

L'Aide-mémoire de
l'urgence
médico-psychologique

La collection « **L'Aide-mémoire** » comprend des livres
outils dédiés aux professionnels du soin psy.
Les ouvrages présentent les notions clés d'un domaine
de façon structurée et synthétique.
Des **informations pratiques** sont regroupées
en fin d'ouvrage.

Sont parus :

L'Aide-mémoire de Psychomotricité
(C. Ballouard, 2008, 2^e éd. 2011)

L'Aide-mémoire de Psychotraumatologie
M. Kedia, A. Sabouraud-Seguin *et al.*, 2008)

L'Aide-mémoire du Psychologue
(C. Ballouard, 2009)

L'Aide-mémoire du Wisc IV
(B. Jumel, F. Savournin, 2009)

L'Aide-mémoire de Maternologie
(J.-M. Delassus, L. Carlier, V. Boureau-Louvet, 2010)

L'Aide-mémoire d'Hypnose
(A. Bioy, I. Célestin-Lhôpital, C. Wood, 2010)

L'Aide-mémoire d'Addictologie
(A. Morel, J.-P. Couteron, P. Fouilland *et al.*, 2010)

L'Aide-mémoire de Psychogériatrie
(P. Charazac, 2011)

L'Aide-mémoire du Dessin d'enfant
(B. Jumel, 2011)

*L'Aide-mémoire de psychologie médicale
et de psychologie du soin*
(A. Bioy *et al.*, 2012)

*L'Aide-mémoire des Troubles du langage
et de la communication*
(C. Thibault, M. Pitrou, 2012)

L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie
(A. Morel, P. Chappard, J.-P. Couteron *et al.*, 2012)

Sous la direction de
Hélène Romano

L'Aide-mémoire de **l'urgence** médico-psychologique

**en 24
fiches**

- ENFANTS, ADULTES
- ÉCOLE, ENTREPRISE, HÔPITAL, TRANSPORT,
SERVICES DE SECOURS
- MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS
ET GESTION DE CRISE
- DEFUSING ET DEBRIEFING

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-058528-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Liste des auteurs VII

Préface. Une éthique de la fragilité et de la délicatesse IX

PREMIÈRE PARTIE

RAPPELS THÉORIQUES ET CLINIQUES

1	Historique des interventions psy d'urgence	3
2	Les dispositifs médico-psychologiques d'urgence en France	15
3	Trauma et événements traumatiques	21
4	Clinique du traumatisme psychique chez l'adulte	27
5	Clinique du traumatisme psychique chez l'enfant	33
6	Modalités d'intervention des cellules de crise	37
7	Modalités d'intervention immédiate auprès des victimes	47
8	Les interventions post-immédiates auprès des victimes	53
9	<i>Debriefing</i> des intervenants	65
10	Us et limites des interventions psy d'urgence	75

11	Psy d'urgence et média	81
-----------	------------------------	----

 DEUXIÈME PARTIE

EXEMPLES PRATIQUES

12	Urgences psy et SAMU	87
13	Les urgences psychiatriques à l'hôpital général	93
14	Équipe Rapide d'Intervention de Crise	105
15	Urgences psy et réanimation	115
16	Prise en charge des victimes dans un service d'urgence	127
17	CUMP	135
18	Accueil d'urgence médico-psychologique aéroportuaire	145
19	Urgence médico-psychologique et SDISS	159
20	Dispositif de soutien psychologique en Gendarmerie	169
21	Le soutien psychologique à la Croix-Rouge française en situation d'exception	181
22	Modalités d'intervention des cellules de crise en milieu scolaire	193
23	Urgence médico-psychologique en entreprise	199
24	Urgence psy en contexte humanitaire	209
	<i>Annexe</i>	219
	<i>Bibliographie</i>	221
	<i>Table des matières</i>	235

Liste des auteurs

- Thierry BAUBET, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EA4403 Université Paris 13, INSERM U669, AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictions.
- Agathe BENOÎT DE COIGNAC, psychiatre CHU Avicennes (93).
- Nathalie CHOLIN, infirmière anesthésiste coordonatrice de la Cump 95, thérapeute spécialisée dans la prise en charge du psycho-traumatisme et dans l'accompagnement du travail de deuil.
- Marie CHUQUET, équipe mobile ERIC (équipe rapide d'intervention et de crise), Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Plaisir (78).
- Louis CROCQ, médecin Général (CR), psychiatre des armées, Professeur associé honoraire à l'Université René Descartes, Paris ; créateur du réseau national de l'urgence médico-psychologique pour les secours aux victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs.
- Laure DRILHON, psychologue clinicienne, responsable du pôle de réponse à l'urgence de la direction de l'action sociale à la Croix-Rouge française.
- Julien FOUSSON, psychiatre, Centre hospitalier J.M. Charcot (78).
- Gaëlle LE FISCHER, psychologue clinicienne, département d'anesthésie-réanimation pédiatrique, Hôpital Necker-Enfants malades (75).
- Emmanuelle LÉPINE, psychologue clinicienne, consultante en entreprise pour les situations de crise, psychologue au service ERIC.
- Héloïse MARICHEZ, psychologue clinicienne consultation du psychotraumatisme et référente de la CUMP 93 chargée de communication de la revue L'autre Cliniques Cultures et Sociétés.
- Frédéric MAURIAC, psychiatre responsable du dispositif ERIC, Centre hospitalier JM Charcot (78).

MARIE-ROSE MORO, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Descartes, Chef de service de la Maison de Solenn, Maison des Adolescents de l'hôpital Cochin.

Marc PASSAMAR, praticien hospitalier, chef de service, Service d'Accueil des Urgences Spécialisées CHS Albi (81000).

Nicolas PASTOUR, équipe mobile ERIC, Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Plaisir (78).

Annick PONSETI-GAILLOCHON, psychologue clinicienne, psychosociologue, diplômée en criminologie et victimologie, psychothérapeute spécialisée en Thérapie Cognitive, Comportementale et Emotionnelle (TCC, mouvements alternatifs-emdr-mindfulness), chargée de cours (AFtcc, universités Paris XII, Paris VII, Paris V).

Michaël ROBIN, équipe mobile ERIC, Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Plaisir (78).

Hélène ROMANO, Docteur en psychopathologie, psychothérapeute référente de la consultation de psychotraumatisme du CHU Henri Mondor (Créteil, 94) et psychologue clinicienne référente de la CUMP du Val-de-Marne, coordinatrice du DU Urgences et psychotraumatisme à l'université Paris XII, INSERM U669.

Isabelle ROY, psychiatre praticien hospitalier, Hôpital Henri Ey, Paris (75).

Nicolas TRAVERS, praticien hospitalier SAMU 94.

Elodie VERDENAL-GAUTEURS, psychologue clinicienne référente du Service Départemental d'Incendie et de Secours du Val d'Oise.

Christelle WITTIG, psychologue clinicienne, lieutenant de la Gendarmerie nationale.

Laure ZELTNER, psychiatre, équipe mobile ERIC, Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Plaisir (78), cordonnatrice de la CUMP 78.

Préface

Une éthique de la fragilité et de la délicatesse

Marie Rose Moro

L'urgence est un objet technique mais aussi politique _____

S'il est un domaine qui a connu ces dernières années un grand bouleversement et une grande effervescence en psychologie clinique et dans le champ de la psychiatrie, c'est bien celui de l'urgence et du trauma psychique. De plus, il est sorti de l'expertise technique, il appartient maintenant à tous ; il s'est en quelque sorte, laïcisé. Les politiques, les premiers, s'en sont emparés avec la création des cellules d'intervention psychologiques (CUMP) déclenchées sur le terrain par les Préfets de la République eux-mêmes et donc souvent avec des motifs politiques et pas seulement motivés par des besoins psychologiques ou médicaux. Il faut y aller, la cellule d'urgence fait partie de l'arsenal qui montre qu'on compatit et que l'on est actif. Les médias aussi ont tôt fait d'intégrer ces cellules dans le discours informatif : l'événement est terrible, la cellule médico-psychologique est sur place... C'est presque un leitmotiv. Et au-delà de ces médiateurs, les personnes elles-mêmes ont adopté ce vocabulaire et ces procédures dans lesquelles la clinique de l'urgence s'est imposée comme une évidence. Face à ces demandes importantes, les spécialistes de la clinique, psychologues, psychiatres, médecins, infirmières et tous les intervenants de ce champ ont été beaucoup plus prudents, certains même réticents. Intervenir en urgence, dans les lieux même des douleurs aiguës individuelles ou collectives, cela

modifie l'ensemble des paramètres de notre cadre. D'abord, on va vers ceux qui ont subi cet événement et on n'attend pas qu'ils viennent à nous, qu'ils demandent une consultation, qu'ils prennent un rendez-vous et qu'ils s'installent dans notre bureau et respectent nos codes. Peut-on d'ailleurs les appeler encore des patients dans la mesure où ils ne se sont pas dans cette fameuse position de demande ? On postule donc comme Winnicott qu'il ne s'agit plus de demande, mais de besoins. La personne a besoin de quelque chose mais, elle ne le demande pas forcément, elle ne peut pas forcément le demander. On voit là que la différence est grande et qu'il faut conceptualiser cette situation qui inverse presque les termes de la situation thérapeutique classique. Se pose ensuite des questions éthiques, ces besoins sont-ils bien réels où au contraire, n'est ce pas une construction d'une société individualiste qui pense tout événement violent comme un traumatisme psychique forcément dévastateur. La violence entraîne-t-elle toujours du trauma psychique ? Par ailleurs, la personne qui a subi un événement violent peut avoir envie de se taire, de se protéger, de se cacher, de ne pas partager ces ressentis avec d'autres... Pourquoi lui imposer une rencontre avec un spécialiste qui va l'informer de ce qui pourrait advenir et va la prendre en charge dès ce moment-là ? Et si au contraire, la personne est déterminée à faire de cette violence, plus de vie, plus de force, plus de possibles avec ses propres armes et, sans s'appuyer sur un thérapeute... Par ailleurs, même lorsque j'accepte une aide en urgence, je peux avoir envie de ne pas revoir ceux qui ont été les témoins de mon désarroi et de mes réactions. Je peux avoir envie d'oublier et de me taire, transitoirement ou même pourquoi, durablement. Je peux ensuite, avoir envie d'utiliser d'autres modes de transformation des traces comme, par exemple, la création artistique.

Une nouvelle sémiologie et une nouvelle pratique _____

Toutes ces questions et bien d'autres sont traitées dans ce livre remarquable édité par une des plus grandes spécialistes de la question avec des contributions de ceux qui s'occupent de cela au quotidien, dans nos rues ou nos écoles ou dans les terrains de violences ou de catastrophes individuelles ou collectives et qui, chacun dans leur domaine, ont acquis une solide expérience et sont capables de la conceptualiser et de la transmettre... Ce livre propose une nouvelle sémiologie de ces traumatismes psychiques et de l'action clinique de tous ceux qui sont amenés à intervenir. Il s'intéresse au travail dans l'urgence mais aussi aux conditions d'efficacité de ce travail dans l'instant et le lendemain. Ces situations sont si complexes qu'elles supposent une pensée préalable et collective pour pouvoir intervenir dans l'urgence avec des éléments de repères bien maîtrisés et qui permettent ainsi d'agir efficacement et pas

seulement de s'agiter pour avoir bonne conscience ou pour participer au spectacle de l'urgence. Souvent, ce travail est réservé aux plus jeunes des cliniciens alors qu'il est sans doute le plus difficile et qu'il supposerait plus d'expérience et de réflexion que le travail tempéré dans nos consultations où nous sommes en terrain connu. Tous ceux qui veulent agir efficacement trouveront dans cet ouvrage les éléments pour le faire dans le respect de la liberté individuelle.

La fragilité impose la délicatesse _____

Ces nouvelles situations où s'impose petit à petit la clinique de l'urgence et du trauma nous permettent de mieux comprendre la question de la fragilité de l'être et des effets de l'effraction, de la frayeur, de la violence. C'est parce qu'on est là et que l'on partage avec ceux qui ont été touchés la douleur que l'on devient meilleur soignant, meilleur acteur et dans certains cas, meilleur thérapeute, dans un second temps, bien sûr. On ne fait pas de thérapie en urgence, mais avoir été là, mieux comprendre ce qui fait mal au moment où cela se passe ou juste après, à distance, la demande d'aide. Et quand une psychothérapie est nécessaire, elle s'engage alors à la demande de la personne. La reconnaissance et la connaissance de cette fragilité imposent à tous ceux qui veulent intervenir d'une manière ou d'une autre dans ces situations, un surplus de délicatesse. Et ce n'est pas là une moindre chose que d'apprendre à être délicat, pas seulement humain, bienveillant, empathique, présent mais délicat : être là avec une douce présence mais pas trop, près mais pas trop, reconnaître les signes de souffrance mais n'intervenir que si besoin, tolérer de ne pas agir quand c'est nécessaire où quand la personne ne peut accepter... Et quand on intervient, le faire avec compétence et légèreté, avec savoir et efficacité et pas avec de bons sentiments. Un savoir être donc et un savoir faire qui suppose que l'on pense l'urgence avant et après pour qu'un moment où l'on doit intervenir, on le fasse sûrement et avec tact, exactement là où il faut et dans les règles de l'art. Et si comme le disait Gide pour la littérature, on ne fait pas de bonne clinique avec de bons sentiments, il importe de compter plus sur la technique et la délicatesse que sur une empathie qui s'épuise et qui est capricieuse car trop dépendante de nos états d'âme individuels mais surtout collectifs et médiatiques.

Les enfants aussi _____

Par ailleurs, ce livre n'oublie pas les plus petits, parfois considérés dans l'urgence comme de petits sujets. C'est d'ailleurs peut-être pour cela qu'il me revient d'écrire

la préface de ce livre pour insister sur le fait que l'urgence, elle concerne aussi les bébés, les enfants et les adolescents, d'ici et d'ailleurs. Ce que trop souvent on oublie. On pourrait énumérer quelques allégations en vrac véhiculées par le sens commun mais aussi la littérature scientifique : les jeunes enfants ne se rendent pas compte de ce qu'ils vivent, ils oublient facilement en grandissant, ils transforment tout en jeu... Et tant d'autres arguments que les uns et les autres se sont évertués à démontrer : les jeunes enfants n'engrangent pas les traces mnésiques, ils oublient à mesure où ils n'ont pas de métacognition suffisante ou encore, ils n'ont pas de représentation suffisante de la mort et donc, ils n'ont pas peur de la mort. Ils penseraient la mort comme transitoire et donc ne feraient pas de lien entre l'événement violent et la mort réelle et brutale... Les travaux s'appuient parfois sur des données partiellement vraies comme celles qui concernent le langage, la mémoire ou les représentations, autant de processus développementaux qui se structurent avec l'âge, mais la conséquence inférée, elle, n'est pas juste. Les bébés perçoivent directement et indirectement les traumatismes, nombre d'études le montrent (Baubet et coll., 2003), et ils en subissent les conséquences dans leur enfance. Ces traces sont d'ailleurs tellement fortes qu'elles s'inscrivent, comme tout processus qui prend place dans une ligne de développement, dans le présent et le futur de cet être sensible, percevant et actif, mais aussi dans le futur de cet enfant, l'adolescent puis l'adulte qu'il sera. On peut même faire l'hypothèse, mais cela est plus aléatoire, que ce trauma, parfois cette série de traumatismes, vont modifier la perception qu'a l'enfant de son passé, de son histoire, pour brève qu'elle soit. Le bébé est une personne, reste donc une devise révolutionnaire.

À ces conséquences directes de l'événement traumatique vont s'ajouter les conséquences indirectes c'est-à-dire les conséquences sur les enfants, des traumatismes parentaux ou collectifs. En effet, les enfants, et en particulier les plus jeunes d'entre eux, ont besoin pour vivre, pour survivre et grandir, de l'aide de leurs parents ou de leurs substituts. Au-delà de l'aide du groupe qui les porte ou est censé le faire, ils sont dépendants de leurs parents et de tous ces tuteurs de développement. Or, des parents traumatisés et un groupe déstructuré par des événements collectifs oublient leurs enfants ou du moins sont trop préoccupés par leurs propres douleurs, leurs deuils, leurs pertes ou leurs frayeurs pour prendre soin, de manière adaptée et efficace, de leurs enfants, de leurs besoins, de leur vulnérabilité. Les parents doivent survivre physiquement et psychologiquement pour pouvoir s'occuper de leurs enfants, et en particulier de leurs jeunes enfants qui ne savent pas toujours réclamer de l'aide ou, parfois, ne la réclament pas avec le langage des adultes. Ils le disent à leur manière avec un babil traumatique qui n'est pas reconnu comme tel. Par exemple, ils s'arrêtent de jouer ou de rêver mais, qui va le percevoir dans de telles circonstances ou encore ils vont répéter de manière traumatique le même jeu qui

singe l'événement traumatique auquel l'enfant reste fixé. Et ce « faux jeu » rassure les adultes, parents ou soignants : « l'enfant va bien, il joue ! ». En réalité, il répète le trauma et ses vécus affectifs dans un scénario en boucle qui s'auto-entretient. Aux traumas s'ajoutent alors le manque, le délaissement ou la désolation blanche, non spectaculaire mais pourtant délabrante. Il faut alors repérer ce rien, ce vide défensif qui gèle les processus de développement et hypothèque son avenir.

C'est à ce niveau des conséquences indirectes du trauma chez le jeune enfant que se situe la question importante de la transmission du trauma entre la mère et l'enfant. Est-ce que le trauma se transmet entre une mère et un bébé, entre une mère qui a subi un trauma et son bébé qui naît après cet événement, entre une mère qui a subi un événement violent en dehors de la présence de son jeune enfant... ? Et si oui, qu'est-ce qui se transmet ? Des éléments spécifiques du trauma ? Les conséquences du trauma sur le fonctionnement psychique de la mère ? La mémoire du trauma ou son récit réactualisé par la mère, tenu vivant par elle et raconté à l'enfant avec les sentiments qui vont avec ? Ce serait alors ce récit qui fonctionnerait comme événement traumatique ? Par ailleurs, la question de la transmission se pose pour la dyade adulte-enfant en général, que ce soit la mère ou son substitut, mais aussi thérapeute-enfant. Toutes ces questions cliniques actuelles font l'objet de nombreuses recherches (Lachal, 2006 ; Moro 2010).

Autre intérêt de ce livre pour moi, et sans doute pour vous, c'est de ne pas oublier l'ailleurs et de nous donner des outils pour travailler ici, dans l'urgence mais aussi, ailleurs.

Ailleurs aussi, l'urgence psychologique et psychiatrique existe ! _____

La psychiatrie en situation humanitaire n'est toujours pas une évidence et ce, même plus de vingt ans après les premières missions psychologiques à Médecins Sans Frontières (MSF) que j'ai eu la chance de faire (Moro, 1995). Mais pourtant elle existe, elle perturbe parfois les humanitaires eux-mêmes et fait souvent parler d'elle. Parfois, cependant, elle fascine et est mise en avant, sans rigueur, sans compétence suffisante. Depuis 1989, date de la première mission psychologique pour MSF et tournant décisif pour ce type d'actions pour nombre d'organisations médicales internationales, on assiste à une diversité des actions menées, une multiplicité des questions posées et l'émergence de nouvelles réponses. Revenons à la définition de l'action humanitaire, telle que la donnent les acteurs eux-mêmes de l'humanitaire

pour comprendre en quoi ce type de soins et d'esprit permet d'intégrer des approches différentes et par conséquent l'approche psychiatrique et psychologique.

Pour définir l'action humanitaire d'urgence, on ne peut se contenter, comme le souligne Martin (1995, 17), d'une définition tautologique : l'action humanitaire ce serait ce que font les humanitaires. Cela manquerait singulièrement d'ambition et d'envergure. L'action humanitaire a d'abord un fondement moral : elle place l'être humain au centre et au-dessus de tout. Elle est donc basée sur une approche éthique et singulière, globale et qui s'oppose donc au tout somatique, au tout biologique, au tout économique... (*ibid.*) Dans les catastrophes humaines, lorsqu'il a faim, lorsqu'il a mal, l'homme s'aliène et perd sa liberté ; notre action, pour modeste qu'elle soit, tend à restaurer des espaces de liberté et de dignité. Définis ainsi, les buts de l'action humanitaire d'urgence rejoignent ceux de la psychiatrie en général et dans de tels contextes en particulier : permettre à l'être humain de retrouver une capacité de penser et d'agir. Ainsi, l'action humanitaire non seulement permet mais aussi contraint à intégrer la dimension psychologique des souffrances des enfants, des femmes et des hommes pris dans les événements violents sous peine de prendre le risque de devenir une action morcelée et de perdre son identité : s'adresser à l'être même.

Ainsi, la psychiatrie et la psychologie d'urgence en situation humanitaire n'apportent pas seulement un supplément d'âme à l'action humanitaire, elle la renouvelle et lui permet de renouer avec ses principes mêmes, de les recréer, de leur donner plus d'épaisseur et de complexité humaine. En somme, la clinique d'urgence dans de tels contextes participe à l'évolution actuelle de l'action humanitaire. Elle la contraint à complexifier et à singulariser son approche et ainsi à ne pas s'éloigner de l'humain mais au contraire à accepter de considérer toutes ses dimensions pour ineffables qu'elles soient et même si la dimension psychologique résiste à se laisser mettre en statistiques et en protocoles. D'où l'importance aussi, dans ce mouvement, d'une clinique de l'engagement individuel et collectif et d'une nécessaire réflexion sur l'importance du témoignage dans ces situations limites.

Des petits riens vous dis-je, mais des petits riens qui sont vitaux et qui demandent du temps, de la technique et de l'attention – plus précisément du souci pour l'autre. C'est à ce prix que nous conquérons le pouvoir d'agir.

Ce livre aborde toutes ces questions et bien d'autres qui constituent le cœur de la clinique de l'urgence resituée dans son éthique et dans celle de l'humain mis en situation de fragilité et il le fait avec... délicatesse.

Première partie

Rappels théoriques et cliniques

1	Historique des interventions psy d'urgence.....	3
2	Les dispositifs médico-psychologiques d'urgence en France...	15
3	Trauma et événements traumatiques.....	21
4	Clinique du traumatisme psychique chez l'adulte.....	27
5	Clinique du traumatisme psychique chez l'enfant.....	33
6	Modalités d'intervention des cellules de crise.....	37
7	Modalités d'intervention immédiate auprès des victimes.....	47
8	Les interventions post-immédiates auprès des victimes.....	53
9	<i>Debriefing</i> des intervenants.....	65
10	Us et limites des interventions psy d'urgence.....	75
11	Psy d'urgence et média.....	81

1

HISTORIQUE DES INTERVENTIONS PSY D'URGENCE

De la psychiatrie de l'avant à la psychiatrie civile

Louis Crocq

EN FRANCE, l'histoire de la prise en charge des « blessés psychiques » dans l'urgence commence avec la création du réseau national des *cellules d'urgence médico-psychologique* en juillet 1995. Mais un tel dispositif se situe au terme d'une perspective historique plus ancienne : celle de la psychiatrie de l'avant dans les armées, mise en place dès 1904 et 1917.

Historique de la prise en charge psychologique dans l'urgence

◆ 26 juillet 1995 : création du réseau des cellules d'urgence médico-psychologique

La création au lendemain de l'attentat à la station du RER Saint-Michel

Dès le lendemain de l'attentat terroriste à la bombe perpétré le 25 juillet 1995 dans le métro RER à la station Saint-Michel à Paris, attentat qui fit dix morts et une

centaine de blessés, le Président de la République Jacques Chirac, accompagné du Ministre de l'Action humanitaire d'urgence Xavier Emmanuelli, se rendait au chevet des blessés hospitalisés à l'hôpital de la Salpêtrière. Là, il constata que ces blessés avaient été bien pris en charge sur le plan des blessures et brûlures somatiques, mais que rien n'avait été fait pour traiter leurs « blessures psychiques ». Ils étaient encore sous le coup du choc psychologique provoqué par l'attentat : certains demeuraient immobiles, silencieux, hagards, ayant encore devant les yeux l'image de la tuerie ; d'autres tremblaient ; d'autres sanglotaient ; beaucoup n'avaient pu dormir. La société découvrait qu'elle se devait de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique (Crocq, 1998a).

Le président, ému par ces détresses, prescrivit à son ministre d'organiser un dispositif pour la prise en charge de ces blessés psychiques. Et ce dernier diligenta aussitôt un groupe de psychiatres et de psychologues, sous la direction du médecin général Louis Crocq, psychiatre des armées, pour constituer le « réseau des cellules d'urgence médico-psychologiques ».

La mission spécifiait que le réseau devait couvrir l'ensemble du territoire, qu'il emploierait des psychiatres, des psychologues et des infirmiers spécialement formés à la psychiatrie d'urgence et de catastrophe, et que sa fonction serait :

1. de se rendre immédiatement sur le terrain, avec les équipes d'urgentistes et de secouristes, pour assurer le triage et le premier traitement des « blessés psychiques » ;
2. d'assurer la surveillance de ces victimes pendant la période post-immédiate des premières semaines ;
3. de créer des consultations spécialisées pour le suivi à plus long terme des victimes de traumatismes psychiques, en coordination avec les dispositifs de soins psychiatriques existants.

La mission prescrivait en outre d'élaborer une doctrine de triage et de soins appropriés à ces situations, d'assurer la formation spécialisée des personnels, et d'œuvrer en coordination étroite avec les autres équipes de secours et de soins (Crocq, 1998b).

Immédiatement, le groupe des psychiatres, psychologues et infirmiers se réunit au SAMU de Paris, en coordination avec le Dr Micheline Barrier, médecin-chef du SAMU. Dans un premier temps, il organisa un tour d'astreinte de personnels « psy » prêts à intervenir en urgence avec les SAMU. Et ce dispositif fut activé une quinzaine de jours plus tard à l'occasion d'un nouvel attentat sur les Champs-Élysées ; de même qu'une équipe lyonnaise intervint au cours de l'été pour un attentat survenu à Villeurbanne. En outre, le groupe se réunissait régulièrement, chaque semaine puis

chaque quinzaine, pour définir la doctrine, préparer les programmes de formation, et organiser le réseau. Il associa à ses travaux les titulaires de chaires de psychiatrie du territoire et eut plusieurs réunions auprès des bureaux habilités du ministère de la santé, à qui il avait adressé ses propositions.

À l'issue de ces réunions préparatoires, un arrêté ministériel et une circulaire d'application ont instauré le 28 mai 1997 le *Réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique* (les CUMP), couvrant les cent départements du territoire français et assurant en ce qui concerne les catastrophes, attentats, accidents collectifs et incidents graves à forte répercussion psychosociale - la prise en charge médico-psychologique des blessés psychiques (victimes, témoins ou autres) dès la phase immédiate (sur le terrain même) et dans la période post-immédiate (du deuxième jour au trentième jour environ), avant de passer au traitement en la période chronique, en coordination ou relais avec les structures de soins psychiatriques traditionnelles. La mission de ces cellules est de se rendre immédiatement sur le terrain, d'évaluer les besoins pour faire venir éventuellement du renfort, de trier les blessés psychiques et de leur dispenser les soins médico-psychologiques urgents (médicamenteux et psychothérapeutiques).

La circulaire de 1997, puis une autre circulaire de 2003 ont doté le réseau d'un minimum de moyens en matériel et secrétariat, et en personnels : psychiatres praticiens hospitaliers et psychologues cliniciens à mi-temps dans sept, puis quatorze autres départements, le reste étant assuré sur la base du volontariat. L'arrêté de 1997 a institué en outre un *Comité national de l'urgence médico-psychologique*, chargé d'assurer la coordination du dispositif, de dispenser la formation des personnels (en psychiatrie de catastrophe) et d'évaluer l'activité des cellules.

On pouvait prévoir l'utilité d'un tel dispositif si on se reporte à la statistique de Bouthillon et Crocq (1992) qui, trois ans après la vague d'attentats terroristes de l'été 1986 à Paris, avait constaté une proportion significativement (.002) plus élevée de séquelles psychiques légères, voire d'absence de séquelles, chez les victimes qui avaient pu parler à un soignant pendant les premiers instants, par comparaison à celles qui n'avaient pas été invitées à parler et qui, ayant été traitées comme des objets, comportaient une très forte proportion de séquelles graves.

La psychiatrie de catastrophe (Crocq *et al.*, 1988 ; Navarre, 2007) se démarque fondamentalement de la psychiatrie des cabinets de consultation. Un des acquis fondamentaux de l'exercice des cellules d'urgence médico-psychologique a été l'application de l'opération de *defusing* (déchocage ou désamorçage), qui, à ce stade de l'urgence en phase immédiate (premières heures, premier jour), s'est avérée nécessaire et efficace (Crocq, 2004a).

Defusing

Il s'agit d'une démarche proactive par laquelle le thérapeute va au-devant de la victime, qui n'est pas en état de formuler une « demande » au sens de la psychiatrie traditionnelle. La seule présence du thérapeute, jointe à son attitude explicitement empathique, assure la double fonction de « contenant », contre toute menace de nouvelle effraction dans le psychisme, et contre les débordements de l'expression émotionnelle. En outre, l'invitation à verbaliser son expérience correspond au besoin impérieux du patient, primo de mettre des mots « significatifs » sur des vécus sensoriels sans signification, et secundo de reprendre un dialogue avec les vivants, dialogue interrompu par son incursion dans l'univers silencieux de la mort.

Les résultats obtenus

Depuis leur création, les cellules d'urgence médico-psychologiques sont intervenues dans de nombreux accidents collectifs, attentats, catastrophes et incidents graves (prise d'otages, mort d'un élève dans une école par exemple) en France et aussi à l'étranger (sur mission auprès des ressortissants français à l'étranger, ou même des populations autochtones lors de grandes catastrophes). Ainsi, on peut mentionner les interventions lors des inondations de l'Aude (1998), du Gard (2001) et de Vendée (2011), lors d'une tornade à Haumont (2008), lors de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse (2001), lors d'incendies meurtriers dans des immeubles ou des tunnels (dont le tunnel du Mont-Blanc le 24 mars 1999), lors d'accidents collectifs sur autoroute (Bourg-Achard, 1998), lors de crash d'avions (dont le crash du *Concorde* à Roissy le 25 juillet 2000), sans compter le secours aux familles lors de ces crashes (Sharm-el-Cheik en 2004, Maracaïbo en 2006, vol Rio-Paris en 2009), ou de naufrages (*Concordia*, avril 2012). À l'étranger, on peut citer les interventions lors de grandes catastrophes, comme le tsunami de 2004 en Asie du Sud-Est, le séisme d'Haïti en février 2011 et la surcatastrophe de Fukushima 12 mars 2011, ou lors d'événements de guerre (Côte d'Ivoire, 1997 et 2006 ; Kosovo, 1999 ; Liban, 2006).

L'activité des CUMP a donné lieu à de nombreuses publications, avec une réflexion féconde sur leur doctrine d'intervention et leurs techniques de soins (Crocq, 1998b, 2004a ; Cremniter, 2001 ; Prieto, 2003 ; Ducrocq, 2001 ; Navarre, 2007). Parmi les points de réflexion examinés, on citera la technique du déchocage psychologique (ou *defusing*) en immédiat, avec une attitude d'écoute compréhensive qui se démarque de la classique neutralité bienveillante ; concernant le post-immédiat, l'adaptation du concept et de la technique du *debriefing* (bilan psychologique d'événement) à la psychologie clinique. Sur ce dernier point, qui a fait l'objet de controverses inutiles (certaines études anglo-saxonnes ayant fait appliquer à des victimes choquées, par des personnels non-psychologues hâtivement formés, la technique de *debriefing*