

# Attentat terroriste du Bardo

## Gestion de la cellule d'assistance psychologique :

### Bilan et recommandations

### 9 mois après ...

Bouasker Anissa

*Service des consultations externes et des urgences. Hôpital Razi. La Mannouba / Faculté de médecine de Tunis*

Les attentats terroristes font partie des violences organisées pourvoyeuses de troubles psychotraumatiques dont les séquelles psychologiques et sociales peuvent être invalidantes.

L'attentat du Bardo survenu le 18 mars 2015 a été un traumatisme majeur qui a secoué non seulement la population tunisienne mais qui a aussi suscité effroi et condamnation de toute la communauté internationale par sa portée symbolique et profondément traumatisante. Il avait la particularité de viser en premier lieu des touristes venus passer leurs vacances en Tunisie frappant ainsi à la fois un haut lieu de l'histoire et de l'identité tunisienne ainsi qu'un secteur économique aussi vital que le tourisme

Le bilan définitif a été lourd : 23 morts et 45 blessés répartis sur plusieurs nationalités: françaises, belges, italiennes, japonaises, polonaises, colombiennes et tunisiennes.

Pour faire face à cette catastrophe, il y a eu une grande mobilisation des équipes de SAMU et des urgences de tous les CHU de la capitale et en particulier celle de l'hôpital Charles Nicolle qui a accueilli le plus grand nombre de blessés ainsi que les corps des victimes décédées. Quelques heures après le déclenchement des premiers secours, une cellule d'assistance psychologique a été sollicitée par la choc room et s'est mise de place à l'hôpital Charles Nicolle.

9 mois après l'attentat, nous proposons cette rétrospective dont l'objectif d'établir un bilan sur le travail de prévention et d'orientation qu'a accompli la cellule d'assistance psychologique, sur les difficultés rencontrées lors de cet exercice, ainsi que les recommandations qui se dégagent de cette expérience.

#### **I. Actions de Defusing et debriefing psychologiques:**

##### **- Premières 48 heures ...**

Dès les premières heures, le comité médical de l'hôpital Razi (Hôpital psychiatrique de Tunis) a été contacté par la cellule de crise ou « choc room » du ministère de la santé pour solliciter une assistance psychologique pour les victimes.

Dépassée la première urgence, une ambulance avec à bord six psychiatres s'est déplacée pour assurer un defusing auprès des victimes primaires rescapées de l'attentat. Sur place, régnait un état de panique générale. Les premiers secours avaient déjà eu lieu, les blessés transportés. Il restait des dizaines de croisiéristes en état de choc avec une seule demande : quitter les lieux de l'attentat et rentrer au bateau. L'action des psychiatres a été de participer à rassurer les survivants, de faciliter l'expression des émotions ressenties sur le moment tout en les accompagnant vers le bateau ou l'hôtel où des chambres ont été mises à leur disposition.

Entre temps, une liste de douze intervenants entre psychiatres et psychologues volontaires, travaillant dans les institutions suivantes : hôpital Razi, hôpital Charles Nicolle et la Rabta a été établie pour couvrir tous les blessés hospitalisés. Il y avait entre la Rabta et l'hôpital Charles Nicolle 31 blessés. (19) dans le premier et (12) dans le second. Il s'agissait de patients blessés par balles pour la plupart.

Nous rapportons le cas d'un couple ramené aux urgences de l'hôpital Charles Nicolle le lendemain de l'attentat : Les victimes s'étaient terrées dans un placard dans le musée. Lors de la libération des otages, ils étaient encore sidérés par la peur et prenaient les forces spéciales de l'ordre pour des terroristes. Ce n'est que le lendemain qu'ils ont été découverts à l'occasion d'une opération de ratissage des lieux, dans un état de prostration.

L'intervention d'un prêtre a été fort appréciée par nombre de victimes endeuillées. Ce dernier s'est présenté le lendemain de la catastrophe et a offert ses services aux blessés hospitalisés dans les services de chirurgie et d'orthopédie de l'hôpital Charles Nicolle. Six blessés sur un total de 17 blessés hospitalisés à l'hôpital Charles Nicolle ont accepté d'avoir des entretiens avec lui ; ce qui semble les avoir apaisés. L'une d'entre elles dira à propos d'une messe qu'elle a commandée: « Cette messe m'a apporté beaucoup de sérénité et m'a permis dans ce moment difficile de trouver la force de ne pas s'effondrer.

### **- Vendredi 20 mars 2015 (48 heures plus tard)**

A partir du vendredi 20 mars 2015 (J3) matin ont commencé les opérations de debriefing psychologique

Ces actions ont été proposées aux familles des victimes décédées. Ces dernières ont été accompagnées dès leur arrivée à l'aéroport vers la cellule d'assistance psychologique. Elles ont été reçues en présence d'un représentant de l'ambassade de leur pays et d'un représentant du ministère des affaires étrangères.

Lors de cette réunion les familles recevaient les informations nécessaires et souvent une réponse à leurs questions quant aux circonstances de l'attentat, à l'organisation des secours etc...

Ces rencontres étaient organisées dans la salle des réunions du service d'immunologie transformée pour cet effet en un cadre calme, chaleureux, sécurisant où des boissons chaudes étaient proposées. Mises en confiance, les bénéficiaires de la cellule de crise étaient encouragées à laisser libre cours à l'expression de leurs émotions et de leur désarroi.

L'identification des personnes décédées se faisait par la suite, sur les photos prises par la police technique. C'était un moment particulièrement pénible. D'autant plus que dans plusieurs cas, la personne qui avait la charge de procéder à l'identification était blessée au cours du même attentat et elle-même encore sous le choc du traumatisme.

Au total, nous avons accueilli 17 parents de personnes décédées de différentes nationalités : française (1), italienne (10), colombienne (2), belge (1) : russe (1)

Ces victimes secondaires pour la plupart, n'ayant pas été présentes sur les lieux de l'attentat étaient systématiquement accompagnées par un représentant des agences de voyage, un représentant de l'ambassade, et parfois par la psychologue et/ou un interprète de l'agence. Ces derniers assistaient aux séances de debriefing et parfois ils accompagnaient même les familles pour l'identification des victimes.

Les familles, étaient doublement accablées, à la fois par la perte tragique d'un proche ainsi que par les difficultés qu'elles rencontraient pour les procédures de rapatriement du corps et des funérailles. La cellule d'assistance psychologique fournissait alors des informations concernant les dispositions prises par les différents ministères (ministères des affaires étrangères, de l'intérieur, de la justice, l'office national tunisien du tourisme) pour faciliter les procédures de rapatriement.

Au bout de 48 heures, la cellule d'assistance psychologique était devenue une plateforme où pouvaient arriver des membres des familles de victimes, des délégations officielles, des membres des agences des voyages ou des officiels, à la recherche d'information.

### **A partir du Samedi 21 mars 2015**

Les séances de debriefing avec les victimes tunisiennes ont débuté le samedi 21 mars 2015. Ces séances ont été précédées par une campagne de sensibilisation dans divers médias portant sur le traumatisme et ses effets sur la santé des individus, ainsi que sur la disponibilité d'un service d'accueil et d'accompagnement psychologique pour toutes les personnes qui ont assisté à l'attentat et

qui ressentent des symptômes gênants comme les cauchemars, des flashbacks, une angoisse, une insomnie, une irritabilité, des crises d'angoisse.

Quatre séances ont eu lieu entre le 21 et le 26 mars, dont deux étaient réservées au personnel du musée du Bardo.

Au total : 44 personnes ont été reçues pour les séances de debriefing: plus que la moitié est faite d'agents du musée (25), alors que les visiteurs du musée constituaient moins du dixième de l'échantillon. Nous avons accueilli par ailleurs 8 membres de familles de personnes présentes sur les lieux de l'attentat qui étaient venues pour les accompagner et qui étaient elles-mêmes désireuses de s'exprimer sur leur vécu des événements. Il faut noter que dès le premier jour où nous avons démarré les séances de debriefing, il y eut une demande de la part du personnel soignant (6) dont 3 faisaient partie des équipes du SAMU et qui ont été exposés à des tirs alors qu'ils démarraient leur opérations de sauvetage sur la place au musée.

Sur les 44 personnes reçues en debriefing, 4 présentaient des symptômes sévères d'un état de stress aigu et ont été orientées à une consultation de psychiatrie. 9 mois après, deux d'entre elles sont encore suivies en psychiatrie dont l'une en congé de maladie de longue durée.

Les dernières séances de debriefing avec le personnel du musée qui a été amené par des bus spéciaux ont permis à ces derniers d'exprimer un vécu particulier en rapport avec la cérémonie de réouverture du musée jugée prématurée et traumatisante.

En plus des symptômes traumatiques habituels de l'état de stress aigu (répétition des scènes traumatiques, évitement du musée et de tout ce qui rappelle le traumatisme, ainsi que des réactions d'hyperréactivité neurovégétative) il y avait un vécu de préjudice et de non reconnaissance de leur souffrance en comparaison aux victimes touristes dont on parlait dans tous les médias et qui recevaient toute l'attention et les visites des officiels.

Le déplacement du ministre de la santé vers le lieu de debriefing des employés du musée semble avoir permis d'atténuer ce sentiment d'abandon...

## **II. Difficultés et Enseignements :**

La première des difficultés que l'on peut souligner était due au fait que malgré la formation des équipes, l'expérience de la pratique manquait et surtout il n'existait aucun protocole pré-établi pour l'intervention d'un accompagnement psychologique de victimes de catastrophe.

La cellule de crise ou « choc room » était fonctionnelle et centralisait les informations. Les équipes du SAMU ont été efficaces au niveau de la prise en charge des urgences somatiques. Cependant, nous avons constaté aucune intégration de l'assistance psychologique ni dans la conception des interventions de catastrophe, ni dans les exercices de simulation dans les formations des intervenants de la protection civile et du SAMU.

Une difficulté supplémentaire constatée a été en rapport avec la diversité culturelle des victimes. En effet à l'obstacle de la langue (pour certaines victimes qui ne parlent ni français ni anglais) et malgré la présence des interprètes se sont ajoutés des barrières culturelles. Si l'accompagnement des touristes d'origine méditerranéenne dans l'expression des émotions et des affects s'est passé sans difficultés, il n'en a pas été ainsi avec les victimes japonaises extrêmement

pudiques et renfermées. Ces dernières présentaient une réaction de repli sur la famille et le personnel de l'ambassade qui faisait une sorte de bouclier autour d'eux.

Les différences culturelles que nous avons pu relever se sont aussi manifestées autour des rituels funéraires. La coutume japonaise veut que le corps soit lavé, habillé d'un kimono blanc et placé dirigé vers le nord pendant que la famille veille autour de lui avant la crémation. Il était difficile la nuit, de faire sortir le corps d'une victime de la morgue, mais le service de médecine légale sensibilisé a pu consacrer un espace pour faciliter le recueillement des familles des victimes japonaises. Ces dernières, mise à part cette demande et celle de récupérer les objets que portaient les victimes décédées en particulier le matériel photographique, n'exprimaient aucun désir de communication avec le monde extérieur.

Le mari d'une autre victime de nationalité différente a également sollicité la cellule d'assistance psychologique pour une opération de retrait de prothèse sur le cadavre de son épouse. Cette dernière allait être transportée directement vers les pompes funèbres et la prothèse métallique devait être retirée pour permettre l'incinération. La cellule d'assistance psychologique est intervenue pour convaincre les médecins de gardes des services de médecine légale et l'orthopédiste de l'importance de cette opération post-mortem pour le mari qui entamait son travail de deuil.

La collaboration entre la cellule d'assistance psychologique et le service de médecine légale a été étroite et l'accompagnement des familles de victimes ne pouvait se faire qu'après avoir prévenu les médecins légistes. Malgré la surcharge de travail, l'équipe des médecins légistes de l'hôpital Charles Nicolle qui ont travaillé sous haute pression, tant pour finaliser les autopsies que pour identifier les cadavres a pu quand même libérer du temps pour répondre aux questions de certains parents désireux de connaître les circonstances de la mort de leurs proches : Il y a eu en particulier le cas survivant qui avait des connaissances en balistique et dont la douleur de la perte de deux de ses proches était accompagnée par une obsession : celle de connaître le trajet précis des balles tueuses.

Une autre survivante qui s'en est sortie avec un traumatisme grave du pelvis et une hémorragie de grande abondance a aussi insisté pour voir la balle qui a failli la tuer et dont les dégâts seront à l'origine d'une certaine invalidité pour le restant de sa vie. Le chirurgien, a répondu à la demande de la survivante qui a pu la tenir dans sa main. Pour la victime, la balle a été la source d'une souffrance inqualifiable, et un élément d'une réalité innommable qu'elle a fini par intégrer en attendant de l'accepter.

Tous les intervenants entre professionnels de la santé et membres de l'administration de l'hôpital étaient également touchés par ce drame et il y avait une motivation générale pour que les services et les soins offerts pour ces victimes, considérés comme des invités dans notre pays, soient de qualité.

Le personnel des urgences et des services de chirurgie a été exposé en plein fouet à des situations traumatisantes, et a vécu quelques jours de pression et de surcharge de travail. Pourtant peu d'entre eux ont exprimé le besoin de participer à une séance de debriefing. Certains ont exprimé des symptômes traumatiques habituels les

premiers jours comme les cauchemars, les flashbacks, des réactions de sursaut mais il semble que ces symptômes ont été transitoires et ne les ont pas amené à reconsulter.

Par ailleurs, et par souci d'apaiser la douleur des familles endeuillées, une messe a été célébrée le samedi 21 mars à la Cathédrale Saint-Vincent-de-Paul de Tunis . Même si cette initiative avait plus un caractère officiel, il semble que son impact auprès des familles présentes a été plutôt positif.

Pour finir, nous aborderons la question des medias qui étaient très présents sur les lieux de l'attentat et à l'intérieur même de l'hôpital. Les journalistes couvraient les déplacements des personnalités politiques ou cherchaient des déclarations de victimes ou de leurs familles prenaient d'assaut parfois le couloir attenant à la salle des debriefing et passaient des journées avec leurs caméras devant l'entrée du service de médecine légale. Et ce malgré les interdictions de la cellule d'assistance psychologique.

Nous citerons le cas de ces personnes étrangères aux services d'urgences qui se sont introduites pour filmer des victimes et partager leurs images sur les réseaux sociaux.

Ces comportements ont non seulement fait entrave au travail des soignants mais ils ont constitué une violation grave de la vie privée de personnes en situation de vulnérabilité, ainsi qu'une atteinte à leur dignité. Sans oublier le ressenti des victimes et de leurs familles qui se retrouvent doublement agressées.

Ces comportements ont été condamnés mais des mesures de protection devront être prises aux niveaux des structures sanitaires et des lieux de sinistre...

### III Recommandations:

Les violences organisées, telles que les guerres et les attentats terroristes sont des exemples particulièrement pourvoyeurs de syndromes psychotraumatiques.

Si nos équipes ont pu depuis les événements de la révolution s'intéresser à la pathologie traumatique et se former aux méthodes de defusing, de debriefing ainsi qu'aux thérapies des états de stress post traumatique, les interventions dans les situations de crise ne sont pas encore organisées selon un protocole particulier et restent non coordonnées aux autres activités médicales et sociales. La prise en charge psychologique précoce ne fait pas encore partie des soins dispensés de manière systématique aux victimes de catastrophes.

La survenue d'un deuxième attentat à Sousse, la persistance d'une menace terroriste, ainsi que les deux accidents de train qui ont eu lieu quelques semaines plus tard ne font que confirmer l'urgence d'élaborer des protocoles d'intervention de crise adaptés à chaque type de catastrophe. Un plan d'intervention avec des procédures claires, nettes et précises ne peut se concevoir que dans le cadre d'une coordination entre la cellule d'assistance psychologique, le SAMU et la « choc room ». Ces protocoles devront en fin prendre en compte les difficultés du terrain ainsi que les spécificités socioculturelles des victimes.

Des complications psychiatriques (état de stress post-traumatique, dépression, tentatives de suicide, conduites addictives...) source de

handicap et de désinsertion sociale à long terme pourront ainsi être prévenues grâce au dépistage précoce des personnes vulnérables et à leur orientation vers une consultation spécialisée.

Des exercices de simulations seront par ailleurs nécessaires afin de limiter au maximum la panique, l'improvisation et les comportements inadaptés en situation réelle.

En France, la prise de conscience de l'intérêt des séances de debriefing dans la prévention des séquelles psychiatriques de tels traumas, et ce malgré la frilosité des auteurs anglosaxons à ce sujet, a conduit à instaurer depuis 1995 des cellules CUMP ou cellules d'urgence médico-psychologiques. Ces dernières sont déclenchées à l'initiative du SAMU et sur accord du médecin psychiatre coordonnateur CUMP. Celui-ci met alors en place un dispositif d'intervention adapté. Il peut s'agir d'une intervention immédiate, l'équipe de la CUMP pouvant alors se rendre sur les lieux de la catastrophe avec le SAMU, ou différée.

**Pour conclure :**

Les enseignements de l'expérience de la gestion de la cellule d'assistance psychologique de l'attentat du Bardo nous ont enfin montré l'importance du travail d'équipe, une équipe multidisciplinaire où soignants, agents administratifs, travailleurs sociaux, acteurs politiques, médias et représentants religieux sont chacun un maillon d'une chaîne de solidarité qui entourent les victimes et les aident à faire face au traumatisme.

Développer le concept de résilience serait ainsi une voie pour contrecarrer les conséquences des gains éventuels que pourraient tirer les terroristes en minimisant l'impact émotionnel sur la population et en dépouillant l'acte terroriste de son potentiel de terreur.