

Chapitre 2

Les cellules d'urgence médico-psychologique en France : de la conceptualisation au rôle infirmier

AFORCUMP, F. DUCROCQ, S. MOLEND, A. MERCUEL, N. BORGNE, P. GOLDSTEIN

Introduction

Les événements graves – catastrophes accidentelles ou naturelles, attentats ou prises d'otages accidents collectifs – survenus depuis une vingtaine d'années sur le territoire français ont forcé la réactualisation d'un champ d'intérêt qui sommeillait depuis plusieurs décennies dans la vie civile : la notion de traumatisme psychique et ses conséquences.

Nourrie au cours de ce siècle des expériences militaires des différents conflits armés qui l'ont marqué, la notion de symptômes séquellaires de psychotraumatismes prend ses sources dans l'histoire même de l'humanité (1). Dénoncée comme véritable problème de santé publique aux États-Unis dans les suites du conflit du Viêt-nam, cette prise de conscience s'est étendue à la vie civile dans les pays européens, comme la France. L'histoire récente des deux côtés de l'Atlantique témoigne de la dramatique nécessité, pour des pays qui veulent développer un système de santé susceptible de répondre aux besoins de ses populations, d'instaurer une culture du traumatisme psychique et des fonctionnements, organisationnels et interventionnels, qui permettent en cas d'événements catastrophiques une réponse aux besoins psychologiques des sujets qui en sont victimes.

En termes d'événements traumatogènes, même si la survenue sur notre territoire national de plusieurs vagues d'attentats terroristes, en 1988 et 1995, semble marquer le début d'une réflexion forte sur la création d'un dispositif de soins spécifiques, il semble important de préciser qu'à notre sens ce type de dispositif ne peut être utile et pérenne que dans la permanence de ses réponses pour d'autres types d'événements dont la violence, la brutalité et la soudaineté vont représenter, pour les sujets impliqués, la possibilité de la rencontre avec le traumatisme psychique. La fréquence croissante des catastrophes accidentelles, la permanence des risques de désastres naturels et le terrorisme seront sans nul doute des événements justifiant la mise en place de dispositifs de soins de grande ampleur. Mais ces véritables catastrophes partagent un potentiel traumatogène avec un large ensemble d'événements de moins grande ampleur, qui ne désorganisent que rarement le corps social et ne l'interpellent pas

URGENCES 2003

systématiquement, mais dont le coût pour l'individu est le même. Il s'agit d'une quotidienneté, tout aussi dramatique que banale, représentée par des agressions physiques ou sexuelles individuelles, des braquages ou prises d'otages, des incendies ou autres destructions matérielles mettant des vies en jeu ainsi que les accidents de la route, ces derniers semblant par ailleurs représenter dans nos sociétés l'événement le plus fréquemment à l'origine de troubles psychotraumatiques séquellaires (9).

C'est dans ce contexte que la France va, dès 1995, se doter d'un dispositif de secours dédiés aux besoins psychologiques des victimes de catastrophes, d'attentats et d'accidents collectifs nommés cellules d'urgence médico-psychologique.

1. Contexte et rappels cliniques

Avant d'aborder la création de ces cellules, il semble important de brosser un bref tableau du contexte qui a présidé leur mise en place.

Dans de nombreux travaux scientifiques datant pour les plus anciens des années 1970, des psychiatres militaires, emmenés par Crocq et Barrois, se sont attachés à développer la notion de traumatisme psychique en identifiant notamment de nombreux éléments le différenciant du stress (1, 5). Réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme et de défense que présente un individu face à une menace, le stress reprend l'ensemble des théories du syndrome général d'adaptation développé par Selye et Moore. Un ensemble de mécanismes semblent impliqués dans son apparition et son maintien, tant dans des registres biologiques que neurophysiologiques.

Le traumatisme serait quant à lui issu de la psychopathologie et viendrait s'inscrire, pour le sujet, comme une véritable blessure psychique dont le caractère vulnérant serait susceptible de rompre l'intégrité psychique et entraînerait la symptomatologie (6). Précisons-en quelques éléments.

1.1. L'événement traumatogène

L'événement est le plus souvent exceptionnel, grave, violent, soudain, brutal, imprévu et parfois même accompagné de mort réelle de personnes, ou encore le plus souvent du risque réel et objectif de mort du sujet lui-même, déterminant la menace vitale (8).

Il semble, en revanche, dans notre analyse de l'événement à l'origine du traumatisme psychique, que ce soit le vécu propre du sujet pendant cet événement qui importe le plus. Ce vécu subjectif du sujet est toujours nécessaire et peut être suffisant pour le déclenchement du traumatisme psychique. Quant à l'événement, il est le plus souvent nécessaire mais jamais suffisant pour déclencher un traumatisme.

Pour Barrois, l'événement – qui est pour lui un accident dans le sens rigoureux du terme – est toujours une catastrophe au sens le plus fort du terme, mais une catastrophe intime, singulière et incommensurable. Il devient ainsi difficilement quantifiable tant il dépend du vécu subjectif du sujet.

1.2. Le traumatisme

Freud insiste sur le facteur « surprise » du traumatisme psychique et différencie les termes d'angoisse, de peur et d'effroi :

- l'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu ;
- la peur suppose un objet défini dont on a peur ;
- l'effroi désigne l'état qui survient lorsque le sujet est confronté à une situation dangereuse sans y être préparé ; ce terme met l'accent sur le facteur surprise.

Pour Freud, l'angoisse ne peut pas engendrer une névrose traumatique (10). Il précise même qu'il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi et donc aussi contre la névrose d'effroi. Concernant la symptomatologie répétitive, et plus particulièrement les rêves de répétition, il affirme en outre qu'ils auraient pour but la maîtrise rétroactive de l'excitation sous développement d'angoisse, cette angoisse dont l'omission aurait été la cause de la névrose traumatique.

1.3. L'effroi

D'après Barrois, l'état d'impréparation et l'absence d'anticipation dans les syndromes psychotraumatiques ne sont généralement pas le fait d'une « déficience » ou d'un trait de caractère (comme l'impulsivité par exemple), mais elles sont liées à la brutalité même de l'accident qui est susceptible de provoquer un état de détresse chez la plupart des gens ; ce dernier élément étant par ailleurs repris dans les classifications internationales les plus récentes.

Ainsi, dans le traumatisme psychique, le sujet est dans l'incapacité d'effectuer une attitude compensatrice à la mesure de l'agression. Le « mourir soi-même », n'ayant jamais été présent, ne peut être représenté que par des substituts et par le blocage du « présent des choses futures » (l'attente) et le sujet se survit dans un temps incommunicable, immobile et indicible.

Pour Lebigot, ce n'est pas l'angoisse qui surgira de l'effraction mais le « degré zéro de l'affect », ce « néant de l'originaire » qui caractérise l'effroi. Les sujets, quand ils se souviennent de ce très bref instant du trauma, parlent de « panne », de « blanc », d'« absolu silence », de « vide », etc. L'angoisse surgira quant à elle une fois passé le moment d'effroi, et l'image incrustée constitue une menace, mais une menace interne cette fois-ci (de néantisation) (11).

1.4. La rencontre avec le réel de la mort et du néant

Crocq considère que le traumatisme psychique ne se réduit pas seulement à sa composante énergétique d'effraction des défenses psychiques, mais il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort (notre propre mort ou la mort d'autrui), sans méditation du système signifiant qui, dans la vie courante, préserve le sujet de ce contact brut (5).

Le plus profond de cette expérience est l'aperception du néant, de ce « néant redouté et chaque jour nié passionnément », d'un néant « dont chacun a l'entière

URGENCES 2003

certitude sans en avoir la connaissance ». Il s'agit alors d'un court-circuit dans le signifiant, avec irruption d'une expérience de mort, de néant et de non-sens dans une existence jusqu'alors sensée.

Face à la révélation de la mort vraie, le sujet est démuné de signifiants, de « représentation », pour la bonne raison que cette mort ne lui a jamais été « présentée » préalablement ; et les substituts forgés par la conscience et la culture, tels que le cadavre et les rites mortuaires, ne peuvent expliquer ni maîtriser cette confrontation. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de « la mort de soi comme vérité ultime » et « perte de soi-même en totalité », et les symptômes de la névrose traumatique qui tendent vainement à faire barrage au processus de mortification (par exemple l'inhibition, la dissociation et le repli sur soi) ou d'inscrire la scène traumatisante (par exemple les répétitions), ne font qu'affirmer la puissance de l'effroi, et sa persistance comme destinée.

2. Les cellules d'urgence médico-psychologique

2.1. Historique

Au lendemain de l'attentat terroriste à l'explosif perpétré le 25 juillet 1995 à la station de métro Saint-Michel à Paris, le président de la République Chirac donne instruction au secrétaire d'État chargé de l'Action humanitaire d'urgence, Emmanuelli, de constituer un organisme approprié à la prise en charge de « blessés psychiques ». C'est ainsi que fut créée la « cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pour les victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs » (13).

Quelques jours après, la cellule, composée de douze membres – psychiatres, psychologues et infirmiers – se réunit pour la première fois au secrétariat d'État à l'Action humanitaire d'urgence et reçoit sa mission, autour de cinq axes principaux.

- Définir une doctrine concernant le soutien psychologique précoce et le suivi des blessés psychiques.
- Mettre en place le plus rapidement possible un dispositif étagé pour la prise en charge de ces blessés psychiques (sur le terrain, dans les structures d'évacuation et dans les consultations spécialisées pour les séquelles).
- Assurer la formation des personnels à tous les niveaux (psychiatres, psychologues, infirmiers et autres personnels d'intervention).
- Prévoir l'extension du dispositif à l'ensemble du territoire national et, le cas échéant, à l'étranger (aide aux ressortissants français et demandes de gouvernements étrangers).
- Établir et maintenir les contacts nécessaires avec les autorités administratives et judiciaires concernées, les universités et le réseau associatif.

Pour parer au plus urgent, dans une conjoncture d'attentats terroristes en série, la cellule mit immédiatement sur pied un dispositif provisoire pour la région parisienne, fonctionnant sur le mode d'un tour d'astreinte hebdomadaire de trois personnels de

première ligne (un psychiatre, un psychologue et un infirmier) pouvant être contactés 24 heures sur 24 sur leur lieu de travail et à domicile, prêts à gagner immédiatement le SAMU pour s'y équiper et se faire acheminer sur le terrain (une équipe de deuxième ligne se tenait aussi en réserve). Treize jours après, le 17 août 1995, la cellule effectuait sa première mission à l'occasion d'un nouvel attentat, avenue de Friedland à Paris. Puis les interventions s'enchaînent et les attentats se suivent : rue Richard Lenoir (3/9/95), station de métro Maison-Blanche (6/10/95), station RER Orsay (17/10/95), station RER Port-Royal (3/12/96). À chaque fois, la cellule se fait remarquer par sa rapidité et sa qualité d'intervention. Elle eut aussi à intervenir à l'occasion de divers accidents collectifs (explosions de gaz), de prises d'otages (banques, école primaire de Clichy, etc.).

Des réunions de concertation furent ensuite organisées au secrétariat d'État à la Santé aboutissant à la parution de deux textes officiels, sous le sceau des deux secrétariats d'État :

- un arrêté du 29 mai 1997, portant création d'un « comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophes » ;
- une 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 catastrophes.

2.2. Organisation et mode de fonctionnement

L'organisation prévoit la création d'un dispositif gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes, d'accidents collectifs (impliquant un grand nombre de blessés ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent) et des victimes civiles de guerre à l'occasion (seulement dans les opérations à l'étranger) (4).

Le réseau national comporte :

- sept cellules permanentes d'urgence médico-psychologique, dans sept départements métropolitains à risque (Paris, Nord, Meurthe-et-Moselle, Rhône, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Loire-Atlantique) ;
- un psychiatre référent départemental, pour chacun des 89 autres départements métropolitains et des 4 départements d'outre-mer.

Les sept cellules permanentes sont dotées de moyens en locaux (un bureau SAMU), en personnels (un psychiatre, un psychologue et une secrétaire, tous à mi-temps), en matériels (équipements d'intervention sur le terrain, moyens de communication et bureautique) et en fonctionnement. Elles assurent un rôle de soutien opérationnel des psychiatres référents départementaux.

Sur le plan national, un comité national régule ce fonctionnement et en assurera son fonctionnement et sa pérennité. Il a pour mission de définir les objectifs de l'urgence médico-psychologique, de préciser les méthodes d'intervention, de mettre en place une équipe pédagogique de formation (pour les membres des CUMP) et de recherche, de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif et d'évaluer les actions conduites sur le terrain (y compris celles de formation).

URGENCES 2003

Les psychiatres coordonnateurs des cellules permanentes et les psychiatres référents départementaux sont chargés :

- de constituer, avec le Préfet, une liste départementale de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers ayant une expérience professionnelle en psychiatrie et susceptibles d'intervenir en cas d'urgence médico-psychologique. Les candidats sont recrutés en priorité parmi le personnel hospitalier. En cas d'événements majeurs justifiant l'intervention de ces équipes, elles sont mobilisées par le directeur du SAMU départemental, en liaison avec le psychiatre référent dans le département ;
- de définir, dans le cadre du SAMU et en liaison avec les directeurs d'établissements publics de santé concernés, un schéma-type d'intervention d'urgence médico-psychologique (modalités de déclenchement et d'engagement des personnels) : une convention est passée entre les établissements de santé (employeurs) concernés et le SAMU pour définir les conditions d'information, d'alerte et d'engagement des membres volontaires de la CUMP (ces conditions figurent aussi dans le plan rouge départemental). C'est la régulation médicale du SAMU qui déclenche l'intervention des volontaires. Les membres volontaires doivent pouvoir être contactés rapidement et intervenir dans un délai compatible avec l'urgence de la situation. L'envoi de renforts est prévu. Le psychiatre coordinateur de cellule doit organiser, si nécessaire, une consultation pour le suivi des victimes, voire du personnel impliqué dans l'opération de secours ;
- d'organiser les formations spécifiques des différents intervenants dans le département.

2.3. L'intervention de l'équipe psychiatrique dans l'urgence médico-psychologique

À l'occasion d'un accident catastrophique ou d'une situation d'événements potentiellement traumatiques (prise d'otages, hold-up, accident grave de la voie publique), le médecin de SAMU arrivé sur le terrain évalue, à côté des besoins en moyens somatiques, les premiers besoins en moyens psychiques et il fait alerter le psychiatre référent de la cellule, voire directement le psychiatre d'astreinte, qui convoque aussitôt le psychologue et l'infirmier d'astreinte.

Sur les lieux de la catastrophe, ils se mettent en rapport avec le chef de l'équipe SAMU – sous les ordres de qui ils sont placés pour toute la durée de leur intervention – qui leur indique l'endroit où ils doivent installer rapidement leur « poste d'urgence médico-psychologique » (PUMP), à proximité du poste médical avancé (PMA). Dans ce PUMP, les trois personnels « psy » examinent tous les blessés psychiques (en gardant à l'esprit que les blessés somatiques sont aussi blessés psychologiquement) qui leur sont adressés par le PMA ou qui se présentent spontanément. Un des personnels de l'équipe peut être appelé hors du poste de secours médico-psychologique, pour donner ses soins à un blessé sur brancard au PMA ou soutenir un blessé stressé *in situ* : dans les décombres, dans les tentes des camps de réfugiés par exemple, ou dans tout autre lieu du site de l'accident. Si la situation l'exige, une équipe d'astreinte de deuxième ligne peut être déclenchée, d'autres personnels de réserve (psychiatres ou psychologues d'enfants le cas échéant) demeurant également susceptibles d'être sollicités en fonction du type ou du dimensionnement de l'événement.

Le travail des personnels « psy » sur le terrain consiste à prodiguer des soins médico-psychologiques d'urgences à tous les blessés psychiques qui en ont besoin : administration de médicaments psychotropes (pour réduire les symptômes aigus d'anxiété, de prostration ou d'agitation) prescrites par le médecin et effectuées par lui-même ou par l'infirmier ; entretien psychothérapeutique d'urgence avec la victime (centré sur la verbalisation inaugurale de l'émotion pour réduire les effets néfastes du stress traumatique et permettre prudemment l'inscription de l'événement dans la vie du sujet). Cette « psychothérapie d'urgence » peut être effectuée individuellement ou par petits groupes de moins de dix victimes, en séance de « déchoquage immédiat » (ou *defusing* selon le terme anglo-saxon). Le *defusing* est une sorte de débriefing sommaire (le débriefing pouvant se traduire par l'expression « bilan psychologique d'événement »), le principe de base étant similaire : inciter à la verbalisation de l'expérience émotionnelle, pour en initier la maîtrise rétrospective. Il est centré sur un dialogue, dans lequel le thérapeute dispense des paroles rassurantes et apaisantes au patient, qui est invité à exprimer d'emblée ce qu'il a ressenti et ressent.

2.4. Le rôle et les missions spécifiques de l'infirmier

Les missions de l'infirmier sont (2, 3) :

- d'assurer, en collaboration avec les autres membres de l'équipe d'intervention, la prise en charge globale des patients ;
- de participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- de participer à des actions de formation, d'encadrement et de recherche.

L'infirmier doit ainsi participer à l'évaluation et à la prise en charge de la souffrance et de la détresse des sujets concernés par l'événement, qu'ils soient impliqués « purs », blessés physiquement ou psychologiquement. Il doit participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des traitements (2, 3). Dans le cadre du rôle propre, les actes qui ont pu être mis en évidence sont les suivants (7) :

- vérification de la prise de médicaments et surveillance de leurs effets ;
- installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé des patients : température, pulsation, pression artérielle, rythme respiratoire, réflexes pupillaires, réflexes de déglutition, observations des manifestations de conscience ;
- renouvellement du matériel de pansement non médicamenteux ;
- observation et surveillance des troubles du comportement : repérage des présentations physiques et corporelles, des gestuelles, des agitations, délires, incohérences, état suicidaire, état d'angoisse, état de stress, noter les manifestations et antécédents éventuels ;
- entretien d'accueil et d'orientation.

En ce qui concerne le soutien psychologique lui-même, et donc dans une perspective psychothérapeutique, l'infirmier assurera un accueil par une attitude et un discours bienveillant, attentif, rassurant et empathique. Il détermine dans quelle mesure la menace existe encore et, si les dangers persistent, éloigne et met en sécurité la victime. L'entretien infirmier en urgence est ponctuel mais nécessaire.

URGENCES 2003

Le repérage clinique doit permettre l'évaluation, voire la réévaluation, de l'état clinique du patient qui a pu être examiné auparavant. Cet entretien « guide » de l'infirmier permettra aux autres intervenants d'avoir à disposition des informations fiables, précises, exploitables et dans un langage clinique.

L'évaluation sera sous-tendue par la nécessité du recueil d'informations explorant différents champs : connaissance qu'a le patient de la situation, niveau d'anxiété immédiat et son évolution dans le temps, typologie et évolution des différentes réactions de stress immédiat adaptatif ou dépassé, réactions et constantes physiologiques.

Il s'agira donc à la fois d'une fonction de transmission – transmission des éléments aux autres acteurs de la chaîne de secours en lien avec le psychiatre référent – et d'une fonction de liaison. Véritable « courroie de transmission », l'infirmier assurera le lien entre les différentes équipes médicales, les différents lieux de soins sur le site et les secouristes.

Conclusion

Nous retiendrons trois éléments fondamentaux sur ce système. Il s'agit en premier lieu d'un système original propre à la France dont la conceptualisation peut sembler hétérogène car elle prend ses sources à la fois dans l'urgence psychiatrique, la médecine de catastrophe et la psychopathologie, le rendant donc multiculturel et transversal au niveau des familles de pensées. Il s'agit ensuite d'un système récent, qui est passé de quelques expériences en 1995 à un véritable maillage national en 2001, associé à une croissance d'activité régulière. Enfin, il s'agit d'un système maintenant pérenne qui veut garder une continuité d'action, de l'immédiat au long terme, et qui souhaite garder une légitimité quant aux activités d'enseignement et aux diverses stratégies de recherche. La place de l'infirmier y est maintenant bien définie et son rôle indispensable dans la chaîne de secours.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barrois C. Les névroses traumatiques. Dunod 2000 (2^e éd.)
2. Borgne N, Louville P, Carli P. L'Infirmier dans l'urgence médico-psychologique. Santé Mentale 1999 ; 35-38.
3. Borgne N, Mercuel A, Louville P. Fonction de l'infirmier dans la prise en charge médico-psychologique immédiate en situation d'exception. Méd Catastrophe Urg Collective 1999 ; 2 : 100-105.
4. Crocq L. La Cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. Annales Médico-Psychologique 1998 ; 156 (1) : 48-53.
5. Crocq L. Les Traumatismes psychiques de guerres. Paris, Odile Jacob 1999 : 422.
6. Crocq L, Doutheau S, Louville P, Cremniter D. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Psychiatrie 1998 ; 37-113-D-10.
7. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
8. de Clercq M, Lebigot F. Les Traumatismes psychiques. Paris, Édition Masson 2001.
9. Ducrocq F, Vaiva G, Kochman F, Pham H, Joly R, Parquet PJ. Urgences et psycho-traumatisme : particularités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 1999 ; 24 : 150-152.
10. Freud S. Essais de psychanalyse. Petite Bibliothèque, Payot 1997.
11. Lebigot F. Intérêt des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques. Méd Catastrophes Urg Collectives 1999 ; 2 : 83-87.
12. Lebigot F. Le Débriefing individuel du traumatisé psychique. Ann Méd Psychol 1998 ; 156 (6) : 417-420.
13. Louville P. Quelle place pour le psychiatre dans les secours médicaux ? Journal Européen des Urgences (JEUR) 1996 ; 4 : 183-185.

