

LIVRE BLANC

CELLULES D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE



LIVRE BLANC

CELLULES D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE



**Groupe de travail CUMP
du Conseil National de l'Urgence Hospitalière**

Les auteurs

Cet ouvrage a été écrit par les membres du groupe de travail CUMP du Conseil National de l'Urgence Hospitalière. Il est préfacé par Jérôme Salomon, Directeur Général de la Santé.

Gaëlle ABGRALL, psychiatre référente zone Île-de-France, CUMP 75

Bartholomé-Komivi AZORBLY, psychiatre référent CUMP 64B

Thierry BAUBET, psychiatre référent CUMP 93

Régis BLANCHE, psychiatre référent CUMP 65

Olivier BODIC, psychiatre référent région Pays de la Loire, CUMP 44

Alexandra BOTERO, psychiatre référente CUMP 94

Jean-Jacques CHAVAGNAT, psychiatre référent CUMP 86

Eric CHEUCLE, psychologue permanent CUMP 69

Marie-Dominique COLAS, chef du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées, Percy

Didier CREMNITER, précédent psychiatre référent national

Rémy DARBON, infirmier permanent CUMP 69

Flavie DERYNCK, psychiatre référente zone Sud, CUMP 13

Jonathan DUCHENNE, directeur médical SAMU 15

François DUCROCQ, psychiatre référent national adjoint, CUMP 59

Irène FRANCOIS-PURSELL, médecin légiste, psychiatre référente région Bourgogne-Franche-Comté, CUMP 21

Louis JEHEL, précédent psychiatre référent zone Antilles, CUMP 972

Charles-Henry MARTIN, psychiatre référent zone Sud-Ouest, CUMP 33

Laurent Melchior MARTINEZ, coordonnateur national du soutien médico-psychologique des armées, Direction Centrale des Services de Santé des Armées

Dominique MASTELLI, psychiatre référent zone Est, CUMP 67

Joël MAZOYER, psychologue CUMP 15

Dominique MESLIER, infirmier permanent CUMP 86

Sylvie MOLENDA, psychologue CUMP 59

Pascal PANNETIER, précédent psychiatre référent zone Est, CUMP 67

Jean-Marc PHILIPPE, conseiller médical, Direction Générale de la Santé

Nathalie PRIETO, psychiatre référente nationale des CUMP, zone Sud-Est, CUMP 69

Philippe RAYNAUD, psychiatre référent CUMP 66

Laure ROUGEGREZ, psychiatre référente CUMP 62

Catherine THIERY, psychiatre référente CUMP 06

David TRAVERS, psychiatre référent zone Ouest, CUMP 35

Frédérique WAREMBOURG, psychiatre référente zone Nord,
CUMP 59

Préface

Les catastrophes et les accidents occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Il convient de prévenir, réduire et traiter ces blessures rapidement à proximité du lieu de la catastrophe ou de l'accident sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques.

Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique est institué au profit des victimes de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent.

L'intervention rapide des professionnels de l'urgence médico-psychologique permet la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des victimes et de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs. Ces équipes ont également pour mission d'assurer, en tant que de besoin, des soins psychologiques aux équipes médicales et aux sauveteurs.

La création du réseau national de l'urgence médico-psychologique en 2013 a montré son efficacité au bénéfice des victimes face aux nombreuses situations sanitaires exceptionnelles que notre nation a subi notamment lors des attentats de 2015 et de 2016. L'objectif est de disposer sur l'ensemble du territoire, d'un réseau national de l'urgence médico-psychologique, cohérent et homogène composé d'équipes pluridisciplinaires associant des professionnels spécialistes en santé mentale permanents et volontaires (psychiatres, psychologues, infirmiers), formés sur la base d'un référentiel national. Ce réseau national, animé par un psychiatre référent, intervient dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique en situation sanitaire exceptionnelle pour assurer la prise en charge optimale des victimes dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé.

Au-delà du cadre institutionnel de l'urgence médico-psychologique, il est important de définir les bases de l'organisation de la prise en charge des victimes et des modalités de l'intervention médico-psychologique. C'est à ce titre, que j'ai sollicité le Dr Nathalie PRIETO, psychiatre référent nationale et son adjoint le Dr François DUCROCQ afin d'élaborer un livre blanc à l'attention des professionnels de l'urgence médico-psychologique, mais aussi de tous les acteurs de la prise en charge des victimes.

Je remercie le Dr Nathalie PRIETO, le Dr François DUCROCQ et tous les auteurs d'avoir contribué à mieux faire connaître le travail des professionnels de l'urgence médico-psychologique et le service rendu à nos concitoyens.

Jérôme SALOMON

Directeur Général de la Santé

Table des matières

Chapitre 1	3
Historique	3
Circonstances de la création des CUMP	3
Élaboration du réseau des CUMP	5
Principales interventions menées par les CUMP depuis leur création	7
Chapitre 2	11
Missions et enjeux.....	11
Définition d'une doctrine concernant le soin médico-psychologique précoce et le suivi des blessés psychiques	11
Mise en place d'un dispositif gradué pour la prise en charge des blessés psychiques ..	12
Formation des personnels	13
Réponse aux demandes de renfort des dispositifs CUMP	14
Travail en réseau	15
Chapitre 3	17
Organisation territoriale et fonctionnement de la CUMP.....	17
L'organisation territoriale du dispositif CUMP	17
Modalités de participation des personnels CUMP	20
Le schéma-type d'intervention de la CUMP	21
Chapitre 4	25
La clinique psychotraumatique.....	25
Introduction.....	25
Historique	26
Critères diagnostiques et symptômes	27
Les facteurs de risque de TSPT	31
Complications, comorbidités	33
Evolution.....	34
Chapitre 5	35
Dispositif opérationnel de la CUMP	35
Le Poste d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP)	36
Le PUMP téléphonique.....	38
La Task Force Médico-Psychologique (TFMP).....	40
Chapitre 6	43
Principes psychothérapeutiques et soins médico-psychologiques en urgence	43

Introduction	43
Principes d'action et objectifs d'intervention des soins psychothérapeutiques en CUMP	43
Les traitements pharmacologiques de la prise en soin immédiate et post-immédiate	48
Prise en charge des enfants et adolescents par les CUMP	49
Conclusion	54
Chapitre 7	55
CUMP, SSE et situations particulières	55
7.1 Renforts nationaux dans les catastrophes majeures	55
Organisation des renforts	56
Conclusion	60
7.2 L'intervention des CUMP pendant la pandémie de COVID-19	61
Un dispositif réactif en population générale par des plateformes d'écoute	61
L'offre aux patients et leur entourage	62
Une offre de soins aux soignants	63
Un renfort des territoires ultra-marins lors de la quatrième vague	64
Conclusion	65
7.3 Aspects médico-légaux : décès en cas de catastrophe, certificats et ITT	67
L'identification formelle de la personne	68
L'accès au corps	68
Evaluation de l'ITT	69
7.4 Le service de santé des armées : contributeur potentiel au dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en situation sanitaire exceptionnelle	73
Chapitre 8	75
Cadre réglementaire	75
Approche synthétique	75
Documents de référence par ordre chronologique	81
Chapitre 9	85
Bilan et perspectives	85
Bibliographie	89

Chapitre 1

Historique

Didier CREMNITER et Nathalie PRIETO

Circonstances de la création des CUMP

Le 25 juillet 1995, à 18h, une bombe explosait dans une voiture du RER B à la station RER Saint-Michel à Paris, faisant 10 morts et plus de 100 blessés. Le lendemain de l'attentat, le Président de la République Jacques Chirac, accompagné de son ministre à l'action humanitaire d'urgence Xavier Emmanuelli, vint rendre visite aux blessés hospitalisés à la Salpêtrière, pour leur témoigner sa compassion et son soutien. Là, il se rendit compte que, si les blessures physiques et les brûlures avaient été parfaitement traitées, rien n'avait été fait pour les atteintes psychiques. Les blessés étaient encore sous le coup de leur choc émotionnel, certains tremblaient, d'autres étaient secoués de sanglots, d'autres, hallucinés et le regard fixe, revivaient leur instant d'effroi. Bref, le Président Jacques Chirac et tout le corps médical présent redécouvraient cette évidence : le devoir de tout soignant est de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique.

Le Président chargea alors le ministre Xavier Emmanuelli d'organiser et de mettre en place un dispositif adéquat pour la prise en charge des chocs psychiques lors des attentats, catastrophes et accidents collectifs. Xavier Emmanuelli, ayant longtemps exercé comme médecin urgentiste au SAMU, et détenant une expérience sur le terrain des catastrophes dans le monde, avait la conviction qu'il fallait la présence de psychiatres à partir du moment où des rescapés présentaient des tableaux psychiatriques majeurs. Il fit appel au Médecin Général Louis Crocq, psychiatre militaire connu pour ses travaux sur les traumatismes psychiques de guerre, pour créer ce dispositif de soins psychiques d'urgence pour les victimes, les « cellules

d'urgence médico-psychologique », vocable qu'il avait créé dans l'instant.

La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, désignée par l'acronyme CUMP est un dispositif hospitalier dont la particularité est de fonctionner à l'extérieur de l'hôpital. Il s'agit du dispositif officiel composé de médecin psychiatres, de psychologues et d'infirmiers ayant pour objectif de prévenir l'installation d'une névrose traumatique chez des personnes venant d'être exposées à une catastrophe, un accident collectif, des actes terroristes ou une situation de guerre. La CUMP est directement rattachée au SAMU et déclenchée par lui.

D'autres attentats étaient redoutés durant cette période et il faut rappeler qu'un certain nombre d'accidents majeurs et d'événements critiques s'étaient produits dans les années précédentes : l'accident de la gare de Lyon, l'effondrement de la tribune du stade Furiani, une prise d'otage dans une classe de très jeunes enfants dans une école de Neuilly et une prise d'otages dans un avion d'Air France à Alger.

Au début du 20ème siècle, le psychiatre militaire russe, le Dr Autocratov a découvert lors de la guerre russo-japonaise de 1904, que les soldats traités immédiatement sur place, à proximité des lieux du combat sans pouvoir être transférés dans les hôpitaux de l'arrière évoluaient très favorablement. C'est ce qui allait devenir la Psychiatrie de l'avant. Durant la guerre de 14-18, le psychiatre américain Thomas Salmon, qui théorisa cette organisation, constata que 60% des soldats ainsi traités étaient guéris et pouvaient reprendre leur poste alors qu'ils n'étaient que 30% si l'on les transférait dans les hôpitaux de l'arrière. L'immédiateté de la prise en charge, la proximité avec les lieux du combat, la simplicité des techniques de parole, par une écoute qui permettait au soldat de dire en quoi il était traumatisé devinrent les trois des principes de la psychiatrie de l'avant identifiés par Thomas Salmon.

C'est de cette pratique réitérée durant la guerre de 39-45, que se sont inspirés nos collègues psychiatres des armées, les Prs Louis Crocq et François Lebigot, pour établir les principes des interventions de la

CUMP. Il s'agissait d'appliquer dans le domaine de la vie civile ces acquis de l'expérience militaire.

La plupart de ces psychiatres militaires était orientée par la psychanalyse, Freud et son travail sur les névroses de guerre, et même Lacan pour certains.

Élaboration du réseau des CUMP

Deux jours après l'attentat du RER Saint-Michel, Xavier Emmanuelli réunissait dans son ministère un groupe de travail de dix psychiatres et psychologues choisis en fonction de leur compétence en matière de trauma (dont les docteurs Didier Cremniter, Patrice Louville, François Lebigot et Alain Payen). Xavier Emmanuelli et Louis Crocq exposèrent les objectifs du groupe de travail. En outre, en ce qui concerne la région parisienne, un tour d'astreinte fut établi pour les psychiatres et les psychologues volontaires, avec instruction de rejoindre le SAMU de Paris au plus vite lorsqu'ils seraient appelés. Cette disposition ne tarda pas à s'avérer judicieuse lorsque, quelques semaines plus tard, survint l'attentat de l'avenue Friedland à Paris : véhiculés par le SAMU, un psychiatre, un psychologue et une infirmière purent intervenir rapidement sur place, assurer les soins adéquats aux victimes psychiques et procéder à l'évacuation d'une victime particulièrement choquée.

Le groupe a procédé progressivement en développant le système dans les grandes villes. Et dès septembre 1995 ces CUMP ont pu être activées après plusieurs attentats terroristes (une explosion de bombe à Villeurbanne et plusieurs à Paris (rue Richard Lenoir (3 septembre), à Villejuif (7 septembre), Place d'Italie (6 octobre), au métro Maison Blanche (7 octobre) et au métro Orsay (17 octobre)).

Au bout de dix mois, le 1^{er} juin 1996, le groupe remettait son rapport au ministre Xavier Emmanuelli et au ministre de la santé. Le rapport présentait l'ensemble des cent CUMP du territoire national comme constituant un « réseau », ce qui impliquait une unité de doctrine, des échanges scientifiques et, surtout, la possibilité pour une CUMP

départementale débordée par une catastrophe de grande ampleur de demander de l'aide aux CUMP des départements voisins, de la région, voire au niveau national. Chaque CUMP départementale était dirigée par un « psychiatre référent départemental », motivé, volontaire et formé à la psychiatrie de catastrophe et à l'intervention en urgence. Les autres personnels CUMP (psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers) constituaient un vivier de volontaires, eux aussi motivés et formés par le psychiatre référent aux soins médico-psychologiques d'urgence. Le SAMU devait assurer le transport des personnels CUMP sur le terrain, ce qui impliquait pour ces personnels appelés l'obligation de se rendre au SAMU et de s'y équiper (chasubles, malles d'urgence psy).

La circulaire (DH/DGS n° 97-383) du 28 mai 1997 vint officialiser la création du réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique. Face à l'augmentation du nombre d'interventions, de leur pertinence d'action grâce à une meilleure définition des indications et des limites, le gouvernement prit la décision de renforcer le dispositif en prévoyant une cellule permanente par région et dans chaque département de plus d'un million d'habitants. Il s'agissait de la circulaire DHOS/02/DGS/6C n° 2003/235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

Désormais la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique est consacrée par le Décret du 7 janvier 2013 (qui inscrit les CUMP dans le Code de la Santé Publique) et les circulaires de 1997 et 2003 ont été abrogées. Des changements ont eu lieu, comme la création d'un(e) Psychiatre Référent(e) National(e) et une nouvelle organisation zonale (sous la tutelle de l'ARS). Plusieurs arrêtés et instructions lui font suite. Celle du 6 janvier 2017, relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique (abrogeant ainsi l'arrêté du 24 février 2014) précise le rôle et les missions des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) ainsi que la place des ARS.

Principales interventions menées par les CUMP depuis leur création

Les toutes premières interventions effectuées par les CUMP ont été essentiellement motivées par la série d'attentats terroristes qui a sévi pendant l'été et l'automne 1995 à Paris et à Lyon, puis l'attentat à la station RER Port-Royal le 4 décembre 1996.

Ensuite, il y eut surtout des interventions occasionnées par des catastrophes. Pour ne citer que les interventions les plus notables : le soutien aux enfants rescapés d'une avalanche dans les Alpes (Les Orres, février 1998) et aux familles endeuillées ; l'intervention de la CUMP de Rouen à l'occasion d'une collision meurtrière d'une centaine de véhicules dans le brouillard sur l'autoroute de Normandie (Bourg-Achard, mars 1998) ; plusieurs interventions des CUMP départementales et régionales à l'occasion d'inondations dans l'Aude, le Gard et le Tarn (1998 et 1999) ; l'intervention de la CUMP de Lyon à l'occasion de l'incendie du tunnel du Mont-Blanc (1999) ; l'intervention des CUMP de Paris, du Val d'Oise et des départements alsaciens lors du crash de l'avion Concorde à Roissy, le 25 juillet 2000 (le réseau a alors fait appel à ses personnels germanophones pour le soutien des familles endeuillées, qui étaient en majorité allemandes) ; l'intervention de la CUMP du Nord en avril 2001 auprès de la population de Vimy évacuée en hâte dans la crainte d'une explosion chimique à l'occasion de la mise en sécurité d'un entrepôt d'obus contenant des gaz toxiques datant de la Première Guerre Mondiale ; l'intervention de la CUMP de Haute-Garonne et des CUMP des départements voisins lors de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse le 21 septembre 2001 ; diverses interventions des CUMP du Nord et du Pas-de-Calais à l'occasion d'inondations et de glissements de terrain (2006, 2007) ; l'intervention pendant plusieurs jours de la CUMP de Vendée et des CUMP des départements voisins, auprès des rescapés, des sinistrés et des endeuillés de la tempête Xynthia, survenue sur la côte atlantique le 27 février 2010; la mobilisation de l'ensemble du réseau des CUMP pour les attentats de Paris et Nice (2015 et 2016), le cyclone IRMA aux Antilles (2017) ; l'intervention des équipes CUMP de

la région Provence Alpes Côte d'Azur et Auvergne Rhône-Alpes lors des inondations dans la vallée de la Roya et de la Vésubie (2020).

Les CUMP sont intervenues aussi à l'étranger, à la demande du ministère des affaires étrangères, pour le soutien de ressortissants français attaqués ou menacés lors d'événements de guerre et de catastrophe, et pendant leur rapatriement. Dans les années 1998-2007, ce furent des événements de guerre au Congo, en Côte d'Ivoire et au Liban. Le plus souvent, il s'est agi d'accompagner des familles endeuillées sur les lieux d'un crash aérien à l'étranger : par exemple le crash aérien de Sharm-el-Sheik (Egypte, 224 morts) en janvier 2004, celui de Maracaïbo (Vénézuëla, 152 morts) en août 2005, celui du vol Rio-Paris du 1er juin 2009 (221 disparus), celui d'un avion au large des Comores, le 30 juin 2009 (152 morts et une seule survivante, adolescente), celui de l'Ethiopian Airlines le 10 mars 2019 (157 morts). Trois interventions prolongées ont été assurées aussi : à l'occasion du Tsunami du 24 décembre 2004 sur les côtes de l'Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Sri Lanka), où il s'agissait d'assurer le defusing des rescapés et leur soutien psychologique dans les vols de rapatriement, de les accueillir à Roissy et de soutenir les familles endeuillées ; à l'occasion du séisme d'Haïti de janvier 2011, où s'est posé le délicat problème du convoyage et de l'accueil à Orly des orphelins adoptés. Le 13 janvier 2012, ce fut le naufrage du paquebot de croisière Concordia au large de l'île de Giglio (Italie), faisant 32 morts sur 3250 passagers dont 460 Français ; la CUMP de Paris a dépêché des personnels sur place, et les CUMP des départements des Alpes Maritimes, du Var et des Bouches du Rhône ont accueilli les rescapés français à leur arrivée en autocar à la frontière italienne. Il convient aussi de mentionner l'activation des CUMP pour l'accueil et le débriefing d'otages libérés (Philippines, 1999 ; otages du Ponant en Mer Rouge, 2008 ; Afghanistan, 2012 ; Iraq, 2012 ; Nigeria, 2013 ; Cameroun, 2013). Lors d'attentats commis à l'étranger, des équipes CUMP ont également été projetées au sein des ambassades et consulats pour assurer la prise en charge des ressortissants français (Bamako 2017, Ouagadougou 2018, Sri Lanka 2020). Le réseau de l'urgence médico-psychologique a également été activé pour assurer la prise en charge des impliqués et des familles des victimes de

l'effondrement du pont de Gênes (2018), et de l'explosion industrielle survenue à Beyrouth (Liban) en 2020.

Par son ampleur, l'épidémie Covid-19 a constitué un tournant à la fois dans la nature de la demande et dans l'adaptation nécessaire du dispositif (cf chapitre 7.2). De même le pré-positionnement de la CUMP pour la prise en charge des réfugiés ukrainiens témoigne de la réactivité permanente du réseau aux crises nationales et internationales. Dans toutes ces situations, l'objectif essentiel et prioritaire reste la prévention et la prise en charge des troubles psychotraumatiques.

Chapitre 2

Missions et enjeux

**David TRAVERS, Flavie DERYNCK, Alexandra BOTERO et
Pascal PANNETIER**

Les CUMP ont pour mission principale la « *prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes de catastrophes et d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison de leur nature, afin de prévenir, réduire et traiter les blessures psychiques* ».

Définition d'une doctrine concernant le soin médico-psychologique précoce et le suivi des blessés psychiques

L'exposition à une situation traumatique peut être à l'origine de blessures psychiques immédiates ou différées, aiguës ou chroniques, chez toute personne impliquée directement mais aussi indirectement dans l'événement concerné, qu'il s'agisse de la population générale ou des intervenants sanitaires et non sanitaires. Au-delà des tableaux de stress aigu ou chronique post-traumatique spécifiques, cette même exposition peut faire apparaître ou réactiver un trouble psychiatrique sous-jacent quel qu'il soit (dépression, schizophrénie...), le « stresser » qu'est l'événement venant croiser une vulnérabilité de fond s'intégrant dans une modélisation bio-psycho-sociale des troubles psychiatriques.

Les CUMP, en se déployant de manière immédiate, post immédiate ou différée par rapport à l'évènement potentiellement traumatique s'attachent à accueillir, évaluer, prendre en charge et si nécessaire accompagner vers un dispositif d'aval les victimes et les impliqués. Les équipes pluridisciplinaires des CUMP sont constituées de professionnels de santé spécialistes en santé mentale volontaires ou

permanents (psychiatres, psychologues et infirmiers). Les prises en charge sont individuelles ou groupales.

Dans un souci constant de respect du cadre éthique et déontologique, les CUMP s'assurent d'une absence totale de conflit d'intérêt dans la réalisation de leur mission d'accompagnement et de soin, et veillent à ce que les autres intervenants avec qui ils sont amenés à collaborer sur le terrain respectent cette déontologie, avec une vigilance toute particulière envers les tentatives d'approche des organisations sectaires ou de personnes non qualifiées.

L'accueil des impliqués en tant que sujets, dans une approche humaine et bienveillante représente un acte thérapeutique de ré-humanisation. Le traumatisme crée une rupture dans la continuité de la vie de la victime qui perd sa liberté décisionnelle et d'action et se retrouve réduite à l'état d'objet dans l'événement subi (objet de l'agresseur, objet de la catastrophe, numérotée sur une liste...). Les actions de soins dans un cadre médical et psychologique contribuent à restaurer une position de sujet et de liberté au plus tôt du parcours de santé.

Mise en place d'un dispositif gradué pour la prise en charge des blessés psychiques

Lorsqu'elle est sollicitée par le SAMU auquel par essence elle est rattachée, la CUMP doit proposer une réponse ou une réorientation de la demande, après une mise en perspective de l'évaluation de la situation traumatique, de l'état clinique apparent des impliqués, de la demande qui lui est faite et de ses enjeux éventuels non sanitaires, des options qui existent au sein de son territoire dans le domaine de l'urgence et du soin psychologique, de ses missions propres.

Il peut être proposé de manière graduée une intervention immédiate (24 premières heures post-événement), post-immédiate (jusqu'à un mois après l'événement) ou différée qui va se déployer au sein d'un ou plusieurs Postes d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP)

s'intégrant impérativement dans le dispositif de crise global lorsqu'il existe. Un PUMP téléphonique peut aussi être mis en place.

Une coordination de chaque équipe PUMP est nécessaire, ainsi qu'une coordination des différents PUMP le cas échéant, celle-ci devant être intégrée aux réunions de coordination du plan de secours global. En fonction de chaque situation, le PUMP peut être déployé sur des horaires de journée ou plus étendus, pour une action limitée au jour même de son activation ou pour une période plus longue qui peut se chiffrer en jours voire semaines selon l'étendue de la situation et de la population cible.

La CUMP peut proposer de manière différée, en relais intermédiaire de l'action immédiate ou en première réponse, des consultations psycho-trauma individuelles ou des groupes de débriefing sans déploiement de PUMP.

Au-delà des victimes et impliqués dans les situations traumatiques, les dispositifs s'adressent potentiellement aussi aux impliqués que sont tous les personnels intervenant dans sa gestion, soignants ou non soignants.

Enfin, dans la continuité du travail de régulation des demandes faites via le SAMU, les CUMP ont développé une fonction d'aide aux demandeurs à penser leur propre réponse aux réactions psychologiques en situation de crise. Ce rôle a été officialisé pendant la crise COVID où il a été demandé aux CUMP de se mettre à disposition des établissements médico-sociaux en ce sens.

Formation des personnels

Les dispositifs CUMP sont basés sur le volontariat de personnels médico-soignants issus de milieux professionnels et de pratiques différents qui sont amenés, dans ces contextes d'interventions, à travailler ensemble. Les entretiens, la clinique et les objectifs sont spécifiques et différents de la pratique habituelle (notamment dans les postures à prendre et à éviter, mais aussi dans ce contexte où le soignant rencontre des personnes non malades). L'entretien préalable

au volontariat puis la formation sont incontournables, cette dernière faisant désormais l'objet d'un cadre national en termes d'objectifs pédagogiques intégré depuis 2019 à l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence). Elle recouvre des aspects théoriques, cliniques et pratiques dans le champ du psychotraumatisme et des dispositifs de secours.

Au-delà de la formation socle déclinée en deux niveaux, des temps réguliers de regroupement des volontaires, d'analyse des pratiques et de retours d'expériences doivent être systématisés.

Tous ces temps de formation sont essentiels en termes d'entretien de la motivation au volontariat dans une activité qui peut être rare pour un volontaire donné, en termes de cohésion du groupe, en termes de capacités de résilience et de distanciation par rapport à une pratique qui expose intrinsèquement à la clinique post-traumatique, ne serait-ce que par le récit répété des situations et l'immersion dans les plans de secours de grande ampleur.

Les formations sont principalement assurées par les coordonnateurs CUMP et leurs collaborateurs, ce qui en garantit la légitimité et la qualité, le savoir transmis étant basé sur leur expérience concrète d'intervenants et de coordonnateurs d'équipe de terrain. Elles sont organisées avec l'appui des CESU (Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence), qui sont également des unités fonctionnelles rattachées aux SAMU. Des exercices de terrain avec l'ensemble des partenaires des secours constituent une mise en pratique essentielle en termes de formation.

Réponse aux demandes de renfort des dispositifs CUMP

Les CUMP, par le biais des coordinations régionales puis zonales et enfin nationales, peuvent être sollicitées pour proposer des renforts aux différents niveaux : régional, zonal, extra-zonal ou national, voire international. Ce renfort peut être rendu nécessaire du fait de l'ampleur de la situation et de la durée de déploiement qui peut se chiffrer en semaines mais aussi parce que recueillir des récits

traumatiques nécessite de relayer les volontaires régulièrement pour prévenir la traumatisation vicariante.

Cette sollicitation pour renfort a un cadre d'activation officiel et se veut graduée : le régional sollicite ses départements, puis sa zone de référence si ses moyens régionaux mutualisés sont dépassés, la zone ne se tournant vers le national pour mobilisation des autres zones qu'une fois dépassée dans sa globalité. La demande de renfort doit dans l'idéal être anticipée par une pré-alerte qui permet de mettre en vigilance les dispositifs et les volontaires. Les équipes CUMP de renfort viennent en support de la CUMP en charge de l'action initiale et se mettent à son service et sous son autorité.

Travail en réseau

La CUMP a pour mission de coordonner sur le plan médico-psychologique l'action des autres acteurs contribuant à l'aide et au soutien des victimes. Il est donc essentiel de créer des liens et développer des partenariats en amont des crises. Le travail en harmonie avec les SAMU et les SDIS est une absolue nécessité. Toute CUMP doit par ailleurs établir et maintenir les contacts nécessaires avec les autorités administratives et judiciaires concernées, les universités et le réseau associatif, notamment en ce qui concerne l'accueil et l'aide aux victimes.

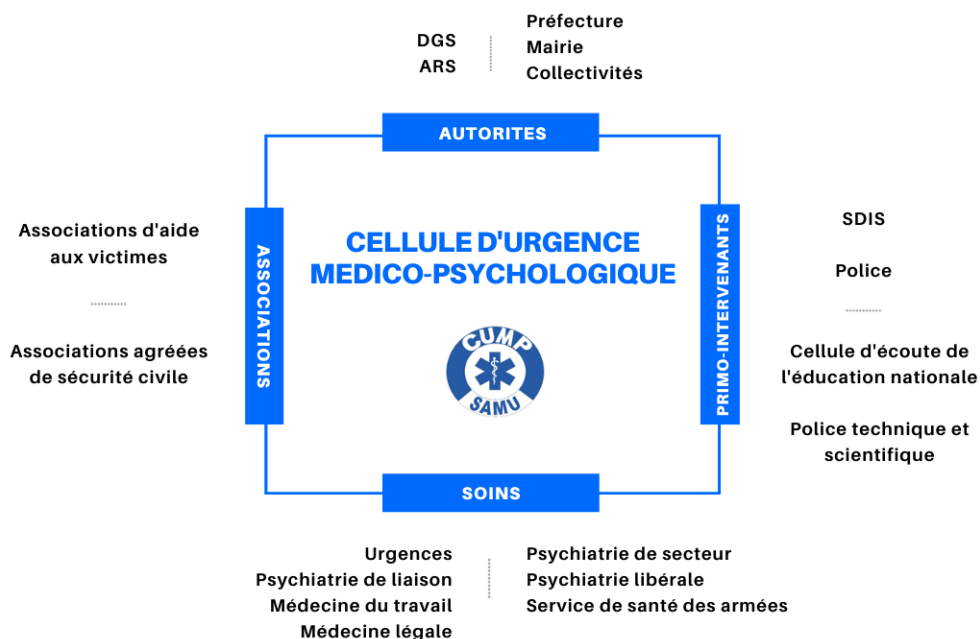
Il est nécessaire de créer une interconnaissance, de délimiter la place de chacun dans ses indications et sa pratique et enfin de définir les modes d'articulation entre entités lors de déploiements conjoints. Les liens avec les mairies permettent un repérage en amont des lieux potentiels d'accueil des proches, des impliqués et/ou de mise en place d'un poste d'urgence médico-psychologue (PUMP).

Des conventions peuvent être établies par le SAMU avec les associations de secouristes (Croix-rouge, Protection civile, ...) pour le support logistique des PUMP et les articulations entre les secours socio-psychologiques et les soins médico-psychologiques. Une convention prévoit également les articulations entre CUMP et

associations d'aide aux victimes (instruction interministérielle du 15/11/2017).

Les liens avec les structures de secteurs permettent d'acquérir une meilleure connaissance des lieux d'adressage en aval de la CUMP. Cela peut aussi faciliter l'identification des « renforts » CUMP potentiels en cas de plan blanc et des relais ultérieurs après la phase immédiate et post-immédiate.

La CUMP peut par ailleurs, dans le cadre de ses compétences propres, offrir aux différents partenaires des temps d'information et de formation autour de la CUMP et du psychotraumatisme.



Chapitre 3

Organisation territoriale et fonctionnement de la CUMP

Rémy DARBON, Jonathan DUCHENNE et Régis BLANCHE

L'urgence médico-psychologique fait partie du dispositif de l'aide médicale urgente. Ainsi, les CUMP sont des unités fonctionnelles présentes dans chaque établissement siège de SAMU. Elles interviennent dans le champ de compétence territoriale de leur SAMU de rattachement et participent, à ce titre, au réseau des urgences du territoire.

Le travail collaboratif entre les CUMP et les SAMU s'exerce au quotidien et au long cours. Au quotidien pour les soins, lors des alertes et des déclenchements qui sont nécessairement régulés par les SAMU. Au long cours pour les travaux d'organisation et de préparation à la gestion de crises, la formalisation et l'entretien des liens avec les partenaires, la formation, et les retours d'expérience.

L'organisation territoriale du dispositif CUMP

Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique s'est progressivement constitué dans les suites de l'attentat du 25 juillet 1995 de la station RER Saint Michel à Paris. Depuis 2013, les CUMP constituent un dispositif de santé publique à part entière (décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles), géré par les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles veillent à la bonne utilisation du financement de leurs activités (financement MIG national) et établissent la liste des professionnels qui les composent. Elles s'assurent, sur un plan matériel et opérationnel, de la permanence de

la réponse à l'urgence médico-psychologique sur l'ensemble du territoire.

L'organisation des CUMP et leur fonctionnement sont précisément décrits dans l'instruction N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017. Elle reprend les textes légaux fondateurs des CUMP, précise l'organisation du dispositif médico-psychologique, dans sa dimension territoriale, son évaluation et décrit pour la première fois le réseau national de l'urgence médico-psychologique. Elle confirme le rôle pivot occupé par les ARS au niveau départemental, régional et zonal et la structuration pyramidale de l'organisation des CUMP sur le territoire national :

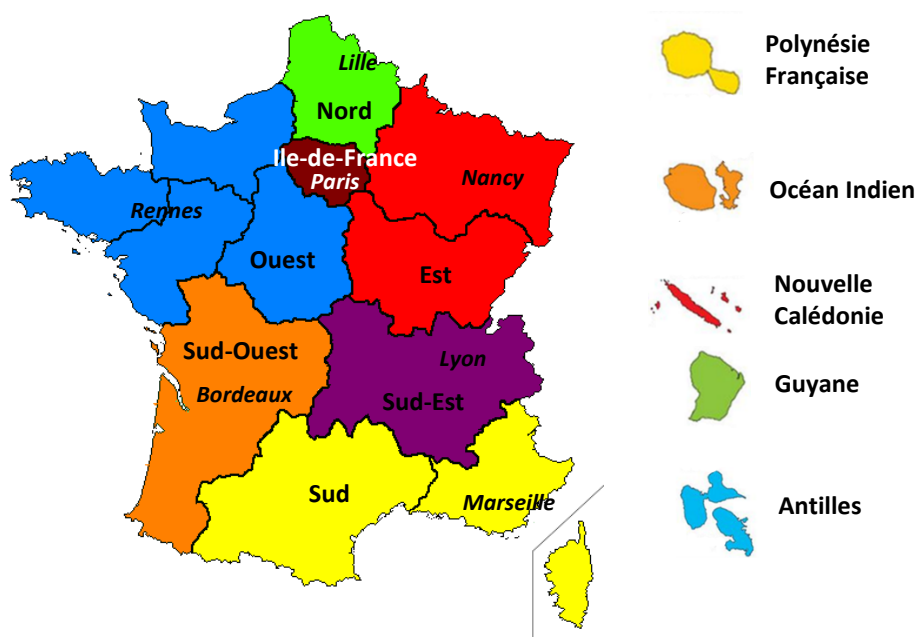
Les CUMP départementales : elles sont rattachées à chaque établissement de santé siège d'un Service d'Aide Médicale Urgente et sont coordonnées par un psychiatre référent désigné par l'ARS. En l'absence de psychiatre volontaire pour assurer la fonction de référent, leur coordination peut être assurée par un psychologue référent ou un infirmier référent désigné par l'ARS. Elles reposent sur des professionnels de santé volontaires sollicités ponctuellement lors d'une urgence médico-psychologique.

Afin de consolider ce dispositif basé sur le volontariat, certaines CUMP sont dotées de personnels permanents, à savoir un temps de psychiatre, de psychologue ou d'infirmier et de secrétariat. Ces postes sont financés dans le cadre d'une mission d'intérêt général dédiée. Nous distinguons leurs missions respectives :

Les CUMP départementales renforcées : elles concernent initialement les départements de plus d'un million d'habitants. Selon l'évaluation des risques liés à la présence de dangers spécifiques (naturels, industriels, tourisme ...) ou en raison d'une forte activité de l'urgence médico-psychologique au sein d'un département, l'ARS peut nommer une CUMP départementale dite « renforcée ». Depuis la promulgation le 7 août 2015 de la loi portant sur *la Nouvelle Organisation Territoriale de la République*, les CUMP existantes dans les anciens chefs-lieux de région constituent *de facto* des CUMP renforcées.

Les CUMP régionales : elles sont désignées par l'ARS pour coordonner l'ensemble des CUMP départementales et départementales renforcées de leur région. Leur activité s'organise autour de deux volets : un volet soins et un volet animation avec notamment la formation des professionnels des CUMP.

Les CUMP zonales : elles sont constituées au sein des établissements de santé de référence sièges des SAMU de zone. Elles assurent leurs missions de CUMP à l'échelon départemental, régional et plus spécifiquement zonal. Dans ce cadre, elles assurent un appui technique auprès de l'ARS de zone pour l'élaboration du volet médico-psychologique ORSAN. Elles assurent la coordination de la mobilisation des CUMP en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE) pour renforcer, le cas échéant, un département impacté.



Les zones de défense et de sécurité civiles métropolitaines et outre-mer

Le réseau national de l'urgence médico-psychologique : il est constitué de l'ensemble des CUMP métropolitaines et ultra-marines, dont 42 disposent de personnels permanents. Il est animé par un psychiatre référent national et son adjoint, ayant notamment pour mission de coordonner l'élaboration et l'actualisation des procédures et référentiels de l'urgence médico-psychologique (groupe de travail du Conseil National de l'Urgence Hospitalière). Il peut être mobilisé par le ministre de la Santé en cas de SSE pour la mobilisation de renforts sur le territoire national (attentats de Paris, Nice, Cyclone IRMA aux Antilles, crise COVID dans les territoires outre-mer...) ou lorsque des opérations sanitaires internationales nécessitent des moyens médico-psychologiques (crash Ethiopian Airlines, attentat au Sri Lanka, explosion industrielle à Beyrouth ...). Au total, sur le territoire, on compte environ 300 personnels permanents et 4500 volontaires mobilisables.

Depuis 2017, un Pilotage des Rapports d'Activité des Missions d'Intérêt Général (PIRAMIG), a été mis en place par la Direction Générale de la Santé, via une plateforme internet. Elle permet de collecter, d'analyser et de comparer les rapports d'activité de missions répondant à un objectif d'intérêt général, pour évaluer la pertinence de la dotation allouée aux établissements et de redimensionner les financements le cas échéant.

Modalités de participation des personnels CUMP

Les personnels qui composent les équipes CUMP sont des psychiatres, psychologues et infirmiers issus de la santé mentale et volontaires pour intervenir en cas d'urgence médico-psychologique. La participation de ces personnels et professionnels de santé volontaires fait l'objet initialement d'une convention passée entre l'établissement de santé siège du SAMU et leurs établissements de santé de rattachement respectifs. Ils sont dès lors inscrits sur une liste arrêtée et approuvée par l'ARS, recensant les équipes susceptibles d'intervenir.

Le schéma-type d'intervention de la CUMP

Sur un plan opérationnel, les modalités d'intervention de la CUMP au niveau départemental sont définies dans un schéma-type d'intervention établi par le responsable médical du SAMU en liaison avec le référent de la CUMP. Il spécifie les modalités de recours à la CUMP et l'organisation à mettre en œuvre en cas de déclenchement.

Indications et mise en alerte

La CUMP peut être mobilisée à la demande du préfet, notamment lors de plans relevant de sa responsabilité tels que le dispositif ORSEC nombreuses victimes (NOVI), où elle est de facto intégrée au dispositif de secours global avec le SAMU ; ou à la demande du directeur de l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN.

Elle intervient également lors d'événements à fort retentissement psychologique collectif, souvent ressenti et estimé par les primo-intervenants de terrain (exemples : hold-up avec prises d'otages, suicide dans un collège, explosion limitée dans une usine, accident du travail dans des circonstances dramatiques devant collègues, accident d'autocar avec ou sans blessés graves, agression de soignant sur le lieu de travail, accident grave d'un pompier en cours d'intervention...). Selon le nombre de blessés physiques, ces événements peuvent s'effectuer avec ou sans présence du SAMU.

Enfin, la CUMP intervient à titre de conseil et/ou d'orientation lors de non indication d'intervention et lors d'expertise en amont auprès des autorités.

Modalités d'activation

La CUMP est mobilisée par le médecin régulateur du SAMU via le centre 15. Son déclenchement est lui acté par le coordonnateur CUMP à partir d'éléments cliniques et circonstanciels permettant d'affirmer le caractère potentiellement traumatique de l'événement : nature de l'événement, du lieu, du demandeur ; nombre d'impliqués, de blessés

et de décédés. La CUMP intervient également en soutien aux équipes de soins et de secours engagées sur le terrain en cas de nécessité.

La prise de décision par le coordonnateur CUMP s'effectue en concertation avec le médecin régulateur du SAMU, et souvent le médecin SMUR présent sur les lieux de l'événement. Elle tient compte également des référentiels de bonnes pratiques de l'urgence médico-psychologique. L'ARS est systématiquement informée, par le SAMU, de la mobilisation de la CUMP.

Modalités d'intervention

L'intervention de la CUMP peut s'effectuer dans une temporalité immédiate (24 premières heures). Elle a pour mission d'implanter sur le terrain même de la catastrophe, un poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) afin de prodiguer des soins aux impliqués. Elle peut s'effectuer également dans une temporalité post-immédiate (jusqu'à un mois après l'événement) sous forme de prises en charge groupales ou de consultations individuelles du psychotraumatisme.

Mobilisation des volontaires

Lors d'une intervention immédiate ou post-immédiate, le coordonnateur mobilise les volontaires via leurs coordonnées personnelles ou professionnelles préalablement transmises. Le nombre et la qualité des personnels et des professionnels à mobiliser sont adaptés à chaque intervention par le référent, en lien avec le SAMU. Le volontaire, s'il est sur son lieu de travail, en réfère à son responsable hiérarchique qui se donnera tous les moyens pour libérer l'agent en tenant compte des nécessités de service. En règle générale, le volontaire se rendra au SAMU, point de regroupement avant l'intervention, et bénéficiera des moyens logistiques SAMU (chasuble, mallette de matériel, fiches d'intervention et d'évaluation, ...) pour être acheminé sur les lieux de l'événement et garantir la prise en charge des blessés psychiques.

Modalités d'évaluation

L'information de la mobilisation de chaque personnel volontaire engagé est donnée aux directeurs d'établissement concerné. Une reprise et une évaluation de l'intervention sont systématiquement faites par le coordonnateur auprès des volontaires engagés dès leur retour. Chaque intervention donne lieu à un rapport de mission comprenant au minimum : le type d'intervention, le lieu, la date, le personnel mobilisé, le nombre de personnes prises en charge et un descriptif succinct de l'évènement et de l'intervention.

Un travail régulier de partenariat et d'évaluation avec d'autres professionnels et structures concernées tels que les médecins scolaires, médecins du travail, partenaires d'intervention, décideurs, assure la cohérence et l'efficacité du dispositif de prise de charge de l'urgence médico-psychologique.

Chapitre 4

La clinique psychotraumatique

Nathalie PRIETO, Louis JEHEL et Eric CHEUCLE

Introduction

La littérature scientifique internationale a encore peu de références issues des cliniciens de l'intervention précoce, essentiellement du fait d'absence de dispositifs de prise en charge très structurés au plus près du terrain dans les pays de langue anglaise. Sans doute de ce fait la nosographie internationale passe sous silence les premiers moments de la réaction face à l'événement potentiellement traumatique. Pourtant, cette clinique précoce, qui concerne de fait les CUMP, est essentielle dans la compréhension des déterminants psychiques à l'origine même du phénomène traumatique. Depuis plus de vingt ans, les réactions à l'évènement sont très bien décrites par les professionnels des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique et catégorisés, d'un point de vue opérationnel, comme troubles immédiats et post-immédiats.

Dans une temporalité différente, le conventionnel Trouble Stress Post-traumatique (TSPT) est quant à lui bien connu et très étudié. C'est un trouble psychiatrique pouvant être sévère et apparaissant dans les suites d'un événement potentiellement traumatique et par définition lié à la nature des réactions qui l'ont précédé et leur intensité.

Le TSPT représente un problème de santé publique qui malgré sa spécificité et une littérature désormais très abondante reste encore méconnu et souvent sous diagnostiqué en pratique clinique. En population générale, la prévalence vie entière du stress post-traumatique a été estimée de 1 à 3% en Europe en 2014 (source InVS) mais ce chiffre varie considérablement selon les études, avec une prévalence vie entière estimée à 6,8% aux USA, 2% en Italie et 3,9% en France. La prévalence est bien plus élevée dans les populations

exposées à des événements à fort potentiel traumatique (agressions sexuelles et viols, actes de tortures, attentats, blessures physiques, combats, catastrophes naturelles, ...) avec dans tous les cas de fortes comorbidités associées et un coût considérable en matière de santé publique.

Historique

Le psychotraumatisme est connu depuis l'antiquité notamment par des récits légendaires qui sont émaillés d'allusions plus ou moins directes à cette souffrance particulière. Hippocrate lui-même (420 av JC) avait repéré des « rêves de guerre » chez les soldats. Les récits de médecins militaires napoléoniens, comme Desgenettes, décrivent les réactions précoces de sidération des soldats sur les champs de bataille comme « le syndrome du vent du boulet » qui affecte durablement les soldats revenus du front. En 1888, le terme de « névrose traumatique » est introduit par le neurologue Oppenheim pour décrire la symptomatologie spécifique post-traumatique présentée par des victimes d'un accident lors de la construction d'un chemin de fer. La psychiatrie militaire renomme ce syndrome lors des deux guerres mondiales du XXème siècle comme étant le « choc des tranchées », la « traumatophobie » ou la « névrose de guerre » au moment où de grands noms tels que Janet, Freud, Ferenczi... débattent passionnément à propos de la genèse de ce trouble.

La guerre du Vietnam en 1973, quasiment inégalée en termes de conséquences traumatiques chez les combattants, a été l'occasion pour les Etats Unis de catégoriser plus spécifiquement cette souffrance devant les séquelles psychologiques graves de leurs soldats (700 000 cas de psychotraumatisés pour 3 millions de soldats engagés). Concomitamment, des premières études sur des populations civiles relèvent des séquelles psychotraumatiques dans les suites d'agressions sexuelles, sur les conséquences des violences familiales, et sur les enfants maltraités.

Le psychotraumatisme est alors classé dans la grande catégorie des troubles anxieux et une approche très descriptive des symptômes de

la pathologie répertoriée dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III en 1980 puis dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10ème édition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992. Le DSM version IV a étendu les critères diagnostiques pour élargir la population cible aux personnes non directement victimes mais témoins de l'évènement. Enfin le DSM 5 lui consacre une place distincte des autres troubles anxieux dans un chapitre particulier : « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » où sont introduits comme générateurs potentiels de traumatisme, la notion de traumatisme par « annonce », de traumatisme « vicariant » et l'exposition répétée ou extrême à des détails horribles. La création de cette section dans le DSM-5 est un pas considérable qui révèle l'importance que les référents internationaux de la psychiatrie accordent désormais à l'impact des événements de vie traumatiques ou générateurs de stress sur la santé mentale.

Critères diagnostiques et symptômes

Les réactions immédiates

Les réactions immédiates à un événement entrent dans le cadre général du stress défini par Hans Selye comme une « réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme de mobilisation et de défense de l'individu face à l'agression ou à une menace ». Il s'agit le plus souvent d'une réaction adaptative, fréquemment observée sur le terrain, même en cas d'évènement exceptionnel. Les processus biologiques avec notamment la libération de catécholamines et d'hormones cortico-surréaliennes et les réactions physiologiques rendent compte des manifestations neuro-végétatives, sensibles et motrices, souvent très péniblement ressenties (tachycardie, modification du rythme respiratoire, contractions musculaires, spasmes, chaleur, pâleur...). Au plan psychologique, même si le ressenti de peur est au premier plan, ces phénomènes aigus sont néanmoins orientés vers la sauvegarde du sujet en mobilisant les capacités d'éveil, d'incitation à l'action et les ressources cognitives avec des stratégies d'adaptation très intuitives (et le plus souvent très

pertinentes) pour faire face au danger. Cette réaction est très coûteuse en énergie, elle est suivie par une « décharge » également appelée « phase de post-stress immédiat » ou « queue de stress » caractérisée par une humeur mixte (tristesse, pleurs, euphorie paradoxale), un relâchement musculaire avec des myalgies, y compris au plan sphinctérien (débâcle urinaire ou intestinale), des tremblements... Sans préjuger d'aucune notion d'intensité cette réaction sera cliniquement dite de « stress adapté » lorsque le contact relationnel du sujet reste préservé et adapté à la réalité qu'il traverse.

Lorsque cette réaction est d'emblée excessive, qu'elle dure trop, qu'elle se répète sans temps minimal de récupération, ou qu'elle survient sur un terrain déjà fragilisé elle peut déborder les capacités émotionnelles du sujet et ne plus du tout être adaptée, dans le sens de ne plus être capable d'organiser sa survie. Le paramètre qui conditionne cette catégorisation en stress dit « dépassé » est le trouble du contact relationnel : le sujet est hébété, stuporeux, dans un état de conscience modifié (cf dissociation péri-traumatique) et peut présenter des réactions comportementales stéréotypées à type de sidération, agitation, fuite panique voire suicidaire, actes automatiques. Cet état de dissociation peut survenir également lorsque la personne se voit confrontée à une menace vitale qui l'expose à la sensation de vivre sa propre mort. Ce vécu crée un sentiment d'horreur et d'effroi.

Les réactions post-immédiates

Ce sont des troubles qui surviennent dans les heures et les jours qui suivent l'événement et conventionnellement au cours du premier mois. Ils sont en général transitoires et se manifestent le plus souvent par un état psychique particulier où le sujet reste fixé sur le souvenir de l'évènement, ruminant en boucle ses différents aspects (l'enchaînement des faits, leurs causes...) refaisant mentalement le scénario dans l'espoir de l'intégrer, se détachant de ses activités quotidiennes et de son entourage. Ceci est source de troubles attentionnels et de la mémoire constituants des motifs récurrents de consultation. L'intensité de l'anxiété est élevée, le sentiment

d'insécurité omniprésent, l'humeur est altérée, l'avenir envisagé avec appréhension et pessimisme. A ce stade, les troubles traumatiques spécifiques, caractérisant le Trouble Stress Aigu, tels que : répétition (diurne ou nocturne), hyperactivité neurovégétative, évitement... peuvent être présents et disparaître en quelques jours ou annoncer des troubles plus chroniques et invalidants. L'exposition à une consommation de substance est fréquente pour faire face à cette phase douloureuse, parfois accompagnée d'un sentiment de culpabilité ou de honte.

Le trouble de stress aigu : une question de temporalité

Dans la catégorisation DSM, le type de pathologie varie avec le délai de survenue de l'événement traumatique. Le Trouble Stress Aigu (TSA), qui peut se distinguer de ces réactions immédiates précédemment définies, mais qui comprend déjà les troubles traumatiques spécifiques est défini comme un ensemble de troubles présents de J3 à J30 et le TSPT comme un ensemble de troubles survenant après J30. La forme retardée est caractérisée par l'apparition des symptômes 6 mois au moins après l'événement.

Les symptômes spécifiques du TSPT

Le trouble de stress post-traumatique est une affection caractérisée dans le DSM 5 par l'apparition de symptômes psychiatriques après exposition à un événement potentiellement traumatique. On distingue quatre dimensions essentielles qui caractérisent ce trouble : l'intrusion, l'évitement, l'hypervigilance (changement dans l'excitabilité et la réactivité) et les perturbations de l'humeur et de la cognition.

Plus précisément, la présence d'un événement potentiellement traumatique est indispensable pour poser le diagnostic (critère A). Celui-ci est défini par le fait d'avoir été confronté à une menace de mort, ou réellement à la mort, à une menace grave, à un risque pour l'intégrité physique ou à une violence sexuelle. Le sujet peut avoir vécu l'événement de manière directe (agressé) ou indirecte (témoin).

L'annonce qu'un proche ait vécu un tel évènement - violent ou accidentel - et l'exposition répétée et/ou extrême à des détails morbides/horribles comme le ramassage de débris humains, l'écoute de détails sur des violences sur enfants, font désormais partie des critères. Le spectre traumatique est ainsi élargi : un sujet peut être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles, sans être forcément présent lors de l'évènement. Ceci ne s'applique pas à l'exposition par l'intermédiaire de médias (électroniques, télévision, photos...) sauf en cas de lien avec le travail.

Le maître symptôme reste le syndrome intrusif (critère B) composé de souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de la scène traumatique se manifestant sous la forme de reviviscences/flashbacks diurnes, rêves récurrents avec sentiment de détresse. Les réactions dissociatives, où le sujet sent/agit comme lors de l'évènement se retrouvent également fréquemment. Le sentiment de détresse psychique est majeur lors de l'exposition à des stimuli de rappel (même éloignés), ainsi que les manifestations physiologiques réactionnelles (tachycardie, sueurs...). Le critère C concerne les sujets présentant des comportements majeurs d'évitement des stimuli associés à l'évènement, (pensées, souvenirs, sentiments, situations...).

Le critère D est défini par l'altération cognitive et thymique pouvant associer amnésie, d'origine dissociative, perte des affects et des envies, image négative de soi et du monde, sentiment de marginalisation etc. Enfin, l'hyperéveil/hyperréactivité est très souvent présent avec une hypervigilance, des réactions de sursauts, une irritabilité/colère, des comportements téméraires voire destructeurs, des troubles de concentration et du sommeil (critère E).

Les troubles du sommeil, très fréquemment retrouvés, sont un problème majeur de par leur fréquence et leur sévérité, renforçant l'épuisement des personnes victimes. Leur présence est à la fois conséquences et éléments pronostiques de la maladie.

Enfin pour définir le trouble, ces symptômes doivent être persistants pendant plus d'un mois, entraîner un retentissement significatif social ou professionnel et ne pas être liés à des effets d'une substance ou à une affection médicale organique.

Les facteurs de risque de TSPT

Le psychotraumatisme est toujours la rencontre entre un sujet, un événement à impact traumatique et un environnement. Ce ressenti subjectif est par définition seul générateur du trouble. Cependant, des facteurs de risque secondaires à l'exposition traumatique sont bien identifiés par de nombreuses études. Certains facteurs sont directement liés à la réaction immédiate de la personne pendant le traumatisme, tel qu'un vécu dissociatif (cf infra), une détresse péri-traumatique importante, de fortes manifestations hyperadrénergiques (tachycardie, hypertension artérielle, sueurs...). L'apparition rapide d'un trouble stress aigu représente aussi un facteur de risque significatif.

Certains facteurs de risque préexistent à l'événement, citons :

- un âge jeune, le sexe féminin, des difficultés intellectuelles, éducationnelles, un statut socioéconomique bas, un étayage pauvre, un isolement social important,
- l'état psychiatrique prémorbide, les comorbidités somatiques, psychiatriques et addictives,
- une agression sexuelle dans l'enfance ou le fait d'avoir été témoin de violence conjugale, ou maltraité ou d'avoir vécu d'autre type d'événement traumatisant
- les traits de personnalité surtout de type antisocial et narcissique, des capacités de coping limitées,
- les antécédents familiaux en particulier anxieux, dépressifs, alcooliques,

Le type d'événement traumatique module aussi le risque de TSPT. Ainsi, les événements dits à « intentionnalité humaine » (human design) ont un potentiel traumatogène supérieur aux autres

situations. Ainsi, les agressions, les violences interpersonnelles et encore plus celles à caractère sexuel, sont à plus haut potentiel traumatique que les catastrophes naturelles ou accidentelles.

Dans les suites de l'exposition, les facteurs de risque concernent principalement la non précocité de la prise en charge (d'où l'intérêt des CUMP), et la mauvaise qualité du support social.

La dissociation : à la fois marqueur, symptôme et facteur de risque

La dissociation péritraumatique est un phénomène complexe, déjà décrite par Pierre Janet en 1889 puis repris récemment dans le DSM 5 comme une réaction du sujet à un événement menaçant. Il est aujourd'hui confirmé que la dissociation péritraumatique est fortement associée à un risque de TSPT ultérieur. De nombreuses études comme celle de Birmes et al (2003), concernant des patients ayant subi une agression physique, rapportent que 33% des patients présentant un TSPT à 3 mois avaient des scores plus élevés de dissociation et de détresse péritraumatiques.

La dissociation est un état du sujet dans lequel les processus/contenus mentaux ne sont pas associés ou intégrés dans la conscience, la mémoire. Il s'agit d'un processus archaïque automatique où le sujet n'est plus conscient de son expérience vécue, ne ressent plus son identité, il est alors dépersonnalisé et peut aussi se vivre en dehors de la réalité donc déréalisé. Les traumatismes psychiques en sont une cause majeure, la terreur ou la douleur intense produisant une désorganisation des fonctions cognitives habituellement intégrées. En effet, la souffrance et la détresse induite par le traumatisme dépassent les capacités de résistance du sujet, pouvant définir la dissociation comme un mécanisme de défense à ce débordement. Elle peut donc être présente dans le trouble de stress post-traumatique et le DSM 5 considère que cela peut se prolonger et parle de formes dissociatives, marquées par une déréalisation et/ou dépersonnalisation persistantes ou récurrentes. Cela peut être associé à des amnésies dissociatives parfois très prolongées ou des comportements d'errance. Le vécu de dépersonnalisation et ou déréalisation est éprouvé telle une «

déconnexion » par rapport à soi ou à l'environnement : le sujet se perçoit comme observateur de la scène, le monde ne paraît pas réel, ressenti comme « étrange ».

Il peut être utile de se rappeler que ce phénomène est très distinct de la « dissociation » décrite dans les troubles psychotiques et caractérisant la schizophrénie. D'ailleurs, le terme de « désorganisation schizophrénique » et non de dissociation est aujourd'hui privilégié pour mieux séparer ces deux concepts.

Complications, comorbidités

De nombreux troubles dits « co-morbides » au TSPT sont rapportés dans la littérature. Les plus fréquemment rapportés sont les troubles de l'humeur (dépression dans 30 à 60% des cas) et les conduites addictives (alcool, tabac, cannabis notamment). Certains auteurs ont montré aussi l'importance de troubles anxieux dont le trouble panique.

La survenue de troubles somatoformes (plaintes algiques multiples, crises convulsives non épileptiques) sont fréquentes mais exigent beaucoup de vigilance car certaines pathologies somatiques voient également leur fréquence augmenter, cardio-vasculaires (hypertension artérielle...), endocriniennes (diabète, dysthyroïdie,...), et cancer. Il est aussi décrit une surreprésentation de pathologies respiratoires, neurologiques, digestives, les troubles douloureux chroniques etc...

Il est extrêmement important d'insister sur l'augmentation du risque suicidaire après un traumatisme psychique. Il a été rapporté récemment une augmentation de 20% des morts par suicides après les ouragans de 2017 à Puerto Rico. Le nombre de décès par suicide augmente de façon significative en cas de dépression associée ou de conduite addictive mais l'augmentation du risque suicidaire est constatée même en l'absence de comorbidité.

Evolution

Le psychotraumatisme est une pathologie psychiatrique pouvant être sévère et invalidante, survenant sur une population qui était le plus souvent exempte d'antécédents de troubles psychiatriques. Le délai médian de rémission est estimé à 14 ans et environ 8% des patients souffrant du TSPT n'entreraient jamais en rémission en l'état des connaissances thérapeutiques actuelles. Les interventions par des soins précoces et adaptés pratiquées par les CUMP répondent à ce besoin pour réduire les conséquences de ces événements, parfois terrorisants. Bien que désormais mieux identifié dans sa définition (DSM5), le TSPT semble rester sous-diagnostiqué. L'enjeu est important en termes de santé publique étant donné que même certains soins spécialisés pratiqués à l'hôpital ont aussi un potentiel traumatique comme certains actes de psychiatrie, de chirurgie ou de réanimation, pour les patients et leurs proches. Une plus grande connaissance du trouble, par notamment une sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé au repérage et au diagnostic avec l'usage systématisé d'outils de mesures spécifiques validés, pourrait permettre une amélioration des prises en charge en pratique courante et une optimisation des orientations vers des soins spécialisés.

Chapitre 5

Dispositif opérationnel de la CUMP

**Gaëlle ABGRALL, Bartholomé-Komivi AZORBLY,
Dominique MESLIER et Sylvie MOLEND**

Lors d'un événement potentiellement traumatique et de dimension collective, la CUMP est alertée par le SAMU auquel elle est rattachée. Le référent de la CUMP, en concertation avec le médecin régulateur, pose l'indication d'une intervention à partir d'éléments cliniques et circonstanciels précis. Il peut alors être proposé de manière graduée une intervention immédiate, post-immédiate ou différée. En immédiat, la prise en charge des blessés psychiques va s'effectuer de manière très précoce et au plus près de l'événement, au sein d'un Poste d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP).

Lorsqu'un événement est à l'origine d'un nombre de victimes conséquent, le plan ORSEC nombreuses victimes (NOVI) peut être déclenché par le préfet compétent territorialement. Ce dispositif repose sur une organisation structurée et sectorisée de la chaîne pré-hospitalière des secours et des soins médicaux, au sein de laquelle la CUMP est de facto engagée (cf schéma *La CUMP dans le dispositif ORSEC NOVI*). Cette organisation vise le tri médical, la priorisation et l'orientation des victimes vers un établissement adapté et alerté. Dans ce dispositif, les impliqués sont regroupés, sécurisés, dénombrés, identifiés et réconfortés au sein d'un Centre d'Accueil des Impliqués (CAI) mis en place par le Commandant des Opérations de Secours (COS), en lien avec le Directeur des Secours Médicaux et le Commandant des Opérations de Police et de Gendarmerie (COPG). Il est généralement situé sur un site bénéficiant d'un accès aisé et favorisant une gestion fluide du flux des impliqués.

Le Poste d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP)

Le PUMP est le lieu d'accueil, d'évaluation et de soins spécialisés proposés aux impliqués, c'est-à-dire à toute personne non blessée physiquement, présente ou à proximité immédiate de l'événement, et exposée directement à un risque de mort ou de blessure. L'implantation du PUMP s'effectue dans un espace proche du lieu de l'événement, calme, sécurisé, hors de toute zone de danger.

Les soins qui y sont prodigués sont réalisés par des personnels volontaires et permanents (psychiatres, psychologues et infirmiers) de l'urgence médico-psychologique. Ils répondent à des critères de confidentialité, d'éthique et de déontologie professionnelle et suivent les protocoles de soins validés par l'ARS et le ministère de la santé. Ils sont adaptés aux personnes à prendre en charge (adultes, enfants) et peuvent être individuels ou collectifs (petits groupes, familles). Ils recouvrent l'évaluation clinique et diagnostique, le tri, les interventions thérapeutiques (relationnelle ou médicamenteuse), la surveillance, la délivrance d'informations et l'orientation des blessés psychiques.

Sa localisation et son fonctionnement peuvent être ajustés par l'équipe CUMP à son arrivée afin qu'elle puisse assurer dans les meilleures conditions les prises en charge médico-psychologiques au sein d'un PUMP dit primaire en raison de sa proximité avec l'événement. Le site doit être compartimenté en plusieurs espaces fonctionnels permettant une gestion fluide du flux des impliqués avec de façon optimale :

- un espace d'attente PUMP
- un/des espace(s) secrétariat permettant la gestion des entrées, l'identification des impliqués, la gestion des sorties avec recueil de données sur le devenir des impliqués
- un/des espace(s) de consultation respectant la confidentialité des échanges avec un espace isolé permettant la prise en charge d'une personne présentant une décompensation aigüe
- un espace permettant des prises en charge en groupe

- un espace pour recevoir les enfants
- présence d'un ou deux lits picot éventuellement

Il est fermé lorsque tous les impliqués ont été pris en charge ou renvoyés à leur domicile, à la fin des opérations de secours.

Pour fonctionner, le PUMP peut s'appuyer sur deux catégories de personnels :

- *les professionnels des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique* formés spécifiquement et inscrits, dans leur département de rattachement, sur une liste validée par l'ARS. Ils sont les seuls autorisés à assurer les soins médico-psychologiques au sein du PUMP. Ils œuvrent sur le terrain sous l'autorité du Directeur des Secours Médicaux (DSM).
- *les secouristes bénévoles* qui assurent le soutien logistique, l'accompagnement et le soutien psychosocial des impliqués et de leur famille. Ils sont alors présents à l'extérieur des zones de soins. Ayant l'agrément de sécurité civile B, ils réalisent la première mission d'accueil, d'écoute, et de réconfort.

Des PUMP dits « secondaires » peuvent être installés dans des sites qui, en raison de leur mission propre, sont susceptibles d'accueillir des impliqués ou des membres de leur famille : Centres d'Accueil des Familles (CAF), Instituts Médico-Légaux (IML), centres hospitaliers, etc. Ils ont alors pour vocation à intervenir en cas de décompensation psychique individuelle ou du système familial. Une mission supplémentaire peut être développée à l'IML et consiste à préparer les endeuillés à la présentation du corps de leur(s) proche(s) dans le respect du processus de deuil.

Les salles des fêtes, les gymnases ou les mairies sont des lieux adaptés pour l'installation de PUMP. Ils doivent être identifiés, repérables et signalés. Leurs adresses doivent être diffusées par le référent CUMP au centre opérationnel départemental (COD), au SAMU du territoire et à l'ARS.

Le PUMP est placé sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, psychologue ou infirmier, formé et doté d'une expérience en matière de coordination. Les missions du coordonnateur PUMP consistent à :

- organiser et coordonner le fonctionnement interne du PUMP : Il fixe les conditions nécessaires au bon fonctionnement du dispositif - nombre d'intervenants et matériel -, il établit et délimite les missions de chacun, il gère le flux des bénéficiaires des soins.
- organiser et coordonner le CAI avec les autres intervenants de terrain. Il est l'interlocuteur privilégié des responsables du Poste Médical Avancé (PMA), du Point de Rassemblement des Victimes (PRV), du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), des autorités, des associations de secouristes ... En cas d'attentat, il est l'interlocuteur privilégié du référent de la Cellule Interministérielle d'Information du Public et d'Aide aux Victimes (C2IPAV).

Dans le cadre de catastrophes naturelles ou d'événements de type attentats impliquant une désorganisation sociale et matérielle ainsi qu'un fort vécu d'insécurité, le déplacement des impliqués vers les PUMP est parfois difficile. Ponctuellement, les personnels CUMP peuvent se déployer sous forme d'équipes mobiles afin d'aller à la rencontre des victimes. Elles s'assurent au préalable des conditions de sécurité nécessaires.

Le PUMP téléphonique

Le Poste d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP) téléphonique est un outil spécifique permettant de délivrer des soins médico-psychologiques par le biais d'entretiens téléphoniques, immédiatement après la survenue d'un événement à fort impact traumatique.

Il s'agit d'une ligne téléphonique dédiée du SAMU, dont l'ouverture se justifie en cas de SSE. L'objectif est de prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats aux impliqués lors d'un entretien

téléphonique mais également de pouvoir les orienter vers le PUMP "physique" ou vers des consultations spécialisées de proximité si besoin.

Pour que le dispositif soit opérationnel, la présence d'un Assistant de Régulation Médicale (ARM) du SAMU dédié à la prise des appels le temps de l'ouverture du PUMP est primordiale, au même titre que la disponibilité d'un nombre suffisant de volontaires CUMP pour répondre aux appels. Une fois les besoins identifiés, le dimensionnement du dispositif effectué, un planning journalier est réalisé sur une durée donnée, avec des roulements par plages de 4 à 6 heures, selon les possibilités de chacun.

Comme pour tout entretien de defusing, l'objectif premier est le "déchocage émotionnel" en favorisant la verbalisation des émotions, des sensations et des pensées autour de ce qu'ils viennent de vivre.

Selon le contexte, le tableau clinique, les besoins immédiats, les impliqués pourront être orientés vers l'un des PUMP dit " physiques " pour recevoir en particulier un Certificat Médical Initial et au besoin un éventuel traitement médicamenteux, un certificat d'arrêt maladie, d'accident de travail, ils pourront également être orientés vers leur médecin traitant.

Enfin, les victimes qui devraient être orientées rapidement vers une consultation spécialisée sont mises en relation avec la CUMP de leur lieu de résidence. Le professionnel du PUMP téléphonique va alors directement contacter la CUMP du département de l'impliqué qui rappellera la personne pour l'orienter au mieux selon ses besoins.

Cette pratique s'est progressivement développée après les attentats de janvier 2015. En effet, le caractère multi-site des attaques, le nombre important de victimes et l'intensité du vécu traumatique ont nécessité un renforcement et une adaptation des dispositifs existants.

Le dispositif a été étendu à l'international en juin 2017 lors de l'attaque terroriste à Londres pour permettre de prendre en charge des victimes psychiques Françaises à l'étranger.

En juin 2018, le PUMP téléphonique National est donc créé, avec son numéro unique le 01 44 49 24 30. Le PUMP téléphonique National pourra être ouvert à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) en accord avec le référent national et/ou son adjoint lors de SSE sur le territoire français et lors de SSE à l'étranger impliquant des ressortissants français. Il est situé au SAMU de PARIS et est donc organisé et déployé par la CUMP de PARIS.

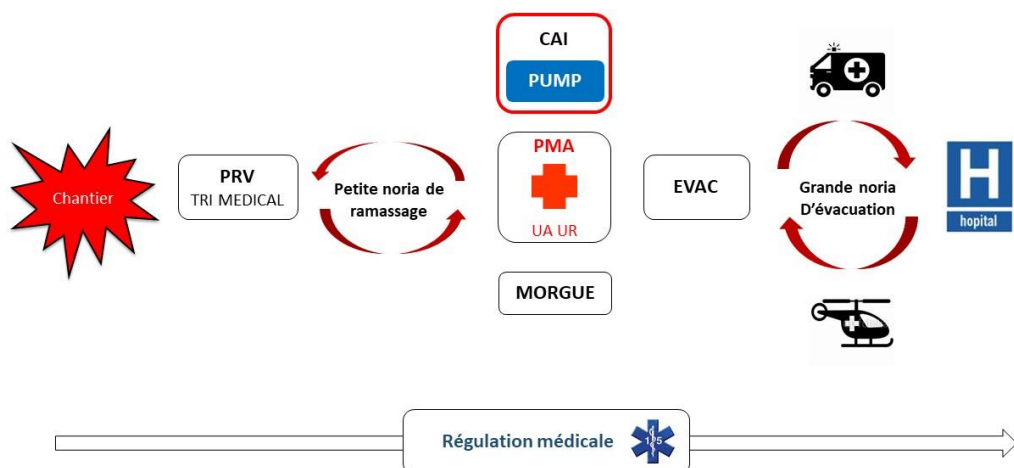
Enfin, pour que le dispositif soit pleinement efficace, il est nécessaire d'assurer la bonne diffusion du numéro unique (01.44.49.24.30) par le biais des différentes instances partenaires.

La Task Force Médico-Psychologique (TFMP)

La TFMP est une unité de soins d'urgence médico-psychologique mobilisable dans un délai très court sur les terrains de catastrophes hors métropole impliquant des ressortissants français. Son activation repose sur un lien étroit entre le ministère de la santé et le ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE). La TFMP est mise en œuvre par les référents nationaux du réseau national de l'urgence médico-psychologique. Ils s'appuient sur deux coordonnateurs techniques pour gérer l'organisation des missions et l'animation de la TFMP hors déclenchement.

L'effectif de la TFMP regroupe plus de 70 personnels issus des CUMP, recrutés pour leurs expériences, leurs compétences cliniques ainsi que leurs capacités d'adaptation en conditions d'intervention dégradées. Ils bénéficient dans ce cadre, d'une formation théorique et pratique sur les spécificités d'une projection rapide à l'étranger, notamment la sécurité, la communication et les liens avec les autorités françaises locales (ambassade, consulat).

A titre d'exemples, des interventions de ce type ont été effectuées lors du crash de l'Ethiopian Airlines (2019), des attentats terroristes au Sri Lanka (2019) et de l'explosion industrielle à Beyrouth (2020).



La CUMP dans le dispositif ORSEC NOVI

Lexique Médecine de Catastrophe

CAI : Centre d'Accueil des Impliqués

COS : Commandant des Opérations de Secours

DOS : Directeur des Opérations de Secours (préfet)

DSM : Directeur des Secours Médicaux

EVAC : zone d'évacuation

NOVI : Nombreuses Victimes

ORSEC : Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile

PMA : Poste Médical Avancé

PRV : Point de Rassemblement des Victimes

PUMP : Poste d'Urgence Médico-Psychologique

UA : Urgence Absolue

UR : Urgence Relative

Chapitre 6

Principes psychothérapeutiques et soins médico-psychologiques en urgence

Gaëlle ABGRALL, Dominique MASTELLI, François DUCROCQ et Joël MAZOYER

Introduction

Il apparaît aujourd'hui indiscutable que le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) constitue un enjeu de santé publique majeur dont la prise en soins adaptée et spécialisée peut considérablement influencer l'évolution. Avec leur mission de prise en charge psychologique précoce et de suivi des blessés psychiques lors des événements potentiellement traumatiques, les CUMP représentent ainsi un acteur central et un atout indiscutable pour y faire face.

Principes d'action et objectifs d'intervention des soins psychothérapeutiques en CUMP

La principale mission des CUMP est l'intervention immédiate et post-immédiate, déclenchée à la demande des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) lors de situations sanitaires exceptionnelles ou événement collectif ayant un fort impact psychologique pour proposer des prises en soin individuelles et/ou collectives. Si ces prises en charge se donnent pour but de soulager la souffrance psychique liée à l'évènement et de dépister les sujets les plus à risque de développer des troubles ultérieurs, il s'agira également d'informer sur les signes et symptômes pouvant survenir dans les jours qui suivent cet événement tout autant que de tenter de prévenir l'apparition de trouble de stress post-traumatique, voire de ses troubles comorbides,

par l'accès aux structures de soins spécialisées du psychotraumatisme que constituent les Centre Régionaux du Psychotraumatisme (CRP).

L'intervention CUMP en immédiat

Une intervention de soin médico-psychologique est tout à fait singulière et son action s'articule autour du principe de proximité et de précocité. Son objectif clinique est de proposer une prise en charge psychologique visant à un apaisement de la charge émotionnelle provoquée par l'évènement traumatique et permettant le repérage des individus à risques de développer des troubles ultérieurs, le tout dans un cadre adapté, contenant, sécurisant et sécurisé, construit pour accueillir un maximum d'impliqués et structuré pour appliquer une méthodologie de prise en soin adaptée à l'évènement (cf Ch. 5).

Le « Defusing » ou « déchoquage émotionnel », soin psychothérapeutique en immédiat

Celui-ci se pratique au plus près de l'évènement : en termes de temps dans les 48h qui suivent sa survenue et en termes de lieu à proximité immédiate tout en étant suffisamment au calme et en sécurité.

L'intervention immédiate consiste à proposer aux personnes impactées un « defusing », véritable action psychothérapeutique visant à apaiser, soulager la souffrance aigüe, par une présence rassurante et contenant, en invitant la personne à verbaliser son vécu émotionnel. Cette mise en mots de l'évènement va aider la personne à réordonner sa parole et favorise l'intégration de l'évènement. Le defusing doit être proposé, en aucun cas imposé, en respectant la temporalité d'élaboration de chacun et en veillant à ne pas être intrusif. Il peut être réalisé en individuel et/ou en groupe. Pour cette verbalisation immédiate, le contact relationnel du sujet doit être préservé, le sujet doit rester en stress dit « adapté ».

Ce temps permet également de donner des informations sur l'évènement, les secours, les symptômes présents et/ou susceptibles de survenir ainsi que les lieux de consultation spécialisés auxquels la personne pourra s'adresser en cas de besoin.

Les professionnels des soins médico-psychologiques présents sur place vont avoir pour mission de repérer les personnes en état de stress dit dépassé, présentant des réactions inadaptées (sidération, agitation, fuite panique ou encore action automatique) et nécessitant une surveillance et des soins particuliers.

Un defusing peut suffire chez certains quand il ne représente que l'amorce ou la première étape d'un parcours de soins chez d'autres, ce qui n'est guère prévisible en immédiat, la qualité des explications et de l'information délivrée pour une éventuelle suite de prise en charge est donc capitale en matière de prévention.

Résumé des principes de l'intervention CUMP en immédiat :

- Soulager la souffrance psychique créée par l'impact psychotraumatique de l'évènement au plus proche de celui-ci en termes de temps et de lieu mais en sécurité,
- Repérer et évaluer pour prévenir le développement d'une symptomatologie psychotraumatique ultérieure,
- Informer pour une orientation vers les services de soins adaptés.

L'intervention CUMP en post-immédiat

Afin d'assurer la prise en charge des réactions persistantes ou à retardement, les professionnels CUMP peuvent également intervenir (ou ré-intervenir) de façon différée dans le temps (de 48h à 72h après les événements) et proposer des Interventions Psychothérapeutiques Post-Immédiates (IPPI). L'intervention de soin médico-psychologique va alors permettre la mise en place d'un espace permettant aux impliqués de verbaliser l'expérience vécue et leur donner les clés pour comprendre ce qu'elles sont en train de vivre en les informant sur les symptômes post-traumatiques et en les orientant si besoin est vers des lieux spécifiques de consultation. L'IPPI peut être proposée individuellement ou en groupe lors d'un *débriefing* dit « à la française ».

Débriefing à la française ou Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (groupes exclusivement)

L'objectif principal du débriefing psychologique à la française est moins d'éviter les risques d'installation d'un trouble post-traumatique que de faire « repartir » un collectif d'appartenance (collègues de travail, membres d'une équipe sportive, sauveteurs...) affectés par l'événement. Les groupes sont composés de 3 à 15 personnes ayant un degré d'exposition similaire/homogène à l'événement traumatique et homogènes dans leur composition, leur durée est d'une à trois heures. Ce debriefing comporte trois phases : l'élaboration du vécu subjectif de l'événement en phase 1 permettant de re-contextualiser, mais aussi de repérer et normaliser les réactions à ce type de phénomène, afin également de souligner les points de vigilance et signes évocateurs d'un besoin de soutien (phase 2). S'ensuit une 3ème phase permettant de se projeter penser à « l'après ». La prise en charge de groupe peut alors être très bénéfique puisqu'elle permet aux victimes de partager un récit commun et de se « reconnaître » au travers de vécus parfois similaires. La dynamique groupale est porteuse et permet l'identification et le partage de ressources.

Résumé des principes de l'intervention CUMP en post- immédiat :

- Permettre l'élaboration de l'événement par un récit mieux canalisé au plan émotionnel
- Prévenir l'installation de séquelles post-traumatiques,
- Informer, orienter vers les services de soins adaptés, faciliter le partage de ressources,
- La proposition de groupe est adaptée lorsque les groupes constitués sont homogènes.

Place de l'EMDR dans les interventions CUMP

L'EMDR ou Eye Movement Desensitization and Reprocessing signifie « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ». L'EMDR est actuellement avec la TCC une des deux psychothérapies

recommandées par la HAS et l'OMS pour le traitement des troubles psychotraumatiques chez l'adulte et l'enfant.

L'EMDR est une approche thérapeutique qui utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps (mouvements des yeux ou stimuli auditifs ou cutanés bilatéraux) dans le but d'induire une résolution des symptômes liés à des événements du passé. Il peut s'agir d'événements traumatiques récents comme plus anciens. Ces événements peuvent être facilement identifiables, tels que des violences physiques et psychologiques, un accident grave, un incendie ou une catastrophe naturelle mais ils peuvent aussi être passés inaperçus, car d'allure banale, causant pourtant des difficultés émotionnelles et/ou comportementales au quotidien (enfance perturbée, fausse couche, séparation). Lorsque nous sommes confrontés à l'un ou plusieurs de ce type d'événement, notre cerveau peut se trouver dépassé, dans l'incapacité de « digérer » les informations comme il le fait habituellement. Il reste bloqué sur le ou les événements et les perturbations apparaissent. La thérapie EMDR permet de cibler et lever ces blocages, afin de permettre le traitement adapté de l'information et donc l'intégration des événements traumatiques.

En immédiat :

Les interventions EMDR en immédiat visent à stabiliser et réduire les symptômes de stress aigu et de détresse afin également de permettre aux impliqués de mieux intégrer et consolider les souvenirs liés à la confrontation à ces événements potentiellement traumatisants afin de réduire les risques de séquelles post-traumatiques.

En post immédiat :

Le travail thérapeutique en post immédiat va permettre au cerveau de faire ce qu'il aurait dû faire initialement pour intégrer et consolider le souvenir de l'événement traumatique et ce naturellement et sans blocage. Quelques séances peuvent suffire pour retraiter un événement relativement récent et isolé, alors que des histoires

traumatiques complexes peuvent nécessiter plusieurs années de prise en charge.

Les traitements pharmacologiques de la prise en soin immédiate et post-immédiate

Même si la prise en charge psychothérapeutique reste la pierre angulaire du traitement d'un psychotraumatisme, le recours à un traitement médicamenteux peut être indiqué dans certains cas.

Comme pour toute prescription médicamenteuse, il s'agira de toujours bien faire le rapport bénéfice/risque au préalable. La prescription de benzodiazépines, est controversée, possible ponctuellement et à dose filée en immédiat, elle est à proscrire à forte dose et sur la durée par son caractère très addictogène ou de renforcement du souvenir traumatique.

Devant un état d'angoisse important en immédiat et post-immédiat, une anxiolyse est souvent nécessaire : l'hydroxyzine est théoriquement recommandée ou le recours à une benzodiazépine (alprazolam, diazépam) en prise unique. L'objectif est alors de réduire la charge anxieuse et permettre ainsi au sujet de mettre des mots sur son ressenti et ses émotions, point de départ du processus psychothérapeutique.

Certaines manifestations cliniques bruyantes de type état d'agitation peuvent survenir en péri-traumatique et nécessiter l'administration d'un traitement anxiolytique voire sédatif. Selon l'intensité des symptômes, l'administration d'un neuroleptique sédatif type loxapine peut être exceptionnellement indiquée.

Les antidépresseurs peuvent être utiles mais seulement devant un état de stress post-traumatique constitué, soit au minimum un mois après la survenue de l'événement. Leur utilisation repose en première intention sur les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (seules la paroxétine et la sertraline ont l'autorisation de mise sur le marché pour le TSPT). Ils ciblent la réponse émotionnelle et les

symptômes de TSPT notamment les reviviscences. Ils ne peuvent en aucun cas se substituer au nécessaire travail psychothérapeutique.

Prise en charge des enfants et adolescents par les CUMP

Introduction

Si les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) avaient dès leur création intégré à part entière la prise en charge des enfants et des adolescents, force est de constater que de nombreuses évolutions ont marqué ces dernières années, notamment suite à certains déclenchements comme lors de l'attentat de Nice, où 25 % des plus de 4300 prises en charge dans les Postes d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP) les quatre premières semaines, l'ont été auprès de mineurs !

Si l'individualisation, par la reconnaissance du Troubles Stress Post-Traumatique de l'enfant comme entité clinique au sein du DSM III remonte à 1980, il a fallu attendre 2013 pour voir la création d'une sous-catégorie spécifique pour l'enfant d'âge préscolaire dans le DSM-5.

Il en découle d'importants progrès dans le dépistage, le diagnostic, mais aussi dans la prise en charge notamment précoce des différents Stress Aigus (SA), et Troubles de Stress Post-Traumatique (TSPT) de l'enfant et de l'adolescent que les CUMP ont rapidement adoptées et intégrées à leurs pratiques.

Il est d'autant plus important de repérer et diagnostiquer rapidement la symptomatologie chez l'enfant et l'adolescent qu'elle est souvent sous diagnostiquée. Malgré une fréquence importante, et en raison d'une variabilité de la symptomatologie clinique liée au niveau de développement de l'enfant, mais également de difficultés d'expression et de verbalisation résultant des symptômes post-traumatiques (sidération psychique, évitement, culpabilité) ceci concourt à un risque important de chronicisation des troubles. D'après les dernières études, le taux moyen de TSPT apparu chez les enfants

et les adolescents après une exposition à un événement traumatique serait de 15,9% pour les catastrophes naturelles, et jusqu'à 50-60% pour les événements d'origine humaine avec intentionnalité de nuire, comme lors d'attentats.

De plus, l'exposition de jeunes enfants et/ou d'adolescents à des événements traumatiques au début de leur développement mental et psychoaffectif aurait un impact potentiel sur leur développement cognitif, mais également sur leur développement psychoaffectif, avec une évolution possible vers un trouble de la personnalité, avec un risque plus important de développer ultérieurement des troubles psychiques et/ou du comportement. Tout ceci en plus d'augmenter, comme chez l'adulte, la vulnérabilité à des traumatismes ultérieurs.

Ainsi, contrairement à une croyance commune, le jeune âge est loin d'être un facteur protecteur !

Enfin, si le retard de soin peut parfois être secondaire à des comportements de minimisation ou de déni de l'entourage, il peut souvent être lié à des tableaux post-traumatiques parentaux : d'où la nécessité de lieux intégratifs de prise en charge en aigu accueillant parents et enfants.

Il fait aujourd'hui consensus de préconiser un dépistage précoce après l'exposition à des événements traumatiques, confirmant ainsi l'importance et la place des CUMP dans la filière de soin, afin de permettre l'instauration rapide de prises en charge précoces, d'autant plus que des approches thérapeutiques efficaces existent.

Un cadre adapté est donc nécessaire pour accueillir cette clinique particulière permettant des prises en charges adéquates inscrites dans une filière de soins continus.

Un cadre et des outils adaptés

Au sein des PUMP, un point d'entrée unique est offert à tous les impliqués, mais doté de sous-espaces spécifiques pour les enfants, les adolescents seuls et en groupes, les familles, équipés de matériel pour les soins des bébés, des jeux pour les différents âges, ... etc.

Ces PUMP peuvent aussi accueillir tous les partenaires indispensables de la prise en charge des plus jeunes (associations, services sociaux,...)

Les cumpistes sont aujourd'hui tous aussi équipés de sacs CUMP Enfants contenant les outils de médiation indispensable à l'évaluation pédopsychiatrique, comme des feuilles, des crayons, des jouets permettant de symboliser des scènes ou de soutenir un récit.

Une clinique tenant compte de l'âge

Si le processus psychotraumatique peut être rapproché de celui de l'adulte, la manifestation des symptômes psychotraumatiques dépend très largement de l'âge et du développement, avec une variabilité des tableaux cliniques et ainsi des interventions par les CUMP allant du nouveau-né aux grands adolescents.

La fine connaissance de cette symptomatologie est indispensable, incluant les troubles du comportement retrouvés aussi chez l'adulte : agitation, prostration, ... mais aussi des troubles plus spécifiques de l'enfant comme le jeu traumatique ou le dessin traumatique.

Il sera ainsi toujours important de rapporter cette symptomatologie à celle présentée par les parents, pour décider du mode de prise en charge qui sera proposé.

Des prises en charge adéquates

Il n'est pas ici la place pour détailler les prises en charges au long cours des troubles psychotraumatiques de l'enfant comme les Thérapies cognitivo-comportementales, axées sur le traumatisme, la thérapie d'exposition prolongée, la thérapie d'exposition narrative (KidNET), la thérapie par Désensibilisation et Retraitement par Mouvements Oculaires (EMDR), pour ne citer que les éléments essentiels de prises en charge immédiates et post immédiates, en individuel ou en groupe, parfois sous une forme aménagée pour l'urgence de ces dernières.

Les approches psychothérapeutiques sont à privilégier dans la prise en charge du TSPT des enfants et des adolescents, notamment par

rapport aux traitements pharmacologiques, qui n'ont, au moins jusqu'à présent, pas fait la preuve de leur efficacité.

Les interventions succédant à un événement traumatique peuvent se répartir en deux catégories : les interventions immédiates, quelques heures à deux jours après l'événement, et les interventions post-immédiates, jusqu'à un mois après l'évènement.

Si une aide psychologique d'urgence doit être systématiquement proposée aux enfants et adolescents ayant été exposés à un événement traumatique, rappelons que la réalisation systématique d'un débriefing n'a pas montré d'effet bénéfique. Ce dernier devra ainsi être réservé à la suite à des consultations par un professionnel formé qui en pose l'indication.

En revanche, il s'agit d'être particulièrement vigilant au repérage d'enfants ou d'adolescents à risque de développer un TSPT (antécédents traumatiques ou symptomatologie aiguë sévère) et de diffuser une information minimale concernant la clinique du psycho traumatisme de l'enfant.

En ce sens, les interventions des CUMP permettront d'apporter une réponse médico-psychologique graduée, allant :

- d'une information concernant la symptomatologie et son évolution normale et pathologique, les soins existants, s'appuyant aujourd'hui sur des fiches d'information avec des encadrés consacrés aux enfants et adolescents s'adressant à eux et/ou à leurs parents sous forme de conseils afin de limiter le recours aux écrans, d'améliorer le sommeil,
- d'entretiens individuels de repérage des sujets à risque. L'impact des actions des CUMP en termes de contenance et de sécurisation pour des enfants ayant vécus des situations de chaos et de désorganisation est réel, et ce d'autant plus que les parents sont souvent eux-mêmes impactés,
- d'entretiens familiaux pour évaluer et restaurer le lien de sécurité,
- d'entretiens de groupe, souvent d'adolescents dont on sait l'importance des dynamiques de groupe en terme de ressources,

- d'orientation vers une hospitalisation ou une institutionnalisation dans les situations extrêmes où l'urgence l'impose.

Dans ce contexte, il est utile que les CUMP aient à leur disposition un équipement adapté aux enfants sous forme d'une malette pédopsychiatrique utilisée lors des interventions. Ces outils permettront de médiatiser la relation et de proposer un cadre familial et rassurant pour l'enfant. Cette aide psychologique d'urgence devra être associée à la sécurisation de l'environnement de l'enfant, qui passe par la prise en charge des besoins primaires de celui-ci (alimentation, hébergement...).

En immédiat et post-immédiat, les thérapeutiques médicamenteuses ne sont pas préconisées en première intention. Les traitements par benzodiazépines sont contre-indiqués, du fait du risque de dépendance, mais surtout du risque d'entraver les processus de guérison. Par contre, un traitement antalgique adapté est indiqué pour les jeunes ayant des dommages corporels sévères, afin de prévenir l'apparition de symptômes de stress post-traumatique.

Les prises en charge en immédiat incluent aujourd'hui des techniques spécifiques adaptées aux plus jeunes, comme par exemple des protocoles d'urgence d'EMDR qui peuvent s'adresser aux plus jeunes en individuel ou en groupe.

Du fait de la situation de dépendance de l'enfant, les parents constituent un soutien indispensable dans sa prise en charge. La qualité de l'attachement, l'état psychique des parents, leurs réactions et les modalités de parentage constituent des facteurs d'adaptation importants pour l'enfant en situation de stress. Ainsi, la détresse des figures protectrices de l'enfant peut entraver son rétablissement par des réponses non adaptées et une sécurisation insuffisante. En effet, la disponibilité parentale et leurs capacités de sécurisation permettent à l'enfant de réguler ses émotions. Dès lors, il est nécessaire de favoriser la psychoéducation, l'alliance thérapeutique et la participation des parents, qui sont des éléments corrélés à une meilleure réussite de la thérapie.

L'ensemble de ces éléments doivent inciter à intégrer et impliquer au plus tôt les parents dans les soins, car ils sont les meilleurs garants de l'inscription de leurs enfants dans les filières de soins appropriées d'aval (CMP de pédopsychiatrie, libéral, ou au sein des récents Centre Régionaux de Psychotraumatisme disposant tous de filières adultes mais aussi à destination des enfants, adolescents, et familles).

Conclusion

Les prises en soins psychothérapeutiques et pharmacologiques chez l'adulte et chez l'enfant étant aujourd'hui beaucoup mieux définies lors des interventions des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique, poursuivre le travail de formation auprès des professionnels des CUMP, en particulier du réseau des volontaires afin d'homogénéiser les prises en soin sur l'ensemble du territoire national s'avère essentiel.

Chapitre 7

CUMP, SSE et situations particulières

7.1 Renforts nationaux dans les catastrophes majeures

Frédérique WAREMBOURG, Laure ROUGEGREZ et Charles-Henri MARTIN

Lors de catastrophes majeures, qu'elles soient d'intentionnalité humaine, actes terroristes notamment, ou non, catastrophes naturelles par exemple, le nombre important de victimes au sens le plus large du terme (décédées, blessées physiques, impliquées indirectes, potentielles blessées psychiques et endeuillées) va entraîner des besoins médico-psychologiques conséquents et urgents.

Cette demande de soin est majeure immédiatement après l'événement et pendant les premières semaines qui le suivent. Elle nécessite souvent la mise en place de plusieurs Postes d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP primaires et secondaires, physiques ou téléphoniques et une présence CUMP à l'Institut Médico-Légal ou IML, au Centre d'Accueil des Familles (CAF) ...). Lors d'une Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE), c'est la CUMP départementale qui pourra très rapidement demander des renforts à sa CUMP régionale, zonale et nationale afin de répondre aux besoins médico-psychologiques des nombreux impliqués.

L'organisation des CUMP a ainsi notablement évolué suite aux SSE qui ont frappé le territoire national et ultramarin cette dernière décennie, qu'il s'agisse des attentats de Paris, Nice et Strasbourg ou de catastrophes naturelles telles que les ouragans Irma et Maria par exemple. A la suite de chacun de ces événements, une analyse fine et

structurée du fonctionnement du réseau CUMP associée à des analyses par Retour d'Expérience (Retex) systématiques ont permis de consolider et d'optimiser la réponse des soins médico-psychologiques sur le territoire national.

Organisation des renforts

Lors de la survenue de l'événement, le déclenchement de la CUMP fait suite à l'activation de plans de secours (ORSEC-NOVI, ORSAN-AMAVI, plan blanc). Lorsque l'ampleur de l'événement nécessite la montée en puissance du dispositif CUMP zonal, la coordination nationale mobilise le réseau de l'urgence médico-psychologique, via les référents CUMP des autres zones, pour une projection rapide des renforts et leur organisation sur la durée.

Les renforts sont alors organisés par équipes d'une même zone de défense, avec un chef de mission identifié. Des ordres de missions permanents, signés par les établissements employeurs des volontaires CUMP dans le cadre de conventions inter-hospitalières, sont rédigés tous les ans pour encadrer la mobilisation des volontaires CUMP.

Lors d'un événement survenant en métropole, les renforts CUMP nationaux sont généralement organisés sur la base de rotations de 48h, durée étendue à une semaine voire davantage lors de projection sur les territoires ultramarins pour s'adapter aux différentes contraintes logistiques. Ces rotations d'équipes sont mises en place pendant plusieurs semaines, réajustées en permanence en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et des ressources locales.

Les équipes extra-zonales viennent alors renforcer ces équipes locales et suivent l'organisation mise en place par le référent zonal territorialement compétent en lien avec la coordination nationale et le Centre Opérationnel de Régulation et de Réponses aux Urgences Sanitaires et Sociales ou CORRUS.

Une attention particulière est portée au temps de récupération après une mission de renfort national et, au retour des équipes, un

débriefing psychologique est réalisé de manière rapide et systématique, généralement par les praticiens de la zone de rattachement de l'équipe projetée qui ne sont pas intervenus sur le terrain.

Chaque équipe ou rotation réalise un compte rendu d'intervention à l'issue de la mission, compte-rendu qui s'ajoute aux points d'étapes réguliers pendant la mission, points dont la fréquence peut être quotidienne si la situation le nécessite via différents canaux de communication (CR écrit par mail, communication par les groupes de messagerie, vacation téléphonique ...).

Un retour d'expérience national spécifique aux CUMP est enfin organisé à distance de l'évènement.

Attentats de Paris, 13 novembre 2015

Le vendredi 13 novembre 2015, la ville de Paris a subi six attaques terroristes provoquant 130 morts et 382 blessés. C'est ainsi que les renforts CUMP ont été d'emblée extra-zonaux avec une projection rapide d'équipes afin d'ouvrir plusieurs PUMP primaires destinés à l'accueil des impliqués directs. Les rotations ont été ensuite organisées pour pérenniser les PUMP secondaires (IML notamment) ainsi que pour renforcer les urgences psychiatriques hospitalières, avec notamment un besoin mis en évidence de psychiatres pour réaliser les certificats médicaux initiaux.

Pour la première fois dans l'histoire des CUMP, l'ampleur de l'évènement a nécessité un dépêchement de renforts extra-zonaux non seulement d'emblée dès les premières heures qui ont suivi les attaques mais surtout pour toute la durée de l'intervention de la CUMP, soit plusieurs semaines, permettant la prise en charge de 6 000 victimes et familles durant plus d'un mois ayant mobilisés 340 professionnels dont 147 hors Île-de-France.

Deux autres particularités majeures, qui toutes deux ont participées de l'évolution de la doctrine, sont à souligner. Il s'agit en premier lieu

de l'intervention d'équipes CUMP au sein des IML afin de prendre en charge les familles endeuillées mais également de la structuration d'une collaboration encore plus forte entre les CUMP et France Victimes avec notamment l'utilisation d'une Liste Unique des Victimes et la rédaction de certificats médicaux initiaux aujourd'hui très importants dans la procédure judiciaire des victimes, autant d'éléments dont on connaît l'importance dans la prise en charge globale des victimes.

Attentat de Nice, 14 juillet 2016

A Nice, après le feu d'artifice du 14 Juillet 2016, un attentat terroriste est perpétré par un camion-bélier qui fonce sur la foule de la promenade des anglais sur près de 2 km, provoquant 84 morts et 458 blessés physiques. Des milliers de personnes sont impliquées directes, beaucoup de français mais également des touristes et habitants d'une trentaine de nationalités. Il s'agit en outre de la première catastrophe de cette ampleur impliquant autant d'enfants, du fait de la dimension familiale de la manifestation. On compte en effet parmi les victimes pas moins de 15 enfants tués et 42 autres blessés. Les deux plus jeunes victimes n'avaient pas encore trois ans.

Le réseau national des CUMP est d'emblée mobilisé, avec la projection d'équipes constituées de 10 volontaires CUMP parmi lesquels un chef de mission. Au vu de l'ampleur de l'événement, la pérennisation du dispositif CUMP est d'emblée organisée et coordonnée, avec lors de la pré-alerte des volontaires CUMP et la question de la mobilisation des volontaires à valence pédopsychiatrique. Sur place, les professionnels sont répartis sur les différents PUMP mis en place (PUMP primaires, IML, CAF, PUMP téléphonique), avec un responsable de PUMP identifié sur chacun, permettant une remontée fluide des informations vers le Centre Opérationnel Départemental ou COD et la CUMP locale qui coordonne les différents PUMP.

Au final, l'ampleur de la mobilisation et l'adaptabilité des CUMP a permis la prise en soins de 4000 victimes dont une forte composante pédiatrique en 27 jours de mobilisation, mobilisant 380 professionnels

dont 180 hors PACA. A l'issue, un dispositif tout à fait exceptionnel de suivi médico-psychologique s'est organisé, qui semble pour beaucoup avoir prélué à la mise en place des centres régionaux du psychotraumatisme ou CRP qui sont actuellement implantés sur le territoire national.

Attentat de Strasbourg, 11 décembre 2018

Le 11 décembre 2018, un terroriste a perpétré un attentat au marché de Noël de Strasbourg, tuant avec une arme à feu cinq personnes et en blessant onze autres. C'est finalement près de 1000 victimes directes et indirectes qui ont bénéficiées d'une prise en charge par les 50 professionnels mobilisés, essentiellement au CAF armé dans la nuit. Notons que cet événement a été l'occasion de systématiser une stratégie de « l'aller vers » ayant permis de nombreuses prises en charge de blessés psychiques dont certains n'auraient peut-être pas bénéficié d'évaluation et de soins si les CUMP n'étaient pas allées vers eux dans différents lieux (commerce, administrations, établissement de santé ...). Lors de cet attentat, le PUMP téléphonique national a été activé et a permis aux impliqués retranchés chez eux de bénéficier des premiers soins médico-psychologiques.

Ouragan Irma et Maria aux Antilles, septembre 2017

En septembre 2017, l'ouragan IRMA touche très sévèrement les îles de Saint Martin et Saint Barthélemy dans les Antilles Françaises, causant de nombreux décès, des destructions massives et d'importants mouvements de populations. De nombreuses évacuations sont mises en place vers la Guadeloupe et la Martinique. A noter également une insécurité importante notamment sur l'île de Saint Martin avec des pillages et agressions rajoutant à la charge traumatique.

La mise en place de renforts extra-zonaux est rapide. Les rotations sont hebdomadaires. Des équipes sont projetées en Martinique et en Guadeloupe mais aussi à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Chaque rotation est composée de 5 équipes de 10 personnes en renfort des équipes locales.

Les actions des équipes CUMP présentes en Guadeloupe et Martinique sont centrées sur la prise en soin des personnes évacuées grâce notamment à un accueil aéroportuaire. Pour ce qui est des interventions à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, différents PUMP sont mis en place comme à l'aéroport ou dans les différents dispensaires et établissement de santé.

En plus de l'impact direct sur les équipes soignantes locales, la singularité de cet événement météorologique catastrophique a résidé notamment quant aux interventions sur les îles de Saint-Martin et Saint Barthélemy en la destruction de nombreuses infrastructures dont les lieux de soins qui a nécessité que les équipes CUMP aident également à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Conclusion

Ces nombreuses interventions CUMP en SSE auront permis de renforcer :

- Une organisation très structurée des CUMP en cas d'événements de grande ampleur au point de voir l'inclusion des CUMP dans la mise en place d'un plan ORSAN.
- Le déclenchement et l'ouverture rapide du PUMP téléphonique national au SAMU de Paris, permettant à des personnes impliquées de pouvoir contacter la CUMP et ainsi d'être évaluées puis orientées vers des soins appropriés surtout s'ils ne sont pas restés sur le lieu de l'évènement.
- Une harmonisation des outils utilisés par les CUMP : CMI (Certificat Médical Initial), dossier médical, lettres d'informations, etc.
- Un renforcement des liens et de la collaboration avec France Victimes permettant une prise en charge globale des victimes.
- La création en 2018 des CRP afin de favoriser la prise en charge au long cours des personnes victimes de ces événements de grande ampleur.

7.2 L'intervention des CUMP pendant la pandémie de COVID-19

Nathalie PRIETO, François DUCROCQ et Gaëlle ABGRALL

Les CUMP ont été mobilisées dès le début de la pandémie Covid 19, même si leur rôle initial et spécifique consiste en la prise en charge précise des événements potentiellement traumatiques. Ces structures ont été sollicitées car elles sont rodées à intervenir en urgence, sont systématiquement associées dans les plans blancs et disposent d'un réseau de professionnels de la santé mentale très expérimentés en matière de pathologie réactionnelle ; elles peuvent aussi assurer les soins ou les coordonner avec la psychiatrie. Leur mission s'inscrit pleinement en interface avec les structures de santé mentale et de psychiatrie dans une logique de synergie.

Plusieurs vagues épidémiques de COVID se sont succédées sur tout le territoire dans les suites d'une première vague ayant fortement sollicité le système sanitaire. Les interventions effectuées par les CUMP se sont situées à plusieurs niveaux :

Un dispositif réactif en population générale par des plateformes d'écoute

Lors de la première vague liée au COVID 19, le Centre 15 a rapidement été saturé par l'ampleur de l'épidémie d'autant que la consigne donnée par les autorités françaises à la population générale était un appel au 15 pour tout symptôme évocateur de COVID, créant ainsi un afflux d'appels principalement d'ordre psychologique et de demandes d'informations plus générales sur la maladie.

Par ailleurs, un numéro unique spécifique d'appel gratuit (numéro vert) a été rapidement proposé par le gouvernement français et destiné à la diffusion d'informations larges concernant le COVID

déchargeant ainsi l'appel au 15. De la même façon, de nombreux appels sur ce numéro national se sont rapidement révélés d'ordre psychologique, les CUMP ont alors été sollicitées pour y répondre or elles sont habituellement sollicitées par le 15...

L'originalité de la réponse organisée par les CUMP a été la mise en place d'un relais par des plateformes de bénévoles spécialisés dans l'écoute, tels que la Croix Rouge Ecoute, (rejointe secondairement par 4 autres plateformes du même type) émettant l'hypothèse pertinente que seule une faible partie des demandes relèverait authentiquement d'une pathologie réactionnelle et de décompensations psychiatriques.

Cela a nécessité une collaboration étroite entre les CUMP et ces plateformes de bénévoles, avec information et mise à disposition de procédures simples d'orientation (par grandes zones géographiques françaises) en fonction de signes cliniques spécifiques. Ces derniers ont été édictés sous forme d'une fiche simplifiée transmise par mail aux CUMP zonales, sachant que ces écoutants bénévoles des plateformes telle que la Croix Rouge sont formés à l'écoute de manière standardisée depuis de nombreuses années. De même, ces écoutants ont bénéficié d'une action spécifique de sensibilisation au repérage des urgences imminentes (suicides, troubles graves du comportement...) pour une rebascule des appels sur le 15 habituel.

L'offre aux patients et leur entourage

Les patients directement infectés, ou l'ayant été, ont été informés et ont eu la possibilité de solliciter la CUMP pour un soin individualisé. De même que les familles ayant eu un proche décédé dans ces circonstances particulières.

Localement, les services concernés ont également été informés (important travail de réseau et de diffusion) de la possibilité de solliciter la CUMP. Des soins spécifiques ont été proposés dans un délai court en présentiel ou en téléconsultation.

Une offre de soins aux soignants

Les différentes études concernant les soignants impliqués dans cette pandémie témoignent, de taux importants d'anxiété, de dépression et de dissociation péri-traumatique (trouble précurseur du stress post traumatique) avec une prévalence plus importante chez les infirmiers et les femmes. Ces taux importants sont associés à l'augmentation de prise de psychotropes ce qui justifie la nécessité d'une prise en charge précoce avant l'apparition de la pathologie (pour la dissociation notamment). Contrairement à la population générale, les dispositifs de type « hotline » téléphonique ont montré leur limite en ce qui concerne les soignants partout en France, quelques soient d'ailleurs le type de dispositif (écoutants pairs, encadrement, psychologue...) et l'amplitude horaire proposée. Les personnels semblent souhaiter avant tout une approche personnalisée au plus près du « terrain ». C'est-à-dire revenir à une logique de proximité, avec des intervenants repérés, qui considèrent comme l'indiquent certaines études, les grandes thématiques (le fait d'avoir été infecté, d'avoir vu des patients mourir et d'avoir été confronté aux familles, d'avoir trop travaillé..etc...) en tenant compte de l'appartenance professionnelle, en cohérence avec l'encadrement et l'institution et en lien avec le service de santé au travail.

Quatre catégories de professionnels sont principalement concernées :

- Les personnels exerçant en unités d'urgence et de réanimation, intra et pré-hospitaliers
- Les unités spécifiques COVID
- Les personnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les services au long cours gériatriques (EHPAD)
- Les soignants infectés par le COVID.

Un renfort des territoires ultra-marins lors de la quatrième vague

Dans un contexte de crise pandémique se maintenant sur la durée (deuxième vague à l'automne 2020, et troisième au printemps 2021) et marqué par l'apparition de plusieurs variants, les CUMP permanentes se sont vues renforcées en moyens en personnels (Séгур de la santé 2020, 1 ETP psychologue, 1 ETP infirmier) afin d'augmenter et de coordonner une offre de soins plus importante auprès des structures soignantes les plus impactées (services de soins critiques, EHPAD, établissements médico-sociaux ...).

A l'été 2021, bien qu'une quatrième vague ait été annoncée, la généralisation du pass vaccinal et les campagnes de vaccination intensives ont sensiblement fait diminuer la courbe des hospitalisations au niveau métropolitain. Néanmoins, dans le même temps, la situation dans certains territoires d'outre-mer tels que la Martinique, la Guadeloupe, la Polynésie Française ou la Nouvelle-Calédonie, s'aggravait avec un taux de contamination très élevé par le variant delta du COVID. La faible couverture vaccinale, les ressources et infrastructures hospitalières limitées pour faire face à un afflux massif de patients gravement infectés ont ainsi été à l'origine d'une crise aigüe et ont nécessité l'envoi de renforts somatiques métropolitains (réserve sanitaire, EVASAN, solidarité nationale ...).

A la demande du CORRUS, le réseau des CUMP a été fortement mobilisé sous la coordination du référent national et de son adjoint pour mettre à disposition de ces territoires d'outre-mer des équipes de renforts médico-psychologiques durant plusieurs semaines. Celles-ci sont venues en appui des équipes CUMP locales ayant pour mission principale le soutien des soignants particulièrement exposés à des prises en charge difficiles, et menées parfois dans une logique de médecine de catastrophe, à un nombre de décès importants, et à l'accueil et la gestion relationnelle des familles endeuillées.

Trois territoires ont ainsi été renforcés entre le 10 août et le 6 octobre 2021 : Les Antilles, la Polynésie française et la Nouvelle Calédonie (ainsi qu'une évaluation de la situation en Guyane)

Conclusion

Cette mission CUMP (et de renfort CUMP en outremer) assurée par le réseau des CUMP dans la crise COVID s'est révélée inédite, à la fois, de par sa durée (plusieurs mois), sa mobilisation et la particularité sanitaire qu'elle confère (le risque de contagion pour tous). De plus, les professionnels CUMP ont été mobilisés dans un contexte particulier (notamment dû au caractère sanitaire de la mission, avec la peur d'être soi-même contaminé) qui ont demandé une implication et un impact personnel fort même pour ce type de personnels ayant l'expérience des situations de catastrophe.

Enfin, il est essentiel de souligner que c'est en grande partie grâce au renforcement des CUMP permanentes en personnels (psychologue, infirmier) obtenu lors du Ségur de la santé suite à la première vague COVID qui a permis que la mobilisation initiale des CUMP gagne en ampleur et puisse se maintenir dans la durée.

7.3 Aspects médico-légaux : décès en cas de catastrophe, certificats et ITT

Irène FRANCOIS-PURSELL et Nathalie PRIETO

Les missions des CUMP peuvent ainsi consister en l'accompagnement des familles lors de la reconnaissance des corps et de leur départ vers le lieu d'inhumation en cas de SSE.

Dans ce cadre, quelques repères sont à préciser :

IML (institut médico-légal) : lieu où sont accueillis les corps des personnes décédées hors établissement de santé ou domicile

C'est aussi le lieu où sont pris en charge les corps de personnes décédées de mort violente et/ou de nature à justifier un « regard judiciaire » (examen externe du corps ou autopsie, procédure d'identification...). Dans ce cadre, les corps sont reçus sur réquisition.

Chambre mortuaire : lieu dans lequel les établissements de santé accueillent les corps des personnes décédées dans l'établissement. Le nombre de « places » est défini en fonction du nombre de lits dans l'établissement. Seuls les corps des personnes décédées dans l'établissement peuvent y être admis.

Funérarium : établissement privé, habilité à accueillir les corps des personnes décédées, selon le souhait de la famille.

Les modalités de fonctionnement et heures d'ouvertures sont très diversifiées.

Les corps des victimes sont des corps dits « médico-légaux ». Une fois identifiés et restaurés, ils sont intégrés à la chambre mortuaire. Deux types d'actes vont être effectués :

L'identification formelle de la personne

Il s'agit d'un acte important, qui doit être fait selon des règles strictes, et implique des officiers de Police judiciaire, (OPJ), mais aussi des spécialistes de l'ADN, des anthropologues, radiologues... Cette étape est importante. Le non-respect de la procédure a été source d'erreurs d'identification lors de certains événements. En cas de catastrophe, des moyens exceptionnels peuvent être mis en place. L'identification n'est en générale pas immédiate et son délai peut varier.

Lors de cette étape, les corps ne sont pas accessibles aux proches. C'est un moment difficile car les familles sont dans l'attente d'une annonce ou d'une confirmation source d'imaginaire, alimentée souvent par des rumeurs.

L'accès au corps

Les modalités varient selon les situations, les blessures, mais aussi selon l'organisation de chaque IML. Les corps peuvent être présentés derrière une vitre, des photos peuvent ou non être prises ...

Les proches doivent être informés de la nature des blessures et des conséquences sur l'état du corps.

Au sein de chaque famille, les personnes, informées, ont la possibilité individuelle de choisir de voir le corps ou pas.

Il est possible, en cas de corps très abimé, de proposer de toucher à travers un drap, ou de ne voir qu'une main...

En ce qui concerne les photos, il faut insister sur les conséquences de la divulgation de certaines images ; toutefois, il ne faut pas oublier que pour les familles éloignées du lieu de décès, une photo du proche décédé peut être un témoignage important à préserver.

Dans ces situations, le personnel CUMP a une place possible, en soutien et lorsqu'il est sollicité.

L'accompagnement des familles dans ce cadre en chambre mortuaire et /ou à l'IML est une mission particulière demandant aux personnels

CUMP une grande capacité de contenance. La charge émotionnelle est majeure, les familles ont attendu, espéré, se sont résignées, et la réalité leur est enfin présentée.

La décision de voir le corps ou pas, ou le choix dans les modalités de funérailles ne relève pas du soin psychologique. Il s'agit d'un accompagnement voire d'une aide à la prise de décision.

Les exemples de attentats de Paris et Nice ont montré à ce propos deux organisations différentes : l'une prévoyait la présentation du corps et son départ de manière très organisée et horodatée, l'autre laissait toute latitude.

L'expérience montre que lors de ce moment très particulier, les familles ont besoin d'intimité, d'entre soi, et la promiscuité avec d'autres familles a pu créer des tensions. Les réactions sont diverses, allant de la douleur aiguë non démonstrative au malaise. La chambre mortuaire doit donc être organisée en fonction : eau, en-cas, sièges ... à l'égal du poste d'urgence médico-psychologique (PUMP).

La délivrance d'information est soumise au Parquet qui a la responsabilité des informations (âge des défunts ; nombre de blessés dans la famille, quels sont ceux qui ont eu une autopsie ?).

Ces missions éprouvantes et délicates pour les intervenants exigent une expérience et un positionnement relationnel tout à fait spécifique.

Evaluation de l'ITT

Le fonctionnement psychique ne peut être examiné de la même manière qu'on le fait pour une blessure physique. La sémiologie est en effet très variable dans le temps, en fonction de l'interlocuteur ou du moment où l'on rencontre le sujet tout en dépendant de la qualité du contact...

L'ITT pénale (Incapacité totale de travail) est une notion que le code pénal exige ; elle est destinée au Procureur de la république mais définie par le médecin, mettant ainsi de nombreux praticiens en difficulté. Lorsqu'une personne est blessée, la gravité des blessures est

estimée au plan pénal par le nombre de jours d'incapacité totale de travail. Ce nombre de jours est l'un des éléments que va utiliser la justice pour prendre une décision lors d'un dépôt de plainte : classement sans suite, poursuites et définition de l'infraction en contravention, délit ou crime. En clair, les modalités de traitement d'une plainte sont en partie, mais en partie seulement, déterminées par la gravité des blessures que l'ITT permettrait de quantifier. Le contenu de l'ITT a évolué mais reste une notion difficile à cerner. Actuellement, la référence la plus utile reste celle de la cour de cassation de 1982 : « ...une gêne significative dans les actes ordinaires de la vie ». Les incapacités concrètes « objectivables » sont, d'une manière générale, plus faciles à prendre en compte. Or, en 2012, la Haute Autorité de Santé a insisté pour que les conséquences psychiques d'une agression ou d'un accident soient prises en compte en termes d'ITT de la même manière que pour les conséquences somatiques.

Les derniers attentats sur le territoire français, dans les suites desquels de nombreux blessés psychiques ont été évalués, ont permis de souligner l'importance de cette « ITT psy ». Depuis l'attentat de 14 juillet 2016 à Nice, les autorités ont en outre exigé que toute personne reçue dans le dispositif de l'urgence médico-psychologique obtienne d'emblée un certificat médical initial avec précision de l'ITT.

Pour le clinicien, il s'agit de repérer un dysfonctionnement en lien avec une incapacité du travail psychique et pas seulement des symptômes isolés. Ce fonctionnement psychique peut être diversement perturbé, tant sous la forme d'une sidération que d'une hyper activité mais également associer des troubles somatiques à un état de stress aigu. Souvent complexe, cette évaluation doit être globale et réservée à des spécialistes en santé mentale. Dans les situations d'urgence médico-psychologique, par définition aiguës et avec de nombreux impliqués, l'évaluation doit nécessairement être rapide, rapidité par définition plutôt contradictoire avec l'exigence d'une juste détermination de l'ITT psychique.

Idéalement l'ITT doit en effet être évaluée avec du recul et après plusieurs entretiens mais en pratique, et dans l'urgence, la

compétence et le niveau d'expérience de l'examineur permet de repérer les personnes qui sont plus que d'autres susceptibles d'évoluer favorablement ou au contraire d'évoluer vers une pathologie. On pourra alors envisager une ITT brève (>7j) pour des personnes adaptées, ancrées dans la réalité, avec un contact facile...Pour les autres, on peut discuter d'une ITT > 10j, ce qui laisse le champ libre pour toute évolution. Une ITT à 30 j a été préconisée lors de l'attentat de Nice ce qui a eu l'avantage de couvrir la phase initiale de stress mais l'inconvénient de ne pas être très « personnalisée » et critiquée par les OPJ et assurances, qui ont demandé des « requalifications ». Si l'ITT doit être très longue il convient alors d'évoquer une « infirmité ». Dans tous les cas, un descriptif précis de l'état de la personne lors du premier contact sera utile comme « point de départ ».

Certificats médicaux et attestations

Lors de la survenue d'une agression ou d'un accident, la personne blessée doit impérativement produire un certificat médical si elle souhaite porter plainte. Ce certificat, souvent nommé « initial », peut être rédigé par tout médecin et représente un élément très important tant pour la validité de la procédure que pour la personne blessée. Les professionnels de santé non médecins peuvent produire quant à eux que des attestations obéissant aux mêmes règles de rédaction.

Pour la partie juridique, ce document atteste de la réalité des dires de la personne et contribue à la qualification des faits (cf ITT). Pour la personne plaignante, cette inscription sur le certificat confirme et rend plus formel ce qu'elle a déclaré.

Le rédacteur de ce certificat, ou attestation, doit être précis, factuel, ne doit pas employer de mots qui pourraient blesser la personne examinée sans toutefois majorer ou minimiser les souffrances. Les règles de rédaction de ces documents sont simples mais doivent être rigoureusement respectées. Les erreurs ou maladresses dans la rédaction peuvent conduire à une annulation du certificat voire une

sanction pour le rédacteur. Dans les deux cas, la personne examinée est lésée.

Il convient d'identifier le rédacteur par ses nom, prénom, profession et lieu d'exercice. La personne examinée doit aussi être identifiée, le motif de la consultation précisé de même que la date de l'examen lui-même, date parfois différente de celle des faits.

Le professionnel de santé doit rédiger ses constatations et uniquement ses constatations. Le conseil de l'Ordre accepte que soient retranscrits les propos du patient si cela s'avère nécessaire ; cette retranscription doit en revanche être identifiée comme telle de façon à ne pas être confondue avec les constatations du professionnel de santé (mettre entre guillemets et au conditionnel, préciser « le sujet dit.... »).

Si le certificat ou attestation est rédigé à la demande d'un OPJ, c'est à ce dernier qu'il faut remettre le document. A noter que désormais, il est préconisé que la victime puisse également disposer de ce certificat.

Le certificat est un acte médical, facturable avec tact et mesure (par exemple au titre d'une consultation comme le font la plupart des services de médecine légale), imputable aux frais de justice si réquisition.

Les certificats ou attestations sont donc des actes importants pour les victimes et les impliqués que nous recevons en CUMP, qui se sentent souvent mieux reconnus par les jours d'ITT fixés et par l'attention portée concernant le récit de leurs blessures. La prise en charge, les soins, commencent dès lors à partir de ces pièces essentielles.

7.4 Le service de santé des armées : contributeur potentiel au dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en situation sanitaire exceptionnelle

Marie-Dominique COLAS, Laurent Melchior MARTINEZ

La mission prioritaire du service de santé des armées (SSA) est le soutien médical des forces armées que ce soit en opération extérieure ou sur le territoire national. Son soutien s'exerce au profit du personnel militaire et civil des armées, de la gendarmerie nationale et des familles. En outre, il est un acteur à part entière dans le domaine de la santé publique et dans la mise en œuvre des différents plans d'urgence gouvernementaux, notamment pour faire face à un afflux de victimes.

Sur le plan médico-psychologique, les praticiens du SSA sont engagés dans des actions de prévention et de sensibilisation, dans le parcours de soins et de réhabilitation des blessés et des malades, et dans l'expertise visant à déterminer l'aptitude à servir du personnel militaire. Les hôpitaux d'instruction des armées participent à l'offre de soins du service public hospitalier et, à ce titre, accueillent des urgences médico-psychologiques. De surcroît, si leur disponibilité opérationnelle le leur permet, les psychiatres et les psychologues cliniciens militaires peuvent être volontaires pour participer aux interventions locales des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), par convention avec l'établissement siège du SAMU et après accord de leur chaîne hiérarchique.

En situation sanitaire exceptionnelle, le SSA a la possibilité d'activer dans les meilleurs délais une cellule de soutien médico-psychologique

militaire en renfort des CUMP, après autorisation du ministère des armées, ou en première ligne en synergie avec les CUMP si des militaires et des civils sont impliqués. La participation du SSA est alors sollicitée par la Direction générale de la santé dans le cadre d'une demande de renforts exceptionnels. L'état-major opérationnel santé de la Direction centrale du service de santé des armées est responsable de l'activation des moyens en situation de crise après analyse du coordonnateur national du soutien médico-psychologique des armées et de l'avis technique du consultant national pour la psychiatrie et l'hygiène mentale appliquées aux armées.

Une autonomie de décision permet de maintenir la capacité de réponse aux besoins des forces armées en s'adaptant aux éventuelles évolutions de la situation en lien avec les moyens civils.

L'accompagnement dans la durée des victimes fait partie intégrante des missions de soins des services de psychiatrie et de psychologie appliquée des huit hôpitaux militaires. Comme il est indiqué dans l'Instruction N°DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017, « *le relais de cette prise en charge doit faire l'objet d'une organisation définie et formalisée par l'ARS dans le cadre du volet médico-psychologique du dispositif ORSAN en liaison avec la CUMP et les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les HIA, l'INI en Ile-de-France et les praticiens libéraux dans un objectif de parcours de soins personnalisé* ».

Les spécialistes de la santé mentale du SSA sont également sollicités pour accueillir et soutenir les primo-intervenants dans les suites d'un événement particulièrement éprouvant (par exemple les sapeurs-pompiers de Paris, les équipes médicales des SAMU ou des SAU, etc.).

Chapitre 8

Cadre réglementaire

Olivier BODIC et Jean-Marc PHILIPPE

Approche synthétique

Organisation

Si les **circulaires du 2 mai 1997 et du 20 mai 2003**, textes fondateurs des cellules d'urgence médico-psychologique ont été remplacées par le **décret du 7 janvier 2013** qui inscrit le réseau des CUMP dans le Code de la Santé Publique (Art. R. 6311-25. à Art. R. 6311-32), puis par le **décret du 6 octobre 2016** qui définit le réseau national de l'urgence médico-psychologique, l'organisation des CUMP reste marquée par l'esprit de ces premiers écrits.

Le réseau national de l'urgence médico-psychologique intervient d'une part pour assurer la prise en charge des victimes dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique en situation normale et d'autre part en situation sanitaire exceptionnelle.

L'**arrêté du 24 février 2014** relatif aux modalités d'intervention des CUMP et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une CUMP stipule que la CUMP est partie intégrante de l'Aide Médicale Urgente, intervient dans le champ de compétence territoriale de son SAMU de rattachement et participe au réseau des urgences. Il précise les notions de schéma-type d'intervention et de convention-type.

L'**arrêté du 27 décembre 2016** précise le rôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (établissement par arrêté de la liste des membres de la CUMP, permanence de la réponse à l'urgence médico-psychologique et continuité des soins médico-psychologiques, organisation des soins d'aval, inclusion des missions CUMP dans les Contrats Pluriannuel

d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et leur évaluation, désignation des CUMP renforcées). Il définit le rôle du psychiatre référent national (élaboration des procédures et référentiels, rapport annuel d'activité, mobilisation du réseau national CUMP).

L'instruction du 6 janvier 2017 a pour objet de préciser les modalités de l'organisation du dispositif de l'urgence médico-psychologique par les Agences régionales de santé notamment les ARS de zone de défense et de sécurité (ARSZ) et de décrire l'organisation et le fonctionnement de ce dispositif en situation sanitaire exceptionnelle. Il y est précisé les catégories de personnels pouvant assister les membres de la CUMP (assistants sociaux-éducatifs, assistants administratifs, secrétaires, ambulanciers, ...) ainsi que les modalités de désignation du référent CUMP. Les partenariats formalisés sous la forme de conventions avec les acteurs départementaux de l'aide aux victimes (services dédiés de l'éducation nationale, services dédiés des collectivités territoriales, associations d'aide aux victimes, associations agréées de sécurité civile, ...) sont encouragés. L'instruction rappelle que la CUMP n'a pas vocation à assurer le suivi des patients au-delà du post-immédiat et qu'il est, à l'issue de la phase d'urgence, du rôle de l'ARS d'organiser dans le cadre du projet territorial de santé mentale et du dispositif ORSAN notamment le plan ORSAN MÉDICO-PSY l'aval du parcours de soins des patients pris en charge par les CUMP. Il n'est pas possible dans le cadre de ce chapitre de reprendre in extenso l'ensemble du texte auquel nous renvoyons le lecteur.

L'instruction du 19 février 2016 précise entre autres que les lieux susceptibles de constituer des PUMP au sein des centres d'accueil des impliqués (CAI) et des centres d'accueil des familles (CAF) permettent dans la mesure du possible de respecter un accueil digne des familles et la confidentialité des échanges. Elle attribue aux établissements sièges de SAMU la responsabilité d'assurer l'approvisionnement des CUMP en équipements nécessaires à leurs interventions (ex. produits de santé, matériel informatique, téléphonie...), y compris hors de leur département.

Aide aux victimes (AAV)

L'**instruction 15 novembre 2017** relative à l'articulation de l'intervention des CUMP et des associations d'aide aux victimes (AAV) a pour objet de présenter les bonnes pratiques pouvant permettre une meilleure coordination des interventions des CUMP (soins) et des AAV (écoute, accompagnement social et juridique) en incitant l'élaboration de conventions ou protocoles d'accord qui peuvent être coordonnés par les procureurs de la République.

Le **décret du 3 août 2016** portant création des comités locaux de suivi des victimes d'actes de terrorisme (CLSV) et des espaces d'information et d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme (EIAV) a été modifié par le **décret du 25 avril 2017** qui est venu renforcer les attributions de ces comités désormais nommés comités locaux d'aide aux victimes (CLAV) et compétents pour les victimes d'accidents collectifs, d'évènements climatiques majeurs ou d'infractions pénales. Les CUMP n'y sont pas représentées de droit (si ce n'est par le biais de l'ARS). La **circulaire du 22 mai 2018** précise que le responsable de la CUMP peut y être convié en fonction des sujets mis à l'ordre du jour pour présenter les dispositifs mis en place en phase de crise puis de suivi. Elle rappelle que des partenariats entre CUMP et AAV peuvent être mis en place par le biais de conventions.

Situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et dispositif ORSAN

L'**instruction du 27 juin 2013** précise qu'il est du ressort de l'ARS d'organiser et coordonner la continuité d'action des SAMU et des CUMP.

La **circulaire du 26 septembre 2013** relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZM-RS) rappelle que la montée en puissance des moyens va initialement reposer sur les dispositifs de mobilisation existants au sein des structures de santé directement impactées, puis pourront être mobilisés les moyens de la zone avant que les ressources de la réserve sanitaire puissent être

sollicitées en dernier recours. Les zones géographiques d'intervention des équipes seront étendues à la zone en cas de situation sanitaire exceptionnelle. L'ARS de zone est chargée de préparer le cadre permettant d'assurer la rémunération et la couverture juridique des personnels dont la mobilisation serait effective hors dispositif réglementaire.

Le **Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles** de 2019 reprend dans plusieurs chapitres les actions que les établissements de santé ont à mener sur le plan de la prise en charge médico-psychologique et les liens qu'ils peuvent avoir avec la CUMP.

L'état dispose d'un système global de planification de défense et de sécurité nationale. La **directive générale interministérielle du 11 juin 2015** rappelle l'ensemble de l'organisation de ces plans et des acteurs y contribuant. Les CUMP s'inscrivent dans le cadre du dispositif ORSAN de préparation et d'organisation de la réponse du système de santé en SSE qui a été inscrit dans le code de la santé publique par la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** (art. L. 3131-11).

L'**instruction du 15 mai 2014** précise que le dispositif « ORSAN » géré par les ARS doit s'articuler avec les plans de renfort établis aux échelons d'intervention des préfets et mis à disposition de ces derniers lorsqu'ils assurent le pilotage de la crise.

Le **Guide 2014 d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles** est muet en ce qui concerne les CUMP. Il ne mentionne que la possibilité de soins psychologiques dans les fiches ORSAN NRC et ORSAN AMAVI.

Le **décret du 6 octobre 2016** précise l'organisation du dispositif ORSAN. Il prévoit la mise en œuvre d'exercices annuels d'évaluation dans ce cadre.

Formation, entraînements, exercices

Le plan zonal de mobilisation (PZM-RS) contient un plan de formation et d'entraînement des acteurs du système de santé de la zone. Les

professionnels concernés sont ceux susceptibles d'être mobilisés au sein de la zone de défense et de sécurité.

L'**instruction du 15 mai 2014** relative à la préparation du système de santé à la gestion des SSE demande aux ARS de trouver des synergies dans l'organisation du dispositif de formation ORSAN avec la formation des professionnels de la santé des CUMP.

La **note technique de cadrage du département des urgences sanitaires de 2014** concernant la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles rappelle que la formation des professionnels de santé des CUMP est coordonnée par le psychiatre référent de la CUMP de zone et s'appuie notamment sur les ressources pédagogiques des CESU selon l'art. R. 6311-30 du code de la santé publique.

L'**arrêté du 1^{er} juillet 2019** relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence institue un module de formation spécialisée intitulé « urgences médico-psychologiques » à destination des personnels et professionnels de santé des CUMP.

Actes de terrorisme et événements NRBC-E

Au décours d'actes de terrorisme mettant en œuvre des matières chimiques ou nucléaires, les **circulaires n° 700/SGDSN/PSE/PSN du 2 octobre 2018** (dite circulaire 700) et **du 18 février 2011** (dite circulaire 800), mentionnent que la prise en charge psychologique s'effectue au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et doit débuter dès que possible. La CUMP pourra être présente à toutes les étapes en dehors des zones de danger, notamment dans les CADI. L'annexe 18 donne un exemple de fiche explicative destinée aux victimes.

La **circulaire du 14 avril 2016** indique que la CUMP assure une prise en charge médico-psychologique d'une part au sein des lieux d'accueil et de regroupement (CARE) qui se divisent en deux sous-groupes : Centres d'Accueil des Impliqués (CAI) et Centres d'Accueil des Familles (CAF) et d'autre part au sein des IML pour l'accueil des familles.

Dans l'**instruction interministérielle n°6070/SG du 11 mars 2019** figurent les missions de la CUMP dans le cadre des attentats terroristes : participation CUMP à la Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes (CIAV), au CAF et au dispositif lorsque la CIAV n'est pas activée, rôle dans la prise en charge psychologique des victimes et des impliqués, coordination des moyens en lien avec l'ARS, action dans les PUMP, coordination des acteurs contribuant à la prise en charge médico-psychologique, participation aux renforts régionaux et nationaux, participation au recensement des victimes et impliqués par le biais de l'application SIVIC, rédaction de certificats médicaux, accompagnement des témoins se trouvant sur les lieux, présence aux côtés des membres de l'Unité d'Identification des Victimes de Catastrophes (UIVC) lors de l'annonce des décès, assistance aux proches lors de la présentation des corps à l'institut médico-légal.

Le **plan national de réponse accident nucléaire ou radiologique majeur de février 2014** rappelle qu'un accident nucléaire peut générer un stress important avec des effets psychologiques à prendre en charge sans tarder, que le soutien psychologique fait partie d'une des 4 missions majeures du soutien sanitaire. Le rôle des CUMP y est mentionné fiche 18 (prise en charge sanitaire des populations), fiche 25 (mise en place des centres d'accueil), fiche 38 (action pour les ressortissants sur place) et fiche 39 (surveillance épidémiologique).

Financement des CUMP

Le financement des CUMP s'inscrit dans le système des missions d'intérêt général. L'**arrêté du 18 avril 2014** fixant la liste des missions d'intérêt général institue la MIG Q05 de financement des CUMP.

La **circulaire du 9 mai 2017** mentionne que les dotations finançant les CUMP permanentes sont calculées de manière forfaitaire, sur la base de la valorisation des personnels dédiés qui les animent et augmentées, le cas échéant, du coefficient géographique. Elles sont déléguées de manière fléchée (établissement par établissement) et impérative. Le financement des CUMP est régulièrement abondé notamment par la création de nouvelles CUMP renforcées. Les CUMP disposant de personnels permanents (CUMP régionales et renforcées)

ont bénéficié de moyens supplémentaires au titre des mesures liées à l'épidémie de Covid-19.

Documents de référence par ordre chronologique

Textes se rapportant directement aux CUMP

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles (NOR : AFSP1205870D)

Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (NOR : AFSP1317813J)

Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique (NOR : AFSP1404781A)

Instruction DGS/DUS/SGMAS no 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (NOR : AFSP1411258J)

2014 DGS/DUS/bureau organisation et préparation : Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : Note technique de cadrage

Instruction n° DGS/DUS/2016/42 du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes

Circulaire du 14 avril 2016 relative à la déclinaison territoriale de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme (NOR : INTE 16111591)

Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif «ORSAN») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (NOR : AFSP1617819D)

Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique (NOR : AFSP1638824A)

Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique (NOR : AFSP1700790J)

Instruction interministérielle DGS/VSS/ministère de la justice en date du 15 novembre 2017 relative à l'articulation de l'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et des associations d'aide aux victimes (NOR : JUST1732093J)

Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (NOR : SSAP1919295A)

Textes évoquant la CUMP ou en lien avec la thématique des CUMP

Circulaire n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques

Circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives (NOR : PRMD1105975C)

Circulaire interministérielle N° DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (NOR : AFSP1326916C)

Ministère de la santé, DGS : Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles : guide méthodologique, 2014 (ISBN n° 978-2-11-131001-8)

Plan national de réponse accident nucléaire ou radiologique majeur n° 200/SGDSN/PSE/PSN - édition février 2014 (et ses fiches mesures)

Arrêté du 18 avril 2014 portant modification de l'arrêté du 21 mars 2013 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité

sociale et fixant la liste des missions d'intérêt général (NOR : AFSH1409422A)

Directive générale interministérielle du 11 juin 2015 relative à la planification de défense et de sécurité nationale n° 320/SGDSN/PSE/PSN (NOR : PRMD1514315X)

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (NOR : AFSX1418355L)

Décret n° 2016-1056 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'actes de terrorisme (NOR : PRMX1621757D)

Décret n° 2017-618 du 25 avril 2017 relatif aux comités locaux d'aide aux victimes (NOR : PRMX1712108D)

Circulaire N° DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé (NOR : AFSH1714644J)

Circulaire du 22 mai 2018 relative à l'application du décret n°2016-1056 du 3 août 2016 modifié portant création des comités locaux d'aide aux victimes et des espaces d'information et d'accompagnement des victimes d'actes de terrorisme (NOR : JUST1806816C)

2019 Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, ministère des solidarités et de la santé

Instruction interministérielle n°6070/SG du 11 mars 2019 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

Textes abrogés

Circulaire DH E04-DGS SQ2 n° 97.383 du 2 Mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C N° 2003/235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe (NOR : texte non paru au journal officiel)

Chapitre 9

Bilan et perspectives

François DUCROCQ et Nathalie PRIETO

La place des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique dans le système de santé français est maintenant bien reconnue. Leur ancrage au-delà des urgences sanitaires est néanmoins encore en train d'évoluer dans un paysage psychotraumatologique qui s'est lui-même largement développé ces dernières années, légitimé par les différents retours d'expérience des CUMP lors des situations sanitaires exceptionnelles qui ont marqué le sol français à partir de 2015 et qui ont montré la nécessité d'assurer la continuité des soins une fois la phase aigüe passée. Les liens, bidirectionnels, entre le réseau national des CUMP, les Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP) et le Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2r) semblent maintenant bien consolidés même si heureusement aucun événement sanitaire exceptionnel d'ampleur nationale n'a permis de tester leur opérationnalité.

La question de l'assise scientifique de l'action des CUMP a toujours fait l'objet, notamment depuis le débat des années 2000 sur l'efficacité du débriefing CISD, de nombreuses interrogations de la part de ses acteurs, des institutions et des sociétés savantes. Sans clore définitivement le débat, les avancées sur le sujet sont réelles et l'efficacité des interventions des CUMP est d'autant plus communément admise que ces interventions sont maintenant de plus en plus codifiées. Les travaux menés par les acteurs des CUMP, l'AFORCUMP-SFP et la SFMU ont ainsi permis d'établir dès 2017 des recommandations par consensus sur les modalités d'organisation et d'intervention des CUMP. En outre, qu'il s'agisse de l'efficacité de ces interventions sur l'apparition des troubles anxieux et des troubles de l'humeur ou de la satisfaction et de l'apaisement perçus par les

victimes des attentats de 2015 (IMPACTS, ESPA 13 novembre), la nécessité de ces interventions précoces est maintenant inscrite comme un volet à part entière dans les plans de secours (ORSAN Médico Psy). En termes de valorisation scientifique, ces dernières années ont vu la publication de plusieurs travaux concernant le defusing, l'impact des interventions précoces suite au passage d'Irma, la gestion de la crise liée au Covid-19 par les CUMP ou encore la mise en place du PUMP téléphonique national.

Dans un contexte de crise majeure liée à la pandémie de Covid-19, les CUMP ont en effet été rapidement sollicitées et le réseau national s'est organisé pour mettre en place un dispositif de prise en charge sur tout le territoire national en collaboration avec les plateformes d'écoute de type Croix Rouge Ecoute permettant une véritable prévention des risques psychologiques liés à une situation épidémique hors du commun pour la population générale ainsi que la mise en place d'une stratégie de *l'aller vers* auprès notamment des personnels soignants impactés par la crise dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Pour permettre aux CUMP de contribuer efficacement à la réponse à ces besoins, ces dernières se sont par ailleurs vues renforcées en personnels psychologues et infirmiers dans le cadre des concertations du Ségur de la santé dès novembre 2020. Cette crise majeure a vu également la mobilisation des CUMP en plusieurs vagues de renforts des territoires ultra marins aux Antilles, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française ont été organisés dès le début de l'été 2021. Cette mobilisation sans précédent, 134 personnels projetés aux seules Antilles sur 8 semaines, a permis un appui significatif des CUMP locales pour apporter le soutien à la population et aux équipes soignantes locales tout comme aux personnels de la réserve sanitaire, des EVASAN et de la solidarité nationale.

Le nombre croissant de sollicitations des CUMP pour des événements catastrophiques touchant des ressortissants français à l'étranger a en outre nécessité que ces CUMP, en lien avec le CORUSS et sur sollicitation du centre de crise sanitaire du Ministère de l'Europe et des

Affaires Etrangères (MEAE), établissent un protocole d'activation fiable et rapide. C'est ainsi que dès juin 2018 a été créée une *Task Force Médico-Psychologique* (TFMP) permettant la projection d'une – ou plusieurs – équipe(s) CUMP à l'étranger afin de proposer rapidement des soins médico-psychologiques aux français impliqués. Un vivier de 70 professionnels, psychiatres, psychologues et infirmiers, reconnus pour leur expérience et leurs habiletés sur le terrain et spécifiquement sensibilisés ont été identifiés sur l'ensemble du territoire national. Ils adhèrent à une charte qui garantit leur disponibilité potentielle et répond à un cadre de fonctionnement et une doctrine d'emploi bien établie (passeports et vaccins à jour, aptitude médicale, formation initiale et points de rencontre réguliers, conventions avec les ES ...). Au-delà des contingences administratives, ces personnels sont particulièrement sensibilisés aux aspects diplomatiques du travail sur un sol étranger et doivent posséder une solide connaissance du fonctionnement, des procédures et des attentes du centre de crise sanitaire du MEAE concernant par exemple les canaux de communication, la confidentialité ou la chaîne de commandement.

Sur le plan de la structuration du réseau, l'évolution des textes régissant le fonctionnement des CUMP a vu, au-delà des échelons départementaux et zonaux, une organisation nationale sous la forme de la nomination pour 3 ans renouvelable d'un psychiatre référent national et d'un psychiatre référent national adjoint. Leur activité de coordination et d'animation du réseau a permis entre autres la mise en place d'un groupe de travail permanent émanant du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH), regroupant des professionnels représentant toute la diversité du réseau des CUMP en termes de métier, d'ancrage géographique et de pratique. Ce remarquable travail de fond a permis certes de consolider les procédures de déclenchement mais surtout d'harmoniser les pratiques sur le terrain afin que face à un événement par définition soudain et inattendu les différents professionnels des CUMP issus d'horizons parfois bien différents puissent avoir suffisamment de

repère pour d'emblée fonctionner de manière homogène, efficace et rapidement opérationnelle au sein de la chaîne de secours.

Enfin, s'il est éminemment difficile de prévoir l'évolution des CUMP dans une société et un système de santé eux-mêmes en pleine mutation, il est néanmoins probable que la permanence des risques exceptionnels, du risque terroriste, des événements météorologiques majeurs, des catastrophes accidentelles et naturelles ou d'autres situations sanitaires exceptionnelles nécessitent le maintien de l'urgence médico-psychologique et de son réseau au cœur de la réponse sanitaire.

Bibliographie

1. Abgrall, G., Neff, E., Deloche-Gaudez, F., & Akhounak, S. (2020). Le poste d'urgence médicopsychologique téléphonique: un nouvel outil dans la prise en charge du trauma par les CUMP.
2. Al Joboory, S., Soulan, X., Lavandier, A., Saint Jammes, J. T., Dieu, E., Sorel, O., & Bouchard, J. P. (2019, September). Psychotraumatologie: prendre en charge les traumatismes psychiques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 177, No. 7, pp. 717-727). Elsevier Masson.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth Edition.* Washington DC. 2014.
4. Auxéméry, Y. (2022). Le «débriefing francophone»: origines, définitions, évolutions, efficacité. Trois décennies de discours spécialisé vers la thérapie du trauma. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(2), 207-248.
5. Baup, C., & Gromb-Monnoyeur, S. (2016). La prise en charge psychologique des victimes de catastrophes collectives. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2(1), 5-12.
6. Bernard, P. La dissociation. In: *La thérapie des schémas : Principes et outils pratiques.* Elsevier Masson. Issy les Moulineaux; 2015. p. 105–20. (Pratiques en psychothérapies).
7. Besson, K., Grosse, E. M., & SAMUelian, J. C. (2007, October). Interventions précoces des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique: le cas de la cellule des Bouches-du-Rhône. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 165, No. 8, pp. 562-569). Elsevier Masson.
8. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé J-L, Charlet J-P, Lauque D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul;160(7):1337–9.

9. Chapman C, Mills K, Slade T, Mcfarlane A, Bryant R, Creamer M, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychol Med.* 2012 Aug;42(8):1695–703.
10. Cremniter, D. (2016). Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP). *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 28(2-3), 91-93.
11. Cremniter, D., Coq, J. M., Chidiac, N., & Laurent, A. (2007). Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels. EMC, Psychiatrie, (37-113-D10).
12. Crocq PL. Histoire du trauma. *Journal des psychologues.* 2003 May;n° 207:12–7.
13. Doucet, C., & Joubrel, D. (2015). Temporalité et débriefing psychologique de groupe: une variante du temps logique. *L'Encéphale*, 41(4), S50-S55.
14. Doucet, C., Joubrel, D., & Cremniter, D. (2013, July). L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique: étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 171, No. 6, pp. 399-404). Elsevier Masson.
15. Duchet, C. (2007). Intervention psychothérapeutique post-immédiate. *L. Crocq et alii., Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier-Masson*, 123-131.
16. Ducrocq, Francois (2009). Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et Trauma*, 9, 237-40.
17. Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2010). Du stress à l'état de stress post-traumatique: TROUBLES ANXIEUX. *La Revue du praticien (Paris)*, 60(6), 796-800.
18. Ducrocq, F., Vaiva, G., Molenda, S., & Golsdstein, P. (2001). Plans d'urgence hospitaliers: Le plan MASH et l'afflux massif de victimes. *Revue francophone du stress et du trauma*, 1(5), 285-289.
19. Ducrocq, F., Jehel, L., Prieto, N., Lestavel, P., & Vaiva, G. (2005). La pharmacologie des troubles psychotraumatiques

- aigus. Traitement ou prévention?. *Revue francophone du stress et du trauma*.
20. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2013 Feb;25(1):86–99.
 21. Husky MM, Lépine J-P, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey. *J Trauma Stress*. 2015 Aug;28(4):275–82.
 22. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014 Jul 2;14(Suppl 1):S1.
 23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593–602.
 24. Kolk BA van der, McFarlane AC, Weisaeth L. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Guilford Press; 2012. 628 p.
 25. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J Clin Med*. 2016 Nov 22;5(11).
 26. Lee DJ, Liverant GI, Lowmaster SE, Gradus JL, Sloan DM. PTSD and reasons for living: associations with depressive symptoms and alcohol use. *Psychiatry Res*. 2014 Nov 30;219(3):550–5.
 27. Monello, F. (2021). La place du Debriefing psychologique dans l'institution de soins.
 28. Neff, É., Vancappel, A., Moïoli, L., Ducrocq, F., El-Hage, W., Prieto, N., & Abgrall, G. (2021, October). Impact psychologique de l'implication des professionnels des CUMP dans le dispositif de soins médico-psychologique face à l'épidémie COVID-19. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.

29. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003 Jan;129(1):52–73.
30. Passamar, M. (2021). DEBRIEFING DES INTERVENANTS.
31. Pierre Janet. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* (1989). L'Harmattan; 2005. 496 p. (Encyclopédie psychologique).
32. Ponseti-Gaillochon, A. (2021). LES INTERVENTIONS POST-IMMÉDIATES AUPRÈS DES VICTIMES.
33. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C., & Molenda, S. (2009). *Le debriefing psychologique: Pratique, bilan et évolution des soins.* Dunod.
34. Prieto N, Vignat J-P, Weber E. Les troubles traumatiques précoces. *Rev Francoph Stress Trauma.* 2002;2(1):39–44.
35. Prieto, N., Cheucle, E., Faure, P., Digard, F., Dalphin, C., Pachiaudi, V., ... & Gueugniaud, P. Y. (2018). Defusing des victimes des attentats de Paris. Éléments d'évaluation un mois après. *L'Encéphale*, 44(2), 118-121
36. Prieto, N., Vignaud, P., Darbon, R., Cheucle, E., & Philippe, J. M. (2022). An appropriate and reactive response to the repeated waves of the COVID-19 pandemic by the national medico-psychological network (CUMP) in France. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 477-480.)
37. Razakarivony, O., Khanafer, N., Philippe, J. M., & Prieto, N. (2021). Psychological impact of an acute intervention on medical-psychological emergency unit professionals: the example of hurricane Irma. *BJPsych open*, 7(4).
38. Rerbal, D., Prieto, N., Vaux, J., Gloaguen, A., Desclefs, J. P., Dahan, B., ... & Duchenne, J. (2017). Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique-Société française de

- psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Annales françaises de médecine d'urgence*, 7(6), 410-424.
39. Rolling, J., Mastelli, D., & Schröder, C. (2018). Prise en charge thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent, In *Stratégies thérapeutiques des trauma*, Presses Universitaires François Rabelais.
40. Simond, M., Prieto, N., & Cheucle, É. (2013). Le groupe de parole pour restaurer un collectif affecté par un événement traumatique. *Le Journal des psychologues*, 312(9), 71-75.
41. Vaiva, G., Lestavel, P., & Ducrocq, F. (2008). Quand traiter le psychotraumatisme?. *La Presse médicale*, 37(5), 894-901.

Déjà pressenti lors de la précédente référence nationale, le livre blanc des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique, voit enfin le jour. Emanant d'un des groupes de travail de la Commission Nationale de l'Urgence Hospitalière, c'est un ouvrage collectif, par définition non exhaustif, qui reprend les grands principes des missions, champs d'action et enjeux des CUMP. Ces structures composées de professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers) sont désormais bien intégrées dans le champ de l'urgence pré-hospitalière et très spécialisées dans la prise en charge de la pathologie psychotraumatique au tout premier moment de sa constitution. Dans une perspective historique et évolutive au fur et à mesure des avancées législatives, ce livre blanc fait un état des lieux des CUMP tant au plan théorique qu'au plan pratique, aussi bien lors des événements à fort impact psychologique collectif que lors de situations sanitaires exceptionnelles.

Dr Nathalie PRIETO
Psychiatre référente nationale