



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Commission d'appréciation : 12 et 13 mai 2004

ÉTUDE PROFESSIONNELLE

**Intervention d'une équipe d'urgence
médico-psychologique de l'Inspection
Académique des Yvelines en cas
d'événement grave en milieu scolaire
intérêt et limites**

Anne GARREAU

Remerciements

A Monsieur l'Inspecteur d'Académie

pour avoir facilité cette enquête,

A Madame le Docteur HIRTZ

pour sa confiance durant ces dernières années,

A Madame le Docteur AYRAULT

pour son aide précieuse et sa grande disponibilité tout au long de ce travail,

A Madame le Docteur WIPFF

pour ses judicieux conseils,

A Madame le Docteur CARVALHO

pour le guide qu'elle a été au cours de cette année de formation,

A Madame le Docteur MAITROT

pour ses encouragements,

A toutes les personnes qui ont bien voulu participer aux entretiens de cette étude

A mes parents

pour les soirées Rennaises tant appréciées,

A Jean-Marie

pour son soutien au cours de cette année et son aide dans l'élaboration de ce travail,

A Clémence, Anne-Camille et Charles

pour avoir réussi leur indépendance toute nouvelle...

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 ETAT DES LIEUX.....	5
1.1 Rappels.....	5
1.1.1 Epidémiologie	5
1.1.2 Notion de stress.....	5
1.2 Le réseau de l'urgence médico-psychologique en France	7
1.2.1 Composition.....	7
1.2.2 Structure	7
1.2.3 Missions	8
1.3 Les Equipes d'Urgence Médico-Psychologique de l'Inspection Académique des Yvelines (EUMP IA 78)	9
1.3.1 Besoins	9
1.3.2 Composition.....	9
1.3.3 Objectifs.....	9
1.3.4 Protocole d'intervention	10
2 ETUDE DE CAS.....	10
2.1 Description des situations choisies.....	10
2.1.1 Cas n° 1.....	10
2.1.2 Cas n° 2.....	11
2.1.3 Cas n° 3.....	11
2.1.4 Cas n° 4.....	11
2.2 Méthodologie	12
2.2.1 Rappel des objectifs	12
2.2.2 Enquête par entretiens	12
2.2.3 Réunions des EUMP IA 78	13
2.2.4 Recherche bibliographique	13
2.3 Résultats.....	13
2.3.1 Actions mises en place par les EUMP IA 78	13
2.3.2 Ressenti des adultes concernés	14
2.3.3 Vécu des EUMP IA 78.....	15

3	DISCUSSION	16
3.1	A propos du thème	16
3.2	A propos de la méthode.....	16
3.3	Analyse des résultats.....	17
3.3.1	Une demande d'aide pas toujours systématique	17
3.3.2	Des attentes ciblées sur les élèves mais des besoins plus larges	18
3.3.3	Une collaboration entre équipes parfois difficile en situation de crise.....	18
3.3.4	Un regard extérieur apprécié	19
4	PROPOSITIONS	19
4.1	Améliorer l'analyse de la situation	19
4.2	Favoriser le travail en partenariat.....	20
4.3	Mieux évaluer les actions mises en place	20
4.4	Développer la formation et l'information	21
	CONCLUSION	23
	Bibliographie	25
	Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

CAAEE : Centre Académique d'Aide aux Ecoles et aux Etablissements

CPE : Conseiller Principal d'Education

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EUMP : Equipe d'Urgence Médico-Psychologique

IA : Inspection Académique

IEN : Inspecteur de l'Education Nationale

MEN : Médecin de l'Education Nationale

Liste des définitions utilisées

L'événement: « ce qui advient à une date et en un lieu déterminé en offrant une certaine unité et en se distinguant du cours uniforme des faits de même nature ». Défini aussi comme ce qui modifie le cours du temps, l'événement, dans tous les cas, introduit une rupture. L'événement n'est pas en soi un traumatisme.

Le traumatisme : se définit par les conséquences globales de l'événement sur le sujet (atteinte de son organisation et de son fonctionnement somatique et/ou psychique).

Le trauma : concerne plus spécifiquement l'effet désorganisateur psychique.

Le caractère **traumatogène** d'un événement se repère par cet effet.

Certains événements ont une *potentialité traumatogène* suffisante pour qu'il soit indispensable de tenter d'en limiter l'impact (15).

Le defusing : verbalisation immédiate de l'événement.

« L'important n'est pas ce qu'on supporte, mais la façon de le supporter ».

Sénèque

INTRODUCTION

Les attentats du métro Saint-Michel en 1995 ont eu des effets particulièrement traumatisants sur les proches des victimes bien entendu, mais aussi sur l'ensemble de la société française. Suite à cet électrochoc, les instances gouvernementales, dans une approche globale de santé publique, ont mesuré la nécessité d'un système de prévention des pathologies liées aux événements graves. Aussi, après avoir constaté que les mesures de prévention à l'égard des blessés psychiques sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précocement mises en œuvre sur le terrain, les pouvoirs publics ont créé dès 1997 un *comité et un réseau national de l'urgence médico-psychologique* (1)(2).

Ce réseau, mis à disposition des directeurs de SAMU et intégré comme tel à la chaîne des secours, permet une prise en charge précoce ou en post-immédiat de la souffrance psychique liée aux événements catastrophiques.

Afin de s'inscrire au mieux dans le dispositif départemental de l'organisation de l'urgence médico-psychologique, l'Inspection Académique des Yvelines a mis en place en 2001-2002, des équipes spécialisées dites *Equipes d'Urgence Médico-Psychologiques (EUMP IA 78)*, formées par un psychiatre du SAMU (15) et destinées à intervenir en milieu scolaire lors d'événements traumatogènes.

Ces équipes, dont je fais partie, ont été confrontées depuis lors à une demande croissante de la part des établissements scolaires du département.

Face à cette évolution, nous sommes conduits naturellement à nous interroger sur la qualité des réponses apportées en cas d'événements graves. Aucune évaluation de la manière dont l'intervention de ces équipes a été vécue sur le terrain n'ayant été réalisée à ce jour, il nous a semblé utile de nous y intéresser.

La présente étude vise donc dans un premier temps à rappeler l'organisation de l'Urgence Médico-Psychologique, et dans un second temps, à évaluer à partir de quatre situations concrètes, l'aide réelle prodiguée par les EUMP IA 78. Notre enquête mettra notamment en évidence le ressenti des adultes des établissements concernés et le vécu des équipes intervenantes – l'interview des élèves ayant été délibérément écartée en raison du traumatisme encore très présent.

La présentation des cas, de la méthodologie et des résultats sera suivie d'une discussion et d'une analyse critique de ces résultats.

Enfin, nous tenterons, dans une approche volontairement très pragmatique, de suggérer quelques pistes pour affiner le rôle et les modalités d'intervention des EUMP IA 78.

1 ETAT DES LIEUX

1.1 Rappels

1.1.1 Epidémiologie

Dans la population générale, 2 adolescents sur 5 âgés de 18 ans ont subi un traumatisme.

Plus de 6% ont un diagnostic de stress post-traumatique pour toute leur vie.

1.1.2 Notion de stress

Les psychiatres distinguent généralement dans la phase aiguë le stress adapté, la « queue de stress » et le stress dépassé, puis dans les trois mois qui suivent l'événement, l'état de stress post-traumatique chronique (13)(15).

A) Le stress adapté

C'est une réaction physiologique et psychologique adaptative en cas de danger ou de menace vitale. Elle se caractérise par :

- une focalisation de l'attention sur la source du danger,
- une exacerbation des capacités de jugement et de raisonnement en vue d'une évaluation juste de la situation et d'une prise de décision pertinente,
- une tension émotionnelle qui incite à l'action,
- et enfin une conduite motrice adaptative.

La réaction de stress est coûteuse en énergie. Prolongée dans le temps ou répétée à de courts intervalles, elle épuise l'organisme.

B) La « queue de stress »

Le stress adapté se prolonge parfois par une « queue de stress ». Elle se caractérise par un ou plusieurs des symptômes suivants :

- stress différé, avec crises de larmes, tremblements musculaires, irritabilité, accès anxieux, troubles psychosomatiques avec nausées et vomissements,
- difficultés à revenir à la réalité,
- sentiment d'oppression,
- épuisement physiologique et abattement psychologique,
- culpabilité, insatisfaction et révolte,

- amertume, repli sur soi, dépressivité et ruminations mentales,
- soulagement et euphorie.

C) Le stress dépassé

Lorsque les impressions sensorielles et la réaction de stress débordent les capacités de défenses psychiques de l'individu, celui-ci n'est plus en mesure de s'adapter. Il s'agit alors de stress dépassé qui se caractérise par :

- inhibition,
- sidération avec stupéfaction intellectuelle et stupeur affective (le sujet est pétrifié devant le danger),
- agitation,
- actes automatiques,
- fuite,
- réactions de type névrotique ou psychotique (rares).

D) Le stress post-traumatique chronique

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels G. VILA (17), tendent à distinguer les troubles chroniques selon qu'ils se réfèrent à l'adulte et l'adolescent d'une part, ou bien à l'enfant d'autre part. Nous retiendrons cette segmentation qui est particulièrement utile pour le MEN dans le cadre de ses missions (3).

a) *Chez l'adulte et l'adolescent*

La classification internationale DSM IV de 1994 en donne des définitions précises. Retenons les principaux éléments caractéristiques suivants :

- réviviscence de l'événement traumatique (flashes ou cauchemars),
- symptômes persistants d'hyperactivité neurovégétative (sursaut, état d'alerte, difficultés d'endormissement),
- évitement des stimuli associés à l'événement,
- émoussement de la réactivité générale, indifférence,
- autres : troubles psychologiques, physiques, fonctionnels, alcoolisation, toxicomanies.

Plus tardivement, on peut noter une modification de la personnalité :

- attitudes hostiles et méfiantes envers le monde,
- retrait social,

- sentiment de vide ou de perte d'espoir,
- détachement.

b) *Chez l'enfant*

➤ *Chez l'enfant de 6 à 12 ans*

En plus de ces symptômes classiques, on retrouve des signes d'anxiété, de dépression, d'inhibition ainsi que l'expression d'une culpabilité.

On peut observer également dans cette tranche d'âge, une hypervigilance, des modifications du jeu, une perte ou un changement dans les intérêts habituels, l'apparition de phobies spécifiques, des troubles du sommeil, des problèmes de concentration qui entraînent des difficultés scolaires, une baisse des performances, de l'agressivité ou bien encore des troubles perturbateurs du comportement.

➤ *Chez l'enfant de 2 à 6 ans*

On note chez les plus jeunes, maux de ventre, céphalées, comportements et dessins répétitifs, phénomènes d'évitement, comportements régressifs, craintes spécifiques, réactions d'agrippement à l'adulte et difficultés accrues de séparation.

Tristesse, retard de développement langagier et psychomoteur, retrait, mutisme, et conduites agressives font également partie du tableau.

1.2 Le réseau de l'urgence médico-psychologique en France

1.2.1 Composition

Ce réseau est composé de médecins psychiatres, assistés de psychologues et infirmiers, formés à la prise en charge du traumatisme psychique et prêts à intervenir lors de catastrophes ou accidents collectifs auprès des victimes, mais aussi auprès des sauveteurs dans le cadre des services de secours d'urgence (équipes SAMU, pompiers, secouristes, police) (11).

1.2.2 Structure

La structure de l'UMP repose sur une architecture à trois étages :

Le niveau national

Le réseau est coordonné et animé par le Comité National placé auprès du Ministre chargé de la santé. Ses principales missions consistent à définir les objectifs à poursuivre en la matière, à veiller à la cohérence du dispositif mis en place, à préciser

les méthodes d'intervention des équipes, à superviser leur formation et à évaluer les actions entreprises.

Le niveau interrégional

Le réseau repose sur 7 cellules permanentes rattachées aux SAMU de Lille, Paris, Nancy, Lyon, Toulouse, Nantes et Marseille. Ces cellules comprennent chacune un psychiatre, un psychologue et une secrétaire. Leur mission consiste à mettre en place un dispositif d'intervention opérationnel aux niveaux départemental et interrégional.

L'échelon départemental

Un psychiatre praticien hospitalier, responsable départemental, constitue une liste départementale de psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques. Il définit un schéma type d'intervention et organise les formations spécifiques des professionnels. Dans les Yvelines, le Dispositif d'Urgence Médico-Psychologique (DUMP) est mis en place depuis 2000. Sous autorité du Préfet et l'impulsion de la DDASS, un groupe de pilotage a défini le mode de régulation de ce dispositif.

Plusieurs institutions y sont inscrites (Sécurité civile, Service Départemental d'Incendie et de Secours, DDASS, SAMU, Secteur de psychiatrie, Justice, Associations d'aide aux victimes, Education nationale..).

1.2.3 Missions

La cellule d'urgence médico-psychologique intervient, à partir d'un appel au centre 15, lors :

- de catastrophes (ex : crash du Concorde...),
- d'événements catastrophiques à effets limités (ex : accidents d'autocar, explosion de gaz...),
- d'événements à fort retentissement psychologique (8)(9) (ex : décès brutal au sein d'une école...).

Elle est déclenchée par le médecin régulateur du SAMU pour :

- des missions de régulation, de conseil téléphonique,
- des interventions immédiates sur le terrain : soins de psychiatrie d'urgence, tri et orientation des victimes et impliqués, information et conseils aux victimes sur les aides possibles (médico-psychologiques, médico-judiciaires, associations de victimes).

En 2000, le réseau de l'UMP a effectué 700 missions dont :

- 46 catastrophes traitées par plans rouges,

- 159 accidents catastrophiques à effets limités,
- 412 événements à fort retentissement psychologique.

1.3 Les Equipes d'Urgence Médico-Psychologique de l'Inspection Académique des Yvelines (EUMP IA 78)

1.3.1 Besoins

On trouvera ci-dessous, issues du rapport d'activité départemental, les statistiques des événements graves recensés ces dernières années :

- en 1999/2000, 30 événements graves ont été recensés et un protocole d'intervention local a été mis en place dans 9 situations de mort violente ;
- en 2000/2001, 13 événements graves sur 40 ont nécessité une intervention de l'équipe locale;
- en 2001/2002, 14 événements graves sur 41 ont justifié l'intervention du médecin de secteur et de son équipe;
- en 2002/2003, les EUMP (1^{ère} année de fonctionnement) sont intervenues dans 10 situations particulièrement traumatisantes pour la communauté scolaire sur 90 événements recensés.

1.3.2 Composition

Constituées au moment des événements relatés ci-dessous de 15 personnes (5 médecins, 5 infirmières et 5 assistantes sociales), les EUMP IA 78, formées par un psychiatre du SAMU de Lyon, le Dr N. PRIETO (association Transfaire) (15), membre du Comité National et de la Cellule Interrégionale de Lyon, se tiennent prêtes à intervenir à la demande de l' Inspecteur d' Académie .

1.3.3 Objectifs

Les objectifs fixés aux EUMP IA 78, tels qu'ils ont été établis en équipe départementale sont les suivants :

- Eviter les conséquences individuelles et collectives d'événements faisant irruption dans la continuité psychique des individus et la régulation sociale du groupe d'appartenance ;
- Eviter les effets de désorganisation psychique en rapport avec le stress ;
- Permettre secondairement un traitement personnel.

1.3.4 Protocole d'intervention

Après une saisine de l'Inspecteur d'Académie, l'évaluation de l'événement se fait en équipe départementale avec d'une part, le chef d'établissement, l'IEN ou le directeur d'école, et d'autre part, l'équipe médico-sociale locale et le centre 15 si nécessaire.

L'indication d'intervention et la coordination sont sous la responsabilité du médecin conseiller technique départemental (voir protocole d'évaluation et d'intervention des EUMP en *annexe 1*).

Des fiches de renseignements concernant l'établissement et l'événement sont renseignées (voir maquettes en *annexe 2*) à l'intention de l'équipe intervenante.

Les conseillers techniques des trois services (médical, infirmier et social) mobilisent alors une équipe pour se rendre sur les lieux.

Les modalités d'intervention sont définies de la manière suivante :

- rencontre des intervenants avec l'équipe de direction et l'équipe médico-sociale locale,
- définition en commun des mesures à prendre :
 - defusing (verbalisation immédiate de l'événement) des personnes directement concernées, en petits groupes d'adultes et d'élèves séparés,
 - repérage des personnes en stress dépassé,
 - entretien individuel si nécessaire,
- proposition de consultation extérieure,
- compte rendu au chef d'établissement,
- compte rendu à l'Inspecteur d'Académie (voir maquette en *annexe 3*),
- opportunité de poursuite de l'intervention.

2 ETUDE DE CAS

2.1 Description des situations choisies

Nous avons choisi quatre établissements scolaires du département des Yvelines qui ont été confrontés à un événement grave au cours de l'année scolaire 2002/2003.

2.1.1 Cas n° 1

Un ancien élève du lycée décède dans un accident de voiture. Il conduisait et sa passagère, élève du lycée, est emmenée dans un état grave vers un hôpital parisien.

Le lycée est très rapidement en état de crise. La rumeur s'installe : l'accident aurait eu lieu dans un contexte de poursuite par la police, la jeune fille serait décédée...

Le chef d'établissement informe rapidement l'Inspection Académique, qui propose l'intervention d'une équipe. L'EUMP (un médecin et une assistante sociale) arrive dans la matinée et rencontre le proviseur. L'équipe médico-sociale locale a déjà commencé un travail d'écoute auprès des élèves. L'EUMP reçoit quelques élèves et rencontre une dizaine de professeurs à leur demande. Le soir, un bilan est réalisé par le chef d'établissement, l'EUMP, le conseiller d'éducation et l'équipe médico-sociale.

2.1.2 Cas n° 2

Une élève de lycée décède brutalement par suicide pendant le week-end. Elle n'est pas connue de l'équipe médico-sociale. Le lycée est déjà fragilisé par le décès d'un adulte de l'établissement trois semaines auparavant.

Les élèves de la classe et d'autres classes sont très choqués depuis qu'ils ont appris la nouvelle la veille. L'infirmerie est rapidement envahie par les élèves, et l'équipe médico-sociale ressent alors fortement un besoin d'aide.

L'EUMP sollicitée (un MEN et une infirmière) arrive dans la matinée et organise des lieux d'écoute. Des élèves et quelques parents y seront accueillis.

L'équipe rencontre le chef d'établissement au cours de la journée et reviendra le lendemain à sa demande.

2.1.3 Cas n° 3

Le chef d'établissement d'un lycée apprend un samedi matin la mort brutale par suicide d'un élève de seconde. Inquiet pour la classe, il demande aussitôt à l'Inspection Académique l'intervention d'une cellule d'urgence.

Le lundi matin, l'EUMP arrive rapidement, rencontre le chef d'établissement et évalue la situation avec l'équipe médico-sociale locale. Les élèves ont déjà eu connaissance des faits au cours du week-end. Un sentiment de culpabilité se mêle à la tristesse.

L'EUMP reçoit quelques élèves et organise une réunion avec les professeurs de la classe, puis elle revient le lendemain.

2.1.4 Cas n° 4

Un élève décède un vendredi matin d'un accident de la voie publique, près de son lycée. Ce jeune, à vélo, a été percuté par le bus scolaire qui transportait des élèves de l'établissement, notamment de sa classe. Beaucoup d'élèves ainsi que des adultes ont été témoins de l'accident, et c'est toute la communauté scolaire qui est rapidement bouleversée par cet événement.

L'équipe médico-sociale n'étant pas présente ce jour-là, le chef d'établissement informe l'Inspection Académique, qui propose aussitôt l'aide de l'EUMP.

Le Médecin de l'Education nationale de l'équipe, dès son arrivée, rencontre le chef d'établissement, puis l'équipe (médecin, infirmière, assistante sociale) organise une prise en charge des élèves en groupe, puis individuellement pour certains. L'équipe propose par ailleurs de rencontrer les professeurs qui le souhaitent. La cellule reste au lycée toute la journée et y reviendra le lundi à la demande du chef d'établissement et des professeurs.

2.2 Méthodologie

Pour répondre à nos objectifs, différentes méthodes d'investigation ont été utilisées.

2.2.1 Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'aide réelle apportée par l'EUMP IA 78.

Les objectifs spécifiques consistent à :

- connaître le vécu des adultes des établissements concernés,
- apprécier le ressenti des équipes intervenantes,
- proposer des pistes pour affiner le rôle et les modalités d'intervention de l'EUMP.

2.2.2 Enquête par entretiens

La méthode de recueil d'informations la plus appropriée ici est l'enquête par entretiens semi-directifs :

Une lettre de l'Inspecteur d'Académie (voir en *annexe 4*), adressée aux chefs d'établissements a introduit ma démarche auprès d'eux et a facilité les prises de rendez-vous.

Deux types d'entretiens semi-directifs sont prévus :

- *l'entretien de type 1* est destiné aux adultes des établissements : chefs d'établissements et autres personnes concernées d'une part , équipes médico-sociales locales d'autre part, ces deux catégories de personnel étant interviewées séparément pour tenir compte de leurs préoccupations probablement différentes.
- *l'entretien de type 2* est conçu à l'intention des personnes des EUMP intervenantes (médecins, infirmières, assistantes sociales).

Deux grilles d'entretien sont alors élaborées, structurées autour d'une consigne initiale, de quatre thèmes principaux et de quatre consignes de relance (voir modèles de grille en *annexe 5*) ; les thèmes étant explorés sans ordre prédéfini au cours de l'entretien.

Au total, douze entretiens sont réalisés, à savoir trois par établissement (deux de type 1, un de type 2). Ils font l'objet de prises de notes et les personnes interviewées sont assurées du respect de l'anonymat.

2.2.3 Réunions des EUMP IA 78

Des réunions permettent régulièrement de faire le bilan des situations dans lesquelles les EUMP se sont mobilisées.

Retenons notamment :

- la réunion du 19/05/2003 organisée par le Médecin responsable départemental, qui a permis de faire le bilan d'une première année de fonctionnement,
- ainsi que la réunion du 11/03/2004 associant les nouvelles équipes formées.

Ces réunions, auxquelles j'ai participé, ont contribué à nourrir les développements relatifs aux deuxième et troisième objectifs de cette étude.

2.2.4 Recherche bibliographique

Elle m'a été particulièrement précieuse tout au long de cette étude et notamment en ce qui concerne l'organisation et le cadre réglementaire de l'Urgence Médico-Psychologique, l'épidémiologie, les données médicales sur le stress, l'analyse des résultats et les propositions.

2.3 Résultats

2.3.1 Actions mises en place par les EUMP IA 78

Elles peuvent se résumer comme suit :

- Evaluation de la situation avec le chef d'établissement dans 3 cas sur 4,
- Evaluation de la situation avec l'équipe médico-sociale locale dans 2 cas sur 4,
- Aide à l'organisation dans 2 cas sur 4,
- Information dans la classe dans 1 cas sur 4,
- Defusing pour les élèves dans 1 cas sur 4,
- Groupe de paroles pour les adultes dans 3 cas sur 4,
- Entretiens individuels pour un petit nombre d'élèves dans tous les cas,
- Proposition d'une aide extérieure dans tous les cas,
- Bilan avec le chef d'établissement ou l'équipe médico-sociale dans tous les cas, avec les deux dans 1 cas sur 4,
- Au total, présence de l'équipe entre 1 et 3 jours selon les situations.

Nous retrouverons dans les tableaux ci-dessous (forme retenue pour préserver l'anonymat) la manière dont ces actions ont été ressenties par les personnes concernées.

2.3.2 Ressenti des adultes concernés

	Information ou demande d'aide (motifs)	Attentes	Satisfactions par rapport aux actions mises en place	Evaluation du dispositif mis en place
Chefs d'établissement + Proviseur adjoint dans 1 cas + CPE dans 2 cas	<ul style="list-style-type: none"> - Information à l'IA dans tous les cas - Demande d'aide dans 1 cas (inquiétude pour la classe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels pour écouter les élèves dans tous les cas - Prise en charge de la classe concernée dans 1 cas - Aborder la mort avec les jeunes dans 2 cas - Libérer un espace de parole dans 1 cas - Combattre la rumeur dans 1 cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la situation avec l'EUMP satisfaisante dans les 3 cas - Groupes de paroles adultes très satisfaisants dans les 3 cas concernés - Defusing élèves satisfaisant - Entretiens individuels satisfaisants dans tous les cas - EUMP : « personnel expert disponible et neutre » dans 2 cas sur 4 - Durée insuffisante de la présence de l'EUMP dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'évaluation en interne - Bilan avec EUMP dans tous les cas - Debriefing non évoqué
Equipes médico- sociales locales	<ul style="list-style-type: none"> - Demande d'aide dans 2 cas sur 4 (situation de crise, impact important, infirmerie envahie par les élèves) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels pour écouter les élèves dans tous les cas - Limiter l'impact dans tous les cas - Pilotage des actions par des personnels formés dans 1 cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la situation avec l'EUMP insuffisante dans 2 cas sur 4 - Groupes de paroles adultes très appréciés dans les 3 cas - Prise en charge des élèves satisfaisante - Durée insuffisante de la présence de l'EUMP dans 2 cas sur 4 - Pilotage des actions critiqué dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation informelle au sein de 2 équipes locales sur 4 - Bilan avec EUMP dans 2 cas sur 4 - Debriefing souhaitable pour 1 infirmière dans 1 cas

2.3.3 Vécu des EUMP IA 78

	Information et évaluation de la situation	Utilité	Difficultés ressenties	Evaluation du dispositif mis en place
Equipes d'Urgence Médico-Psychologiques IA 78	<ul style="list-style-type: none"> - Information par Conseiller Technique (CT) dans tous les cas - Evaluation de la situation (par téléphone par CT) et intervention dans 3 cas sur 4 - Intervention seule (évaluation faite par CT sur place) dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec chefs d'établissement dans tous les cas - Aide à l'organisation dans les 2 cas - Groupes de paroles adultes dans 3 cas sur 4 qui ont permis de : <ul style="list-style-type: none"> + Aborder la mort avec les élèves + Aider au repérage des élèves en souffrance + Faire circuler l'information et combattre la rumeur + Exprimer leur propre émotion et culpabilité (à travers parfois des entretiens individuels) - Defusing élèves dans 1 cas sur 4 (en particulier gestion de la culpabilité et de la revendication) - « Gérer le flux à l'infirmerie » dans 1 cas sur 4 - Accueil des parents dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer correctement la situation dans 3 cas sur 4 - Réunir les adultes mobilisés autour de l'événement dans 3 cas sur 4 <ul style="list-style-type: none"> + contraintes matérielles + stress ++ + personnel déjà occupé à diverses tâches - S'intégrer dans une équipe qui a déjà mis des actions en place dans 2 cas sur 4 - Le statut d'expert autorise-t-il une liberté d'action ? - Intervenir seul dans 2 cas sur 4 - Gérer son propre stress pour certaines personnes de l'EUMP - Grand groupe d'élèves à prendre en charge dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Immédiate au sein de l'EUMP dans 2 cas sur 4 - A distance, réunions -bilans dans tous les cas - Bilan avec chefs d'établissement dans tous les cas - Bilan avec équipe médico-sociale dans 2 cas sur 4 - Debriefing souhaitable pour certaines personnes

3 DISCUSSION

3.1 A propos du thème

L'Urgence Médico-Psychologique est un sujet au cœur de l'actualité, souvent sous le feu des media, qui mêle à la fois des considérations de santé publique et d'évolution sociétale. C'est un sujet neuf né de la prise de conscience par les pouvoirs publics français, depuis la vague d'attentats islamistes de 1995, des effets dévastateurs du stress post-traumatique. Pour la première fois dans notre pays (c'est la guerre du VietNam qui a été le catalyseur d'une prise de conscience analogue aux Etats-Unis), les pathologies liées aux conséquences durables des événements graves, sortaient d'une longue période de déni pour être enfin reconnues (10)

La communauté scolaire n'a évidemment pas échappé à ce phénomène. Aussi, l'Education nationale a mis à disposition, en liaison avec les dispositifs existants de l'UMP, ses propres ressources. Ces moyens de réponse datent de 2001-2002 dans le département des Yvelines qui a été précurseur dans ce domaine, ce qui explique qu'aujourd'hui il y ait peu d'équipes formées.

De même, les interventions des EUMP n'ont pas encore, à notre connaissance, été évaluées du point de vue des adultes impliqués, d'où notre intérêt pour cette question qui, au demeurant, a fait l'objet de très peu de publications.

Nous avons donc saisi l'occasion de la première année d'expérimentation de ce dispositif dans les Yvelines pour tenter cet exercice d'évaluation.

3.2 A propos de la méthode

La critique de la méthode utilisée peut être abordée à travers les points suivants :

- *Portée des conclusions*

La principale limite à la portée des conclusions susceptibles d'être tirées de notre analyse tient bien entendu au nombre restreint des cas étudiés et au recul encore insuffisant dont nous disposons sur l'action des EUMP.

- *Choix des situations*

Sur les dix situations recensées en 2001-2002, quatre ont été retenues pour leur caractère représentatif d'événements à fort retentissement psychologique (deux suicides, deux morts

accidentelles) ne requérant pas l'intervention de cellules académiques autres que celle de l'EUMP (ex : CAAEE, Centre de ressource départemental pour les violences sexuelles (4) ...). A noter mon rôle d'observateur neutre dans ces quatre situations dans lesquelles je n'ai pas été sollicitée et qui ont toutes concerné des lycées cette année-là.

- *Adaptation des outils retenus*
La technique des entretiens semi-directifs a été privilégiée compte tenu du caractère subjectif des réponses attendues sur le plan du ressenti et du vécu des personnes interviewées.
- *Cible de l'enquête*
Nous avons pris le parti d'éviter tout entretien direct auprès des élèves sur de tels événements encore émotionnellement trop présents, et remercions par la même occasion les adultes qui ont bien voulu réveiller des moments très douloureux parfois.
- *Respect de l'anonymat*
Les résultats ont été à dessein restitués sous forme de tableaux ne permettant pas a priori de relier les réponses aux thèmes abordés au cours des entretiens, aux établissements concernés.

3.3 Analyse des résultats

Il ressort de l'analyse des résultats consignés dans les deux tableaux ci-dessus (cf.2.3.2 et 2.3.3), les principaux constats suivants.

3.3.1 Une demande d'aide pas toujours systématique

Les chefs d'établissement ont eu davantage le réflexe d'information à l'IA que de demande d'aide. Deux principales raisons à cela :

- Ils disposent de personnels ressources dans l'établissement,
- Ils ne connaissent pas toujours l'existence de l'EUMP ou ont du mal à identifier son champ d'intervention par rapport aux autres cellules existantes (CAAEE, centre de ressource départemental...).

La demande d'aide émane en fait plutôt des équipes médico-sociales locales (principalement des infirmières souvent présentes dans les établissements au moment des faits), qui sont mieux à même d'évaluer l'importance du retentissement psychologique de l'événement.

3.3.2 Des attentes ciblées sur les élèves mais des besoins plus larges

L'attente des équipes de terrain correspond davantage au départ à une aide pour l'écoute des élèves. Or, les actions menées en fonction des besoins montrent que l'écoute des élèves – pour importante qu'elle soit – n'est pas toujours la seule priorité à satisfaire.

En effet, bien souvent, les élèves auront tendance à se tourner plutôt vers l'équipe locale qu'ils connaissent, pour un entretien individuel.

Dans le même temps, l'EUMP n'a pas toujours eu la possibilité de réunir les élèves impliqués pour un defusing. Cependant, lorsque celui-ci a pu être effectué, il a été très apprécié.

Par ailleurs, bien qu'ils n'en avaient pas conscience au départ, *les chefs d'établissement et les équipes médico-sociales locales ont considéré que l'aide apportée aux adultes a été très utile*. Impression d'ailleurs partagée par les équipes intervenantes. Il semble que informer, aider à gérer la rumeur, contribuer à l'organisation, rassurer, favoriser l'expression de l'émotion, permettent aux adultes de se réapproprier les repères nécessaires aux jeunes pour surmonter leur désarroi.

Enfin, on peut remarquer que, dans les situations décrites, aucune attente relative à la gestion des media n'a été exprimée.

3.3.3 Une collaboration entre équipes parfois difficile en situation de crise

L'EUMP a parfois eu du mal à s'intégrer aux équipes de terrain déjà mobilisées à son arrivée, ce qui en outre a nui au temps de concertation qui aurait été alors nécessaire.

De leur côté, certaines équipes locales ont pu regretter de ne pas suffisamment être associées au travail de l'EUMP.

Rien de choquant à cela quand on sait qu'un système en crise est générateur d'un impact émotionnel fort qui brouille les repères.

Il est indispensable que le rôle et la place de chacun au sein des équipes soient préservés, « la performance se situant dans la limite des compétences de chacun » ainsi que le souligne justement N. Prieto (15).

Par ailleurs, il convient de noter que l'intégration de l'EUMP sur le terrain a été d'autant plus facilitée que la situation a fait l'objet en amont d'une analyse précise.

3.3.4 Un regard extérieur apprécié

La neutralité d'un regard tiers et professionnel est apparue vitale dans la gestion des événements relatés qui ont tous marqué fortement les adultes du lycée, lesquels ont pu, de surcroît, exprimer plus volontiers leur émotion devant des personnes extérieures à l'établissement.

4 PROPOSITIONS

Nos suggestions portent sur l'amélioration de la gestion de l'événement et de l'intervention des EUMP et peuvent se décliner en quatre axes.

4.1 Améliorer l'analyse de la situation

Il nous semble primordial que la situation soit évaluée de façon rigoureuse en équipe pluridisciplinaire et que la décision d'intervention revienne in fine au médecin responsable départemental. En effet, l'indication doit rester médicale comme dans tous les systèmes d'organisation d'urgence (centre 15, DUMP) (11).

Par ailleurs, chaque membre des équipes intervenantes devrait être en possession du même niveau d'information avant de se rendre sur les lieux. Tel est l'objectif de la fiche d'intervention créée récemment à cet effet, et qui devra être remplie systématiquement (voir en *annexe 2*).

Un temps de réflexion ne doit pas être négligé évitant ainsi tout départ précipité (ne pas confondre urgence et précipitation !).

De même, on peut observer que certaines équipes ont apprécié de partir avec des personnes connues – bien que l'on sache que ce n'est pas toujours aisé en pratique - ce qui facilite la mise en route et la répartition des rôles au sein de l'équipe.

En tout état de cause, il est important d'éviter de commencer l'intervention seul.

On peut en outre se demander s'il ne conviendrait pas de laisser la liberté aux équipes dépêchées, de décider une fois sur le terrain, en liaison avec le médecin coordonnateur et en fonction du diagnostic réalisé sur place, de l'opportunité de poursuivre l'intervention, tout en restant à la disposition du chef d'établissement. En

effet, un événement potentiellement traumatogène n'a pas nécessairement un fort retentissement psychologique, *critère indispensable à l'intervention de l'EUMP*.

4.2 Favoriser le travail en partenariat

A l'arrivée de l'EUMP, il est indispensable qu'une concertation puisse immédiatement s'engager entre le chef d'établissement, l'équipe médico-sociale locale et les membres de l'équipe d'urgence.

Le chef d'établissement doit rester le coordonnateur des actions et le pilote du travail de concertation et de régulation avec les partenaires concernés.

L'EUMP, rompue à la gestion des situations de crise, aide à la mise en place de la cellule de crise, prend en charge des actions spécifiques (defusing...), apporte un regard extérieur et neutre, sans se substituer à l'équipe médico-sociale locale.

Des points réguliers dans la journée sur l'évolution de la situation devront en outre être prévus.

Un debriefing à distance des événements pourrait aussi, si nécessaire, être organisé à l'intention des équipes locales, voire des EUMP, avec l'aide éventuellement à l'avenir d'un psychiatre.

4.3 Mieux évaluer les actions mises en place

Le bilan des actions entreprises par tous les adultes concernés est aujourd'hui réalisé de façon plus ou moins informelle sur le terrain.

Il convient donc de le systématiser avant la fin de l'intervention de l'EUMP.

Rappelons que cette dernière, de son côté, remplit une fiche bilan destinée au Médecin responsable départemental et à l'Inspecteur d'Académie.

Par ailleurs, nous suggérons d'élaborer un questionnaire destiné aux établissements que leurs responsables, aidés des équipes locales, rempliront à distance de l'événement.

Enfin, dans le cadre du suivi post-traumatique, il pourrait être envisagé de proposer un bilan sur place un à trois mois après l'événement.

4.4 Développer la formation et l'information

Trois types d'actions peuvent être entreprises dans ce domaine :

- *Former de nouvelles équipes EUMP IA 78*

En effet, il est souvent difficile pour les membres des EUMP de se libérer des contraintes de terrain. A noter que 5 nouvelles équipes ont été formées début 2004, ce qui porte à 30 le nombre de personnes formées.

- *Former les équipes médico-sociales pour faciliter le passage de relais*

Cette mesure devrait permettre aux équipes locales de mieux gérer le post-immédiat et le suivi à long terme. Il est important d'être vigilant au comportement des élèves dans les mois qui suivent.

- *Informers les chefs d'établissement et les IEN*

L'information doit porter sur l'existence de l'EUMP, sa composition et ses modalités d'intervention. Elle permettra notamment de mieux la différencier des autres cellules d'aide: CAAEE, cellule violence, centre de ressource départemental...

Une diffusion de la présentation EUMP est à cet égard prévue dans le cadre des animations de bassin. Elle devrait favoriser l'anticipation de la conduite à tenir en urgence, indispensable à une bonne gestion des événements graves.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, l'évaluation de l'aide apportée par les EUMP laisse apparaître un bilan qui, pour être contrasté, n'en est pas moins globalement satisfaisant dans toutes les actions mises en place.

Leur utilité n'a jamais été contestée par les professionnels consultés, ceux-ci ayant apprécié particulièrement l'organisation de groupes de paroles pour les adultes ainsi que leur regard extérieur et neutre.

Ce dernier point est probablement l'un des principaux atouts des EUMP qui, à des « professionnels parfois tétanisés par l'événement » (16), apportent une assistance immédiate.

Toutefois, comme les résultats de notre enquête le démontrent, le fonctionnement des EUMP n'est pas optimal pour autant.

Il ressort de nos travaux qu'une généralisation de cette expérience suppose que soient réunies un certain nombre de conditions parmi lesquelles les plus importantes sont :

- *une formation solide de l'équipe intervenante sur la gestion des situations de crise,*
- *une bonne concertation avec les professionnels de l'établissement,*
- *un protocole d'évaluation sans faille : évaluations précises réalisées aux moments clés (en amont, à l'arrivée sur les lieux, intra-journée, en quittant les lieux, 1 mois après l'intervention),*
- *informer et former les chefs d'établissement qui ont un rôle de pilotage très important,*
- *renforcer les compétences des équipes médico-sociales locales dont l'action sur le terrain au quotidien est capitale, et dont la collaboration est vitale pour un passage de relais efficace.*

Pour notre part, nous retiendrons que la clé de la réussite de l'intervention des EUMP réside sans aucun doute dans la qualité de ses échanges avec le chef d'établissement et l'équipe locale; le dialogue entre ces diverses parties prenantes sera d'autant plus constructif qu'il s'appuiera sur un réel travail d'anticipation.

Ce qui ne doit pas nous empêcher par ailleurs, comme nous y invitent certains auteurs comme B. DURAND (12), de réfléchir en équipe sur des sujets comme le risque de survalorisation du psycho-traumatisme ou bien encore la compatibilité des notions d'urgence et de soins psychiques.

Proposer de «l'humain », plus que du « psy »...

Voilà pour le programme de réflexion qui ne prendra bien entendu tout son sens que s'il s'accompagne d'une poursuite de notre action, puisque tout laisse à penser, jusqu'aux objectifs réaffichés de « formation des médecins et infirmiers de santé scolaire » de la circulaire récente du Ministère de la Santé en date du 20 mai 2003 (5), que les EUMP IA ont désormais toute leur place dans le dispositif global de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et qu'elles pourraient être généralisées.

Bibliographie

1 - Arrêté du 16 janvier 2001 modifiant l'arrêté du 28 mai 1997 portant création d'un comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

2 - Circulaire DH/EO4-DGS/SQ2 n°97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

3 - Circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 : Missions des médecins de l'Education nationale.

4 - Circulaire n°97.175 du 26 août 1997 : Instructions concernant les violences sexuelles.

5 - 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.

6 - Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles : Conduite à tenir pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mai 2002.

7 - Une mort...Un drame à vivre ensemble. Académie de Rouen.

.....

8 - CREMNITER D. Réunion UMP-Education nationale. SAMU de Paris. 9 avril 2002. Indications et limites des interventions médico-psychologiques dans les établissements scolaires.

9 - CREMNITER D. Le rôle des CUMP. XXIII^e colloque du SNAMSPEN. Evénement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

10 - CROCQ L., DOUTHEAU C., LOUVILLE P. et al. Psychiatrie de catastrophe : réactions immédiates et différées. Encycl. méd. Chir. Psychiatrie. 37.113. D.10. 1998. 8p.

11 - CROCQ L. La CUMP. Sa création, son organisation, ses interventions. Ann.Med.Psychol. 1998. 156.1.48.53.

12 -DURAND B. Les prises en charge thérapeutiques après un psychotraumatisme. XXIIIè colloque du SNAMSPEN. Evénement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

13 - LOPEZ G. L'état de stress post-traumatique. Le concours médical. 17-11-2001. 123-36. p2419-2425.

14 - LOPEZ G. Le debriefing. XXIIIè colloque du SNAMSPEN. Evénement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

15 - PRIETO N. Urgence médico-psychologique en milieu scolaire. Association TransSFaire, transfaire@anis.org.

16 - ROMANO M.C., GUYOT S. Table ronde XXIIIè colloque du SNAMSPEN. Evénement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

17 - VILA G., MOUREN.SIMEONI M.C., Etats de stress post-traumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? Ann.Med.Psychol. 1999. 157 n°7.

Liste des annexes

Annexe 1 - Protocole d'évaluation et d'intervention des EUMP

Annexe 2 - Fiche Intervention : renseignements concernant l'établissement
Fiche Intervention : renseignements relatifs à l'événement

Annexe 3 - Fiche Bilan destinée à l'Inspection Académique

Annexe 4 - Courrier de Mr l'Inspecteur d'Académie aux chefs d'établissements

Annexe 5 - Grilles d'entretiens



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Commission d'appréciation : 12 et 13 mai 2004

ÉTUDE PROFESSIONNELLE

**Intervention d'une équipe d'urgence
médico-psychologique de l'Inspection
Académique des Yvelines en cas
d'événement grave en milieu scolaire
intérêt et limites**

Anne GARREAU

Remerciements

A Monsieur l'Inspecteur d'Académie

pour avoir facilité cette enquête,

A Madame le Docteur HIRTZ

pour sa confiance durant ces dernières années,

A Madame le Docteur AYRAULT

pour son aide précieuse et sa grande disponibilité tout au long de ce travail,

A Madame le Docteur WIPFF

pour ses judicieux conseils,

A Madame le Docteur CARVALHO

pour le guide qu'elle a été au cours de cette année de formation,

A Madame le Docteur MAITROT

pour ses encouragements,

A toutes les personnes qui ont bien voulu participer aux entretiens de cette étude

A mes parents

pour les soirées rennaises tant appréciées,

A Jean-Marie

pour son soutien au cours de cette année et son aide dans l'élaboration de ce travail,

A Clémence, Anne-Camille et Charles

pour avoir réussi leur indépendance toute nouvelle...

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 ETAT DES LIEUX.....	5
1.1 Rappels.....	5
1.1.1 Epidémiologie	5
1.1.2 Notion de stress.....	5
1.2 Le réseau de l'urgence médico-psychologique en France	7
1.2.1 Composition.....	7
1.2.2 Structure	7
1.2.3 Missions	8
1.3 Les Equipes d'Urgence Médico-Psychologique de l'Inspection Académique des Yvelines (EUMP IA 78)	9
1.3.1 Besoins	9
1.3.2 Composition.....	9
1.3.3 Objectifs.....	9
1.3.4 Protocole d'intervention	10
2 ETUDE DE CAS.....	10
2.1 Description des situations choisies.....	10
2.1.1 Cas n° 1.....	10
2.1.2 Cas n° 2.....	11
2.1.3 Cas n° 3.....	11
2.1.4 Cas n° 4.....	11
2.2 Méthodologie	12
2.2.1 Rappel des objectifs	12
2.2.2 Enquête par entretiens	12
2.2.3 Réunions des EUMP IA 78	13
2.2.4 Recherche bibliographique	13
2.3 Résultats.....	13
2.3.1 Actions mises en place par les EUMP IA 78	13
2.3.2 Ressenti des adultes concernés	14
2.3.3 Vécu des EUMP IA 78.....	15

3	DISCUSSION	16
3.1	A propos du thème	16
3.2	A propos de la méthode.....	16
3.3	Analyse des résultats.....	17
3.3.1	Une demande d'aide pas toujours systématique	17
3.3.2	Des attentes ciblées sur les élèves mais des besoins plus larges	18
3.3.3	Une collaboration entre équipes parfois difficile en situation de crise.....	18
3.3.4	Un regard extérieur apprécié	19
4	PROPOSITIONS	19
4.1	Améliorer l'analyse de la situation	19
4.2	Favoriser le travail en partenariat.....	20
4.3	Mieux évaluer les actions mises en place	20
4.4	Développer la formation et l'information	21
	CONCLUSION	23
	Bibliographie	25
	Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

CAAEE : Centre Académique d'Aide aux Ecoles et aux Etablissements

CPE : Conseiller Principal d'Education

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EUMP : Equipe d'Urgence Médico-Psychologique

IA : Inspection Académique

IEN : Inspecteur de l'Education Nationale

MEN : Médecin de l'Education Nationale

Liste des définitions utilisées

L'événement: « ce qui advient à une date et en un lieu déterminé en offrant une certaine unité et en se distinguant du cours uniforme des faits de même nature ». Défini aussi comme ce qui modifie le cours du temps, l'événement, dans tous les cas, introduit une rupture. L'événement n'est pas en soi un traumatisme.

Le traumatisme : se définit par les conséquences globales de l'événement sur le sujet (atteinte de son organisation et de son fonctionnement somatique et/ou psychique).

Le trauma : concerne plus spécifiquement l'effet désorganisateur psychique.

Le caractère **traumatogène** d'un événement se repère par cet effet.

Certains événements ont une *potentialité traumatogène* suffisante pour qu'il soit indispensable de tenter d'en limiter l'impact (15).

Le defusing : verbalisation immédiate de l'événement.

« L'important n'est pas ce qu'on supporte, mais la façon de le supporter ».

Sénèque

INTRODUCTION

Les attentats du métro Saint-Michel en 1995 ont eu des effets particulièrement traumatisants sur les proches des victimes bien entendu, mais aussi sur l'ensemble de la société française. Suite à cet électrochoc, les instances gouvernementales, dans une approche globale de santé publique, ont mesuré la nécessité d'un système de prévention des pathologies liées aux événements graves. Aussi, après avoir constaté que les mesures de prévention à l'égard des blessés psychiques sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précocement mises en œuvre sur le terrain, les pouvoirs publics ont créé dès 1997 un *comité et un réseau national de l'urgence médico-psychologique* (1)(2).

Ce réseau, mis à disposition des directeurs de SAMU et intégré comme tel à la chaîne des secours, permet une prise en charge précoce ou en post-immédiat de la souffrance psychique liée aux événements catastrophiques.

Afin de s'inscrire au mieux dans le dispositif départemental de l'organisation de l'urgence médico-psychologique, l'Inspection Académique des Yvelines a mis en place en 2001-2002, des équipes spécialisées dites *Equipes d'Urgence Médico-Psychologiques (EUMP IA 78)*, formées par un psychiatre du SAMU (15) et destinées à intervenir en milieu scolaire lors d'événements traumatogènes.

Ces équipes, dont je fais partie, ont été confrontées depuis lors à une demande croissante de la part des établissements scolaires du département.

Face à cette évolution, nous sommes conduits naturellement à nous interroger sur la qualité des réponses apportées en cas d'événements graves. Aucune évaluation de la manière dont l'intervention de ces équipes a été vécue sur le terrain n'ayant été réalisée à ce jour, il nous a semblé utile de nous y intéresser.

La présente étude vise donc dans un premier temps à rappeler l'organisation de l'Urgence Médico-Psychologique, et dans un second temps, à évaluer à partir de quatre situations concrètes, l'aide réelle prodiguée par les EUMP IA 78. Notre enquête mettra notamment en évidence le ressenti des adultes des établissements concernés et le vécu des équipes intervenantes – l'interview des élèves ayant été délibérément écartée en raison du traumatisme encore très présent.

La présentation des cas, de la méthodologie et des résultats sera suivie d'une discussion et d'une analyse critique de ces résultats.

Enfin, nous tenterons, dans une approche volontairement très pragmatique, de suggérer quelques pistes pour affiner le rôle et les modalités d'intervention des EUMP IA 78.

1 ETAT DES LIEUX

1.1 Rappels

1.1.1 Epidémiologie

Dans la population générale, 2 adolescents sur 5 âgés de 18 ans ont subi un traumatisme.

Plus de 6% ont un diagnostic de stress post-traumatique pour toute leur vie.

1.1.2 Notion de stress

Les psychiatres distinguent généralement dans la phase aiguë le stress adapté, la « queue de stress » et le stress dépassé, puis dans les trois mois qui suivent l'événement, l'état de stress post-traumatique chronique (13)(15).

A) Le stress adapté

C'est une réaction physiologique et psychologique adaptative en cas de danger ou de menace vitale. Elle se caractérise par :

- une focalisation de l'attention sur la source du danger,
- une exacerbation des capacités de jugement et de raisonnement en vue d'une évaluation juste de la situation et d'une prise de décision pertinente,
- une tension émotionnelle qui incite à l'action,
- et enfin une conduite motrice adaptative.

La réaction de stress est coûteuse en énergie. Prolongée dans le temps ou répétée à de courts intervalles, elle épuise l'organisme.

B) La « queue de stress »

Le stress adapté se prolonge parfois par une « queue de stress ». Elle se caractérise par un ou plusieurs des symptômes suivants :

- stress différé, avec crises de larmes, tremblements musculaires, irritabilité, accès anxieux, troubles psychosomatiques avec nausées et vomissements,
- difficultés à revenir à la réalité,
- sentiment d'oppression,
- épuisement physiologique et abattement psychologique,
- culpabilité, insatisfaction et révolte,

- amertume, repli sur soi, dépressivité et ruminations mentales,
- soulagement et euphorie.

C) Le stress dépassé

Lorsque les impressions sensorielles et la réaction de stress débordent les capacités de défenses psychiques de l'individu, celui-ci n'est plus en mesure de s'adapter. Il s'agit alors de stress dépassé qui se caractérise par :

- inhibition,
- sidération avec stupéfaction intellectuelle et stupeur affective (le sujet est pétrifié devant le danger),
- agitation,
- actes automatiques,
- fuite,
- réactions de type névrotique ou psychotique (rares).

D) Le stress post-traumatique chronique

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels G. VILA (17), tendent à distinguer les troubles chroniques selon qu'ils se réfèrent à l'adulte et l'adolescent d'une part, ou bien à l'enfant d'autre part. Nous retiendrons cette segmentation qui est particulièrement utile pour le MEN dans le cadre de ses missions (3).

a) *Chez l'adulte et l'adolescent*

La classification internationale DSM IV de 1994 en donne des définitions précises. Retenons les principaux éléments caractéristiques suivants :

- réviviscence de l'événement traumatique (flashes ou cauchemars),
- symptômes persistants d'hyperactivité neurovégétative (sursaut, état d'alerte, difficultés d'endormissement),
- évitement des stimuli associés à l'événement,
- émoussement de la réactivité générale, indifférence,
- autres : troubles psychologiques, physiques, fonctionnels, alcoolisation, toxicomanies.

Plus tardivement, on peut noter une modification de la personnalité :

- attitudes hostiles et méfiantes envers le monde,
- retrait social,

- sentiment de vide ou de perte d'espoir,
- détachement.

b) *Chez l'enfant*

➤ *Chez l'enfant de 6 à 12 ans*

En plus de ces symptômes classiques, on retrouve des signes d'anxiété, de dépression, d'inhibition ainsi que l'expression d'une culpabilité.

On peut observer également dans cette tranche d'âge, une hypervigilance, des modifications du jeu, une perte ou un changement dans les intérêts habituels, l'apparition de phobies spécifiques, des troubles du sommeil, des problèmes de concentration qui entraînent des difficultés scolaires, une baisse des performances, de l'agressivité ou bien encore des troubles perturbateurs du comportement.

➤ *Chez l'enfant de 2 à 6 ans*

On note chez les plus jeunes, maux de ventre, céphalées, comportements et dessins répétitifs, phénomènes d'évitement, comportements régressifs, craintes spécifiques, réactions d'agrippement à l'adulte et difficultés accrues de séparation.

Tristesse, retard de développement langagier et psychomoteur, retrait, mutisme, et conduites agressives font également partie du tableau.

1.2 Le réseau de l'urgence médico-psychologique en France

1.2.1 Composition

Ce réseau est composé de médecins psychiatres, assistés de psychologues et infirmiers, formés à la prise en charge du traumatisme psychique et prêts à intervenir lors de catastrophes ou accidents collectifs auprès des victimes, mais aussi auprès des sauveteurs dans le cadre des services de secours d'urgence (équipes SAMU, pompiers, secouristes, police) (11).

1.2.2 Structure

La structure de l'UMP repose sur une architecture à trois étages :

Le niveau national

Le réseau est coordonné et animé par le Comité National placé auprès du Ministre chargé de la santé. Ses principales missions consistent à définir les objectifs à poursuivre en la matière, à veiller à la cohérence du dispositif mis en place, à préciser

les méthodes d'intervention des équipes, à superviser leur formation et à évaluer les actions entreprises.

Le niveau interrégional

Le réseau repose sur 7 cellules permanentes rattachées aux SAMU de Lille, Paris, Nancy, Lyon, Toulouse, Nantes et Marseille. Ces cellules comprennent chacune un psychiatre, un psychologue et une secrétaire. Leur mission consiste à mettre en place un dispositif d'intervention opérationnel aux niveaux départemental et interrégional.

L'échelon départemental

Un psychiatre praticien hospitalier, responsable départemental, constitue une liste départementale de psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques. Il définit un schéma type d'intervention et organise les formations spécifiques des professionnels. Dans les Yvelines, le Dispositif d'Urgence Médico-Psychologique (DUMP) est mis en place depuis 2000. Sous autorité du Préfet et l'impulsion de la DDASS, un groupe de pilotage a défini le mode de régulation de ce dispositif.

Plusieurs institutions y sont inscrites (Sécurité civile, Service Départemental d'Incendie et de Secours, DDASS, SAMU, Secteur de psychiatrie, Justice, Associations d'aide aux victimes, Education nationale..).

1.2.3 Missions

La cellule d'urgence médico-psychologique intervient, à partir d'un appel au centre 15, lors :

- de catastrophes (ex : crash du Concorde...),
- d'événements catastrophiques à effets limités (ex : accidents d'autocar, explosion de gaz...),
- d'événements à fort retentissement psychologique (8)(9) (ex : décès brutal au sein d'une école...).

Elle est déclenchée par le médecin régulateur du SAMU pour :

- des missions de régulation, de conseil téléphonique,
- des interventions immédiates sur le terrain : soins de psychiatrie d'urgence, tri et orientation des victimes et impliqués, information et conseils aux victimes sur les aides possibles (médico-psychologiques, médico-judiciaires, associations de victimes).

En 2000, le réseau de l'UMP a effectué 700 missions dont :

- 46 catastrophes traitées par plans rouges,

- 159 accidents catastrophiques à effets limités,
- 412 événements à fort retentissement psychologique.

1.3 Les Equipes d'Urgence Médico-Psychologique de l'Inspection Académique des Yvelines (EUMP IA 78)

1.3.1 Besoins

On trouvera ci-dessous, issues du rapport d'activité départemental, les statistiques des événements graves recensés ces dernières années :

- en 1999/2000, 30 événements graves ont été recensés et un protocole d'intervention local a été mis en place dans 9 situations de mort violente ;
- en 2000/2001, 13 événements graves sur 40 ont nécessité une intervention de l'équipe locale;
- en 2001/2002, 14 événements graves sur 41 ont justifié l'intervention du médecin de secteur et de son équipe;
- en 2002/2003, les EUMP (1^{ère} année de fonctionnement) sont intervenues dans 10 situations particulièrement traumatisantes pour la communauté scolaire sur 90 événements recensés.

1.3.2 Composition

Constituées au moment des événements relatés ci-dessous de 15 personnes (5 médecins, 5 infirmières et 5 assistantes sociales), les EUMP IA 78, formées par un psychiatre du SAMU de Lyon, le Dr N. PRIETO (association Transfaire) (15), membre du Comité National et de la Cellule Interrégionale de Lyon, se tiennent prêtes à intervenir à la demande de l' Inspecteur d' Académie .

1.3.3 Objectifs

Les objectifs fixés aux EUMP IA 78, tels qu'ils ont été établis en équipe départementale sont les suivants :

- Eviter les conséquences individuelles et collectives d'événements faisant irruption dans la continuité psychique des individus et la régulation sociale du groupe d'appartenance ;
- Eviter les effets de désorganisation psychique en rapport avec le stress ;
- Permettre secondairement un traitement personnel.

1.3.4 Protocole d'intervention

Après une saisine de l'Inspecteur d'Académie, l'évaluation de l'événement se fait en équipe départementale avec d'une part, le chef d'établissement, l'IEN ou le directeur d'école, et d'autre part, l'équipe médico-sociale locale et le centre 15 si nécessaire.

L'indication d'intervention et la coordination sont sous la responsabilité du médecin conseiller technique départemental (voir protocole d'évaluation et d'intervention des EUMP en *annexe 1*).

Des fiches de renseignements concernant l'établissement et l'événement sont renseignées (voir maquettes en *annexe 2*) à l'intention de l'équipe intervenante.

Les conseillers techniques des trois services (médical, infirmier et social) mobilisent alors une équipe pour se rendre sur les lieux.

Les modalités d'intervention sont définies de la manière suivante :

- rencontre des intervenants avec l'équipe de direction et l'équipe médico-sociale locale,
- définition en commun des mesures à prendre :
 - defusing (verbalisation immédiate de l'événement) des personnes directement concernées, en petits groupes d'adultes et d'élèves séparés,
 - repérage des personnes en stress dépassé,
 - entretien individuel si nécessaire,
- proposition de consultation extérieure,
- compte rendu au chef d'établissement,
- compte rendu à l'Inspecteur d'Académie (voir maquette en *annexe 3*),
- opportunité de poursuite de l'intervention.

2 ETUDE DE CAS

2.1 Description des situations choisies

Nous avons choisi quatre établissements scolaires du département des Yvelines qui ont été confrontés à un événement grave au cours de l'année scolaire 2002/2003.

2.1.1 Cas n° 1

Un ancien élève du lycée décède dans un accident de voiture. Il conduisait et sa passagère, élève du lycée, est emmenée dans un état grave vers un hôpital parisien.

Le lycée est très rapidement en état de crise. La rumeur s'installe : l'accident aurait eu lieu dans un contexte de poursuite par la police, la jeune fille serait décédée...

Le chef d'établissement informe rapidement l'Inspection Académique, qui propose l'intervention d'une équipe. L'EUMP (un médecin et une assistante sociale) arrive dans la matinée et rencontre le proviseur. L'équipe médico-sociale locale a déjà commencé un travail d'écoute auprès des élèves. L'EUMP reçoit quelques élèves et rencontre une dizaine de professeurs à leur demande. Le soir, un bilan est réalisé par le chef d'établissement, l'EUMP, le conseiller d'éducation et l'équipe médico-sociale.

2.1.2 Cas n° 2

Une élève de lycée décède brutalement par suicide pendant le week-end. Elle n'est pas connue de l'équipe médico-sociale. Le lycée est déjà fragilisé par le décès d'un adulte de l'établissement trois semaines auparavant.

Les élèves de la classe et d'autres classes sont très choqués depuis qu'ils ont appris la nouvelle la veille. L'infirmerie est rapidement envahie par les élèves, et l'équipe médico-sociale ressent alors fortement un besoin d'aide.

L'EUMP sollicitée (un MEN et une infirmière) arrive dans la matinée et organise des lieux d'écoute. Des élèves et quelques parents y seront accueillis.

L'équipe rencontre le chef d'établissement au cours de la journée et reviendra le lendemain à sa demande.

2.1.3 Cas n° 3

Le chef d'établissement d'un lycée apprend un samedi matin la mort brutale par suicide d'un élève de seconde. Inquiet pour la classe, il demande aussitôt à l'Inspection Académique l'intervention d'une cellule d'urgence.

Le lundi matin, l'EUMP arrive rapidement, rencontre le chef d'établissement et évalue la situation avec l'équipe médico-sociale locale. Les élèves ont déjà eu connaissance des faits au cours du week-end. Un sentiment de culpabilité se mêle à la tristesse.

L'EUMP reçoit quelques élèves et organise une réunion avec les professeurs de la classe, puis elle revient le lendemain.

2.1.4 Cas n° 4

Un élève décède un vendredi matin d'un accident de la voie publique, près de son lycée. Ce jeune, à vélo, a été percuté par le bus scolaire qui transportait des élèves de l'établissement, notamment de sa classe. Beaucoup d'élèves ainsi que des adultes ont été témoins de l'accident, et c'est toute la communauté scolaire qui est rapidement bouleversée par cet événement.

L'équipe médico-sociale n'étant pas présente ce jour-là, le chef d'établissement informe l'Inspection Académique, qui propose aussitôt l'aide de l'EUMP.

Le Médecin de l'Education nationale de l'équipe, dès son arrivée, rencontre le chef d'établissement, puis l'équipe (médecin, infirmière, assistante sociale) organise une prise en charge des élèves en groupe, puis individuellement pour certains. L'équipe propose par ailleurs de rencontrer les professeurs qui le souhaitent. La cellule reste au lycée toute la journée et y reviendra le lundi à la demande du chef d'établissement et des professeurs.

2.2 Méthodologie

Pour répondre à nos objectifs, différentes méthodes d'investigation ont été utilisées.

2.2.1 Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'aide réelle apportée par l'EUMP IA 78.

Les objectifs spécifiques consistent à :

- connaître le vécu des adultes des établissements concernés,
- apprécier le ressenti des équipes intervenantes,
- proposer des pistes pour affiner le rôle et les modalités d'intervention de l'EUMP.

2.2.2 Enquête par entretiens

La méthode de recueil d'informations la plus appropriée ici est l'enquête par entretiens semi-directifs :

Une lettre de l'Inspecteur d'Académie (voir en *annexe 4*), adressée aux chefs d'établissements a introduit ma démarche auprès d'eux et a facilité les prises de rendez-vous.

Deux types d'entretiens semi-directifs sont prévus :

- *l'entretien de type 1* est destiné aux adultes des établissements : chefs d'établissements et autres personnes concernées d'une part , équipes médico-sociales locales d'autre part, ces deux catégories de personnel étant interviewées séparément pour tenir compte de leurs préoccupations probablement différentes.
- *l'entretien de type 2* est conçu à l'intention des personnes des EUMP intervenantes (médecins, infirmières, assistantes sociales).

Deux grilles d'entretien sont alors élaborées, structurées autour d'une consigne initiale, de quatre thèmes principaux et de quatre consignes de relance (voir modèles de grille en *annexe 5*) ; les thèmes étant explorés sans ordre prédéfini au cours de l'entretien.

Au total, douze entretiens sont réalisés, à savoir trois par établissement (deux de type 1, un de type 2). Ils font l'objet de prises de notes et les personnes interviewées sont assurées du respect de l'anonymat.

2.2.3 Réunions des EUMP IA 78

Des réunions permettent régulièrement de faire le bilan des situations dans lesquelles les EUMP se sont mobilisées.

Retenons notamment :

- la réunion du 19/05/2003 organisée par le Médecin responsable départemental, qui a permis de faire le bilan d'une première année de fonctionnement,
- ainsi que la réunion du 11/03/2004 associant les nouvelles équipes formées.

Ces réunions, auxquelles j'ai participé, ont contribué à nourrir les développements relatifs aux deuxième et troisième objectifs de cette étude.

2.2.4 Recherche bibliographique

Elle m'a été particulièrement précieuse tout au long de cette étude et notamment en ce qui concerne l'organisation et le cadre réglementaire de l'Urgence Médico-Psychologique, l'épidémiologie, les données médicales sur le stress, l'analyse des résultats et les propositions.

2.3 Résultats

2.3.1 Actions mises en place par les EUMP IA 78

Elles peuvent se résumer comme suit :

- Evaluation de la situation avec le chef d'établissement dans 3 cas sur 4,
- Evaluation de la situation avec l'équipe médico-sociale locale dans 2 cas sur 4,
- Aide à l'organisation dans 2 cas sur 4,
- Information dans la classe dans 1 cas sur 4,
- Defusing pour les élèves dans 1 cas sur 4,
- Groupe de paroles pour les adultes dans 3 cas sur 4,
- Entretiens individuels pour un petit nombre d'élèves dans tous les cas,
- Proposition d'une aide extérieure dans tous les cas,
- Bilan avec le chef d'établissement ou l'équipe médico-sociale dans tous les cas, avec les deux dans 1 cas sur 4,
- Au total, présence de l'équipe entre 1 et 3 jours selon les situations.

Nous retrouverons dans les tableaux ci-dessous (forme retenue pour préserver l'anonymat) la manière dont ces actions ont été ressenties par les personnes concernées.

2.3.2 Ressenti des adultes concernés

	Information ou demande d'aide (motifs)	Attentes	Satisfactions par rapport aux actions mises en place	Evaluation du dispositif mis en place
Chefs d'établissement + Proviseur adjoint dans 1 cas + CPE dans 2 cas	<ul style="list-style-type: none"> - Information à l'IA dans tous les cas - Demande d'aide dans 1 cas (inquiétude pour la classe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels pour écouter les élèves dans tous les cas - Prise en charge de la classe concernée dans 1 cas - Aborder la mort avec les jeunes dans 2 cas - Libérer un espace de parole dans 1 cas - Combattre la rumeur dans 1 cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la situation avec l'EUMP satisfaisante dans les 3 cas - Groupes de paroles adultes très satisfaisants dans les 3 cas concernés - Defusing élèves satisfaisant - Entretiens individuels satisfaisants dans tous les cas - EUMP : « personnel expert disponible et neutre » dans 2 cas sur 4 - Durée insuffisante de la présence de l'EUMP dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'évaluation en interne - Bilan avec EUMP dans tous les cas - Debriefing non évoqué
Equipes médico- sociales locales	<ul style="list-style-type: none"> - Demande d'aide dans 2 cas sur 4 (situation de crise, impact important, infirmerie envahie par les élèves) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels pour écouter les élèves dans tous les cas - Limiter l'impact dans tous les cas - Pilotage des actions par des personnels formés dans 1 cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la situation avec l'EUMP insuffisante dans 2 cas sur 4 - Groupes de paroles adultes très appréciés dans les 3 cas - Prise en charge des élèves satisfaisante - Durée insuffisante de la présence de l'EUMP dans 2 cas sur 4 - Pilotage des actions critiqué dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation informelle au sein de 2 équipes locales sur 4 - Bilan avec EUMP dans 2 cas sur 4 - Debriefing souhaitable pour 1 infirmière dans 1 cas

2.3.3 Vécu des EUMP IA 78

	Information et évaluation de la situation	Utilité	Difficultés ressenties	Evaluation du dispositif mis en place
Equipes d'Urgence Médico-Psychologiques IA 78	<ul style="list-style-type: none"> - Information par Conseiller Technique (CT) dans tous les cas - Evaluation de la situation (par téléphone par CT) et intervention dans 3 cas sur 4 - Intervention seule (évaluation faite par CT sur place) dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec chefs d'établissement dans tous les cas - Aide à l'organisation dans les 2 cas - Groupes de paroles adultes dans 3 cas sur 4 qui ont permis de : <ul style="list-style-type: none"> + Aborder la mort avec les élèves + Aider au repérage des élèves en souffrance + Faire circuler l'information et combattre la rumeur + Exprimer leur propre émotion et culpabilité (à travers parfois des entretiens individuels) - Defusing élèves dans 1 cas sur 4 (en particulier gestion de la culpabilité et de la revendication) - « Gérer le flux à l'infirmerie » dans 1 cas sur 4 - Accueil des parents dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer correctement la situation dans 3 cas sur 4 - Réunir les adultes mobilisés autour de l'événement dans 3 cas sur 4 <ul style="list-style-type: none"> + contraintes matérielles + stress ++ + personnel déjà occupé à diverses tâches - S'intégrer dans une équipe qui a déjà mis des actions en place dans 2 cas sur 4 - Le statut d'expert autorise-t-il une liberté d'action ? - Intervenir seul dans 2 cas sur 4 - Gérer son propre stress pour certaines personnes de l'EUMP - Grand groupe d'élèves à prendre en charge dans 1 cas sur 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Immédiate au sein de l'EUMP dans 2 cas sur 4 - A distance, réunions -bilans dans tous les cas - Bilan avec chefs d'établissement dans tous les cas - Bilan avec équipe médico-sociale dans 2 cas sur 4 - Debriefing souhaitable pour certaines personnes

3 DISCUSSION

3.1 A propos du thème

L'Urgence Médico-Psychologique est un sujet au cœur de l'actualité, souvent sous le feu des media, qui mêle à la fois des considérations de santé publique et d'évolution sociétale. C'est un sujet neuf né de la prise de conscience par les pouvoirs publics français, depuis la vague d'attentats islamistes de 1995, des effets dévastateurs du stress post-traumatique. Pour la première fois dans notre pays (c'est la guerre du VietNam qui a été le catalyseur d'une prise de conscience analogue aux Etats-Unis), les pathologies liées aux conséquences durables des événements graves, sortaient d'une longue période de déni pour être enfin reconnues (10)

La communauté scolaire n'a évidemment pas échappé à ce phénomène. Aussi, l'Education nationale a mis à disposition, en liaison avec les dispositifs existants de l'UMP, ses propres ressources. Ces moyens de réponse datent de 2001-2002 dans le département des Yvelines qui a été précurseur dans ce domaine, ce qui explique qu'aujourd'hui il y ait peu d'équipes formées.

De même, les interventions des EUMP n'ont pas encore, à notre connaissance, été évaluées du point de vue des adultes impliqués, d'où notre intérêt pour cette question qui, au demeurant, a fait l'objet de très peu de publications.

Nous avons donc saisi l'occasion de la première année d'expérimentation de ce dispositif dans les Yvelines pour tenter cet exercice d'évaluation.

3.2 A propos de la méthode

La critique de la méthode utilisée peut être abordée à travers les points suivants :

- *Portée des conclusions*
La principale limite à la portée des conclusions susceptibles d'être tirées de notre analyse tient bien entendu au nombre restreint des cas étudiés et au recul encore insuffisant dont nous disposons sur l'action des EUMP.
- *Choix des situations*
Sur les dix situations recensées en 2001-2002, quatre ont été retenues pour leur caractère représentatif d'événements à fort retentissement psychologique (deux suicides, deux morts

accidentelles) ne requérant pas l'intervention de cellules académiques autres que celle de l'EUMP (ex : CAAEE, Centre de ressource départemental pour les violences sexuelles (4) ...). A noter mon rôle d'observateur neutre dans ces quatre situations dans lesquelles je n'ai pas été sollicitée et qui ont toutes concerné des lycées cette année-là.

- *Adaptation des outils retenus*
La technique des entretiens semi-directifs a été privilégiée compte tenu du caractère subjectif des réponses attendues sur le plan du ressenti et du vécu des personnes interviewées.
- *Cible de l'enquête*
Nous avons pris le parti d'éviter tout entretien direct auprès des élèves sur de tels événements encore émotionnellement trop présents, et remercions par la même occasion les adultes qui ont bien voulu réveiller des moments très douloureux parfois.
- *Respect de l'anonymat*
Les résultats ont été à dessein restitués sous forme de tableaux ne permettant pas a priori de relier les réponses aux thèmes abordés au cours des entretiens, aux établissements concernés.

3.3 Analyse des résultats

Il ressort de l'analyse des résultats consignés dans les deux tableaux ci-dessus (cf.2.3.2 et 2.3.3), les principaux constats suivants.

3.3.1 Une demande d'aide pas toujours systématique

Les chefs d'établissement ont eu davantage le réflexe d'information à l'IA que de demande d'aide. Deux principales raisons à cela :

- Ils disposent de personnels ressources dans l'établissement,
- Ils ne connaissent pas toujours l'existence de l'EUMP ou ont du mal à identifier son champ d'intervention par rapport aux autres cellules existantes (CAAEE, centre de ressource départemental...).

La demande d'aide émane en fait plutôt des équipes médico-sociales locales (principalement des infirmières souvent présentes dans les établissements au moment des faits), qui sont mieux à même d'évaluer l'importance du retentissement psychologique de l'événement.

3.3.2 Des attentes ciblées sur les élèves mais des besoins plus larges

L'attente des équipes de terrain correspond davantage au départ à une aide pour l'écoute des élèves. Or, les actions menées en fonction des besoins montrent que l'écoute des élèves – pour importante qu'elle soit – n'est pas toujours la seule priorité à satisfaire.

En effet, bien souvent, les élèves auront tendance à se tourner plutôt vers l'équipe locale qu'ils connaissent, pour un entretien individuel.

Dans le même temps, l'EUMP n'a pas toujours eu la possibilité de réunir les élèves impliqués pour un defusing. Cependant, lorsque celui-ci a pu être effectué, il a été très apprécié.

Par ailleurs, bien qu'ils n'en avaient pas conscience au départ, *les chefs d'établissement et les équipes médico-sociales locales ont considéré que l'aide apportée aux adultes a été très utile*. Impression d'ailleurs partagée par les équipes intervenantes. Il semble que informer, aider à gérer la rumeur, contribuer à l'organisation, rassurer, favoriser l'expression de l'émotion, permettent aux adultes de se réapproprier les repères nécessaires aux jeunes pour surmonter leur désarroi.

Enfin, on peut remarquer que, dans les situations décrites, aucune attente relative à la gestion des media n'a été exprimée.

3.3.3 Une collaboration entre équipes parfois difficile en situation de crise

L'EUMP a parfois eu du mal à s'intégrer aux équipes de terrain déjà mobilisées à son arrivée, ce qui en outre a nui au temps de concertation qui aurait été alors nécessaire.

De leur côté, certaines équipes locales ont pu regretter de ne pas suffisamment être associées au travail de l'EUMP.

Rien de choquant à cela quand on sait qu'un système en crise est générateur d'un impact émotionnel fort qui brouille les repères.

Il est indispensable que le rôle et la place de chacun au sein des équipes soient préservés, « la performance se situant dans la limite des compétences de chacun » ainsi que le souligne justement N. Prieto (15).

Par ailleurs, il convient de noter que l'intégration de l'EUMP sur le terrain a été d'autant plus facilitée que la situation a fait l'objet en amont d'une analyse précise.

3.3.4 Un regard extérieur apprécié

La neutralité d'un regard tiers et professionnel est apparue vitale dans la gestion des événements relatés qui ont tous marqué fortement les adultes du lycée, lesquels ont pu, de surcroît, exprimer plus volontiers leur émotion devant des personnes extérieures à l'établissement.

4 PROPOSITIONS

Nos suggestions portent sur l'amélioration de la gestion de l'événement et de l'intervention des EUMP et peuvent se décliner en quatre axes.

4.1 Améliorer l'analyse de la situation

Il nous semble primordial que la situation soit évaluée de façon rigoureuse en équipe pluridisciplinaire et que la décision d'intervention revienne in fine au médecin responsable départemental. En effet, l'indication doit rester médicale comme dans tous les systèmes d'organisation d'urgence (centre 15, DUMP) (11).

Par ailleurs, chaque membre des équipes intervenantes devrait être en possession du même niveau d'information avant de se rendre sur les lieux. Tel est l'objectif de la fiche d'intervention créée récemment à cet effet, et qui devra être remplie systématiquement (voir en *annexe 2*).

Un temps de réflexion ne doit pas être négligé évitant ainsi tout départ précipité (ne pas confondre urgence et précipitation !).

De même, on peut observer que certaines équipes ont apprécié de partir avec des personnes connues – bien que l'on sache que ce n'est pas toujours aisé en pratique - ce qui facilite la mise en route et la répartition des rôles au sein de l'équipe.

En tout état de cause, il est important d'éviter de commencer l'intervention seul.

On peut en outre se demander s'il ne conviendrait pas de laisser la liberté aux équipes dépêchées, de décider une fois sur le terrain, en liaison avec le médecin coordonnateur et en fonction du diagnostic réalisé sur place, de l'opportunité de poursuivre l'intervention, tout en restant à la disposition du chef d'établissement. En

effet, un événement potentiellement traumatogène n'a pas nécessairement un fort retentissement psychologique, *critère indispensable à l'intervention de l'EUMP.*

4.2 Favoriser le travail en partenariat

A l'arrivée de l'EUMP, il est indispensable qu'une concertation puisse immédiatement s'engager entre le chef d'établissement, l'équipe médico-sociale locale et les membres de l'équipe d'urgence.

Le chef d'établissement doit rester le coordonnateur des actions et le pilote du travail de concertation et de régulation avec les partenaires concernés.

L'EUMP, rompue à la gestion des situations de crise, aide à la mise en place de la cellule de crise, prend en charge des actions spécifiques (defusing...), apporte un regard extérieur et neutre, sans se substituer à l'équipe médico-sociale locale.

Des points réguliers dans la journée sur l'évolution de la situation devront en outre être prévus.

Un debriefing à distance des événements pourrait aussi, si nécessaire, être organisé à l'intention des équipes locales, voire des EUMP, avec l'aide éventuellement à l'avenir d'un psychiatre.

4.3 Mieux évaluer les actions mises en place

Le bilan des actions entreprises par tous les adultes concernés est aujourd'hui réalisé de façon plus ou moins informelle sur le terrain.

Il convient donc de le systématiser avant la fin de l'intervention de l'EUMP.

Rappelons que cette dernière, de son côté, remplit une fiche bilan destinée au Médecin responsable départemental et à l'Inspecteur d'Académie.

Par ailleurs, nous suggérons d'élaborer un questionnaire destiné aux établissements que leurs responsables, aidés des équipes locales, rempliront à distance de l'événement.

Enfin, dans le cadre du suivi post-traumatique, il pourrait être envisagé de proposer un bilan sur place un à trois mois après l'événement.

4.4 Développer la formation et l'information

Trois types d'actions peuvent être entreprises dans ce domaine :

- *Former de nouvelles équipes EUMP IA 78*

En effet, il est souvent difficile pour les membres des EUMP de se libérer des contraintes de terrain. A noter que 5 nouvelles équipes ont été formées début 2004, ce qui porte à 30 le nombre de personnes formées.

- *Former les équipes médico-sociales pour faciliter le passage de relais*

Cette mesure devrait permettre aux équipes locales de mieux gérer le post-immédiat et le suivi à long terme. Il est important d'être vigilant au comportement des élèves dans les mois qui suivent.

- *Informers les chefs d'établissement et les IEN*

L'information doit porter sur l'existence de l'EUMP, sa composition et ses modalités d'intervention. Elle permettra notamment de mieux la différencier des autres cellules d'aide: CAAEE, cellule violence, centre de ressource départemental...

Une diffusion de la présentation EUMP est à cet égard prévue dans le cadre des animations de bassin. Elle devrait favoriser l'anticipation de la conduite à tenir en urgence, indispensable à une bonne gestion des événements graves.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, l'évaluation de l'aide apportée par les EUMP laisse apparaître un bilan qui, pour être contrasté, n'en est pas moins globalement satisfaisant dans toutes les actions mises en place.

Leur utilité n'a jamais été contestée par les professionnels consultés, ceux-ci ayant apprécié particulièrement l'organisation de groupes de paroles pour les adultes ainsi que leur regard extérieur et neutre.

Ce dernier point est probablement l'un des principaux atouts des EUMP qui, à des « professionnels parfois tétanisés par l'événement » (16), apportent une assistance immédiate.

Toutefois, comme les résultats de notre enquête le démontrent, le fonctionnement des EUMP n'est pas optimal pour autant.

Il ressort de nos travaux qu'une généralisation de cette expérience suppose que soient réunies un certain nombre de conditions parmi lesquelles les plus importantes sont :

- *une formation solide de l'équipe intervenante sur la gestion des situations de crise,*
- *une bonne concertation avec les professionnels de l'établissement,*
- *un protocole d'évaluation sans faille : évaluations précises réalisées aux moments clés (en amont, à l'arrivée sur les lieux, intra-journée, en quittant les lieux, 1 mois après l'intervention),*
- *informer et former les chefs d'établissement qui ont un rôle de pilotage très important,*
- *renforcer les compétences des équipes médico-sociales locales dont l'action sur le terrain au quotidien est capitale, et dont la collaboration est vitale pour un passage de relais efficace.*

Pour notre part, nous retiendrons que la clé de la réussite de l'intervention des EUMP réside sans aucun doute dans la qualité de ses échanges avec le chef d'établissement et l'équipe locale; le dialogue entre ces diverses parties prenantes sera d'autant plus constructif qu'il s'appuiera sur un réel travail d'anticipation.

Ce qui ne doit pas nous empêcher par ailleurs, comme nous y invitent certains auteurs comme B. DURAND (12), de réfléchir en équipe sur des sujets comme le risque de survalorisation du psycho-traumatisme ou bien encore la compatibilité des notions d'urgence et de soins psychiques.

Proposer de «l'humain », plus que du « psy »...

Voilà pour le programme de réflexion qui ne prendra bien entendu tout son sens que s'il s'accompagne d'une poursuite de notre action, puisque tout laisse à penser, jusqu'aux objectifs réaffichés de « formation des médecins et infirmiers de santé scolaire » de la circulaire récente du Ministère de la Santé en date du 20 mai 2003 (5), que les EUMP IA ont désormais toute leur place dans le dispositif global de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et qu'elles pourraient être généralisées.

Bibliographie

1 - Arrêté du 16 janvier 2001 modifiant l'arrêté du 28 mai 1997 portant création d'un comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

2 - Circulaire DH/EO4-DGS/SQ2 n°97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

3 - Circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 : Missions des médecins de l'Education nationale.

4 - Circulaire n°97.175 du 26 août 1997 : Instructions concernant les violences sexuelles.

5 - 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.

6 - Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles : Conduite à tenir pour les professionnels de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mai 2002.

7 - Une mort...Un drame à vivre ensemble. Académie de Rouen.

.....

8 - CREMNITER D. Réunion UMP-Education nationale. SAMU de Paris. 9 avril 2002. Indications et limites des interventions médico-psychologiques dans les établissements scolaires.

9 - CREMNITER D. Le rôle des CUMP. XXIII^e colloque du SNAMSPEN. Evénement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

10 - CROCQ L., DOUTHEAU C., LOUVILLE P. et al. Psychiatrie de catastrophe : réactions immédiates et différées. Encycl. méd. Chir. Psychiatrie. 37.113. D.10. 1998. 8p.

11 - CROCQ L. La CUMP. Sa création, son organisation, ses interventions. Ann.Med.Psychol. 1998. 156.1.48.53.

12 -DURAND B. Les prises en charge thérapeutiques après un psychotraumatisme. XXIII^e colloque du SNAMSPEN. Événement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

13 - LOPEZ G. L'état de stress post-traumatique. Le concours médical. 17-11-2001. 123-36. p2419-2425.

14 - LOPEZ G. Le debriefing. XXIII^e colloque du SNAMSPEN. Événement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

15 - PRIETO N. Urgence médico-psychologique en milieu scolaire. Association TransSFaire, transfaire@anis.org.

16 - ROMANO M.C., GUYOT S. Table ronde XXIII^e colloque du SNAMSPEN. Événement grave dans la communauté scolaire : Quelles réponses ? 25 et 26 novembre 2002.

17 - VILA G., MOUREN.SIMEONI M.C., Etats de stress post-traumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? Ann.Med.Psychol. 1999. 157 n°7.

Liste des annexes

Annexe 1 - Protocole d'évaluation et d'intervention des EUMP

Annexe 2 - Fiche Intervention : renseignements concernant l'établissement
Fiche Intervention : renseignements relatifs à l'événement

Annexe 3 - Fiche Bilan destinée à l'Inspection Académique

Annexe 4 - Courrier de Mr l'Inspecteur d'Académie aux chefs d'établissements

Annexe 5 - Grilles d'entretiens

ANNEXE 5 – GRILLES D'ENTRETIENS

Entretiens semi-directifs à l'intention des chefs d'établissement et des équipes médico-sociales locales

Consigne initiale : Une Equipe d'Urgence Médico-Psychologique de l'Inspection Académique est intervenue dans votre établissement à la suite de l'événement grave X, j'aimerais que vous me racontiez comment vous l'avez ressenti.

Thèmes à explorer :

- Information ou demande d'aide. Pourquoi ?
- Attentes
- Satisfactions
- Evaluation à distance

Consignes de relance :

- Qui avez-vous informé ? Avez-vous demandé de l'aide ? Si oui, pourquoi ? (écoute, limitation de l'impact, gestion de la rumeur, des media ...)
- Qu'attendiez-vous comme aide ?
- L'aide apportée a-t-elle répondu à votre attente ?
- Avez-vous pu évaluer à distance l'ensemble du dispositif mis en place ?

Entretiens semi-directifs à l'intention des équipes de la cellule médico-psychologique intervenantes

Consigne initiale : Vous êtes intervenu dans le cadre d'une Equipe d'Urgence Médico-Psychologique de l'Inspection Académique à la suite de l'événement grave dans l'établissement scolaire X, j'aimerais que vous me racontiez comment vous l'avez vécu.

Thèmes à explorer :

- Demande d'intervention de qui ? Transmise par qui ? Pourquoi ? (évaluation, intervention)
- Utilité de l'intervention
- Difficultés de l'intervention
- Evaluation à distance

Consignes de relance :

- Comment avez-vous été amené à intervenir sur cette situation ?
- Avez-vous eu l'impression d'être utile ? Comment ? A quel moment ?
- Qu'est-ce qui vous a paru le plus difficile ?
- Avez-vous pu évaluer à distance l'ensemble du dispositif mis en place ?