



« Une cellule a été mise en place »

Entretien avec Didier Cremniter

par Caroline Doucet

Didier Cremniter est psychiatre, médecin référent de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) de Paris. Cette interview a été réalisée lors de sa venue à Rennes à l'occasion d'une journée de formation organisée par la cellule d'urgence médico-psychologique d'Ille-et-Vilaine. Didier Cremniter a rencontré les populations victimes du tremblement de terre en Haïti, ainsi que les équipes de secouristes et urgentistes, afin de les aider à trouver quelques clés visant à affronter la souffrance morale des patients. Il fait valoir ici la fonction de la parole et de la présence des cliniciens dans les situations d'urgence traumatique.

CD — Créées en 1995 suite aux attentats dans le métro à Paris, les cellules d'urgence médico-psychologiques existent dans chaque département. Elles sont dirigées par des psychiatres qui travaillent en collaboration avec des psychologues et infirmiers psychiatriques. Initialement conçues pour intervenir lors de catastrophes de grande ampleur, nous constatons aujourd'hui l'extension des demandes adressées aux CUMP.

DC — En effet, ce constat est apparu assez rapidement après la création des CUMP car initialement le ministère de la Santé avait créé une cellule permanente dans sept grandes villes pour l'ensemble de la France. Les moyens en personnel, dédiés à cette activité, étaient calculés en fonction du nombre de « plans rouges », c'est-à-dire d'accidents, incendies ou catastrophes nécessitant une mobilisation immédiate de moyens de secours par le préfet. Ceux-ci étaient de l'ordre d'une vingtaine par an. Mais, dès l'année 2000, soit trois ans après la création du réseau, une enquête nationale montrait que les demandes d'activation de la cellule étaient de l'ordre de plusieurs centaines par an, donc bien au-delà des vingt plans rouges qui constituaient la référence initiale. En réalité, il s'agissait de toutes les « micro catastrophes » également susceptibles de générer un traumatisme, tel un accident, un décès brutal dans un lieu totalement inapproprié, par exemple, l'accident d'enfant dans une école, un travailleur dans une entreprise, et on s'apercevait que face à ces événements qui génèrent une rencontre avec le réel, s'instaurait bien une demande.

CD — Lorsque la CUMP est déclenchée – par les autorités préfectorales ou les SAMU – il s'agit de se rendre disponible immédiatement sur le terrain, au plus près des populations, afin de soulager et prévenir « au plus tôt » la souffrance psychique des populations confrontées à un événement traumatique. De quelle nature est cette urgence, quels sont les enjeux psychiques pour le sujet aux prises avec une situation dramatique qu'il vient de rencontrer ? Pour le dire rapidement, est-ce que « ça urge » vraiment ?

DC — Il y a des situations de souffrance immédiate dont l'expérience montre qu'il est utile d'intervenir. Prenons l'exemple d'un accident grave de la voie publique avec soit des grands blessés, soit un décès. Le fait que des psys puissent prendre la mesure de l'événement, du désordre généré par cette rencontre avec le traumatisme, restaure une humanité mise à mal,

pour les personnes touchées. Il y a aussi des situations extrêmes caractérisées par l'horreur soudaine, une mère confrontée à la mort brutale de son enfant par exemple. Qui prend soin alors de ces personnes ? Ce sont des secouristes, des personnes attentionnées dont les marques de générosité ne suffisent pas à remplacer l'expertise d'un clinicien. Celui-ci repère les états dits dissociatifs ou de *stress* dépassés par la clinique psychiatrique moderne et qui caractérisent l'ouverture sur quelque chose qui est de l'ordre du réel, en ce sens on croirait parfois reconnaître une symptomatologie psychotique déclenchée. Mais à la différence de la psychose, cela évolue favorablement. Dans ces moments critiques, il n'est pas inutile que des cliniciens rompus à ces situations puissent apporter leur concours. C'est quelque chose qui, à l'expérience, s'est avéré utile. Alors indépendamment de ces situations pour lesquelles le terme « urgence » est approprié, beaucoup d'interventions se font dans le différé. C'est-à-dire qu'une situation s'est produite la veille, l'avant-veille, mais il aura fallu le temps pour comprendre afin que s'organise une prise de conscience collective qui va être à l'origine d'une demande. Une situation critique se produit dans une collectivité, les habitants d'un immeuble, une entreprise. Au moment de l'événement, il n'y a aucune demande. Il peut même y avoir plutôt un retrait, un refus de la demande ; celle-ci se construit quelques jours plus tard. Là, on est dans le différé.

CD — On est dans ce que l'on appelle le « post-immédiat ». Mais pour revenir à ces situations d'urgence, au traitement de l'urgence, Jacques-Alain Miller substitue le traitement par l'urgence. Dans les situations de catastrophe collective – attentat, crash aérien, tremblement de terre – la personne a été confrontée au surgissement brutal de la mort, la sienne ou celle d'un proche ; quelque chose du réel se dévoile au sujet, le fantasme n'opère plus sa fonction d'écran, de sorte que le sujet se trouve démuné, en état de souffrance psychique aiguë (avec ses différentes formes d'expression), en particulier lors des premières heures. Quelle(s) issue(s) peut-on envisager à ces situations d'urgence subjective ? Peut-on considérer que ce moment de l'intervention est propice à ce que quelque chose se traite, hic et nunc ?

DC — Je pense que ce moment n'est généralement pas propice à un traitement par la parole, par la parole au sens d'un échange qui porterait sur quelque chose de signifiant. Il est absolument évident que cette période de l'urgence, de l'immédiat, est plutôt caractérisée par un refus de parole. Ce qui est très intéressant, c'est que dans ces moments là il est justement urgent de ne rien dire ou, plus exactement, d'en dire le moins possible. Ce qui n'exclut pas le fait que si la parole n'a pas sa place en tant que telle, il est nécessaire de considérer l'importance de la fonction de la présence. Celle-ci instaure un premier signal d'accroche au transfert.

CD — Il y a une autre temporalité de l'intervention médico-psychologique, post-immédiate, qui relève de l'après-coup. C'est à ce moment-là qu'est mis en place le fameux débriefing, quelques jours après l'événement traumatique. Là, les enjeux sont d'un autre ordre. Nous repérons l'efficacité thérapeutique de la parole, mais au-delà de ça, dans le service nous faisons nôtres également les deux objectifs que propose Guy Briole au débriefing comme dispositif groupal : sortir le groupe de l'isolement et dégager le sujet du groupe. Lors du débriefing, nous sommes attentifs à ce que chacun prenne la parole, de façon à ce qu'il retrouve ses propres signifiants, reprenne le fil de son histoire.

DC — Il est tout à fait exact que le débriefing collectif a une fonction éminemment utile car lui seul permet au sujet de sortir d'une forme d'isolement dans lequel il a été plongé par cette rencontre avec le réel. Cette expérience collective produit une première restauration d'un S₁

avec S₂, un premier réamorçage de lien social. En pratique, il arrive qu'on propose un deuxième *débriefing* collectif, exceptionnellement un troisième, mais au-delà de cette pratique et dans un second temps, le but est que le sujet, au moment de cette *ouverture de l'inconscient*, puisse transmettre une expérience de parole, qu'il développera seul, sans la présence des autres. Alors est-ce qu'on doit l'appeler *débriefing* individuel ou expérience psychothérapique précoce ?

CD — *Il y a une discussion aujourd'hui entre le terme de débriefing, très controversé et celui d'intervention psychothérapique précoce. Est-ce que le terme de psychothérapie convient ?*

DC — Ces expériences de parole s'instaurent dans les jours qui suivent l'événement traumatique, mais parfois, très rapidement au décours de cette rencontre avec le réel. Je pense à une expérience auprès de jeunes enfants. Dès le soir qui a suivi l'événement, l'intervention par la parole s'est immédiatement avérée thérapeutique. Ces enfants avaient été confrontés au « spectacle » d'un homme qui s'est écrasé. Ils étaient en voyage scolaire, donc éloignés de leur famille et les enseignants qui les accompagnaient ne parvenaient pas à soulager leur terreur à l'idée d'aller se coucher. Le groupe thérapeutique, d'abord l'ensemble des vingt sujets, puis en petits groupes dès le soir de l'événement, leur a permis de retrouver une certaine sérénité. Ce que ces enfants, âgés de huit ou neuf ans, évoquaient de leur rapport à la mort, montrait à l'évidence qu'ils ont pu effectuer un travail exemplaire consistant à se réapproprier cette expérience au moyen de leurs propres signifiants, la mort d'un grand-parent, un accident, parfois même l'émergence d'idéation suicidaire. Ce travail, ils le réalisaient bien en puisant dans les signifiants fondamentaux de leur histoire à chacun. Le *débriefing* permettait de résorber cette expérience de réel dans le symbolique.

CD — *Vous avez parlé précédemment de l'expérience du traumatisme comme « d'ouverture de l'inconscient ». Pourriez-vous préciser ?*

DC — Le trauma a cette particularité d'ouvrir l'inconscient, de le rendre lisible, à ciel ouvert. À ce moment là, le sujet accède aux représentations les plus essentielles, les plus fondamentales de son existence pour parer dans l'urgence, dans la catastrophe réelle mais aussi subjective, à cette déhiscence du maillage symbolique qui faisait tenir la structure. Les dernières formulations de Lacan sur le *traumatisme* font allusion à cette effraction au niveau de la structure subjective. Mais cette ouverture de l'inconscient ne dure pas. Parfois même elle se limite à un seul entretien effectué dans l'heure qui suit cette exposition brute au réel et qui a favorisé cette conjoncture. Il faut alors saisir ce qui peut l'être au moyen de la parole. Celle-ci a sans doute un statut qui emprunte autant au réel qu'au symbolique. C'est sans doute la raison pour laquelle cette parole ne suivra pas le développement d'un lien articulé sur le désir, celle qui, dans l'analyse, abrase progressivement les identifications imaginaires, mais qu'elle se conclura rapidement par un arrêt brutal et sans suite signalant le fait que l'inconscient se referme au regard de cette ouverture sur le réel. Après cette expérience, le sujet n'en demandera pas davantage.

CD — *Ce dispositif des CUMP est à présent largement connu de nos contemporains, des médias, des décideurs, et l'on peut légitimement se demander si l'urgence ne vient pas le plus souvent de l'Autre du sujet, c'est à dire des politiques, des autorités administratives, civiles ? Récemment notre cellule a été mobilisée d'urgence par les autorités municipales confrontées à la nécessité de reloger des populations à cause d'un risque d'effondrement d'immeuble. L'immeuble n'était pas effondré mais il y avait anticipation de cet événement jugé a priori traumatique.*

DC — L'inscription des CUMP dans notre société a suivi plusieurs étapes. Au début elles faisaient l'objet d'un rejet de la part du monde psychiatrique. Cette expérience d'intervention immédiate était mal comprise par nos collègues psychiatres, psychanalystes. *A contrario*, bien que minime au plan de sa consistance institutionnelle, elle a rapidement bénéficié d'une aura majeure auprès des médias avec cette phrase qui revient de façon ritualisée après chaque catastrophe, « une cellule psychologique a été mise en place ». Cette phrase s'est inscrite dans le discours social à la façon d'un *Ave Maria*. Si les journalistes en parlaient autant, c'est bien l'indice que cela correspondait à un besoin au niveau de la société. Mais un autre phénomène est apparu ces dernières années qui se traduit par une modification de la place des CUMP de deux points de vue. Le premier, c'est qu'elles semblent rentrer dans les schémas de la psychiatrie actuelle. On voit maintenant des psychiatres s'engager dans ces dispositifs, certains relativement classiques, alors que cela était impensable il y a encore quelques années. Deuxièmement, on observe une exigence de la part de la société qui ne s'exprimait pas à ce point il y a encore peu. Cette exigence ne correspond pas à une vraie demande de *psy*. Elle est en partie le reflet d'une utilisation de cet outil comme d'un objet qu'on utiliserait avant de passer à un autre. Ce fait doit nous faire réfléchir et nous conduire à davantage de précautions. De la part des autorités, j'ai vu pour la première fois, à propos de la grippe, une demande de déclenchement des CUMP qui relevait à l'évidence d'une tentative d'instrumentalisation. Cela d'ailleurs fait l'objet de discussions qui ont rapidement permis de faire machine arrière. Les autorités de l'état avaient cru bon utiliser les CUMP auprès des premières personnes « suspectées » de grippe A, à leur retour du Mexique. Celles-ci ont immédiatement protesté, à juste titre face à cette présence de *psys* à l'aéroport. Le sujet supposé savoir n'était nullement de cet ordre. Il empruntait en l'occurrence, la figure du virologue, du spécialiste de ces questions médicales mais pas du tout celle du *psy*. Cet exemple illustre qu'il est effectivement de notre ressort de rétablir une adéquation entre une offre qui doit être réglée sur les coordonnées subjectives des impliqués et non sur le désir de telle ou telle autorité.

CD — Il y a donc une multiplicité, une diversité des demandes qui nécessitent une réflexion éthique. Comment répondre à la demande ? Faut-il intervenir ou pas ? Si je reviens sur l'intervention que nous avons réalisée à propos de cet immeuble, finalement notre intervention n'a pas consisté à rencontrer les populations mais à soutenir, accompagner les responsables municipaux dans leur gestion de la situation. Cette intervention, me semble-t-il, a aussi « renforcé » les liens transférentiels à notre cellule d'urgence.

DC – Absolument. Ce sont des expériences qui ont été discutées à propos des diverses demandes, il y avait eu, à une époque, des interrogations à propos des brasiers mis en place pour éradiquer la transmission au moment de la vache folle. Devait-on venir en aide aux agriculteurs ? Des collègues disaient que ce n'était pas une indication. Personnellement, je rejoins ce que vous disiez. Avant de conclure trop rapidement, il faut se donner le temps d'approfondir la demande. Dans ce cas en particulier, certains agriculteurs se sont suicidés. L'expérience qui se développe avec les CUMP apporte une réflexion autour de phénomènes de société comme celui du suicide qui provoquent des effets dans le milieu environnant. Récemment, Jacques-Alain Miller parlait d'épidémie de suicide.

CD — Ce qui implique que les personnes qui exercent dans ces cellules, aient une orientation. Il s'agit de se doter d'une éthique.

DC — Nous étions initialement sept responsables lorsque le réseau s'est mis en place. Parmi ces sept, nous étions d'orientations différentes. J'étais le seul de l'École de la Cause

Freudienne et pratiquement le seul à avoir une orientation très affirmée du côté de la psychanalyse. Deux étaient psychiatres « généralistes », polyvalents, l'un était orienté sur la chimiothérapie et deux autres sur la neurobiologie, un dernier sans orientation précise. Les choses ont évolué parce qu'il y a maintenant un poste par région et dans ces régions nous trouvons des psychiatres qui ont été touchés à un moment ou un autre par la psychanalyse, même si ce n'est pas leur orientation principale. Les questions qui touchent à l'éthique font parties des domaines que nous cherchons à affiner dans nos rencontres et discussions. Nous restons, dans le réseau des CUMP, un groupe qui fait lien pour une raison très simple : à chaque catastrophe d'importance, nous ne pouvons fonctionner que grâce au réseau c'est-à-dire grâce au renfort apporté par d'autres régions.

CD — Alors l'intervention d'urgence ne signifie pas la précipitation, la désorganisation. Bien au contraire. Dans des situations qui bousculent les repères habituels et même si la variabilité et la nouveauté des situations rencontrées rendent impossible la standardisation des interventions, un cadre d'intervention est nécessaire. Comment êtes-vous organisés à Paris ?

DC — C'est extrêmement simple. Comme dans toutes les régions, en tant que psychiatre je reçois l'appel, j'ai un collaborateur fixe qui est une psychologue à mi-temps. C'est donc une institution qui, entre les crises, est résumée à sa plus simple expression : un psychiatre, un psychologue, une secrétaire. Lorsque l'événement est relativement limité nous en restons là. Les interventions ponctuelles mobilisent une ou deux personnes quelques heures, éventuellement suivies d'une ou deux réunions. Lorsque nous avons affaire à un événement dans un établissement scolaire, ce qui a une certaine régularité, la mobilisation est un peu plus importante. Quelques volontaires appartenant à d'autres hôpitaux nous rejoignent. À ce moment-là le travail sur les lieux de l'intervention peut durer plus longtemps. Cela a été le cas par exemple pour un suicide dans une école, nous avons travaillé presque une quinzaine de jours, tant les circonstances étaient complexes. À Paris, nous avons la particularité d'être à proximité des ministères. Lorsqu'une catastrophe d'ampleur nationale se produit et surtout lorsqu'elle concerne des français à l'étranger, nous sommes sollicités en premier lieu. Il y a alors un important moment de mobilisation.

CD — Pour terminer, est-ce qu'il y a une particularité, quelque chose dans ce travail qui fait expérience pour vous ?

Je suis le seul praticien hospitalier temps plein, dont l'activité est dédiée à la CUMP. C'est la particularité de Paris. Ce n'est pas toujours simple. Si je devais donner un point qui fait unité avec mes préoccupations antérieures, je pense que ce serait le suicide. J'ai retrouvé avec l'exercice de la CUMP une réflexion à propos d'une question précise « Qu'est-ce qui a fait que le passage à l'acte est advenu ? ». Chez les adolescents, il existe une clinique, pas très connue encore des pédopsychiatres, qui se caractérise par quelque chose qui n'est pas sans lien avec la bande de Möbius, à savoir le passage d'un bord à l'autre, soit d'une situation de normalité à la situation de passage à l'acte ; passage qui s'effectue de façon imperceptible le plus souvent. On comprend d'ailleurs à quel point l'affichage de procédures qui viseraient à prévenir ces déviations, dont le suicide, reste sans efficacité véritable. Je me demande parfois s'il n'y a pas un vieillissement prématuré de l'enfant qui présente de nos jours des pathologies que, traditionnellement, on décrivait chez l'adulte : mélancolie, paranoïa, aspiration de l'imaginaire par le réel sans le passage obligé et apaisant par le symbolique. L'approfondissement de la clinique de ces cas, du lien qui se tissait dans la famille, parfois par rapport à un parent psychotique, souvent non repéré comme tel, offre une perspective qui a au moins le mérite de

ne pas laisser l'entourage dans un vide total. Au-delà, on souhaiterait qu'une autre psychiatrie retrouve son espace, celle que Lacan interpellait dans son *Petit discours aux psychiatres*.

