 2016 après l'attentat de Nice.

<sup>35</sup> Tables rondes du SEAV- 1<sup>ère</sup> table ronde : Les méthodes de prise en charge des traumatismes dans l'urgence et dans la durée, le 6 décembre 2016. ; 2<sup>ème</sup> table ronde programmée : L'accompagnement psychologique des enfants et des adolescents, victimes directes, victimes indirectes ou témoins ; 3<sup>ème</sup> table ronde programmée : L'offre de soins psychologiques et psychiatriques : quelles réformes ?

<sup>36</sup> <http://www.anameva.com>.

### 4.3 Un périmètre et un cadre précisés au terme de la mission

Au cours des nombreux entretiens qui ont permis de recueillir les analyses des acteurs, des questions, qui restaient ouvertes, ont trouvé des éléments de réponse, tant sur les missions qui pourront être confiées au centre que sur la forme juridique qu'il conviendra de choisir.

#### 4.3.1 Des missions en lien avec la recherche et le soin

Pour être utile aux professionnels et aux personnes blessées, le centre devra entretenir des liens étroits avec la recherche et avec des équipes de soins. La mission n'a pas noté de réticences de principe sur ces deux points. Toutefois, les modalités de mises en œuvre restent à préciser, en accord avec les ministères concernés.

##### 4.3.1.1 Etre en appui à la recherche

###### **Un centre de résilience axé sur la recherche : l'exemple de la Norvège**

La mission a pu s'entretenir avec Lise STENE, médecin et chercheuse au Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS)

Suite au tsunami de 2004 dans l'Océan indien, le NKVTS fut créé à Oslo par la fusion de plusieurs organismes norvégiens, dont la Division of Disaster Psychiatry (du service médical des armées norvégiennes), le Centre psychologique des réfugiés de l'Université d'Oslo, le Centre de ressources des informations et des études sur les violences et le Centre de ressources national sur les abus sexuels sur mineur.

Il s'agit d'un centre de recherche national dont le financement est public et qui est rattaché à l'Université d'Oslo. Ses principaux domaines de recherche sont divisés en trois axes :

- Attaques terroristes et management de crise ;
- Violences domestiques et sexuelles ;
- La question des migrants et des réfugiés.

Cette structure de 85 employés se veut résolument pluridisciplinaire : psychologues, médecins (dont des psychiatres et pédiatres), juristes, criminologues, pédagogues, chercheurs en sciences politiques/sociologie/médias travaillent ensemble.

Le NKVTS a ainsi mené des recherches majeures sur l'impact psychologique et social des attaques terroristes. En particulier, ce centre conduit depuis 2012 une recherche suite aux attentats de 2011 sur l'île d'Utoya, afin d'en analyser les conséquences institutionnelles et étatiques ainsi que les impacts auprès de la société civile et des personnes victimes. Cette recherche prendra fin en 2019 et repose sur un suivi à long terme des personnes par des entretiens réguliers.

La question de créer, en France, une unité de recherche qui serait insérée au centre de résilience a été posée, la majorité des interlocuteurs propose plutôt de construire des liens avec les centres de recherche déjà positionnés sur ces sujets.

Des échanges et des partenariats, nationaux et internationaux, permettront de promouvoir des recherches médicales, psychologiques et plus largement, en sciences humaines sur toutes les questions liées au processus de résilience. En outre, des bourses de doctorat pourront être proposées.



#### 4.3.1.2 Être en lien avec le soin

Le centre national de la résilience doit être en lien entre le soin et la recherche clinique spécifique au stress post-traumatique et la pluridisciplinarité. S'il ne revient pas au centre ni d'organiser, ni de dispenser des soins, il pourra travailler avec des centres de référence, notamment afin de sécuriser les informations disponibles.

De tels centres médicaux de résilience de référence sont nécessaires, notamment pour les personnes présentant des situations complexes qui exigent des compétences croisées. Ces lieux seraient également ouverts aux personnes qui ne trouveraient pas, compte tenu de la démographie médicale et de ses caractéristiques géographiques, des soins adaptés sur leur territoire de vie. Dans le prolongement des échanges de pratiques professionnelles déjà en cours, de telles unités pourront regrouper des professionnels civils et militaires et recevoir les patients ou les prendre en charge par le moyen de la télémedecine.

Le centre national de la résilience devra être en mesure de diffuser des informations sécurisées sur les parcours de soins. Les patients qui souhaitent s'engager dans des thérapies médicamenteuses ou non, ou dans des essais cliniques, doivent pouvoir disposer de données transparentes et fiables. Les débats et les éventuelles controverses entre professionnels doivent être publiquement mentionnés, afin que les choix de parcours de soins puissent être établis sur des bases raisonnées et des évaluations accessibles.

##### **Des exemples de thérapie<sup>37</sup>**

Des présentations du Dr Thierry Baubet et Dr Sylvie Molenda sont jointes en [annexe 3](#) & [annexe 4](#)

##### **Psychomotricité :**

Les psychomotriciens diplômés d'Etat sont des professionnels de santé formés au travail interdisciplinaire et à l'approche psychocorporelle des troubles psychomoteurs aux différents âges de la vie.

Cette discipline propose une approche intégrée, corporelle et psychologique, des comportements d'adaptation au stress et de leurs troubles. Face à l'Etat de Stress Post Traumatique, l'approche psychomotrice est associée aux psychothérapies verbales et cognitives. Elle s'appuie sur des techniques corporelles, comme la relaxation, qui visent à « réorganiser l'image corporelle qui a subi une effraction », à proposer « un espace de (re)construction d'identification et de représentation ».

Elle tend à abaisser des tensions musculaires, « la réappropriation d'un corps pouvant être une source de satisfaction et de plaisir, même s'il est mutilé ».

##### **EDMR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing)**

La thérapie EMDR est une approche de psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour « induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements du passé ».

Ce protocole de la thérapie EMDR repose sur « un ensemble de principes qui sont essentiels à une approche humaniste et intégrative de la médecine et de la santé : la confiance dans la capacité d'auto-guérison propre à chacun, l'importance de l'histoire personnelle, une approche centrée sur la personne, un pouvoir restauré, l'importance du lien corps-esprit, un bien-être et une amélioration des performances. »

<sup>37</sup> La mission cite, à titre d'exemples, des pratiques et un essai clinique et sans la moindre prétention à l'exhaustivité.



### **Un essai clinique :**

Spécialisé depuis plus de quinze ans sur le traumatisme, le Pr Alain Brunet, professeur agrégé à l'université Mc Gill (Québec), a développé une nouvelle thérapie pour les personnes souffrant de stress post-traumatique.

La méthode, déjà testée principalement au Canada, consiste à diminuer la charge émotionnelle d'un souvenir traumatique grâce à un traitement de plusieurs semaines associant une psychothérapie et la prise d'un médicament, le propranolol, bêtabloquant.

Suite aux attentats du 13 novembre, une convention a été signée avec M Martin Hirsch, directeur de l'AP-HP, afin de mener [des essais cliniques](#) avec un objectif de 400 patients.

Ces thérapies comme d'autres (hypnose, art-thérapie etc.) doivent s'inscrire dans des protocoles de prise en charge clinique globale et être évaluées. En outre, après un choc aussi violent qu'un attentat, des personnes qui se trouvent vulnérables peuvent être abusées par des propositions de prise en charge qui ne reposent sur aucune garantie de bénéfice, ou pire, qui pourraient être délétères pour leur santé ou leur libre arbitre. Les services du Défenseur des droits restent vigilants sur ces risques, que la mission souhaite également pointer. Le centre de résilience aura à mettre à disposition de tous, des informations vérifiées et vérifiables sur les parcours de soins psychiques, psychologiques et de santé mentale.

#### **4.3.2 Dix propositions et le choix d'une organisation stable et pérenne**

Si les dix propositions de ce rapport me paraissent essentielles pour favoriser le parcours de résilience des victimes, une organisation stable et pérenne, dans un lieu adapté, est devenue nécessaire, compte tenu du grand nombre de personnes -adultes et enfants- concernées et des nombreux acteurs qu'il convient de réunir autour d'une obligation majeure de solidarité nationale.

Selon les possibilités, la localisation du centre pourrait être adossée à l'Hôtel national des Invalides, lieu chargé de symboles et qui dispose d'un espace d'écoute (visites hebdomadaires dans les hôpitaux, contacts téléphoniques). Dans ces locaux siègent l'ONACVG et la Cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT) qui s'implique notamment dans la réinsertion professionnelle. Ces deux institutions ont su instaurer un climat de confiance avec les blessés.

L'implantation du centre national de la résilience pourrait se faire également à l'Hôtel Dieu, ou dans un local de la Ville de Paris, de la BSPP, ou à l'École militaire, ou encore à l'École du Val de Grâce.

Selon les objectifs et les moyens qui pourront être mobilisés, la mission a étudié diverses solutions juridiques pour organiser un travail qui implique nécessairement plusieurs, voire de nombreux acteurs et qui doit s'inscrire dans le temps long de l'action et de la réflexion :

- La signature d'une convention entre les principaux acteurs permettrait de poser les bases d'une coopération, mais sans être adossée à une structure ou un établissement, elle n'apporterait pas de garanties sérieuses de durée et d'effectivité. Elle devrait prévoir au minimum la réunion bi annuelle d'un comité interministériel et la constitution d'un comité technique interministériel permanent ;
- La création d'un Groupement d'intérêt public (GIP). La convention constitutive, préparée et signée par tous les grands acteurs publics et privés, donnerait un cadre administratif stable et définirait les engagements de chacun. L'autonomie financière d'un GIP lui assure une capacité pour soutenir les initiatives et les prises de responsabilité. L'association possible d'acteurs privés ouvre des perspectives intéressantes de co financement et de multi partenariats. Enfin, l'approbation ministérielle exigée vaudrait force d'engagement durable des pouvoirs publics sur ce

projet d'intérêt national. Toutefois, l'expérience montre aussi les risques de lourdeur administrative des GIP ;

- La création d'une association, au sens de la loi de 1901, pourrait donner un cadre souple, mais il serait difficile d'engager des actions sur plusieurs années, sans être assuré des financements pérennes correspondants ; elle pourrait cependant préfigurer la création d'une fondation ;
- L'hypothèse d'une Fondation de la résilience a retenu toute mon attention. Structure pérenne et donnant des garanties d'indépendance financière, notamment par l'apport de fonds privés, une Fondation répondrait bien aux besoins d'un centre national de la résilience. Cette solution devrait reposer sur l'initiative de personnes morales publiques ou privées, demanderait de collecter au minimum 1,5 M€ et de conduire à son terme une procédure devant le Conseil d'État.

A ce stade de la réflexion, la nomination par le Premier ministre d'un chef de projet, préfigurateur du centre national de la résilience manifesterait, deux ans après la grande marche républicaine du 11 janvier 2015, la mobilisation des pouvoirs publics en faveur de toutes les personnes victimes des attentats.

## MA CONCLUSION

Au cours de cette mission, très enrichissante, accomplie avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), j'ai eu la confirmation de ce que je pressentais dès 2007 : les pouvoirs publics ne peuvent plus se contenter de s'appuyer sur le tissu associatif, ils doivent construire un service public de l'aide aux victimes. A l'époque, nous n'étions pas prêts.

En 2015 et 2016, nous avons été confrontés à des attentats d'ampleur majeure. Tous ceux qui sont intervenus ont fait plus que leur devoir, ils ont réalisé un travail exceptionnel. Toutes les équipes médicales, paramédicales, civiles et militaires, les associations, des bénévoles, des volontaires, des commerçants et des voisins se sont mobilisés, sans compter ni leur temps ni leur dévouement.

Les engagements présidentiels se sont traduits par la création d'un Secrétariat d'État de l'aide aux victimes qui doit être pérennisé, les risques d'attentats sont à un niveau élevé et l'état d'urgence a été prolongé jusqu'au 15 juillet 2017.

Cette pérennisation doit s'accompagner de la mise en place d'une administration ou d'une direction dotée en moyens humains et d'un budget autonome. La coordination des ministères régaliens s'avère ne pas être suffisamment adaptée aux besoins, chacun ayant à faire face à des missions très prenantes en cette période.

Pendant une centaine d'heures, nous avons écouté et recueilli la parole des victimes endeuillées, des proches de victimes, des blessés physiques et psychiques et des professionnels. Tous ont exprimé le besoin d'un partage des connaissances, d'une mutualisation d'une offre diverse et d'une mise en réseau des informations et des savoir-faire.

Le centre national de la résilience pourra être un creuset et un carrefour, où seront mises en commun des ressources afin de mieux répondre aux besoins des professionnels et d'améliorer sensiblement le soutien aux victimes au sens large, à leur entourage et manifester une attention particulière aux enfants et aux mineurs.

La création d'un centre national de la résilience permettra aux professionnels de travailler dans la durée, en pluridisciplinarité, à l'instar du modèle initié à Percy pour les militaires depuis plusieurs années et qui s'est adapté depuis 2015 aux victimes du terrorisme, en liaison avec l'Institution nationale des Invalides, l'hôpital de Bégin, l'ONACVG et l'École du Val de Grâce.

Outre la création du centre, je présente dix propositions qui doivent être initiées dès 2017 : les préoccupations de santé publique sont aussi l'expression de la solidarité nationale et une réponse de notre démocratie au terrorisme.

Tout comme la création, en 1986, du Fonds de garantie des victimes du terrorisme dont la compétence a été étendue aux victimes d'infractions pénales en 1990, le centre pourra ultérieurement être mis à la disposition des victimes d'accidents et de catastrophes collectives et d'autres victimes.

Françoise Rudetzki



# DIX RECOMMANDATIONS, UNE ORGANISATION POUR FACILITER LA RESILIENCE DES PERSONNES VICTIMES D'UN ATTENTAT

Recommandation n°1 : Former tous les professionnels de la sécurité et de la santé aux premiers principes et gestes de l'aide psychologique ; généraliser une offre universelle de formation aux premiers gestes de secours, en y intégrant des données psychologiques ; ouvrir très largement cette offre aux scolaires et étudiants, en s'appuyant sur le réseau des grandes associations de secourisme.

Recommandation n°2 : Prévoir une évaluation des différentes méthodes de prise en charge médico-psychologiques et de l'organisation générale mise en place en cas d'attentat.

Recommandation n°3 : Elaborer une doctrine circonstanciée de l'emploi des CUMP ; élaborer un protocole partagé entre les acteurs sur les différentes phases d'interventions ; tenir une conférence de consensus sur les parcours de soins et les différentes étapes.

Recommandation n°4 : Recourir aux services de géolocalisation mobile afin d'alerter et de communiquer avec le maximum de personnes présentes sur les lieux et simplifier ainsi les démarches pour établir les présences.

Recommandation n°5 : Mettre à disposition des médecins un modèle de certificat médical initial de retentissement psychologique, à partir du modèle proposé par le référent national des CUMP, sur le site de l'Ordre des médecins ; diffuser un modèle d'attestation pour les psychologues.

Recommandation n°6 : Garantir sans frais une prise en charge psychique et thérapeutique globale, indépendamment de l'inscription sur la LUV, pour les personnes impliquées.

Recommandation n°7 : Proposer systématiquement à chaque personne victime, impliquée ou impactée dans les attentats, d'effectuer un diagnostic de santé physique et psychique gratuit.

Recommandation n°8 : Insérer dans le référentiel accueil des usagers -Marianne- des règles de bienveillance, de confiance et de démarche pro active en faveur des victimes ; pouvoir choisir une personne de confiance ou un référent/conseiller personnel au sein des associations agréées.

Recommandation n°9 : Engager la rédaction du cahier des charges d'une plateforme en ligne, conçue comme un outil d'information numérique générale, avec des espaces conçus pour les professionnels et un espace spécifique activé en cas d'attentat.

Recommandation n°10 : Rédiger un plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques » par un travail partenarial entre le service de santé des armées et le ministère de la Santé.

Deux ans après la grande marche républicaine du 11 janvier 2015, la nomination par le Premier ministre d'un chef de projet, préfigurateur du centre national de la résilience, témoignera de la mobilisation des pouvoirs publics en faveur de toutes les personnes victimes des attentats.



## **LETTRE DE MISSION**







Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE  
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE L'AIDE AUX VICTIMES

LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT

Paris, le 3 juin 2016

Madame,

Le président de la République m'a chargée de lui faire des propositions relatives à la création d'un projet de centre de ressources et de résilience sans que la dénomination d'une telle structure ne soit prédéterminée. Vous avez manifesté un vif intérêt particulier pour un tel projet.

Je souhaite dès lors vous confier une mission de préfiguration, permettant de disposer d'une structure pérenne destinée à asseoir l'état des savoirs dans le domaine de la prise en charge des traumatismes psychologiques liés à la survenance d'actes de terrorisme et à faire évoluer les modalités de prise en charge psychologique.

- L'objectif premier est de constituer un centre de ressources contribuant à la recherche, à l'évaluation et à la diffusion des traitements disponibles pour les traumatismes et post-trauma(s), des stratégies améliorant l'accompagnement psychologique des manifestations en réaction, parfois lointaine, avec le ou les chocs subis. La création d'un fonds documentaire se doublera d'une logique d'échanges formalisés de données entre experts. Cette plateforme pourrait également avoir une dimension internationale.
- Le deuxième objectif est de développer une activité de recours concernant les modalités de prise en charge, ayant pour finalité d'appuyer les professionnels intervenant au plus près des victimes.
- Enfin, cette structure aurait vocation à constituer un lieu d'échanges, de réflexion et de formation associant les différents professionnels impliqués dans la prise en charge et prenant appui sur l'expérience et la parole des victimes.

Si un certain nombre de questionnements ont pu apparaître lors du suivi des victimes des attentats de l'année 2015, les contours et modalités du suivi psychologique - dans l'urgence et dans la phase de suivi - en particulier dans la durée, constituent un point essentiel dans la prise en charge de l'ensemble des victimes, ce, quelle que soit la nature des faits à l'origine des troubles constatés. Ceci est particulièrement vrai pour les victimes du terrorisme mais également pour l'ensemble des victimes d'accidents collectifs ou même des victimes de violences et/ou d'infractions sexuelles... Cette mission devra également prendre en compte les travaux d'ores-et déjà engagés notamment au sein de la coordination nationale des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP).

Madame Françoise RUDETZKI  
CESE  
9, place d'Iéna  
75775 Paris Cedex 16

Vos travaux partiront du postulat qu'un référencement des modalités de prise en charge psychologique doit être effectué.

- Un bilan de l'intervention des professionnels impliqués approfondira les modalités actuelles d'orientation, et d'intervention, et le partage des informations sur les ressources disponibles au plan local (assistantes sociales des commissariats de police, psychiatres des CUMP, psychologues du réseau des associations d'aide aux victimes, agents et services hospitaliers, psychologues et psychiatres conventionnés...)
- Vous dresserez l'éventail des modalités d'intervention actuelles dans le domaine du psycho traumatisme et de l'évaluation qui peut en être faite.

Vous veillerez à consacrer une part importante de vos travaux à la formation professionnelle. Le centre de ressources et de résilience devrait en effet se doter d'un espace de formation professionnelle dont vous définirez les contours.

La faisabilité de ce centre dont la dénomination devra le cas échéant être précisée vous conduira à examiner, outre sa localisation à Paris et ses missions, les modalités du portage financier du projet en intégrant les coûts prévisionnels de fonctionnement de la structure. Vous rechercherez ainsi les modalités d'association des partenaires susceptibles de contribuer à son financement.

Vous déterminerez les grandes lignes de la gouvernance de cette structure (conseil d'administration et conseil scientifique) et proposerez un outil de formalisation. Vous indiquerez par ailleurs les critères d'orientation et d'accueil du public cible.

Pour mener à bien vos travaux et consultations, vous vous appuyerez sur un collège d'experts. Compte tenu de la localisation envisagée, vous veillerez dans la constitution de ce collège à associer les acteurs les plus impliqués dans la prise en charge sanitaire des victimes en Ile-de-France (AP-HP, Service de Santé des Armées, CHT psychiatrie...), l'ARS IDF ainsi que le secteur associatif (associations d'aide aux victimes et associations de victimes).

Vous développerez utilement la synergie entre les différents acteurs de la prise en charge en veillant à formuler des propositions tendant à une approche fédérative notamment quant à l'articulation des prises en charge. Une attention particulière sera portée aux enfants, témoins ou victimes de faits de violence, quelle que soit la qualification juridique le cas échéant retenue.

Pour mener à bien vos travaux, vous serez appuyée par le secrétariat d'Etat chargé de l'aide aux victimes. Vous solliciterez en tant que de besoin l'Inspection Générale des Affaires Sociales pour vous fournir le concours nécessaire notamment pour la rédaction de votre rapport.

Votre rapport me parviendra mi-septembre 2016. Je suis consciente du délai très court imparti à votre mission qui nécessitera dès lors une vigilance particulière sur la méthode.

Je vous prie d'agréer, Madame, en l'assurance de mes sincères salutations.



Juliette MEADEL

# ANNEXE 1 : DES DONNEES SUR L'INTERVENTION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Source :* Direction générale de santé (DGS)-

Tableau 1 : Typologie des CUMP sur le territoire national

| Type                       | Missions                                                                                                                                                                                                                                                                            | Permanente<br>(oui/non) | Composition type                                                                         | Nombre                 | Effectifs<br>totaux     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>CUMP départementale</b> | Appui médico-psychologique en cas d'événement                                                                                                                                                                                                                                       | Non                     | volontaires                                                                              | 1 CUMP par département | En cours de recensement |
| <b>CUMP régionale</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement des volontaires</li> <li>- Elaboration des listes</li> <li>- Formation des volontaires</li> <li>- Organisation du dispositif régional</li> <li>- Organisation de la continuité</li> <li>- Expertise / appui à l'ARS</li> </ul> | Oui                     | 0,5 ETP psychiatre<br>0,5 ETP psychologue ou infirmier spécialisé<br>0,5 ETP secrétariat | 13                     | 19.5 ETP                |
| <b>CUMP renforcée</b>      | Antenne territoriale de la CUMP régionale                                                                                                                                                                                                                                           | Oui                     | 0,5 ETP psychiatre<br>0,5 ETP psychologue ou infirmier spécialisé<br>0,5 ETP secrétariat | 25                     | 37,5 ETP                |

Tableau 2 : Mobilisation des CUMP suite aux attentats en Ile de France en novembre 2015

| Nom de la CUMP                        | Nombre de volontaires mobilisés | Durée du dispositif | Total mobilisation<br>(estimation jours – hommes) |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|
| <b>CUMP IDF</b>                       | 197                             | 21 jours            | 591                                               |
| <b>CUMP hors IDF<br/>(15 régions)</b> | 147                             | 21 jours            | 441                                               |
| <b>CUMP IDF<br/>(renfort CIAV)</b>    | 1                               | 15 jours            | 15                                                |



Tableau 3 : Mobilisation des CUMP suite à l'attentat à Nice en juillet 2016

| Nom de la CUMP                     | Nombre de volontaires mobilisés | Durée du dispositif | Total mobilisation (estimation jours – hommes) |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------------------------------------------|
| <b>CUMP PACA</b>                   | 200                             | 28 jours            | 800                                            |
| <b>CUMP hors PACA (12 régions)</b> | 182                             | 28 jours            | 546                                            |
| <b>CUMP IDF (renfort CIAV)</b>     | 1                               | 15 jours            | 15                                             |

Tableau 4 : Mobilisation de la réserve sanitaire

| Attentats                 | Nombre de réservistes sanitaires | Durée du dispositif | Total mobilisation (estimation jours – hommes) |
|---------------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------------------------------|
| <b>Paris (CIAV)</b>       | 200                              | 15 jours            | 419                                            |
| <b>Nice (CIAV)</b>        | 182                              | 15 jours            | 291                                            |
| <b>Nice (renfort CMP)</b> | 36 (renfort suivi)               | 180 jours           | 1080                                           |

## ANNEXE 2 : L'ANNONCE DE LA MORT D'UN PROCHE APRES UN ATTENTAT

L'expérience de la France et d'autres pays, en matière d'annonce de la mort après un attentat, permet de tirer certains enseignements. Nous allons les aborder en fonction du statut des victimes.

### Quelques principes communs

Après un attentat se pose immédiatement la question du nombre de morts. Savoir si son proche est mort est une interrogation fondamentale qui entraîne un choix éthique de la part des autorités (politiques, policières, médicales et psychologiques). Tout d'abord, **ne pas nuire** en annonçant de façon brutale, sans préparation, sans suivi. Ensuite **ne pas mentir**, considérer les proches comme des adultes et aborder spécifiquement les enfants et les adolescents. Enfin penser que **les personnes vulnérables** (par exemple très âgées ou handicapées mentales) ont aussi le droit de savoir tout en étant particulièrement soutenues. Ne pas annoncer les morts empêche les victimes de commencer à se « soigner ». Elles resteront en effet obnubilées par ces personnes connues parfois un bref instant et cela formera un écran émotionnel entravant l'intérêt pour leurs propres blessures psychiques.

### Les conséquences d'une annonce brutale sont délétères

Une révélation sans précaution peut entraîner un état de choc supplémentaire qui peut conduire à une sidération psychique autant qu'à un passage à l'acte suicidaire. La souffrance d'une telle révélation peut être extrême et provoquer une crise de détresse majeure parfois bruyante, parfois silencieuse mais parfois délirante. Enfin, une telle annonce peut déclencher une fermeture et une hostilité à toute aide, ce qui n'est pas souhaitable dans les conditions d'un attentat où la mobilisation générale peut très vite laisser passer au travers des mailles du filet les personnes mutiques ou aux manifestations peu repérables.

### Aménager l'attente

La question de l'attente doit être envisagée avec soin : comment aménager l'angoisse ? Comment orienter les familles dans un même lieu, sans distinguer les endeuillés qui iront vers la délivrance de la mauvaise nouvelle alors que les autres se réjouiront de retrouver leur proche sain et sauf. Ces questions pratiques sont souvent pourvoyeuses de nombreuses maladresses qui s'inscriront parfois définitivement dans l'histoire d'une famille comme autant de souvenirs traumatiques. La salle d'attente doit être confortable et « intelligente » : les personnes à qui l'annonce a été faite ne doivent pas sortir devant celles qui attendent la nouvelle comme une véritable condamnation.

### Comment dire ?

Privilégions **l'humanisation**, indispensable pour supporter la perte d'autrui plutôt que l'officialisation, certes nécessaire dans le cadre d'un acte politique ou de guerre, mais qui va accentuer le marquage psychique des victimes. L'approche doit se faire dans **un lieu dédié, confortable**. Il serait souhaitable qu'elle soit faite de personne à personne, dans un duo si la personne est seule, avec plusieurs professionnels dans le cas d'un groupe familial. Les professionnels les plus indiqués sont les médecins et les psychologues. Un duo médecin-psychologue est souhaitable ; car ils ont souvent l'expérience de l'annonce d'une maladie ou d'un trouble dans leur pratique clinique.

On misera avant tout sur la progressivité. L'annonce doit être graduelle. Avant de donner une réponse définitive, il serait souhaitable de laisser la personne aborder elle-même la mauvaise nouvelle. Le déni sera ainsi limité si la mort apparaît comme la seule issue après qu'il ait été dit que « malheureusement, malgré toutes les tentatives de soin, de réanimation... ». Lorsque l'endeuillé a lui-même réalisé que son proche était mort, il est nécessaire d'insister sur les conditions de retrouvailles : trouver des mots délicats, explicites (pas des acronymes), permettant d'imaginer que l'on va pouvoir réunir la famille, que des hommages vont être rendus. Présenter ses condoléances n'est pas trop intrusif, même si ce terme paraît désuet, le remplacer par les mots « désolés, nous comprenons combien cela va être difficile... », ces phrases, ces mots doivent être « habités », prononcés avec une empathie soutenante.

Sur le plan du mobilier, plutôt que de séparer la famille et les responsables de l'annonce par un bureau, il est souhaitable que les fauteuils se trouvent autour d'une table basse, permettant à chacun d'être au même niveau, comme dans un salon. Les éléments familiers seront appréciés, sans parler des petits ours en peluche ou des gros coussins pour les enfants. Des feuilles pour dessiner et des crayons seront réservés aux plus jeunes, qui peuvent être présents parfois et qui ont souvent besoin d'être actifs tout en écoutant ce qui est dit.

### **Que faire immédiatement après l'annonce ?**

Déposer la mauvaise nouvelle et quitter immédiatement les endeuillés est un risque majeur. Ce risque peut se décliner du suicide à l'abandon total, de la détresse aiguë à la sidération prolongée. Un entretien d'annonce prend du temps, il nécessite un investissement affectif et est coûteux en énergie. Si les médecins et les psychologues doivent poursuivre leur tâche avec d'autres personnes, il serait souhaitable que d'autres psychologues puissent prendre en charge l'endeuillé ou la famille et proposer un soutien immédiat ou continu dans le temps. Parfois, les endeuillés demandent de la solitude et du temps pour réaliser. L'idéal est de rester à disposition en donnant une carte de visite et des coordonnées claires où être recontacté.

### **Redonner l'identité et les enveloppes corporelles et sociales**

L'annonce de la mort d'un proche est littéralement délabrante pour le sujet. Certains ne savent plus qui ils sont et perdent le contrôle de leur vie. Un état de confusion mentale doit donner lieu à une hospitalisation avec les références des psychologues rencontrés afin de prodiguer tout de même le suivi spécialisé. En dehors de ces cas extrêmes, la réassurance par l'étreinte (parfois, il est nécessaire de prendre la personne dans les bras), par la main sur l'épaule peut soutenir efficacement la personne, qui récupérera quelques minutes plus tard, le temps d'attendre les proches venus la chercher. Il s'agit ici de redonner ses enveloppes corporelles à une personne qui perd tout en apprenant la mort de son proche. Parfois, redonner les enveloppes sociales par le projet de funérailles, ou le regroupement avec d'autres endeuillés peut suffire pour reconforter la personne et lui permettre d'appréhender son nouveau statut de veuf ou de veuve, d'orphelin ou de « désenfanté » (terme exprimant la perte d'un enfant).

#### **1) Pour les personnes qui étaient présentes sur les lieux de l'attentat**

Elles ont assisté à la mort d'autres personnes ou s'inquiètent pour des personnes présentes comme elles. Il est alors essentiel de les informer sur le sort de ces personnes, dans l'objectif de leur permettre de trouver du sens à ce qui leur est arrivé. Ces informations doivent être délivrées prudemment car justement, le risque est de les désespérer lorsqu'elles apprendront le nombre de morts. L'information doit leur être donnée avec d'autant plus de précaution qu'elles sont particulièrement fragilisées par leur propre psychotraumatisme. L'annonce de la mort peut engendrer plusieurs sentiments : la culpabilité d'avoir survécu, l'absurdité du monde et le non-sens d'être vivant alors que les autres sont morts. La dépression latente de toute personne confrontée à la mort brutale risque d'être majorée par l'annonce, aussi est-il nécessaire d'opter pour **l'humanisation maximale de la nouvelle**. Veiller comme toujours que les personnes puissent

rappeler très vite le psychologue ou le médecin rencontrés la première fois. Leur parler dans un second temps des groupes de parole qui ne manqueront pas d'être organisés pour avancer dans le deuil avec les personnes connaissant la même expérience.

## 2) Pour les personnes qui ont perdu un proche lors de l'attentat

Le soutien est la seule force de proposition pour limiter la morbi-mortalité du deuil traumatique. N'oublions pas que la perte d'un conjoint conduit le veuf à doubler ses risques de tomber malade et de mourir pendant au moins une année. Par ailleurs, les risques indirects sont l'alcoolisation et le tabagisme, l'abus de produits toxiques, l'isolement et la dépression.

Il en va donc non seulement de la santé psychique, mais aussi de l'état corporel sans parler de l'isolement social. L'annonce ne doit donc pas créer un second traumatisme, mais au contraire, elle doit amener le sujet à rester en contact avec ses thérapeutes et à retrouver du lien social pour poursuivre sa vie après un temps de deuil incompressible.

## 3) Pour ceux qui annoncent la mort

Annoncer la mort et donc assister à la détresse majeure d'une femme, d'un homme ou d'un enfant est un **stress profond** sur le plan physiologique (effets cardiaques, respiratoires, etc.). Mais c'est de plus, **sur le plan moral, un véritable fardeau** qu'il va falloir partager avec ses collègues. C'est pourquoi une **supervision** est indispensable aux annonceurs. Tous les jours, il faut prévoir une séance d'une heure et demie environ pour évoquer avec des collègues à un superviseur chevronné les difficultés émotionnelles rencontrées. Ce temps n'est pas vain, bien au contraire, il permet à l'équipe d'annonceur de ne pas remporter avec eux toutes les émotions intenses reçues pendant la journée. Ils deviendront sinon à leur tour, des victimes secondaires de l'attentat.

Il y a des formations à l'annonce, tout comme, il y a des supervisions de l'annonce. C'est à ce prix que les équipes de soutien des victimes resteront à même de poursuivre leur travail dans les jours qui suivent l'attentat, mais surtout à moyen et à long terme.

Marie-Frédérique Bacqué, Professeure des universités,  
Université de Strasbourg

### Références

- Bacqué M-F (2016) Annoncer un cancer sans traumatisme. In Classe J-M, Campone M et Lacoëuille C. Cancer du sein. Dépistage et prise en charge. Paris, Elsevier : 225-230.
- Bacqué M-F (2014) Conséquences du deuil sur la santé. Du deuil normal aux complications du deuil in Perrot S. (dir) Douleur, soins palliatifs et accompagnement. Ouvrage officiel des enseignants de l'Examen Classant National. Paris, Med-line Eds : 405-13.
- Baddeley J L Singer J A (2008) Telling losses. Personality correlates and functions of bereavement narratives. J of research in Personality, 42: 421-38.
- Miller L (2008) Death notification for families of homicide victims. Healing dimensions of a complex process. Omega, 57: 367-80.
- Bacqué M-F (2008) L'annonce de la mort. Études sur la mort. 134 :98-104.
- Bacqué M-F. (2006) Deuils et traumatismes. Annales médico-psychologiques.164 : 357-63.
- Bacqué M-F. (2003) Apprivoiser la mort. Paris. Odile Jacob.





# **ANNEXE 3**

## **SOINS PSY, LES BESOINS DES VICTIMES ET L'OFFRE EXISTANTE**

*Source : présentation de Thierry Baubet- Décembre 2016, SEAV.*



# Soins psy : les besoins des *victimes* et l'offre existante

**Thierry BAUBET**

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Université Paris 13 et Inserm U1178  
Chef du service de psychopathologie, Hôpital Avicenne APHP  
Responsable de la CUMP de Seine-Saint-Denis

## ■ Premiers jours et premier mois

### ▶ Points spécifiques

- *DISPOSITIFS : CUMP + Urgences psychiatriques (Hôtel-Dieu à Paris) et Volet Psychiatrique du plan blanc des hôpitaux*
- *INTERVENTIONS : Defusing, intervention psychothérapique post-immédiate (debriefing)*
- *CONNAISSANCES : Crise, partenaires aide aux victimes et associations de victimes, notions juridiques*

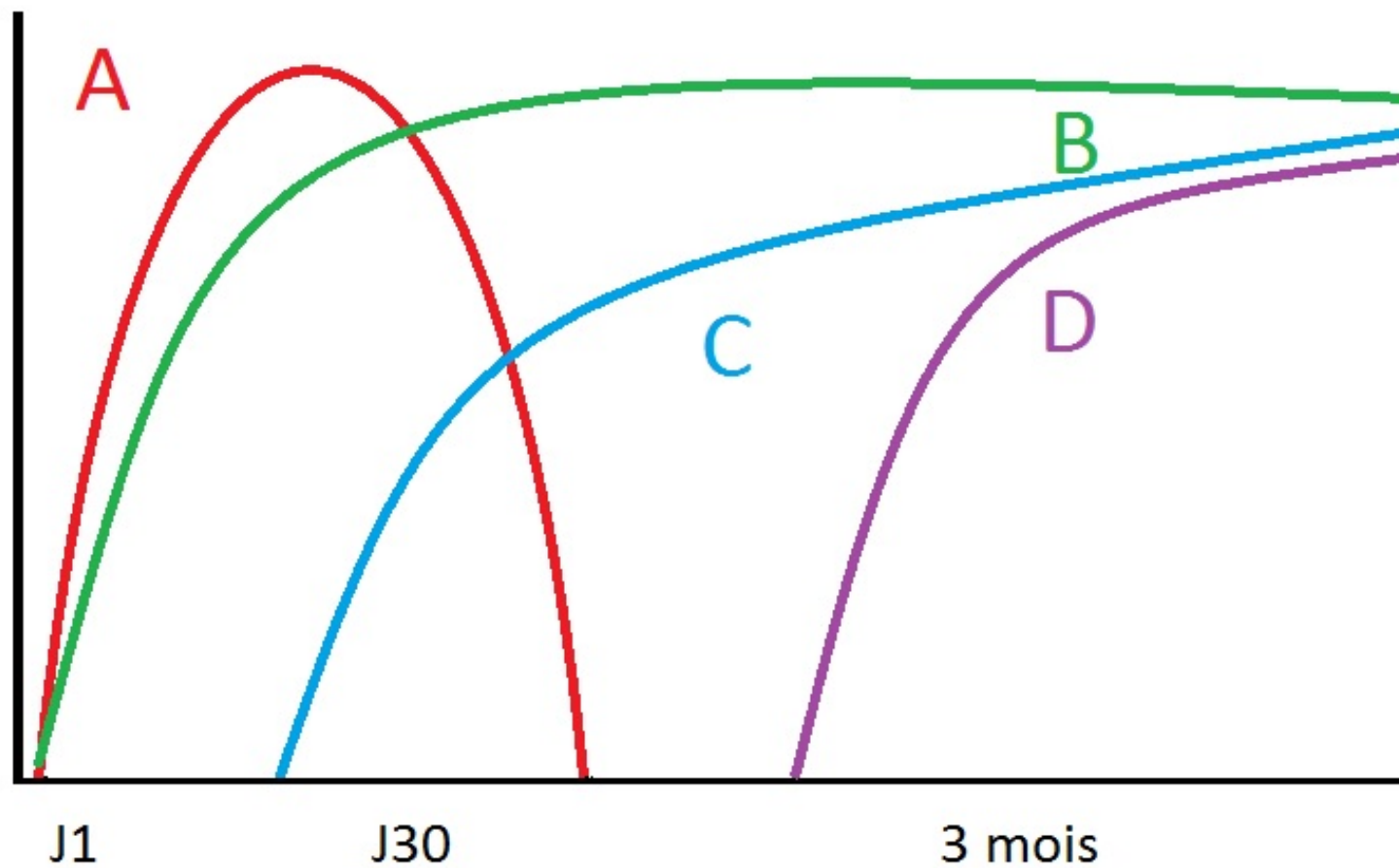
### ▶ Problèmes

- *DISCONTINUE trop importante (victimes « de mains en mains »)*
- *Pas de SECRETARIAT, CONSTITUTION DE DOSSIERS INSUFFISANTE*
- **ORIENTATION PROBLEMATIQUE : QUI – QUAND – OU ?**

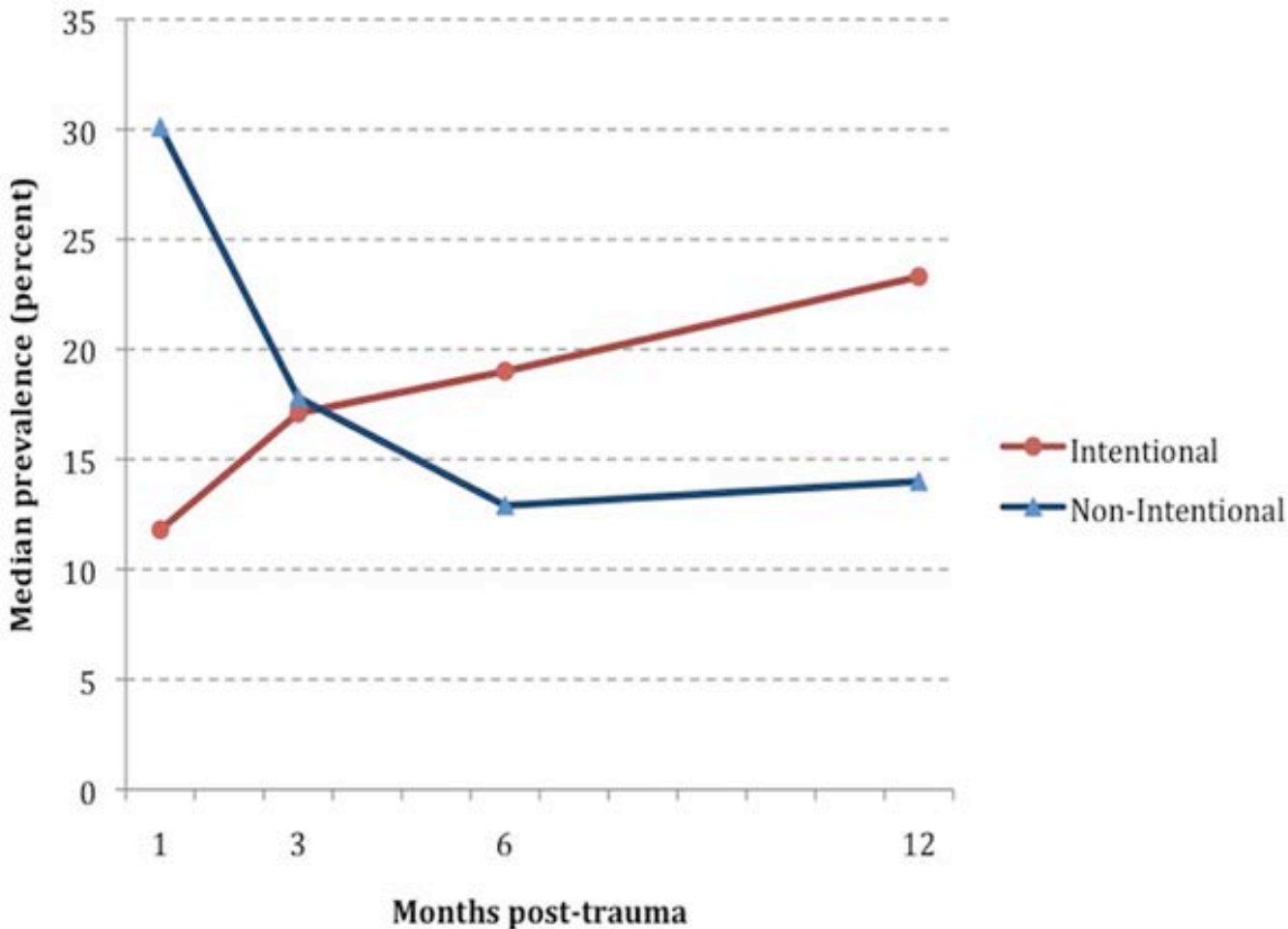
## ■ Ensuite ou en parallèle :

- ▶ Secteurs de psychiatrie (réticences),
- ▶ psychiatres et psychologues libéraux (frais),
- ▶ consultations trauma (très peu développées)
- ▶ Aide Aux victimes
- ▶ Associations de victimes...

Intensité des symptômes



- Santiago PN et al. A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. *PLoS One* 2013; 8(4): e59236.



- Mieux connaître les besoins des victimes en les mettant en position d'experts du dispositif (études IMPACTS et ESPA)
- Eviter la discontinuité des intervenants (dans une certaine mesure)
- Rester réactif à moyen et long terme
- Disposer d'un réseau de partenaires (Santé, Aide aux victimes, Associations de victimes)
- Ne pas donner d'informations erronées aux victimes

## Patient non vu sur le terrain qui a reçu l'info

Patient vu sur le terrain en  
intervention CUMP

Feuille d'information et de contact  
donnée

Permanence  
téléphonique et mail  
de la consultation  
trauma

*Un psychologue ou un psychiatre  
REFERENT POUR LA SITUATION  
évalue la demande et propose une  
orientation dans les 24h*

- Dans le service (psychodynamique, TCC, Hypnose, EMDR, Thérapie Familiale) Urgences si nécessaire
- Autre acteur du réseau santé : service de CHS, CMP, CMPP, libéraux
- Aide sociale et juridique adaptées (Convention INAVEM), association d'aides aux victimes...

- \* QUESTION DE L'ENGAGEMENT DE L'INTERVENANT AU COURS DE CETTE PERIODE, LA MOINS FAVORABLE POUR ORIENTER
- \* QUESTION DE LA CREATION DE RESEAUX LOCAUX (à l'échelle du département) ce qui nécessite de stimuler et de former nos partenaires
- \* Possibilité de reprendre et réorienter à terme

- Avicenne : fonctionnement d'un centre psychotrauma et d'une CUMP.
- Intérêt de développer de tels centres, têtes de réseau d'un territoire
- Activés en permanence pour les violences du quotidien, capables de se mobiliser massivement et durablement en cas de crise grave
- Toutes les personnes qui nous ont appelé ont été orientées vers des soins (et cela continue !)



# Merci de votre attention

[Thierry.baubet@aphp.fr](mailto:Thierry.baubet@aphp.fr)

[@tbaubet](#)



## **ANNEXE 4**

### **METHODES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPEUTIQUE POUR LE TSPT**

*Source : présentation du Dr. Sylvie Molenda- Novembre 2016, SEAV.*





Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille

# METHODES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPEUTIQUE POUR LE TSPT

Sylvie MOLENDAS – C.H.R.U. de Lille

Psychologue – Dr en psychologie

*Référente CUMP Zone de défense Nord – SAMU 59*

*Responsable de la Consultation régionale du  
psychotraumatisme*

- Nous disposons aujourd'hui de nombreux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques pour le TSPT.
- Depuis les années 1980, ces traitements ont vu, dans leur majorité, leur efficacité évaluée.
- Dès 2000, la connaissance acquise dans le domaine a permis l'élaboration de recommandations de bonne pratique thérapeutique.
- 7 ouvrages de recommandations ont été publiés pour le traitement du TSPT.

# Recommandations (adultes)

1. American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with ASD and PTSD*.
2. Department of Veterans Affairs and Department of Defense Clinical (VA/DoD) (2004). *Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*.
3. UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). *Guidelines National Institute for Health and Clinical Excellence*.
4. Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*.
5. Institute of Medicine. (2007). *Treatment of PTSD: Assessment of the evidence*. The National Academies Press, Washington, DC.
6. The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Foa, Keane, Friedman, & Cohen (2009). *Effective treatments for PTSD, 2nd edition*.

# Recommandations (enfants et ados)

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Cohen et al. (2010). *Practice Parameters for PTSD in Children and Adolescents*.



# Recommandations de l'ISTSS

## 2 ouvrages :

- Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for traumatic Stress Studies*. New York: the Guilford Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.C. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for traumatic Stress Studies (2<sup>nd</sup> ed)*. New York: the Guilford Press.

**Le TSPT  
tel que défini  
dans le DSM  
(IV puis IV TR)**

# Premiers résultats



**Pharmaco-  
thérapie**

**Psycho-  
thérapie**

Psychothérapie : traitement de première intention

# Psychothérapies étudiées

TCC

EMDR

Thérapies  
psycho-  
dynamiques

Hypnose

Thérapie de  
groupe

Réhabilitation  
psychosociale

# Les approches retenues

Parmi les différentes approches psychothérapeutiques évaluées, 2 sont retenues pour leur efficacité clinique scientifiquement prouvée:

**TCC centrées sur le trauma**

**EMDR\* (*Eye Movement  
Desensitization and Reprocessing*)**

\* Thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par stimulations bilatérales alternées

# Classement des TCC centrées sur le trauma selon leur efficacité

1. La thérapie par exposition prolongée (Foa et al., 2007)
2. La thérapie du traitement cognitif (Resick et Schnicke, 1992) (*TSPT consécutif à un viol*)
3. L'entraînement à l'inoculation du stress (Kilpatrick, Veronen, & Resick, 1982) (*TSPT consécutif à un viol*)
4. La thérapie cognitive (Ehlers & Clark, 2003, 2005)

# La thérapie par exposition prolongée

- Technique adaptée à la prise en charge du TSPT seul ou associé à un trouble comorbide (dépression, abus de substances, troubles de la personnalité).
- Peut être utilisée chez les adolescents.
- Efficace pour réduire :
  - le TSPT,
  - la dépression,
  - l'anxiété pathologique,
  - les émotions négatives comme la colère ou la honte.

- Association d'un protocole d'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques et d'un autre d'exposition *in vivo* aux indices évocateurs du trauma.
- 9 séances de 90 min hebdomadaires associées à un travail à faire à la maison par le patient.
- Une extension à 12 séances permet la poursuite de l'amélioration et consolide les acquis thérapeutiques.



- Technique développée par F. Shapiro (1987, 1995).
- Technique centrée sur le trauma avec une distinction entre « petits » traumas et « grands » traumas.
- Protocole en 8 phases se succédant de façon invariable au sein d'une même séance.
- Séances de 60 à 90 min dont le nombre varie selon le nombre de traumatismes identifiés et la réceptivité du patient au traitement.

# Les 8 phases d'une séance

1. Evaluation clinique et anamnestique
2. Préparation
3. Evaluation
  - Image
  - Croyance négative Croyance positive sur soi
  - Validité de la croyance positive
  - Emotion
  - Évaluation subjective de la perturbation
  - Siège de la sensation corporelle
4. Désensibilisation
  - Libre association à partir de l'image cible
  - La stimulation bilatérale alternée
5. Installation de la croyance positive
6. Installation de la sensation corporelle
7. Clôture
8. Réévaluation

# EMDR *versus* Exposition Prolongée

4 études cliniques randomisées contrôlées ont comparé l'efficacité des 2 techniques en administration individuelle:

- Ironson et al. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.
- Lee et al. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Taylor et al. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Rothbaum et al. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.

- Efficacité : EMDR  $\approx$  EP.
- Les deux traitements induisent de façon comparable :
  - une réduction significative de la symptomatologie du TSPT,
  - une réduction significative de la dépression et de l'anxiété.
- Maintien des gains thérapeutiques à 3 et 6 mois pour les 2 traitements.

- Des outils psychothérapeutiques à l'efficacité éprouvée et validée scientifiquement existent pour la prise en charge du TSPT.
- Cependant, leur efficacité n'atteint pas les 100% de réussite. Les causes sont diverses :
  - contre-indications,
  - abandons en cours de thérapie,
  - réduction insuffisante de la symptomatologie ou des difficultés post-traumatiques fonctionnelles,
  - rechutes, etc.

- La qualité des soins psychiques dépend, comme pour les médicaments, des avancées de la recherche.
- D'où la nécessité de poursuivre les efforts de recherche clinique:
  - en renforçant les collaborations entre le champ médical et le champ psychologique,
  - en permettant aux psychologues cliniciens, titulaires d'un doctorat de recherche (notamment ceux exerçant à l'hôpital), d'initier des études cliniques dans le domaine des traitements psychosociaux.

- A l'heure où les attentats provoquent des blessures psychiques, parfois graves, chez de très nombreux rescapés, se pose la question de leur accès aux soins.
- Cette question ne peut trouver de réponse que dans le partage de l'expertise développée par certains d'entre nous dans le champ du psychotraumatisme.
- Je plaide, pour ma part, pour la création de centres ressources qui auraient pour vocation essentielle la dispensation de connaissances auprès de soignants œuvrant au sein de la psychiatrie communautaire.



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille

***Merci de votre  
attention !***

CONJUGUONS  
**ENSEMBLE**  
l'Hôpital Universitaire



# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Juliette MEADEL, Secrétaire d'Etat auprès du premier ministre, chargée de l'aide aux victimes

## **Secrétariat d'État chargé de l'aide aux victimes**

Julien SERIGNAC, directeur du cabinet

Nathalie RIOMET, directrice du cabinet (jusqu'en octobre 2016)

Gilles DIOT, conseiller aux affaires sociales et santé

Pauline GIROT de LANGLADE, conseillère financière et budgétaire

## **Ministère des Affaires sociales et de la Santé**

### ➤ Direction Générale de la Santé

Benoît VALLET, directeur général de la santé

Jean-Marc PHILIPPE, conseiller médical pour les urgences et la sécurité sanitaire

Thierry PAUX, sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire

### ➤ Direction Générale de l'Offre de Soins

Katia JULIENNE, cheffe de service

Julie BIGA, adjointe à la cheffe du bureau « Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale »

### ➤ Agence Régionale de Santé Île-de-France

Laurent CASTRA, directeur de la Qualité-sécurité et de la protection des populations

Nadine WEISSELEIB, directrice adjointe de la Qualité - Sécurité et de la Protection des populations, directrice du Pôle «Veille et Sécurité sanitaires»

Michel GENTILE, département Veille et sécurité sanitaire, conseiller sanitaire de zone

### ➤ Santé Publique France

François BOURDILLON, directeur général

Philippe BOURRIER, directeur de la direction « Alerte et Crise »

Philippe PIRARD, médecin épidémiologiste

## **Ministère de la Défense**

### ➤ Institution Nationale des Invalides

Christian PLOTTON, directeur

Jean LE GUILLOUX, adjoint au chef de service de M.P.R (Médecine physique et de réadaptation)

### ➤ Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre

Emmanuelle DOUBLE, cheffe du bureau solidarité

André RAKOTO, directeur du bureau de l'ONACVG département de Paris

### ➤ Service de santé des armées

Patrick CLERVOY, psychiatre, professeur agrégé du Val-de-Grâce

Franck DE MONTLEAU, chef du service psychiatrie de l'Hôpital Percy, professeur agrégé du Val-de-Grâce

### **Ministère de l'Intérieur**

#### ➤ Préfecture de police de Paris

Michel CADOT, préfet de police de Paris

Michaël DUFOUR, major de police, chargé de mission au département Opération

Thierry HUGUET, commissaire divisionnaire de police, chef d'Etat-Major de la police judiciaire

Alexandre NASCIOLI, commissaire de police, chargé des relations avec l'autorité judiciaire au cabinet du préfet de police

#### ➤ Secrétariat général pour l'administration

Jean-Michel LE MASSON, médecin inspecteur régional, chef du service de santé zonal ouest du SGA

### **Ministère des Affaires étrangères et du Développement international**

Patrice PAOLI, directeur du centre de crise et de soutien

Annick ETIENNE-DIENER, cheffe du centre des opérations d'urgence au centre de crise et de soutien

### **Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**

Alice GIRALTE, conseillère au cabinet de la ministre en charge de la vie scolaire, de la prévention des violences scolaires et des relations avec les parents d'élèves

Loïc BERNARD, inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional-établissements et vie scolaire (IA-IPR-EVS), référent laïcité de l'académie de Rennes

### **Défenseur des Droits**

Loïc RICOUR, directeur du pôle santé du Défenseur des Droits

### **Personnalités qualifiées**

Boris CYRULNIK, professeur des universités, psychiatre et psychanalyste

Xavier EMMANUELLI, médecin et fondateur du SAMU social de la ville de Paris

Louis JEHEL, psychiatre, vice-président de l'ARFOCUMP, vice-président de VICTIMO, responsable d'une unité de psychotraumatologie au CHU Tenon

Patrick PELLOUX, médecin urgentiste et ancien collaborateur de Charlie Hebdo

### **Services d'urgence**

#### ➤ Sapeurs-pompiers

Patrick HERTGEN, vice-président de la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, chargé du secours aux personnes et du service de santé

Philippe BOUTINAUD, commandant de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris

Jean-Claude GALLET, adjoint du commandant de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris

Jean-Pierre TOURTIER, médecin-Chef de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris  
Matthieu PETITCLERC, psychologue à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris

➤ Service d'aide médicale urgente (SAMU)

Pierre CARLI, médecin chef du Samu de Paris

➤ Cellules d'urgence médico-psychologique

Didier CREMNITER, psychiatre référent national du réseau des CUMP

François DUCROCQ, chef des urgences psychiatriques de Lille et psychiatre coordinateur CUMP du Nord

Thierry BAUBET, psychiatre et pilote de la CUMP Seine Saint-Denis

Sylvie MOLENDI, psychologue, docteur en psychologie, CUMP au CHU de Lille

### **Croix Rouge**

Patrice DALLEM, directeur de l'urgence et du secourisme

Rosine DUHAMEL, responsable développement soutien psychologique

Hripsimé TOROSSIAN, chargée de projet à la direction nationale de l'urgence et du secourisme

### **Assistance publique – Hôpitaux de Paris**

Martin HIRSCH, directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Daniel ANNEQUIN, pédiatre, psychiatre à l'hôpital Trousseau, membre fondateur de l'association SPARADRAP

Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général de l'AP – HP

Gaëlle BARBRY ABGRALL, psychiatre à l'Hôpital Tenon

Nicolas DANTCHEV, pédopsychiatre à l'Hôpital Hôtel Dieu

Corinne LAMOUCHE, responsable de la Mission vulnérabilité à l'AP-HP

Pauline MAISANI, Chef du département qualité et gestion des risques à l'AP-HP

Gilbert VILA, pédopsychiatre à l'Hôpital Trousseau

### **Centre hospitalier Sainte-Anne**

Frédéric ROUILLON, professeur de psychiatrie et chef de service à l'hôpital Sainte-Anne

Isabelle ROY, psychiatre praticien hospitalier, responsable de l' « Unité d'accueil des patients suicidants »

### **Ville de Paris**

➤ Mairie du 11<sup>ème</sup> arrondissement

François VAUGLIN, maire

Thierry MELONI, directeur du cabinet du maire

➤ Hôtel de Ville

Sébastien MAIRE, haut responsable de la résilience au secrétariat général

Xavier VUILLAUME, conseiller santé

### **Association d'aide aux victimes**

➤ Institut national d'aide aux victimes et de la médiation (INAVEM-France Victimes)

Michèle DE KERCKHOVE, présidente

Jérôme BERTIN, directeur adjoint et chef de service Animation Réseau  
Isabelle SADOWSKI, référente juridique (Accidents collectifs et droits des victimes)  
Liliane DALIGAND, professeur de médecine et membre du conseil scientifique  
Carole DAMIANI, directrice de Paris Aide aux Victimes

### **Associations de victimes du terrorisme**

➤ Life For Paris

Caroline LANGLADE, présidente  
Arthur DENOUEAUX, vice-président  
Florence MONJAULT, membre du conseil d'administration  
Serge LAURAIN, membre du conseil d'administration

➤ 13onze15 Fraternité et Vérité

Georges SALINE, président  
Nadine RIBET, membre du conseil d'administration

➤ Association française des victimes du terrorisme (AFVT)

Dominique SZEPIELAK, psychologue et psychothérapeute, doctorant, ex militaire en Bosnie (dans les services)  
Soukaïna BRAHMA, chef de projet

### **Fédération**

➤ Fédération nationale des victimes d'attentats et d'accidents collectifs (FENVAC)

Gaëlle LE JAN RODRIGUEZ, psychologue clinicienne  
Ophélie TOULLIOU, chargée de mission Pôle aide aux victimes

### **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés**

Delphine CHAMPETIER, directrice de cabinet du directeur général  
Fanny RICHARD, responsable département de la réglementation  
Beatrice RIO, responsable du département de l'animation du réseau médical et des opérations de contrôle contentieux

### **Œuvre de secours aux enfants**

Patricia SITRUK, directrice générale  
Éric GHOZLAN, chef de projet du pôle enfance  
Aviva MEIMOUN, responsable unité de médecine préventive en milieu scolaire

### **Psychomotricité**

Philippe SCIALOM, psychologue clinicien, psychomotricien et psychanalyste  
Alexandrine SAINT-CAST, psychomotricienne

### **Experts étrangers**

Chris BREWIN, chercheur et professeur de psychologie clinique à *l'University College London*  
(entretien à distance)

Lise STENE, Dr, *Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS)*

### **Entretiens téléphoniques**

Florence ASKENAZY, MD ph D, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, SUPEA  
du CHU Lenval

Marie-Frédérique BACQUE, Professeure des universités, Université de Strasbourg

Sabine CARIOU, psychologue clinicienne, responsable de l'antenne de Toulouse de la Maison de  
la Psychologie.



## SIGLES UTILISES

|              |                                                                                                                                  |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AFORCUMP-SFP | Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médico-psychologiques – Société française de psychotraumatologie |
| ANR          | Agence nationale de la recherche                                                                                                 |
| ARS          | Agence régionale de santé                                                                                                        |
| AP-HP        | Assistance publique - Hôpitaux de Paris                                                                                          |
| BRI          | Brigade de recherche et d'intervention                                                                                           |
| RAID         | Recherche, assistance, intervention, dissuasion                                                                                  |
| BSPP         | Brigade de sapeurs-pompiers de Paris                                                                                             |
| CIAV         | Cellule interministérielle d'aide aux victimes                                                                                   |
| CLSV         | Comité local de suivi des victimes                                                                                               |
| CNAMTS       | Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés                                                                |
| CNIL         | Commission nationale de l'informatique et des libertés                                                                           |
| CPMIVG       | Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre                                                           |
| CMP          | Centre médico-psychologique                                                                                                      |
| CNRS         | Centre national de la recherche scientifique                                                                                     |
| CPAM         | Caisse primaire d'assurance maladie                                                                                              |
| CSA          | Conseil supérieur de l'audiovisuel                                                                                               |
| CUMP         | Cellules d'urgence médico-psychologique                                                                                          |
| DGS          | Direction générale de la Santé                                                                                                   |
| EMDR         | Eye movement desensitization and reprocessing                                                                                    |
| ESPA         | Enquête de santé publique post-attentats                                                                                         |
| ESPT         | Etat de stress post-traumatique                                                                                                  |
| ETP          | Equivalent temps plein                                                                                                           |
| FENVAC       | Fédération nationale des victimes d'attentats et d'accidents collectifs                                                          |
| FGTI         | Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions                                                   |
| GIP          | Groupement d'intérêt public                                                                                                      |
| HIA          | Hôpital d'instruction des armées                                                                                                 |
| IGAS         | Inspection générale des affaires sociales                                                                                        |
| IMPACTS      | Investigation des manifestations traumatiques post attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien                |
| INAVEM       | Institut national d'aide aux victimes et de médiation                                                                            |
| INI          | Institution nationale des Invalides                                                                                              |
| INSERM       | Institut national de la santé et de la recherche médicale                                                                        |

|         |                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITT     | Incapacité totale de travail                                                                    |
| LUV     | Liste unique des victimes                                                                       |
| MIG     | Mission d'intérêt général                                                                       |
| MOOC    | Formation en ligne ouverte à tous (Massive open online course)                                  |
| NKVTS   | Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Centre de resilience d'Oslo)            |
| OMS     | Organisation mondiale de la santé                                                               |
| ONACVG  | Office national des anciens combattants et victimes de guerre                                   |
| ONG     | Organisation non gouvernementale                                                                |
| OSE     | Œuvre de secours aux enfants                                                                    |
| PIA     | Programme investissements d'avenir                                                              |
| PMA     | Poste médical avancé                                                                            |
| PSC1    | Prévention et secours civiques de niveau 1                                                      |
| SAMU    | Service d'aide médicale urgente                                                                 |
| SEAV    | Secrétariat d'État chargé de l'aide aux victimes                                                |
| SFPEADA | Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées        |
| SGMAP   | Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique                                  |
| SINUS   | Système d'Identification Numérique Standardisé                                                  |
| SPT     | Stress post-traumatique                                                                         |
| SSA     | Service de santé des armées                                                                     |
| UNICEF  | Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund) |