



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**Les cellules d'urgence médico-psychologiques
face à une demande croissante**

– thème n° 31 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrice: Madame Christine QUELIER

Nous tenons à remercier les personnes que nous avons rencontrées pour la qualité de leur accueil et leur disponibilité :

Mme BONNAFOUS, adjointe au chef de bureau, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, secteur santé mentale

Dr BRAGEOLLE, chef de service du SAMU 35

M. CHEVALIER, directeur de cabinet du préfet d'Ille et Vilaine

Dr CHIAPELLO, psychiatre de la Croix-Rouge Française

Pr CROCQ, psychiatre des Armées

Colonel DAVID, médecin directeur du service de santé des sapeurs pompiers d'Ille et Vilaine

Mme GUYOT, médecin inspecteur de santé publique, bureau de santé mentale à la Direction Générale de la Santé

M. HERB, chef du service interministériel de la protection civile

Dr HUAULT-POLAC, chargée de mission auprès du président du Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique en cas de catastrophe

Dr JAGO, psychiatre, chef de service au centre hospitalier spécialisé de Rennes, coordonnateur de la CUMP d'Ille et Vilaine

Dr KANNAS, psychiatre, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Dr ORIO, coordonnateur national des CUMP

M. RAYNAL, directeur du centre hospitalier spécialisé de Rennes

Pr ROUILLON, psychiatre chef de service du centre hospitalier spécialisé de Créteil

Mme RUDETZKI, présidente fondatrice de l'association S.O.S. Attentats

Sommaire

INTRODUCTION	1
1- UN DISPOSITIF AU SERVICE DES VICTIMES DE CATASTROPHES... ..	4
1.1 Les victimes de catastrophes : la reconnaissance de leur souffrance	4
1.1.1 La souffrance psychique : une blessure cachée	4
1.1.2 La reconnaissance de ces troubles comme enjeu de santé publique.....	6
1.2 L'organisation mise en place en 1997.....	8
1.2.1 La conception française : prise en charge immédiate, post immédiate, différée	8
1.2.2 La circulaire n° 97/383 du 2 mai 1997 : une réponse institutionnalisée	10
1.2.3 L'intégration des CUMP aux dispositifs d'urgence (Plans ORSEC, Blanc et Rouge)	12
2 – UN DISPOSITIF DONT LES MISSIONS DEVRAIENT ÊTRE REDÉFINIES.....	14
2.1 Les écueils à éviter	14
2.1.1 Des missions imprécises et des actions hétérogènes.....	14
2.1.2 Le non-respect des procédures de déclenchement	16
2.1.3 La non identification d'un réseau.....	16
2.1.4 L'essoufflement des acteurs	17
2.2 Les démarches à suivre	18
2.2.1 Redéfinir le statut des participants	18
2.2.2 Donner une priorité à la formation.....	18
2.2.3 Améliorer le suivi des victimes.....	19
2.2.4 Evaluer le dispositif	20
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	28
ANNEXE 2 : SCHÉMA DE L'ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE	30
ANNEXE 3 : SCHÉMA ORGANISATIONNEL DES CUMP	31

INTRODUCTION

L'actualité récente, en septembre 2001, explosion de l'usine A.Z.F. à Toulouse, attentats du World Trade Center aux Etats-Unis, a fait état de l'importante mobilisation qui s'effectue aujourd'hui auprès des victimes : prise en charge physique mais également psychologique avec, en France, l'intervention des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP). La prise en compte de l'urgence médico-psychologique reste cependant un phénomène récent. Il découle du constat que les victimes ou les témoins d'un événement traumatisant subissent un choc émotionnel qui, selon l'intensité, font d'eux des blessés psychiques.

C'est à la psychiatrie militaire que l'on doit l'intérêt porté, par la médecine d'aujourd'hui, aux conséquences psychologiques résultant de traumatismes. Connue sous le nom explicite de « névrose de guerre », la névrose post-traumatique redevient d'actualité dans les années 1970 avec le retour des vétérans du Vietnam. Elle entre officiellement en 1980 dans la classification internationale des maladies mentales (CIM) sous le nom d'état de stress post-traumatique.

Parallèlement, avec la réforme des hospices et la sectorisation psychiatrique, la psychiatrie s'ouvre à la société et est vécue de manière moins négative.

Les victimes, et éventuellement les impliqués, ne sont plus seulement pris en charge sur le plan somatique mais également sur le plan psychologique. En effet, certains d'entre eux ne peuvent se reconstruire sans un accompagnement psychologique qui a pour but de les réinsérer dans une chaîne sociale dont ils ont brutalement été expulsé. Aussi, il est admis qu'offrir la possibilité d'une prise en charge psychologique précoce et un accompagnement socio-judiciaire adapté peut prévenir ou atténuer les séquelles psycho-traumatiques et, par conséquent, diminuer les conséquences économiques des processus de « victimisation ».

À cet effet, la France a mis en place un dispositif national gradué *« de prise en charge de l'urgence médico-psychologique destiné aux victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes, et/ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent »*¹. L'attentat à l'explosif, perpétré à la station du RER Saint-Michel à Paris en 1995, a joué le rôle de

¹ Circulaire n° 8/93 DH du 01/02/93 relative à la participation des praticiens et fonctionnaires hospitaliers à des actions humanitaires

catalyseur. C'est à la suite de cet événement et sur instruction du Président de la République que la première cellule d'urgence médico-psychologique expérimentale a été mise en place.

Le dispositif des CUMP a, par la suite, été étendu à l'ensemble du territoire en 1997². Ces cellules ont pour mission d'assurer les premiers secours médico-psychologiques sur le terrain même, ainsi que leur suivi lors des stades post-immédiats et chroniques pour les victimes « d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs ».

Aujourd'hui, les CUMP sont sollicitées au delà de ces missions : les notions de catastrophe ou d'accident tendent à englober tous les événements dont on présume le caractère traumatisant sur le plan psychologique (tempête, inondations, cheptel abattu pour cause d'épizootie, contact d'une population avec un produit toxique...) sans toutefois distinguer les situations stressantes des situations vraiment traumatisantes. Ce phénomène interroge le fonctionnement actuel du dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique.

Notre analyse entend donc étudier en quoi le dispositif des CUMP, institutionnalisé au plan national en 1997, ne nous semble pas répondre de manière adéquate à son objet.

À cet égard, la question nous incite à la formulation de plusieurs hypothèses :

- le rattachement entre le Samu et la CUMP n'est pas effectif sur le terrain
- l'ajout d'une nouvelle structure comme celle des CUMP ne peut que complexifier le rôle du directeur des secours médicaux
- le financement des CUMP ne semble pas être adapté
- l'essoufflement des médecins référents départementaux et coordonnateurs régionaux est réel
- il n'existe pas d'évaluation du dispositif
- nous assistons à une dérive de recours à la CUMP
- il n'y a pas assez de personnel formé à la médecine de catastrophe

Il ne s'agit pas ici pour nous de remettre en cause le dispositif actuel mais de réfléchir aux moyens de le rendre plus efficient.

² Circulaire DH/EO4-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

La démarche entreprise nécessite dès lors de répondre à un certain nombre de questions : Qu'est-ce qu'une catastrophe ? Comment peut-on la définir ? Qu'est-ce que l'état de stress post-traumatique ? Quels enjeux de santé publique entourent ce dispositif ainsi que son évolution ? Quels sont les points de vue des différents acteurs concernés ?

Notre étude s'est déroulée dans le cadre d'un module interprofessionnel organisé par l'Ecole Nationale de la Santé Publique sur une période de trois semaines. Notre groupe était composé de dix personnes provenant de différentes filières : directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, : deux directeurs d'hôpitaux, une infirmière générale, un ingénieur d'étude sanitaire, trois inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, un pharmacien inspecteur de santé publique,.

Cette pluridisciplinarité a favorisé non seulement la confrontation de plusieurs logiques professionnelles, de savoirs sur une problématique de santé publique, mais aussi le travail en équipe.

Sur le plan méthodologique, nous avons dans un premier temps analysé le dispositif d'urgence actuellement en place au travers de textes législatifs, d'écrits scientifiques relatifs aux symptômes consécutifs aux catastrophes et à leur prise en charge médicale.

Dans un second temps, nous avons conduit une quinzaine d'entretiens avec différents acteurs aussi bien au niveau national que local (Rennes, Paris). Ces entretiens ont été menés auprès des directions du ministère de la Santé et de la Solidarité (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Direction Générale de la Santé), des services de la préfecture d'Ille et Vilaine, des divers acteurs de l'urgence (psychiatres, Samu, pompiers, responsables d'associations). Nous avons choisi l'entretien semi-directif pour mener notre travail d'investigation (voir guide d'entretien en annexe). Cette méthode nous a ainsi permis de recueillir des informations en lien avec notre problématique tout en laissant à nos interlocuteurs la possibilité d'exprimer leur point de vue.

Notre travail présentera d'abord la reconnaissance et la prise en charge de la souffrance psychologique, puis l'analyse du dispositif actuel sur le plan législatif.

Le point de vue et les propositions du groupe seront exposés ensuite au regard des hypothèses posées et des investigations menées.

1- UN DISPOSITIF AU SERVICE DES VICTIMES DE CATASTROPHES...

1.1 Les victimes de catastrophes : la reconnaissance de leur souffrance

1.1.1 La souffrance psychique : une blessure cachée

Tous les évènements mettant en jeu la vie des individus (accidents, agressions, inondations, viols, hold-up, prises d'otages, attentats, incendies, tremblements de terre ...) peuvent provoquer chez les victimes, comme chez les témoins du drame, un bouleversement qu'on appelle stress post-traumatique, ou État de Stress Post-Traumatique (ESPT). Il s'agit de l'ensemble des symptômes diagnostiqués chez les victimes civiles ou militaires après un traumatisme grave.

L'atteinte du psychisme aura des manifestations différentes sur le plan réactionnel ; le tableau clinique immédiat et post immédiat sera fort différent du tableau différé.

► Une réaction immédiate presque anodine, observée tout de suite après l'évènement et pendant les premières heures

Elle peut se traduire par :

- une absence de manifestation ou plutôt le soulagement de l'avoir « échappé belle », ou encore l'euphorie des retrouvailles familiales...
- une réaction de stress normale ; celle-ci est une réponse physiologique d'urgence (pouvant se prolonger) qui consiste à mettre l'individu en état d'alerte et de défense face au danger.
- une réaction de stress dépassé : lorsque la réaction de stress est trop violente et trop prolongée, elle perturbe l'équilibre physiologique et psychique au delà de toute possibilité de contrôle et se mue en stress dépassé. Celui-ci revêt quatre formes :
 - la sidération
 - l'agitation
 - la « fuite panique »
 - le comportement « d'activité automatique »

► Des réactions post-immédiates diverses et importantes, de quelques heures à quelques semaines suivant l'évènement

Cette phase se caractérise par des symptômes divers allant du retour à la normale à l'installation de séquelles .

- extinction du stress normal
- petit accès de stress à l'occasion d'un stimulus évocateur : « queue de stress »
- décharges émotives différées : des manifestations somatiques telles que vomissements, émissions d'urines, etc.
- persistance de phobies ou hystérie
- émergence possible de stress post-traumatique

► Un tableau clinique différé avec des conséquences psychologiques lourdes

Chez certaines personnes, ce stress aigu se traduira après un temps de latence variable de plusieurs semaines à plusieurs mois, par un ensemble de symptômes spécifiques : l'ESTP caractérisé par une dissociation de la conscience, du comportement et de la situation réelle.

Sur le plan clinique, les manifestations prennent la forme :

- de réviviscences de l'évènement avec des symptômes d'angoisse
- de conduites d'évitement
- de désintérêt pour les activités habituelles
- d'état de préparation constant aux « menaces et dangers extérieurs »

Bien que certaines variables personnelles (résonance affective, signification existentielle, résistance énergétique du sujet, système personnel de valeurs, troubles mentaux préexistants, etc...) peuvent augmenter la probabilité de développer un stress post-traumatique, il existe une relation significative entre la gravité des lésions initiales et l'importance du syndrome post-traumatique.

Ainsi, l'étude réalisée par W. DAB et ses collaborateurs³, montre que la prévalence d'ESPT est trois fois plus importante chez les blessés que chez les non blessés des attentats. La

³ W. DAB, L. ABENHAÏM, L.R., SALMI, J. AUCLAIRE, « Etat de santé physique et mentale des victimes d'attentat. L'enquête épidémiologique française : premiers résultats », revue Am Psychiatr, 1988, 3, n°3, 191-195

même étude révèle qu'en plus du handicap physique, deux tiers des victimes ont, à des degrés divers, un trouble psychologique durable (2 ans).

► L'évolution

L'évolution spontanée du stress post-traumatique n'est pas favorable. Comme le précise Louis CROCQ⁴, une prise en charge précoce permettrait d'accroître les chances de prévenir l'apparition du syndrome de stress post-traumatique. Beaucoup de spécialistes considèrent que près de la moitié des cas se rétablissent au bout de trois mois et, qu'au delà, les autres cas se chronicisent avec le risque de développer d'autres troubles : dépression, dérives sur des pratiques addictives...

► Des conséquences sociales qui peuvent perturber toute une vie

En France, peu d'études ont été faites sur le sujet, Nous disposons néanmoins des résultats de l'étude Epidémiologique des Conséquences Sanitaires des Attentats (ECSAT), menée pour le compte de l'association SOS Attentats.

Celle-ci montre que la qualité de vie des victimes se trouve considérablement perturbée et même dégradée par rapport à la population générale. Ainsi :

- un quart des victimes se dit être gêné dans ses relations avec l'entourage du fait des séquelles physiques de l'attentat ;
- une victime sur dix déclare s'être séparée de son conjoint du fait des conséquences de l'attentat ;
- une victime sur cinq n'a pu reprendre le métro.

1.1.2 La reconnaissance de ces troubles comme enjeu de santé publique

La reconnaissance des états de stress post-traumatique comme enjeu de santé publique est assez récente, et se trouve au carrefour d'avancées scientifiques et de revendications sociales.

Le point de départ des avancées scientifiques à l'origine de cette reconnaissance pourrait se situer dans la définition de la notion de stress. Celle-ci a évolué au fil du temps en fonction du niveau de compréhension des mécanismes physiologiques et psychologiques en jeu. Dans les années 1930, ces états sont définis comme « *un ensemble de réponses non spécifiques dont l'organisme fait usage afin de s'adapter à une situation contraignante* ».

⁴ Louis CROCQ, « l'intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes » in *revue Psychiatrie Française*, n°1, 1998

La capacité de résistance au stress et les réponses qui y sont apportées dépendent de chaque individu et, études épidémiologiques à l'appui, il est démontré qu'il peut engendrer diverses pathologies somatiques (asthme, hypertension) et psychiques.

Ceci a entraîné un premier glissement de la notion de stress, d'une réponse adaptative à une pathologie : pour ces raisons, il est aujourd'hui classé dans la DSM IV⁵ comme trouble (état de stress post-traumatique) et comme facteur psychosocial favorisant l'apparition d'un trouble.

La multiplication des syndromes dans les nomenclatures psychiatriques permet d'élargir la palette des troubles psychiatriques. Allan YOUNG montre comment le stress post-traumatique a émergé dans la clinique contemporaine. Le point de départ se situerait au sein d'une organisation sanitaire limitée aux anciens combattants de la guerre du Vietnam, qui ont constitué pendant longtemps la plupart des cas de troubles post-traumatiques.

L'extension de clientèle de ces troubles procèderait selon l'auteur de programmes de recherche neurophysiologiques, qui placent le patient dans la position de pure victime, sans conflit ni désir. La reconnaissance de ces troubles serait donc un hybride de processus biologique et d'intérêts sociaux, politiques et économiques.

L'apparition de la dimension sociale est importante. L'appréhension des facteurs stressants a évolué dans un nouveau contexte socio-culturel qui met en avant la culture de la performance, le culte de la concurrence et la perte de certains repères sociaux.

Ces trois facteurs sont autant d'éléments déclencheurs de « dépressions », dues à la dévalorisation de l'individu à ses propres yeux, au sentiment d'échec. Les trois formes les plus répandues de ces manifestations sont l'anxiété, l'insomnie et l'asthénie. Ces troubles sont d'autant mieux acceptés socialement qu'il existe des médicaments pour les traiter. Les prescriptions d'antidépresseurs, que peut faire un médecin généraliste, achèvent de « destigmatiser » les maladies « psy ».

Le poids et le coût social de ces troubles ont été estimés par divers organismes, dont l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et le Centre de Recherche et d'Etudes pour l'Economie de la Santé (CREDES), qui les juge « évolutifs, chroniques et invalidants mais surtout fréquents ».

L'OMS classe les troubles psychiatriques au troisième rang des maladies en terme de prévalence. La souffrance psychique, les troubles mentaux et du comportement sont

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th ed. Traduit au français en 1996 : « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* »

aujourd'hui inclus parmi les principales causes d'invalidité dans le monde (elles causeraient un quart des invalidités).

En fallait-il plus pour que les pouvoirs publics se saisissent du problème ?

En France, ils le font en 1990 en élargissant les missions de la psychiatrie au traitement des maladies mentales ainsi qu'à la promotion de la santé mentale. La psychiatrie, déjà sortie des murs de l'hôpital avec le développement de la sectorisation mise en place dans les années 1970, se déplace aujourd'hui vers l'hôpital général : qu'il s'agisse de psychiatrie de liaison ou de présence de psychiatres dans les services d'urgences, ce mouvement met en œuvre les moyens d'une meilleure prise en charge. Par ailleurs, les programmes régionaux de santé définissent des objectifs ayant trait à la santé mentale, tels que la prévention du suicide par exemple.

L'évolution des mentalités, poussées par une ouverture de la psychiatrie sur l'extérieur et par la volonté de la population d'une prise en charge plus globale de ces maux, a incité un certain nombre d'intervenants, en particulier associatif, à la création de structures qui, au fil des ans et des événements (attentats, catastrophes...) sont devenues les CUMP. Toutefois, cette idée louable d'une prise en charge des victimes au plus près de la catastrophe, comme le veut la conception française du secours à la victime, peut nous amener à redéfinir des missions. Comme nous l'a dit un officier supérieur des sapeurs pompiers : *« il faut baser sa réflexion et son évaluation , non pas sur les moyens, mais sur les missions, car c'est de celles-ci que doivent découler les moyens »*. Ceux-ci pourraient s'inclure dans le dispositif déjà existant et bien rodé du secours à la victime.

1.2 L'organisation mise en place en 1997

1.2.1 La conception française : prise en charge immédiate, post immédiate, différée

La variété des situations, les différences d'approche et de personnalité rendent difficile la présentation d'une intervention type. Néanmoins, de nombreuses rencontres nationales vont permettre d'aller vers une harmonisation des modalités d'intervention. La plupart des pays d'Europe et d'Amérique préconisent une assistance psychosociale immédiate dans ces situations d'urgence. Pour exemple, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec a édité un guide de formation axé sur le volet psychosocial. La France tend à une médicalisation du soin psychologique et donne de l'importance à la présence du psychiatre sur place rapidement.

Louis CROCQ, psychiatre des Armées, propose le modèle d'intervention suivant.

L'intervention immédiate

L'évolution se fait vers une intervention aussi rapide que possible d'au moins un médecin formé au soutien psychologique d'urgence accompagné d'un (cadre) infirmier et/ou d'un psychologue.

Le travail des personnels « psy » sur le terrain consiste à prodiguer des soins médico-psychologiques d'urgence à tous les blessés psychiques qui en ont besoin : administration de médicaments psychotropes prescrits par le médecin, entretien psychothérapeutique d'urgence centré sur la verbalisation inaugurale de l'émotion.

En outre, il peut aider le directeur des secours médicaux à prendre des décisions pour des patients présentant des souffrances psychologiques aiguës et des manifestations cliniques sources de perturbation sur le site.

Les demandes directes et les attentes ainsi que les besoins qui risquent de se manifester sont évalués.

En plus de l'activité de soins, l'équipe assure une activité de « triage ». Il s'agit de repérer les sujets les plus sévèrement atteints pour les évacuer vers les hôpitaux. Il s'agit aussi de surveiller sur place les victimes moins atteintes en attendant qu'elles soient en état de rentrer chez elles.

La CUMP pourra se consacrer à l'accueil des familles sur place ou à l'hôpital.

Cette première rencontre avec les victimes ou les « impliquées » n'a pas pour but de leur proposer un debriefing immédiat : il faut un certain délai pour qu'il trouve son indication et pour que cette technique ait une réelle efficacité.

L'intervention immédiate appelée aussi « déchoquage psychologique » ou « defusing » est donc brève, informative et permet à la victime d'avoir un contact initial avec le psychiatre. Cela permet de ne pas vivre le recours ultérieur au soin psychiatrique comme un échec personnel puisque le « psy » était là d'emblée avec les autres intervenants médicaux.

Les soins post-immédiats

C'est dans le deuxième temps que le debriefing va constituer le moment essentiel des soins post-immédiats. Pour Louis CROCQ, le debriefing est « *un sas intermédiaire entre la fin de l'horreur et le retour au normal* ». L'intervention doit avoir lieu dans les jours qui suivent l'évènement, idéalement entre le deuxième et le cinquième jour. Les objectifs principaux de cette technique sont les suivants :

- aider les sujets à se resituer dans l'espace et le temps,
- les informer de la normalité de leurs réactions alors qu'ils étaient confrontés à une situation qui n'était pas normale,
- leur faire prendre conscience de la normalité de leurs symptômes en entendant les autres victimes évoquer leur propres troubles,
- faciliter la verbalisation des sentiments d'impuissance et de culpabilité,
- donner dans un langage simple et accessible des informations sur les stratégies de soins psycho-pharmacologiques et psychothérapeutiques,
- remettre en fin de séance une fiche d'information avec les adresses et les coordonnées téléphoniques utiles, en insistant sur l'intérêt d'une évaluation à distance.

Le debriefing « à la française » se démarque du modèle traditionnel américain proposé par J. MITCHELL, jugé par les français trop directif, trop identifié à une « purgation », et qui impose un style narratif. De plus, les séances à l'américaine seraient menées par du personnel insuffisamment expérimenté et n'ayant pas un savoir psychopathologique suffisant. Mais, doit-on systématiquement avoir recours à cette méthode ?

Le suivi psychologique

Ce troisième temps de la prise en charge des victimes n'a pas la même spécificité que les interventions précoces. Le but sera d'orienter les patients vers des structures privées ou publiques et au mieux vers une unité de psychotraumatologie. L'étude ECSAT menée par S.O.S. Attentats avec le concours du Pr. ROUILLON, montre clairement la gravité et la fréquence des conséquences psychologiques, la sévérité du handicap psychosocial qui persistent deux à trois ans après les attentats. Ceci souligne la nécessité d'une prise en charge de longue durée qui n'est pas actuellement organisée.

1.2.2 La circulaire n° 97/383 du 2 mai 1997 : une réponse institutionnalisée

Selon le père fondateur du dispositif, le Professeur L. CROCQ, le réseau des CUMP doit couvrir tout le territoire français. Pour cela, il préconise la création de postes dans douze grandes villes avec un psychiatre à temps plein, un psychologue, un infirmier, un secrétaire à mi-temps, et des vacations de psychiatres volontaires dans les départements non couverts.

Toutefois, la décision du ministère à travers la circulaire relative à la création d'un réseau national de prise de l'urgence médico-psychologique ne reprend que partiellement ces éléments de réflexion.

Les catastrophes et accidents occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques.

Les victimes nécessitent des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques. L'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers, préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente, doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante et préparer les relais thérapeutiques en aval aussi bien pour les victimes que pour les intervenants (sauveteurs, etc.).

Le réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique repose sur sept CUMP permanentes rattachées aux SAMU des départements des Bouches-du-Rhône à Marseille, de la Haute-Garonne à Toulouse, de la Loire-Atlantique à Nantes, du Nord à Lille, du Rhône à Lyon, de la Meurthe et Moselle à Nancy et de Paris.

Les sept cellules permanentes ont une action interrégionale. Elles sont chargées de la coordination des soins d'urgence médico-psychologique. Elles assurent également le soutien médical d'un réseau composé d'un psychiatre référent, présent dans les 89 autres départements métropolitains et dans les 4 départements d'outre-mer.

Chaque cellule permanente comprend une équipe de base, composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une secrétaire consacrant chacun un mi-temps de leur exercice professionnel au fonctionnement de la cellule. Ces cellules sont rattachées au SAMU de leur ville d'implantation.

Les psychiatres coordonnateurs et les psychiatres référents sont chargés de constituer des listes départementales de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers volontaires pour intervenir en cas de sinistre.

Lorsque le préfet juge que la situation est suffisamment grave pour justifier l'intervention d'une CUMP, la circulaire prévoit qu'il charge le médecin responsable du SAMU de les mobiliser en liaison avec le psychiatre coordonnateur de la cellule interrégionale ou le psychiatre référent départemental. Ensemble, ils définissent un schéma type d'intervention d'urgence médico-psychologique (conditions d'information, d'alerte et d'engagement des psychiatres, psychologues et infirmiers volontaires).

Le relais est ensuite assuré par les équipes de secteur ou par les praticiens libéraux .

Les CUMP peuvent être amenées à envoyer des équipes de volontaires à l'étranger, à la demande du ministre des affaires étrangères ou des autres ministères concernés.

En 1998, une enveloppe globale de 5,2 millions de francs a été prévue pour financer l'installation matérielle et le fonctionnement des sept cellules permanentes. Cette enveloppe a été répartie entre les sept Agences Régionales de l'Hospitalisation concernées (A.R.H).

Le Comité National de l'Urgence Médico-Psychologique (CNUMP), en cas de catastrophe, est placé auprès du ministre chargé de la santé. Il veille à la cohérence de l'ensemble du dispositif, définit des objectifs et une doctrine d'intervention, évalue l'ensemble des actions menées, met en place une équipe pédagogique qui devra assurer la formation initiale des psychiatres référents et la formation complémentaire des volontaires de l'urgence médico-psychologique.

Il devra remettre au ministre un rapport d'évaluation de fonctionnement du dispositif et des actions de formation à l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe à l'issue des trois premières années de fonctionnement.

En 1997, le réseau national est mis en place à titre expérimental pour une durée de trois ans. Les missions qui lui sont attribuées sont de permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate des psycho-traumatismes dus à des catastrophes, sinistres, attentats.

1.2.3 L'intégration des CUMP aux dispositifs d'urgence (Plans ORSEC, Blanc et Rouge)

La France est une des initiatrices de la création d'une médecine dite de l'avant, inspirée de la médecine de guerre. L'idée est de conditionner la victime, de la stabiliser, de la "techniquer" avant toute évacuation sur un centre hospitalier. Toutefois, le somatique a souvent eu la part belle en opposition au psychologique qui fut négligé. Avec les CUMP, créées en 1997, on assiste à une tentative d'intégration de la dimension psychologique dans le dispositif existant.

En cas de catastrophe, un grand nombre d'acteurs peut être activé : les services de l'Etat (service d'aide médicale urgente, pompiers, service interministériel de protection civile, préfet...), les associations (Croix-Rouge Française, Protection civile, Ordre de Malte), les professionnels de santé libéraux, ou encore, les sociétés privées (ambulance, consulting...).

Toutes ces entités doivent être coordonnées par le préfet qui, en tant que représentant de l'Etat, au sein des régions et des départements, est le coordonnateur parfait. De plus, des textes législatifs ou réglementaires sont venus donner du sens à des actions qui sans coordination, ne font qu'ajouter une catastrophe à celle déjà existante. Enfin, certains préfets délèguent leurs pouvoirs à des personnels formés à la gestion de crise (pompiers, directeur de SAMU) qui sont alors dénommés directeurs des Secours Médicaux (D.S.M.).

La loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours a permis, au travers de la création d'un Service de Santé et de Secours Médical (S.S.S.M.) et d'une départementalisation des sapeurs pompiers, d'harmoniser des pratiques entre les « bleus » (les pompiers) et les « blancs » (SAMU, médecins libéraux). Par exemple, le décret 97-1225 du 26 décembre 1997 dispose que les Centres de Traitements des Alertes (C.T.A.) des sapeurs pompiers et les Centres de Réception et de Régulation des Appels (C.R.R.A.) soient interconnectés afin de coordonner les secours et éviter les doublons.

Cette évolution récente montre bien la difficulté qu'ont les différents intervenants à s'entendre. Toutes les données nécessaires à la bonne organisation des secours sont contenues dans des plans (Rouges, Blancs, ORSEC). Ceux-ci sont utilisés en fonction du nombre de victimes ou du risque potentiel de victimes. Par exemple, le plan rouge est utilisé pour 10 victimes au moins.

Pourtant, les récents évènements internationaux et nationaux (explosion de l'usine A.Z.F à Toulouse ou le crash du World Trade Center) montrent que les facteurs de risques se cumulent et la nécessité de faire intervenir des acteurs pluridisciplinaires de manière coordonnées, pour une prise en charge globalisée des victimes, se précise.

2 – UN DISPOSITIF DONT LES MISSIONS DEVRAIENT ETRE REDEFINIES

2.1 Les écueils à éviter

2.1.1 Des missions imprécises et des actions hétérogènes

Parce que le contour des missions est imprécis, l'utilisation des CUMP est disparate. Elles interviennent sur un grand nombre d'évènements (inondations, suicides, incendies, accidents de la route, tempêtes...).

La notion de catastrophe nécessite une redéfinition. Le Larousse, la définit de la façon suivante :

- qui cause de graves bouleversements ou accidents de grande envergure
- accident jugé grave par la personne qui en subit les causes

Les synonymes qui sont proposés sont « accident, désastre, malheur » ; on se rend compte que la catastrophe est différente selon qu'elle est ressentie, vécue, objectivée ou analysée.

Prenant en compte la subjectivité de la notion de catastrophe, la CUMP de Paris classe les motifs de recours à son soutien en trois catégories :

- la catastrophe (7 %),
- les accidents catastrophiques à effet limité (ACEL) : il peut s'agir d'un accident d'autocar, d'une explosion au gaz dans un immeuble (15 %),
- les évènements à fort retentissement psychologique (décès brutal au sein d'une école, prise d'otage, tentative de suicide en public, agression violente dans un lieu public (66 %).

Les CUMP semblent trop souvent déclenchées pour des catastrophes ressenties ou vécues, c'est-à-dire sur des actions d'une grande hétérogénéité qui, hormis le coût et l'inadéquation des moyens mis en œuvre, rendent difficile l'évaluation des interventions. Les comptes-rendus d'activité font état d'interventions de CUMP à la suite d'un vol à main armée dans un supermarché, transfert d'un stock d'explosifs datant de la dernière guerre, coups et blessures volontaires dans un conflit de voisinage.

Un chef de service de SAMU confirme que les motifs d'intervention des CUMP devraient être limités aux ACEL et aux catastrophes (21% de l'activité de la CUMP Ile de France).

Pour expliquer cette dérive dans les missions des CUMP, un expert du ministère constate que «*l'offre a identifié le besoin* ». Les CUMP mènent des actions qui vont au delà de leurs missions médicales définies par la circulaire, faute de dispositifs alternatifs.

De telles alternatives pourraient s'inspirer de l'expérience menée, depuis 1994, dans les Yvelines avec l'équipe rapide d'intervention de crise (ERIC). Elle pourrait être une réponse à la prise en charge des événements à fort retentissement psychologique et une solution au manque de pratique quotidienne, obstacle à la professionnalisation.

Ce service mobile d'urgence médico-psychologique intersectoriel offre une réponse spécialisée 24 heures sur 24. Il est régulé par le SAMU et est composé d'un binôme médecin/infirmier ou médecin/psychologue. Si l'objectif initial de ce service était de désengorger les lits de psychiatrie comme le suggérait le rapport Massé de 1993, il paraît intéressant de garder cette expérience en mémoire.

En effet, l'ERIC peut toujours se transformer en CUMP lors des catastrophes ce qu'elle ne manque pas de faire dans les Yvelines.

Cette expérience démontre aussi que tout déclenchement doit faire l'objet d'un filtre, qu'il soit médical (médecins libéraux), paramédical (infirmières...) ou autres (travailleurs sociaux, service de police, éducateurs pompiers...). Ce tri en amont évite les erreurs d'intervention et permet la coordination des différents services. La réponse aux appels des particuliers, régulés par le médecin du SAMU, permet de traiter les états délirants, les états d'excitations, les menaces suicidaires, les violences familiales ...

Au regard de ces interventions, on comprend aisément qu'ERIC est une CUMP du quotidien. D'ailleurs, un médecin expert suggérait la présence d'un psychiatre à la régulation afin de pallier aux appels nocturnes d'angoisse (un appel sur trois en Ile et Vilaine). Il pourrait être non seulement associé aux départs primaires (sortie SMUR) mais aussi, répondre aux appels du service d'accueil des urgences du centre hospitalier.

Pourquoi alors ne pas envisager des ERIC dans chaque département en lien avec le SAMU permettant une meilleure connaissance réciproque ?

La raison pourrait être financière. En effet, l'évaluation d'ERIC effectuée par une enquête conjointe I.N.S.E.R.M. et C.N.A.M.T.S. montre que le coût de création et de fonctionnement d'une ERIC peut être évalué entre **6 et 7 millions de francs** sans compter les moyens nécessaires à un dispositif de catastrophe type « PUMP »⁶.

⁶ Poste d'urgence médico-psychologique (cf. schéma en annexe)

Ce coût peut certes être compensé par la diminution du coût sanitaire et social d'un patient non pris en charge, mais cet élément n'est pas connu

Par ailleurs, l'étude a observé deux groupes : un dit « témoin » et l'autre pris en charge. Les résultats montrent qu'après deux ans, la moitié seulement des personnes prises en charge sont placées en institution contre 100% dans le groupe témoin.

Cette analyse est à prendre avec précaution d'une part, parce que l'on ne peut pas superposer totalement les activités des ERIC et des CUMP et d'autre part, parce que l'étude se poursuit. Au bout de 3 ans, on constate un rapprochement des courbes, ce qui tendrait à remettre en cause l'intérêt d'une prise en charge immédiate.

Pour éviter la « chronicisation », le suivi des patients à domicile est aussi nécessaire.

2.1.2 Le non-respect des procédures de déclenchement

Le déclenchement des CUMP doit normalement se faire par le médecin régulateur du SAMU. Selon les personnes interviewées, ce schéma réglementaire n'est pas toujours respecté : parfois des appels sont adressés directement auprès de la CUMP (notamment à la suite de problèmes dans les écoles). Le préfet n'hésite pas à la déclencher sans avis préalable du SAMU.

Le bilan d'activité 2000 de la CUMP Rhône-Alpes montre que 20% environ des missions n'ont pas été déclenchées sur appel du SAMU.

L'une des raisons avancées pour expliquer cette entorse au texte tient à l'impact médiatique des CUMP. Les autorités n'hésitent pas à mettre en avant leur déclenchement, souligné par les médias, ce qui met les CUMP face à un enjeu de crédibilité. Leur création encore récente ne leur a pas permis de prouver leur efficacité et de fonder leur légitimité.

Nos interlocuteurs nous ont ainsi précisé que cet enjeu était réel afin de ne pas être uniquement identifiés comme « faire valoir » des autorités.

2.1.3 La non identification d'un réseau

Il apparaît nécessaire que les CUMP soient une entité au sein d'un véritable réseau pour assurer le suivi global du patient.

En effet, pour l'orientation des victimes vers d'autres professionnels de santé, on ne peut se contenter du dispositif actuel qui dépend exclusivement, comme nous l'a fait remarquer un médecin psychiatre « *de son carnet d'adresses personnel* ».

Il existe dans les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, un fichier (ADELI⁷) qui recense tous les professionnels médicaux et paramédicaux qui exercent une activité dans le département. Ce fichier pourrait être à la disposition des médecins référents de la cellule.

Par ailleurs, certaines associations déplorent l'absence de reconnaissance de la légitimité de leur action dans le réseau d'urgence alors qu'elles jouent un rôle non négligeable dans la prise en charge des victimes.

Ainsi SOS Attentats est reconnue comme un acteur dans le fonds de garantie de l'indemnisation du terrorisme. La présidente de l'association siège au conseil d'administration et voit tous les dossiers d'indemnisation. Pour autant, cette association n'est pas identifiée par le réseau d'urgences, hormis par les médias au moment des attentats.

2.1.4 L'essoufflement des acteurs

L'une des limites du dispositif actuel est la disponibilité des médecins hospitaliers, aggravée par la pénurie de personnel soignant et le passage aux trente cinq heures.

Le déplacement des professionnels déjà affectés à des postes (psychiatres, psychologues, infirmiers) provoque des dysfonctionnements dans les services dus aux absences et aux récupérations. Le dispositif ne peut reposer que sur la disponibilité des médecins hospitaliers.

On constate une démission d'un tiers des coordinateurs régionaux (2 sur 7) et des référents départementaux (7 sur 19). De plus, le financement des CUMP repose sur la bonne volonté des chefs d'établissements qui doivent opérer des « choix stratégiques » s'ils veulent pérenniser les activités des cellules. En effet, les dotations globales de financement n'ont pas été revalorisées pour cette nouvelle activité (pas de remplacement du personnel, du matériel...). Au final, le fonctionnement des CUMP repose sur les finances des établissements .

Les problèmes précédemment énumérés ont pour la plupart retenu l'attention des responsables nationaux suite aux enquêtes effectuées sur le dispositif en 1998 et .1999. Actuellement le CNUMP a mis en place quatre groupes de travail chargés de réfléchir sur les thèmes suivants :

⁷ Automatisation des listes

- Intégration des CUMP dans l'aide médicale d'urgence,
- Limites d'intervention des CUMP,
- Statut du personnel,
- Formation, enseignement et recherche.

Ces groupes de travail doivent remettre les travaux issus de leur réflexion le 15 novembre 2001 au Président du CNUMP.

2.2 Les démarches à suivre

2.2.1 Redéfinir le statut des participants

L'affectation des professionnels à la CUMP permettrait d'améliorer l'efficacité de celle-ci. Il faudrait aussi prévoir des vacations supplémentaires sur le terrain, voire un psychiatre par région à temps plein pour qu'il puisse rencontrer les psychiatres des départements.

On pourrait également envisager une intégration des psychiatres dans les effectifs du Samu et présents à la régulation ou encore repositionner l'urgence médico-psychologique comme un élément à part entière des schémas de santé mentale.

Par un redéploiement des moyens existant sur les secteurs psychiatriques, un rapprochement des CUMP avec les équipes mobiles de psychiatrie (comme avec l'équipe rapide d'intervention de crise des Yvelines) améliorerait la prise en charge psychiatrique tout en mettant l'accent sur l'aspect santé mentale du dispositif.

2.2.2 Donner une priorité à la formation

Il serait souhaitable que **les médecins** bénéficient d'une formation initiale à la médecine légale et à la médecine de catastrophe. Par exemple, détecter des problèmes ORL permettrait d'éviter en partie l'apparition de troubles psychologiques. Ceux intervenant dans les CUMP doivent être formés à la rédaction de certificats médicaux afin que les victimes puissent faire valoir leurs droits. Les certificats médicaux devraient indiquer de façon précise les lésions constatées, point de départ de l'indemnisation.

Dans le cadre de la formation continue, il existe un diplôme universitaire relatif à la catastrophe qui est dispensé par le Professeur Louis CROCQ et le Professeur FERRERI à l'hôpital Saint Antoine.

Par ailleurs, le Professeur CROCQ, propose de maintenir une formation pour les nouveaux psychiatres départementaux portant notamment sur la liaison directe au SAMU et sur la coordination du réseau local (établissement d'une liste de psychiatres, ...). Nous le rejoignons dans cette proposition, car elle leur permettrait de mieux s'intégrer avec leurs équipes dans le dispositif de secours.

Les infirmiers pourraient, eux aussi, bénéficier de l'enseignement de ce diplôme universitaire, ainsi que d'une formation proposée par le référent régional.

Les secouristes quant à eux auraient la possibilité d'être d'une part formés à l'écoute des victimes, et d'autre part à la réaction au stress. D'après un psychiatre, « *il faut qu'ils soient ouverts aux victimes, qu'ils se laissent envahir par l'horreur* » pour pouvoir faire preuve d'empathie.

C'est au travers de la professionnalisation de l'ensemble des acteurs que les cellules renforceront leur légitimité sur le terrain et assureront leur pérennité.

2.2.3 Améliorer le suivi des victimes

Comme l'a souligné un psychiatre rencontré lors de nos entretiens, les séquelles psychiques des victimes disparaîtront avec une poursuite des soins à long terme. Or, ces derniers ne sont pas prévus dans les textes. Aucune logique de post-urgence n'est décrite et trop peu de victimes rentrent dans un processus de suivi. Il serait logique de formaliser cette continuation des soins en prévoyant des réseaux de professionnels, aussi bien dans la sphère publique que privée, formés au psycho-traumatisme (personnels médical et paramédical, monde associatif, ...).

Il serait intéressant que ce processus d'échappement des victimes soit brisé, comme le demande S.O.S Attentats.

Ce réseau comporterait également un volet social. En effet, le social ne doit pas être dissocié du psychologique. Comme l'affirme un responsable d'association « *il faut mener le social et le psychologique en même temps, il ne faut pas saucissonner l'être humain* ».

Le monde associatif apporte un énorme soutien et réconfort aux victimes. Il est un accompagnateur privilégié dans toutes les démarches qui seront accomplies pour obtenir une réparation, une indemnisation, un logement, ... Cette aide est une étape indispensable pour reprendre le cours de la vie.

Il revient à la CUMP d'assurer cette coordination avec le milieu associatif.

2.2.4 Evaluer le dispositif

L'évaluation d'un dispositif permet de mesurer le degré de réalisation des objectifs préalablement définis. Cette évaluation peut porter soit sur l'organisation opérationnelle des différentes équipes soit sur la qualité des actions menées.

Il paraît indispensable de mettre en place des mécanismes d'évaluation des CUMP qui, à ce jour n'ont pas été menés, même si quelques expériences existent comme en Rhône-Alpes.

L'évaluation de l'organisation opérationnelle pourrait consister :

- à mettre en place auprès de chaque cellule départementale un outil commun, par exemple un registre qui permettrait de recueillir des données détaillées sur la formation, le volume, la nature et le déroulement des interventions (origine du déclenchement, composition des équipes, moyens mis en œuvre, délai pour arriver sur les lieux, durée de l'opération, coordination avec les autres acteurs des secours, difficultés rencontrées...).
- à exploiter ces données sous forme de bilan d'activité annuel à adresser au CNUMP pour élaborer un document national.

L'évaluation de la qualité des actions menées

Elle consiste à mesurer l'efficacité des CUMP autrement dit, l'impact et l'utilité des interventions médico-psychologiques sur les victimes ou témoins des catastrophes.

Il faut en effet reconnaître que la question de l'efficacité des soins dispensés par les CUMP est source de discussion.

Le debriefing fait parfois l'objet de critiques sévères dans certains articles de la littérature spécialisée de langue anglaise⁸ qui prétend que les victimes assistées évoluent aussi bien et parfois mieux que celles qui n'ont pas été assistées.

Il faut bien sûr souligner que la prise en charge de l'urgence médico-psychologique dans ces conditions est rarement faite par des professionnels de la santé mais plutôt par des travailleurs sociaux qui n'ont pas suffisamment de connaissances psychopathologiques.

L'efficacité des CUMP est difficilement évaluable en raison de l'hétérogénéité des interventions, des questions éthiques qu'elle pose et le risque d'aggravation à long terme des symptômes chez certaines victimes.

⁸ *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, « le debriefing collectif », pp 137 à 141

Il serait souhaitable à plusieurs titres de confier cette tâche à une petite équipe de chercheurs (statisticiens, épidémiologistes,...) qui se chargeront d'élaborer les méthodes et les outils les mieux adaptés à cette évaluation.

CONCLUSION

La création des CUMP est un fait récent qui répond à un besoin croissant. En effet, l'augmentation du nombre d'attentats, d'accidents et de catastrophes crée une demande certaine en terme de santé publique. Bien que la prise en charge physique des victimes semble performante, l'organisation de la prise en charge psychologique n'en est qu'à ses débuts.

A ce jour, le suivi des patients à court terme est effectué grâce au dispositif mis en place en 1997 par les autorités publiques. L'évaluation d'un schéma commun d'intervention a permis de signaler la nécessité d'améliorer le suivi à moyen et long termes.

Nous souhaitons la définition d'un programme de coordination entre les équipes sectorisées et les autres professionnels qui organiserait l'assistance en cas de crise,. De plus, Il pourrait être envisagé une conférence de « consensus » entre les sept CUMP en vue de coordonner les actions menées ainsi que les moyens alloués.

Nous proposons l'intégration des CUMP dans le dispositif de l'urgence psychiatrique en général, de manière à apporter des réponses adaptées à l'individu et au collectif de manière graduée. La professionnalisation du dispositif semble également nécessaire pour éviter l'essoufflement des différents acteurs.

Au regard des actions menées lors de la récente explosion de l'usine chimique AZF à Toulouse, la réorganisation des moyens existants est aujourd'hui au premier plan. Les récentes catastrophes ont mis en lumière la nécessité de développer une réflexion pluridisciplinaire sur la prise en charge des impliqués. Elle doit se faire de manière coordonnée au sein de réseaux de soins. Plus largement, cette prise en charge devrait être considérée comme un axe de politique de santé publique, s'inscrivant, par exemple, dans le cadre des programmes régionaux de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Textes réglementaires

- Loi 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours
- Décret 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs
- Décret 88-622 du 6 mars 1988 relatif aux plans d'urgence
- 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
- Circulaire n°8-93 DH du 1^{er} Février 1993 relative à la participation des praticiens et fonctionnaires hospitaliers à des actions humanitaires
- Circulaire Intérieur Santé NOR/INTE/96/023/C du 2 février 1996 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les services hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours
- Circulaire DH/EO4-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

Ouvrages

- Alain EHRENBURG, Anne M. LOVELL, *la maladie mentale en mutation, psychiatrie et société*, éditions Odile Jacob, 2001, 311 pages
- Vassilios PAPADAKOS, *crise sociale et psychiatrie*, Médecine et société, éditions PUF, 1999, 127 pages
- Louis CROCQ, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, éditions Odile Jacob, 1999, pages 9 à 12 et 67 à 89
- Gérard LOPEZ, Aurore SABOURAUD-SEGUIN, *Psychothérapie des victimes. Le traitement multimodal du psychotraumatisme*, éditions DUNOD, 1998, résumé par Marie-Frédérique BACQUE

Mémoire E.N.S.P

➤ Frédéric SICARD, « L'accueil des réfugiés du Kosovo en France : le dispositif exceptionnel d'accueil et la prise en charge sanitaire », avril 2000, filière médecin-inspecteur de santé publique

Revues

➤ Roger FRANC, Catherine MERCIER, Marion TRABAUD, Marie-Dominique VINCENT, Marie-Christèle FILLoux, « Comment évaluer les effets différés des interventions des cellules d'urgence médico-psychologique », *revue francophone du stress et du trauma*, page 155 à 159, mai 2001, tome 1, n°3

➤ Marc PASSAMAR, Bernard VILAMOT, Olivier TELLIER, « Inondation du Tarn sud : mise en place de la CUMP dans le cadre du plan O.R.S.E.C », *revue francophone du stress et du trauma*, mai 2001, tome 1, n°3, page 149 à 154

➤ Professeur Frédéric ROUILLON, « Des conséquences psychopathologiques durables et sévères », *le Quotidien du médecin*, 19 septembre 2001, n°6970

➤ Christian DELAHAY, « Les attentats aux Etats Unis, pourquoi il ne faut pas médicaliser l'anxiété des français », *le Quotidien du médecin*, 14 septembre 2001, n°6967

➤ Laurent SILBERT, « Un expert américain s'élève contre la prise en charge psychiatrique des survivants », *le Quotidien du médecin*, 1^{er} octobre 2001, n°6978

➤ Docteur Martine MAZIERES, « Toulouse : comment les secours médicaux ont été organisés », *le Quotidien du médecin*, 27 septembre 2001, n°6976

➤ Docteur Martine MAZIERES, « Les cliniques en première ligne dans les premières heures », *le Quotidien du médecin*, 27 septembre 2001, n°6976

➤ Docteur Pierre BESSE, « Le debriefing pour les syndromes psycho-traumatiques : panacée ou méprise », *revue Abstract psychiatrie*, février 2001, n°222.

➤ S.O.S Attentats, « Présentation de l'étude épidémiologique des conséquences sanitaires des attentats » (ECSAT), 31 janvier 2001

➤ Revues de S.O.S Attentats : *paroles de victimes*, n°6 de décembre 1998, n°7 du 1^{er} trimestre 1999, n°8 été/automne 1999, n°12 de mars 2001, n°13 d'avril/mai 2001, n°14 de juin/juillet 2001

- Boris CYRULNIK, « Dans notre culture, l'enfant blessé est encouragé à faire une carrière de victime » ; propos recueillis par Pierre BONNCENNE, 2001, *revue Le monde de l'éducation*, n°292 (n° spécial), 9 pages
- M. BRONCHARD, M. ROBIN, « Intervention urgente en psychiatrie pré-hospitalière : expérience du groupe E.R.I.C », résumé extrait de la *revue des SAMU*, hors série 2000
- C. DUCHET, L. GEHEL, J.D. GUELFY « A propos de deux victimes de l'attentat parisien du RER de Port Royal du 3 décembre 1996 : vulnérabilité psycho-traumatique et résistance aux troubles », *Annales Médico-psychologiques*, 2000, 158, n°7
- L. CROCQ, « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Annales Médico-psychologiques*, 1998, 156, n°1
- L. CROCQ, « Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes », *psychiatrie française*, n°1, 1998
- Louis CROCQ, « Impact psychologique du terrorisme », *Défense* n°71, 1996
- W. DAB, L. ABENHAÏM, L.R., SALMI, « Epidémiologie du syndrome de stress post-traumatique chez les victimes d'attentat et politique d'indemnisation », *santé publique*, 1991, n°6, page 36 à 42
- W. DAB, L. ABENHAÏM, L.R., SALMI, J. AUCLAIRE, « Etat de santé physique et mentale des victimes d'attentat. L'enquête épidémiologique française : premiers résultats », *revue American Psychiatry*, 1988, 3, n°3, 191-195

Sites Internet

- Hélène LEBEL, Richard PAQUETTE, « Le stress post-traumatique (quand le choc choque !) », 2001, 9 pages
- Boris CYRULNIK, « Un merveilleux malheur : le malheur n'est pas une fatalité », éditions Odile JACOB, 2001, 3 pages
- Nicolas COUESSUREL, « L'infirmier sapeur-pompier, contexte juridique des infirmiers sapeurs-pompiers volontaires », 2001, 13 pages
- Fiches techniques, « L'aide médicale en France », 2001, 5 pages
- Docteur Bernard ROBINET, note d'information à l'attention des victimes rescapées et témoins, 2001
- Patrick GUIRAUDON, « Les cellules d'urgence médico-psychologiques », 2001, 3 pages

- Christine QUELIER, « Le recueil de données par entretien », 2001, 10 pages
- Michel GRAPPE, « Le traumatisme du réfugié », Libération, 3 mai 1999, 2 pages

Colloques

- 1^{ère} rencontre de la CUMP du Haut-Rhin, « Comment prendre en charge les victimes de catastrophe ? », approche pluridisciplinaire ; journées organisées par la CUMP du Haut-Rhin, le Centre hospitalier de ROUFFACH et l'Association SAFIR, les 23 et 24 octobre 2001

Reportages

- Paroles de victimes, France 3, émission « A notre santé », 30 mai 2001
- Envoyé spécial du jeudi 27 septembre 2001 sur la catastrophe de Toulouse et l'intervention de la CUMP

Divers

- Croix-Rouge française, Délégation Nationale à l'Urgence et au Secourisme, « Le soutien psychologique à la Croix-Rouge Française », novembre 1998

- Louis CROCQ, « Conséquences émotionnelles et psychologiques des catastrophes »

Comité national de l'urgence médico-psychologique

- Louis CROCQ, « Premiers secours psychologiques auprès des victimes », Comité national de l'urgence médico-psychologique

- Direction générale de la santé, direction des hôpitaux, « Fonctionnement du réseau national du réseau psychologique en cas de catastrophes en 1998 », résultats de l'enquête effectuée en 1999

- Direction des hôpitaux, « Fonctionnement du réseau national du réseau psychologique en 1999 et comparaison 1999 et 1998 », enquête effectuée en mai 2000

- Dr Nathalie PRIETO, rapport d'activité 2000 de la CUMP en Rhône Alpes, SAMU de Lyon

ANNEXES

- Guide d'entretien
- Schéma du dispositif de secours en France
- Schéma organisationnel des CUMP

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Entretien semi-directif, d'une durée variant entre 1h et 1h1/2

Thème : rôle de l'interviewé dans le dispositif mis en place

Indicateurs : Sa fonction exacte ainsi que son rôle au sein de son institution

Place de cette institution au sein du dispositif

Son propre rôle ou celui de son service

Historique de leur implication

Déclenchement de la CUMP

A l'occasion de quels événements

*

Thème : Avis personnel sur le dispositif actuel

Indicateurs : Financement

Formation

Composition des équipes

Coordination

Moyens matériels

Propositions en terme d'amélioration du dispositif

*

Thème : Enjeux des CUMP

Indicateurs : en terme de santé publique

éthique

social

économique

*

Thème : Évaluation

Indicateurs : Existence d'un rapport d'activité

A qui est-il adressé ?

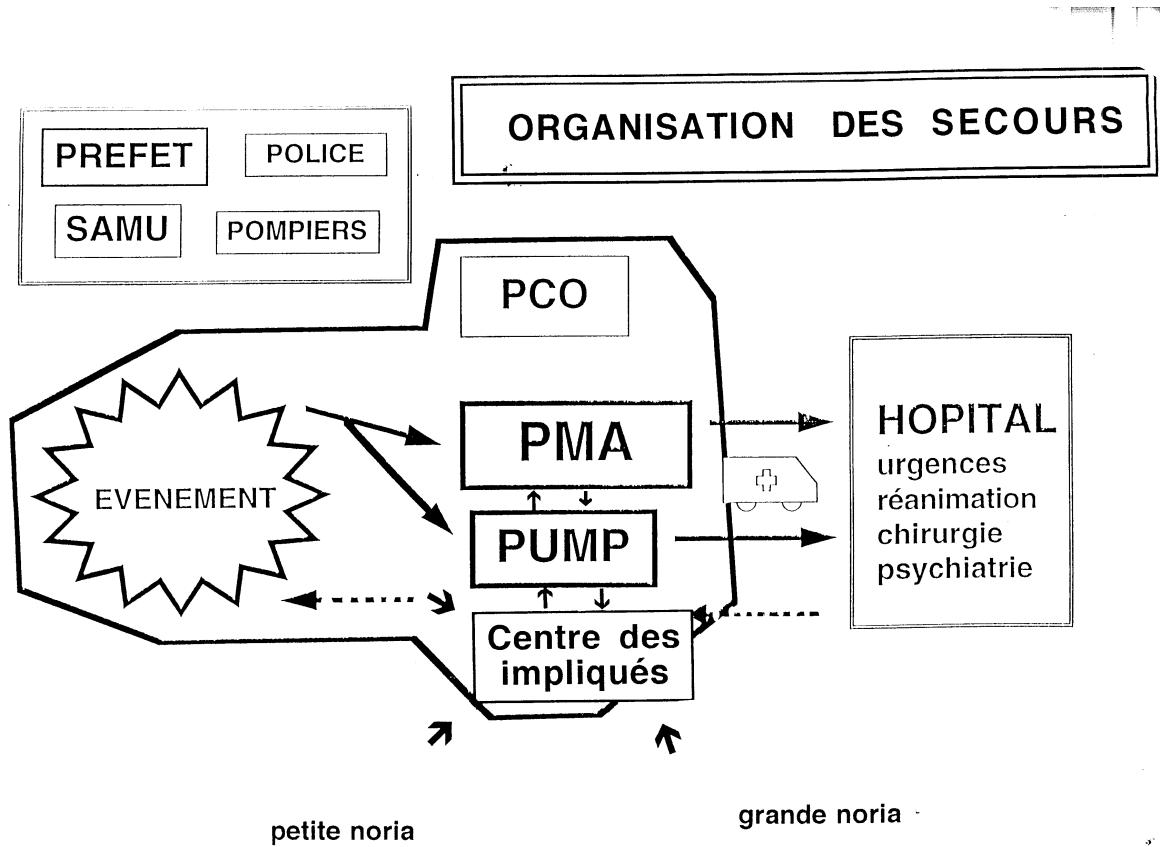
Fréquence

Retour pour réajustement

Synthèse annuelle sur le plan national ?

*

ANNEXE 2 : SCHEMA DE L'ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE



ANNEXE 3 : SCHEMA ORGANISATIONNEL DES CUMP

Le modèle de dispositif suivant a été proposé par le groupe de travail présidé par le docteur Crocq :

