

Le Réseau Français des Cellules D'urgence Médico-Psychologiques

Pr. Louis CROCQ
Médecin-Général (Cadre de Réserve), psychiatre des armées,
Professeur associé honoraire à l'Université René Descartes (Paris, France)

Historique

Au lendemain de l'attentat terroriste à la bombe du 25 juillet 1995, à la station de métro St-Michel à Paris (10 morts, 100 blessés), le Président de la République Jacques Chirac a ordonné à son ministre de l'action humanitaire d'urgence, le docteur Xavier Emmanuelli, de mettre en place un dispositif adéquat à la prise en charge immédiate des blessés psychiques, pour compléter le dispositif des secours médicaux (SAMU ou Service d'Aide Médicale Urgente) qui était déjà en fonction pour les secours aux blessés somatiques. Le docteur Emmanuelli a constitué immédiatement une commission de douze praticiens, médecins urgentistes, psychiatres, psychologues et infirmiers, présidée par le Médecin Général Louis Crocq, psychiatre des Armées, avec pour mission :

- d'élaborer un dispositif de prise en charge immédiate, sur le terrain même, des blessés psychiques en cas d'attentat, de catastrophe ou d'accident collectif,
- de prévoir la continuité de cette prise en charge dans les trois phases immédiate, post-immédiate et différée-chronique,
- d'étendre ce dispositif sur tout le territoire français,
- d'intégrer ce dispositif dans le système général des secours,
- d'assurer la formation des personnels qui seront affectés à ce dispositif.

En quelques jours, un dispositif de veille a été mis en place dans les grandes villes françaises et des équipes médico-psychologiques sont intervenues à l'occasion de nouveaux attentats à Paris et à Lyon, par exemple. En août 1996, la commission rendait son rapport au Ministère de la Santé.

Le 28 mai 1997, deux textes officiels (un arrêté ministériel et une circulaire d'application) instituaient la mise en place du **Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique**, ainsi que du **Réseau National des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques**. Le 3 mai 2003, une nouvelle circulaire renforçait ce réseau.

Le Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique ; ses missions

Le Comité National, nommé par le Ministre de la Santé et renouvelé tous les trois ans, est composé de médecins urgentistes des SAMU, de psychiatres, psychologues et infirmiers oeuvrant dans des cellules, de représentants des différents ministères intéressés (Santé, Intérieur, Education Nationale, Transports, Justice, Défense, etc.) et de deux personnalités connues pour leurs travaux en psycho-traumatologie. Il a pour mission :

- de définir des objectifs et une doctrine d'intervention des CUMP,
- de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique,
- d'assurer l'évaluation des actions conduites par le réseau,
- de superviser les formations (formation initiale et formation continue) des personnels des CUMP, psychiatres, psychologues et infirmiers,
- de mettre en œuvre un programme de recherches en psychiatrie de catastrophe.

Le réseau national des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) ; ses missions

Le maillage du réseau est interrégional, régional et départemental. Au chef-lieu de chacun des 100 départements du territoire français, il y a une cellule d'urgence médico-psychologique composée de personnels volontaires (au nombre de 10 à 30 selon l'importance du département), psychiatres, psychologues, et infirmiers, qui ont tous reçu une formation adéquate en psychiatrie de catastrophe et en psycho-traumatologie. Ces personnels assurent ce service en plus de leur service normal dans les hôpitaux et dispensaires de la fonction publique. Chaque cellule est dirigée par un psychiatre référent départemental. En outre, 22 villes sièges de région, et 11 villes situées dans des zones à risques sont dotées de moyens supplémentaires en personnels permanents et en matériel (matériel de transmission et matériel de soins d'urgence). Enfin, dans 7 grandes villes sièges d'inter-région, le psychiatre référent interrégional a pour mission d'aider les cellules de son territoire et de répercuter la formation permanente.

La mission des CUMP est d'intervenir aux côtés des SAMU pour porter secours aux blessés psychiques en cas d'attentat, de catastrophe, d'accident collectif ou d'incident à fort retentissement social (prise d'otages ou décès dans une école par exemple). Elles n'interviennent pas pour des agressions et accidents individuels. Le principe justificatif de l'intervention médico-psychologique immédiate est primo qu'on doit soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique, et secundo que des statistiques précises (Bouthillon et Crocq) ont montré qu'une telle intervention diminue la probabilité de survenue des séquelles psychiques, et tout au moins leur gravité. La technique d'intervention consiste à envoyer immédiatement une première équipe sur le terrain, laquelle procède aux premiers secours et à l'évaluation des besoins (pour demander éventuellement des renforts). L'équipe installe un **Poste d'Urgence Médico-Psychologique** ou PUMP (à proximité du poste d'urgence somatique ou « **Poste Médical Avancé** ou PMA) et assure le triage, les soins et l'évacuation (accompagnée si besoin) des

blessés psychiques. Des chasubles blanches et des écriteaux facilitent l'identification et le repérage. L'équipe peut aussi dépêcher du personnel au PMA, car il ne faut pas oublier que tout blessé somatique conscient est aussi un blessé psychique, dont le stress peut contribuer à effondrer la résistance. Les soins médico-psychologiques d'urgence comprennent l'administration de sédatifs et d'anxiolytiques, et aussi des entretiens psychothérapeutiques initiaux au cours desquels la victime est invitée à verbaliser son expérience vécue (déchocage ou *defusing*), cette verbalisation répondant le plus fréquemment à un besoin spontané de la victime. Cette action sur le terrain est intégrée au système général des secours (avec établissement d'une fiche de soins et de suivi pour chaque victime), et implique une coordination étroite avec les soignants somaticiens et les secouristes non soignants (pompiers, sécurité civile, Croix-Rouge). A noter que les secouristes de la Croix-Rouge, qui peuvent assurer un simple « soutien psychosocial » mais ne sont pas habilités à prodiguer des soins médico-psychologiques, ont reçu une sensibilisation au stress et au trauma qui leur permet d'aiguiller les blessés psychiques vers le PUMP. Une autre mission de l'équipe est d'apporter le soutien médico-psychologique adéquat aux secouristes émotionnés ou épuisés qui en ont besoin.

En outre, l'équipe remet à tout blessé psychique ou impliqué une note d'information attirant l'attention sur la survenue de symptômes différés et invitant à participer à un *debriefing* dans les jours à venir, au siège départemental de la CUMP ou dans un lieu neutre hors du terrain de la catastrophe. Cette action dans la période post-immédiate (du 2^{ème} au 30^{ème} jour) est primordiale car : elle assure la surveillance du suivi et éventuellement la continuité des soins (le plus souvent le *debriefing* est en fait une intervention psychothérapeutique en post-immédiat) ; et elle permet aussi de détecter les pathologies différées chez des sujets qui, dans l'euphorie du rescapé, s'étaient cru initialement « quittes pour la peur » et se sont décompensées ensuite.

En principe, la mission des CUMP s'arrête à la période post-immédiate incluse. Mais beaucoup de victimes demandent à être suivies par le même praticien, et répugnent à être transférées vers un service de psychiatrie, s'estimant à juste titre n'être pas des « malades mentaux ». Aussi, beaucoup de CUMP ont ouvert à cette fin des consultations de psycho-traumatologie pour le suivi à moyen et long terme de tels patients.

Premier bilan des CUMP

Depuis leur création en 1995-97, le réseau des CUMP a effectué plus de 2000 interventions par an, dont certaines pour des catastrophes majeures, comme les inondations du Sud de la France (1998), le crash de l'avion Concorde à Paris-Roissy (2000), l'explosion de l'usine AZF à Toulouse (2001), le soutien aux familles après l'incendie du tunnel du Mont-Blanc (1999), le Tsunami en Asie du Sud-Est (2004, secours auprès des ressortissants français) et le soutien psychologique de ressortissants français lors de leur

rapatriement d'urgence dans des événements de guerre à l'étranger (Congo, 2001 ; Côte d'Ivoire, 2004 ; Liban, 2006).

Bibliographie

BOUCHARD J.P., FRANCHI C., BOURREE C., LEPERS C. (2003). Explosion de l'usine AZF. Conséquences psychologiques sur le personnel d'une entreprise voisine. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3, 4, p. 241-248.

BOUTHILLON P, CROCQ L, JULIEN H. (1992)
. Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes. *Psychologie Médicale*, 24, 5, p. 465-470.

CREMNITER D. (1999). La catastrophe du Concorde : intervention médico-psychologique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1, p. 55-59.

CROCQ L (1998). La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. *Annales Médico-Psychologiques*, 156, p. 48-54.

CROCQ L. (1998). Les cellules d'urgence médico-psychologiques. *Act. Med. Int.*, Psychiatrie, 15, 213, p. 3831-33.

CROCQ L. (1998). Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes. *Psychiatrie Française*, 1-98, p. 31-39.

CROCQ L., CROCQ M.A., CHIAPELLO A., DAMIANI C. (2005). Organization of mental health services for disasters victims. In J.J. Lopez-Ibor and al. *Disasters and mental health*, John Wiley and Sons Ltd, chap 6, pp. 99-123.

PASSAMAR M., VILAMOT B., TELLIER O. (2001). Inondations du Tarn-Sud. Mise en place de la CUMP dans le cadre du plan ORSEC. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 3, 149-154.

PRIETO N. (1999). L'expérience de la catastrophe du tunnel du Mont-Blanc. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1, p. 45-48.