

PASSÉ, PRÉSENT ET FUTUR DES CELLULES D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Entretien avec le médecin-général [Louis Crocq](#), Propos recueillis par [Bernard Granger](#)

Éditions Matériologiques | « PSN »

2016/2 Volume 14 | pages 21 à 38

ISSN 1639-8319

ISBN 9782373610666

DOI 10.3917/psn.142.0021

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psn-2016-2-page-21.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Matériologiques.

© Éditions Matériologiques. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

ENTRETIEN

Passé, présent et futur des cellules d'urgence médico-psychologique

Entretien avec le médecin-général Louis Crocq

lcrocq@sfr.fr

Propos recueillis par Bernard Granger

PSN : Louis Crocq, pourriez-vous nous dire dans quelles circonstances vous avez été chargé de créer le réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique ?

Louis Crocq (LC) : C'était le 26 juillet 1995. L'initiative de cette création est due à Xavier Emmanuelli, médecin urgentiste et ancien du SAMU de Paris, qui était à cette époque ministre de l'Action humanitaire d'urgence. La veille, le 25 juillet 1995, la ville de Paris avait fait l'objet d'un attentat terroriste à la station RER Saint-Michel, par explosion d'une bombe dans un wagon bourré de voyageurs à dix-huit heures, moment d'affluence. Il y avait eu huit morts et plus de cent blessés. Les pompiers et le SAMU étaient intervenus quasi immédiatement, installant leur poste médical avancé (PMA) dans deux cafés proches de la station, et ils avaient assuré les soins d'urgence, le triage et l'évacuation des blessés vers les hôpitaux les plus proches. Le lendemain, le Président de la République Jacques Chirac, accompagné de son ministre Xavier Emmanuelli, vint rendre visite aux blessés hospitalisés à la Salpêtrière, pour leur témoigner sa compassion et son soutien. Là, il put se rendre compte que, si les blessures physiques et les brûlures avaient été parfaitement traitées, rien n'avait été fait pour les atteintes psychiques. Les blessés étaient encore sous le coup de leur choc émotionnel, certains tremblaient, d'autres étaient secoués de sanglots, d'autres, hallucinés et le regard fixe, revivaient leur instant d'effroi. Bref, le Président Chirac et tout le corps médical présent redécouvraient cette évidence : le devoir de tout soignant est de soulager la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique.

Le Président Chirac chargea alors le ministre Emmanuelli d'organiser et de mettre en place un dispositif adéquat pour la prise en charge des chocs psychiques lors des attentats, catastrophes et accidents collectifs. Xavier Emmanuelli possédait la compétence et l'expérience pour entreprendre une telle mission, ayant longtemps exercé lui-même comme médecin urgentiste au SAMU de Paris, et exercé aussi dans les pays du tiers-monde dans le cadre de l'ONG (Organisation Non Gouvernementale) « Médecins sans frontières » dont il était un des fondateurs. Mais il lui manquait un psychiatre ayant l'expérience des traumatismes psychiques de guerre et de catastrophe. Alors, approuvé par plusieurs médecins présents qui me connaissaient, il pensa tout de suite à moi pour créer ce dispositif de soins psychiques d'urgence pour les victimes : j'étais connu en tant que psychiatre militaire pour mes travaux sur les traumatismes psychiques de guerre, tant chez les combattants qu'au sein de la population civile ; et j'avais créé en 1987 dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris, à la demande du professeur Jean-Marc Alby, une consultation spécialisée dédiée aux victimes d'attentats terroristes (il y avait eu à Paris une série d'attentats à l'explosif fin 1985 et toute l'année 1986, dont l'attentat de la rue de Rennes). J'avais pris ma retraite de l'armée en février 1987 avec le grade de médecin général, et j'étais officiellement attaché de consultation à l'Hôpital Saint-Antoine, en plus de mes fonctions de professeur associé à l'Université René Descartes (Paris-5) où j'assurais un enseignement sur le traumatisme psychique (pour les psychiatres et les psychologues). Le soir même, Xavier Emmanuelli me chargeait officiellement d'élaborer avec lui le dispositif des « cellules d'urgence médico-psychologique », vocable qu'il a créé dans l'instant, et dont la paternité lui revient.

PSN : *Comment ce dispositif des cellules d'urgence médico-psychologique a-t-il été conçu (lignes directives de la mission) ?*

LC : D'emblée, fort de mon expérience, je dis à Xavier Emmanuelli que la prise en charge des victimes psychiques ne devait pas se limiter à la période immédiate des premières heures ou du premier jour, mais qu'elle devait couvrir aussi la période post-immédiate (du 2^e au 30^e jour) et la période différée-chronique (au-delà du 30^e jour). En effet, je savais que certaines victimes, dans l'euphorie initiale de se sentir indemnes, déclinent la première offre de soins ou de soutien psychologique qui leur est proposée (« moi, je vais bien, occupez-vous plutôt des autres »), mais se décompensent dans les jours qui suivent sous l'effet funeste des souvenirs obsédants de l'événement violent, avec persistance d'une impression d'irréalité, apparition d'une angoisse phobique et de cauche-

mars de reviviscence et impossibilité de détacher leur pensée des images de l'événement. Leur pathologie psycho-traumatique va s'installer au terme d'une phase de latence, que Charcot dénommait judicieusement phase « d'incubation », « de méditation », « de contemplation » ou « de rumination », et que Pierre Janet attribuait à l'« émotion retardante ». Je savais, par expérience, que cette pathologie psycho-traumatique était tenace, se chronicisant dans de nombreux cas de « névrose traumatique », et pouvait perdurer pendant des années, et même jusqu'à la mort du patient. Et je savais aussi que cette pathologie du trauma était méconnue des psychiatres du temps de paix. Au lendemain des armistices de 1918 et de 1945, la population avait honoré ses morts et ses blessés physiques, mais n'avait eu aucun regard ni aucune compassion pour les blessés psychiques, suspectés de couardise ou de lâcheté, et eux-mêmes honteux et taisant leurs troubles ; et cette désaffection s'était fait sentir dans la pratique des psychiatres et jusque dans les manuels de psychiatrie, où on pouvait vainement chercher les diagnostics de trouble psychique aigu de combat, de névrose de guerre et même de névrose traumatique.

Aussi Xavier Emmanuelli précisa-t-il ces trois périodes dans le libellé de la mission qu'il me confiait. La mission comportait aussi l'application du dispositif à l'ensemble du territoire français (les 100 départements), avec éventualité d'interventions outre-mer pour secourir des ressortissants français choqués lors de guerres ou de catastrophes se produisant à l'étranger. Et elle prescrivait en outre d'élaborer un programme d'enseignement spécialisé sur le trauma, les catastrophes et la violence, et d'organiser une série de stages de formation pour les personnels (psychiatres, psychologues, infirmiers) affectés à ces cellules. En fait, pour des raisons pratiques, on limita cette formation initiale aux seuls psychiatres référents des cent départements : cinq stages de cinq jours (soit trente-cinq heures de formation) à vingt personnes par stage, avec obligation pour ces personnels formés de répercuter cet enseignement sur le vivier des personnels de leur cellule départementale. La mission prévoyait enfin l'établissement de contacts réguliers avec le corps soignant – principalement urgentistes, psychiatres et infirmiers – public et privé, et avec les représentants d'autres ministères pouvant être intéressés et activés lors d'attentats et de catastrophes.

Deux jours plus tard, Xavier Emmanuelli réunissait dans son ministère le groupe de dix psychiatres et psychologues que j'avais choisis en fonction de leur compétence en matière de trauma, dont les psychiatres militaires François Lebigot et Alain Payen, et les docteurs Patrice Louville et Didier Cremniter, psychiatres aux SAMU de Paris et de Créteil. Le ministre avait convoqué aussi

le professeur Geneviève Barrier, urgentiste dirigeant le SAMU de Paris, ainsi que son adjoint le professeur Pierre Carli. Lors de cette réunion inaugurale, Xavier Emmanuelli et moi avons exposé les objectifs de notre groupe de travail et organisé un calendrier des réunions à suivre. En outre, en ce qui concerne la région parisienne, nous avons établi un tour d'astreinte pour les psychiatres et les psychologues volontaires, avec instruction de rejoindre le SAMU au plus vite lorsqu'ils seraient appelés. Cette disposition ne tarda pas à s'avérer judicieuse lorsque, quelques semaines plus tard, survint l'attentat de l'avenue Friedland à Paris : véhiculés par le SAMU, un psychiatre, un psychologue et une infirmière purent intervenir rapidement sur place, assurer les soins adéquats aux victimes psychiques et procéder à l'évacuation d'une victime particulièrement choquée (réaction hypomaniaque).

PSN : *Comment le groupe de travail a-t-il préparé la création et la mise en place des cellules d'urgence médico-psychologique ?*

LC : Ensuite, le groupe a procédé progressivement. Primo, nous avons fait activer des dispositifs d'astreinte dans les autres grandes villes potentiellement menacées d'actes terroristes : Lille, Lyon, Marseille, Toulouse. Et bien nous en a pris puisque, dès le 7 septembre 1995, une bombe explosait devant une école juive de Villeurbanne ; et, pendant l'été et l'automne, la région parisienne continuait d'être frappée : bombes rue Richard Lenoir (3 septembre), à Villejuif (7 septembre), Place d'Italie (6 octobre), au métro Maison Blanche (7 octobre) et au métro Orsay (17 octobre). Secundo, il fallait définir les pathologies aux trois phases et préconiser les prises en charge adaptées à chacune de ces phases. Tertio, il fallait fixer les limites des interventions des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) par rapport aux autres intervenants, et ce pour les trois périodes. Et, de manière corollaire, il fallait éviter les chevauchements entre missions, c'est-à-dire mission de soin et de triage pour les SAMU et les CUMP, versus mission de sauvetage, de secours et d'aide pour les partenaires tels que pompiers, protection civile et Croix-Rouge.

Le groupe s'est réuni d'abord deux fois par semaine pendant un mois dans les locaux du ministère de l'action humanitaire d'urgence, puis deux fois par mois dans les locaux du SAMU de Paris.

Les fondements scientifiques de l'organisation des CUMP se référaient en premier lieu à la spécificité de la pathologie psycho-traumatique : d'abord la réaction immédiate de stress dépassé, (expérience de traumatisme psychique avec confrontation inopinée avec le réel de la mort) ; ensuite la période post-immédiate du premier mois pendant laquelle ou bien les symptômes s'atténuent,

ou bien ils persistent et se compliquent de nouveaux symptômes tels que sursauts, reviviscences et phobies spécifiques liées au trauma ; et enfin la période différée-chronique avec développement de la névrose traumatique.

En second lieu, ces fondements scientifiques se rapportaient à l'instauration de la psychiatrie de l'avant. La psychiatrie de l'avant consiste à entreprendre le traitement des blessés psychiques au plus tôt, avant que leurs ruminations mentales solitaires n'exercent un effet morbide qui les enfonce dans leur pathologie. Inaugurée par la force des choses pendant la guerre russo-japonaise (1904-05) parce que le chemin de fer transsibérien inachevé s'arrêtait à 500 km du front, elle fut redécouverte sur le front allié en 1917, alors que les blessés psychiques évacués sans soins vers l'arrière étaient livrés à eux-mêmes, s'obstinaient dans leur pathologie et finissaient par constituer une fonte d'effectifs non négligeable. Les psychiatres militaires anglais, français et italiens installèrent des ambulances neuropsychiatriques près du front et instaurèrent un traitement précoce des psychiques. L'Américain Thomas Salmon édicta les cinq principes de cette «*forward psychiatry*» : immédiateté (*immediacy*), proximité (*proximity*), simplicité (*simplicity*), espérance de guérison (*expectancy*) et centralité (*centrality*). L'*immédiateté* avait pour but de ne pas laisser s'amorcer le temps de latence d'une névrose traumatique ni la méditation solitaire et oisive qui suggère le renforcement des symptômes prometteur d'une échappatoire au devoir. La *proximité* était fondée sur l'opportunité de maintenir le sujet dans l'atmosphère du front, quitte à ce qu'il continue d'entendre le bruit de la canonnade et d'y réagir par des sursauts, pour bien le convaincre qu'il n'était pas retiré de la bataille, mais seulement soustrait pour une courte parenthèse nécessaire à sa récupération, et que c'était l'ordre normal des choses qu'il dût retrouver rapidement ses camarades au front. L'*espérance de guérison* impliquait que le patient devait être convaincu qu'il allait certainement guérir de sa pathologie fonctionnelle et transitoire, et tout le personnel médical devait s'employer à inculquer cette conviction lors d'entretiens persuasifs répétés. La *simplicité* impliquait qu'on ne devait pas recourir, dans ces centres de l'avant, à des équipements ni à des méthodes compliquées ; un local rustique, mais propre et doté de moyens appropriés à assurer une hygiène rudimentaire devait suffire. Par rapport à l'enfer des tranchées, un tel refuge apparaissait déjà comme un paradis, où le malade pouvait se laver, s'épouiller, dormir et recevoir une nourriture chaude et saine. Le principe de simplicité prescrivait aussi de centrer la thérapie sur les circonstances de combat qui avaient provoqué les symptômes, et de ne pas s'égarer dans l'exploration des conflits affectifs de l'enfance. La

simplicité concernait aussi la méthode de traitement, fondée sur la « suggestion persuasive », car la persuasion, qui était à l'origine de la maladie, devait être retournée contre la maladie elle-même. Le cinquième et dernier principe, *centralité*, impliquait l'existence d'une organisation générale cohérente, échelonnée depuis les antennes de l'avant vers les centres de traitement et de canalisation de l'arrière, puis vers les hôpitaux de l'intérieur et les camps de rééducation, et seulement pour les patients non récupérables, vers les hôpitaux des États-Unis. Cette centralisation du dispositif permettait une meilleure régulation du flux des patients et une évaluation exacte des pertes et des récupérations psychiques. Enfin, centralité signifiait aussi unité de doctrine et sentiment d'appartenance de chaque centre et de chaque praticien à un système cohérent, où chacun devait mettre en œuvre la formation commune, tenir le même langage et rendre compte de son activité.

La psychiatrie de l'avant fut appliquée dans les armées alliées pendant la seconde guerre mondiale (à partir d'avril 1943, circulaire Bradley) et la guerre de Corée (s). Puis elle fut appliquée aussi pendant la guerre américaine au Vietnam (1964-73), mais de façon superficielle et sans aborder la question du trauma, d'où ses échecs. Et elle fut appliquée enfin avec succès au sein des troupes Américaines, anglaises et françaises pendant la guerre du Golfe (1991).

La transposition de la doctrine de la psychiatrie de l'avant aux missions des CUMP ne soulevait aucune difficulté, sauf pour le principe de proximité, qu'il convenait de tempérer : même quand on traite la victime sur place, il n'est pas bon de le faire dans un paysage de destructions, dans l'effervescence des actions de sauvetage et face au spectacle des cadavres et des blessés ; aussi, autant que possible, le poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) devait-il être installé à l'abri de ces stimulations nocives, et dans un endroit calme et protégé.

Le groupe avait aussi convié les professeurs de psychiatrie titulaires de chaire, à Paris et en province, à participer à ses travaux préparatoires, afin de ne pas les mettre face au fait accompli, et pour recueillir leurs avis techniques en matière de psychiatrie de catastrophe. La plupart d'entre eux, intéressés à ce nouveau champ d'activité de leur discipline, acceptèrent et vinrent régulièrement participer aux réunions. Les plus assidus furent les professeurs Thérèse Lempérière (Paris), Jean-Georges Rohmer (Strasbourg). Jacques Védrine (Lyon), Jean-Claude Samuelian (Marseille), Yves Darcourt (Nice), Pierre Moron (Toulouse), Couderc (Clermont-Ferrand), Marc Bourgeois (Bordeaux), Jean-Jacques Chavagnat (Poitiers) et Jacques Kress (Brest). D'autres refusèrent, déclarant que les troubles psychiques consécutifs aux atten-

tats et aux catastrophes devaient être traités dans les hôpitaux, avec les moyens habituels. Certains d'entre eux méconnaissaient le trauma et la névrose traumatique, et considéraient ces pathologies comme des états anxieux ou dépressifs «réactionnels».

Des urgentistes furent aussi invités à venir donner leur avis sur la perspective de gérer les CUMP au sein des SAMU. Ils furent d'avis que le poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) devait être installé à proximité du PMA (poste médical avancé), mais non pas en son sein : ils ne tenaient à voir leur PMA encombré de rescapés physiquement indemnes mais psychiquement choqués et éventuellement agités. Les urgentistes Geneviève Barrier, Pierre Carli et Jean Jeannière (SAMU de Paris), Roger Nemitz (Amiens) et Jacques Goldstein (Lille) préparèrent ainsi utilement la liaison SAMU-CUMP. Seul, le professeur Pierre Huguenard, chef du SAMU de Créteil, se montra résolument hostile à la création des CUMP, assurant qu'il suffisait d'injecter du Largactil à un choqué agité pour régler le problème.

Au bout de dix mois, le 1^{er} juin 1996, le groupe remettait son rapport au ministre Emmanuelli et au ministre de la santé. En effet, comme l'activité des CUMP devait être intégrée dans celle des SAMU, Xavier Emmanuelli avait d'emblée associé son collègue du ministère de la santé aux travaux. Le rapport présentait l'ensemble des cent CUMP du territoire national comme constituant un «réseau», ce qui impliquait une unité de doctrine, des échanges scientifiques et, surtout, la possibilité pour une CUMP départementale débordée par une catastrophe de grande ampleur de demander de l'aide aux CUMP des départements voisins, de la région, voire au niveau national. Chaque CUMP départementale était dirigée par un «psychiatre référent départemental», motivé, volontaire et formé à la psychiatrie de catastrophe et à l'intervention en urgence. Les autres personnels CUMP (psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers) constituaient un vivier de volontaires, eux aussi motivés et formés par le psychiatre référent qui avait répercuté sur eux la formation spécialisée qu'il avait reçue à Paris. Le rapport demandait des moyens spéciaux en personnels pour douze grandes régions à risque, à savoir des postes à mi-temps : un psychiatre, un psychologue et un infirmier pour chacune de ces régions. Chaque SAMU devait dédier un petit local à sa CUMP, pour y entreposer le matériel et les équipements adéquats, et – en ce qui concerne les douze régions dotées – pour l'activité spécifique du psychiatre référent (mise à jour du vivier des volontaires, organisation des astreintes, préparation des interventions, et éventuellement suivi en consultation des victimes secourues sur le terrain). Le

SAMU devait dégager des heures de secrétariat pour assurer le secrétariat de la CUMP et, bien entendu, il devait assurer le transport des personnels CUMP sur le terrain, ce qui impliquait pour ces personnels appelés l'obligation de se rendre au SAMU et de s'y équiper (chasubles, mallettes d'urgence psy).

Suivit alors une période d'un an de réunions au ministère de la santé, au cours desquelles le groupe, soutenu par les professeurs de psychiatrie, défendait les dispositions prévues dans son rapport, tandis que les agents du ministère transcrivaient ce rapport en termes administratifs et, surtout, réduisaient les coûts initialement prévus.

PSN : *Comment ce dispositif a-t-il été mis en place, et quelles ont été ensuite les grandes étapes de sa gestion et de son implantation ?*

LC : Après des mois de tractations, et compte tenu des délais de cheminement administratif intra-ministériel, ce n'est que le 28 mai 1997 que parurent l'arrêté portant sur la création du Comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, et la circulaire DH/DGS n° 97-383 relative à la création du Réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique, ces deux documents étant cosignés par le secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, et le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale.

Le comité national, présidé par un fonctionnaire du ministère de la santé, comprenait trois représentants de l'administration (un pour le ministre de l'action humanitaire, un pour le directeur général de la santé, un pour le directeur des hôpitaux), deux psychiatres coordonnateurs régionaux, deux psychiatres référents départementaux, un psychologue d'une CUMP, un infirmier d'une CUMP, deux médecins urgentistes chefs de SAMU, des fonctionnaires représentant divers ministères concernés (intérieur, défense, éducation nationale, transports, etc.) et deux personnalités scientifiques connues pour leurs travaux sur la psychiatrie de catastrophe. Les fonctions du comité national étaient : 1/ définir les objectifs et la doctrine d'intervention des CUMP ; 2/ veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique ; 3/ veiller à l'évaluation des actions conduites dans le domaine de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe ; 4/ superviser les formations des psychiatres, psychologues et infirmiers des CUMP ; 5/ mettre en œuvre un programme de recherches en psychiatrie de catastrophe ; et 6/ assurer la liaison avec les autres ministères intéressés.

La circulaire définissait le réseau des CUMP, couvrant les 100 départements du territoire national et comprenant d'une part 7 cellules permanentes interrégionales (régions de Lille, Paris, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse et

Nantes) dotées chacune d'un demi-poste de psychiatre, de psychologue et de secrétaire ; et d'autre part 93 CUMP départementales, dirigées par un psychiatre référent volontaire. Dans toutes les cellules devaient être établies des listes de volontaires psychiatres, psychologues et infirmiers. La mission des CUMP était de prévenir, réduire et traiter les blessures psychiques occasionnées par les catastrophes et accidents collectifs ; pour ce faire, 1/ de se rendre rapidement sur le terrain de la catastrophe (véhiculées par les SAMU), 2/ de prendre en charge les blessés psychiques, et de les trier pour assurer l'évacuation de ceux dont l'état l'exige, 3/ d'assurer la surveillance de ces blessés psychiques pendant les trente jours de la période post-immédiate, 4/ de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs (ou, à défaut, d'assurer la prise en charge spécifique des victimes traumatisées pendant la période différée-chronique). Dans leurs interventions de la période immédiate, les équipes CUMP sont intégrées aux équipes d'aide médicale urgente (SAMU). De son côté, le psychiatre coordonnateur interrégional : 1/ centralise les listes des personnels volontaires des CUMP de son interrégion, 2/ organise des formations spécifiques pour les personnels des CUMP de son interrégion, 3/ assure le soutien scientifique et technique des psychiatres référents de l'interrégion, 4/ assure le soutien opérationnel du réseau interrégional de psychiatres référents (en particulier, planifie et envoie des renforts interdépartementaux en cas de besoin).

Au bout de quelques années d'exercice des CUMP, on s'est rendu compte que les moyens qui leur avaient été alloués s'avéraient insuffisants, tellement la demande était forte, quoique filtrée par la régulation des SAMU pour refuser les demandes abusives. D'où la nouvelle circulaire DHOS/02 n° 2003-235 du 20 mai 2003, relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe. Le nombre des CUMP dotées de moyens en personnels (demi-postes de psychiatre, de psychologue et d'infirmier) et de moyens en matériel (communication, équipement) passe de 7 à 33, à savoir : une pour chacune des 22 régions administratives, plus une pour chacune de 11 grandes villes de plus d'un million d'habitants et présentant un haut risque de catastrophe. Les missions des CUMP régionales sont celles qui étaient précédemment dévolues aux CUMP interrégionales. Les ARH sont chargées de la gestion de ce nouveau dispositif « régional ». La circulaire rappelle que le dispositif des CUMP fonctionne en réseau, tant au niveau régional qu'au niveau départemental, et que le travail en réseau doit porter sur l'amont et l'aval des situations de catastrophes et impliquer les partenaires sanitaires et sociaux intéressés (Protection Civile, Croix-Rouge, Secours Catholique, équipes psychia-

triques de secteur, médecins scolaires, etc.); et elle prescrit qu'une formation initiale adéquate soit donnée aux personnels permanents des CUMP régionales.

Puis, dix ans après, le 7 janvier 2013, un décret (n° 2013-15) «relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles» intègre (section 5) le dispositif des CUMP dans l'organisation générale des urgences sanitaires. Un arrêté préalable (7 août 2012) a supprimé le comité national de l'urgence médico-psychologique, dont les fonctions seront désormais assurées par le département des urgences sanitaires du ministère de la santé. Le réseau des CUMP est hiérarchisé aux trois niveaux : départemental, régional et zonal (zones de défense). Et ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui prennent en charge les urgences médico-psychologiques. Sur le plan des moyens, les dispositions préalables accordant des moyens aux CUMP des 22 régions et des 11 grandes villes à risque sont maintenues, sous réserve de rentabilité : une CUMP peu sollicitée et peu active peut voir ses moyens remis en cause (évaluation effectuée par l'ARS). Le décret stipule en outre que les CUMP «n'ont pas vocation à assurer le suivi des patients au-delà des soins immédiats et post-immédiats», et que le relais de la prise en charge doit faire l'objet d'une organisation en liaison avec les équipes de secteur. Enfin, un référent national est chargé de la coordination du réseau.

PSN : *Quelles ont été les principales interventions menées par les CUMP depuis leur création ?*

LC : J'ai mentionné plus haut les premières interventions effectuées par les CUMP entre le 25 juillet 1995, date de l'ordre qui les créait, et le 28 mai 1997, date de parution de l'arrêté ministériel qui officialisait cette création. Il s'agit essentiellement des interventions occasionnées par la série d'attentats terroristes qui a sévi pendant l'été et l'automne 1995 à Paris et à Lyon. Il faut mentionner aussi l'intervention de psychiatres et de psychologues de la CUMP de Paris lors d'une prise d'otages dans une école à Clichy.

Ensuite, il y eut, pour ne citer que les interventions les plus notables : le soutien aux enfants rescapés d'une avalanche dans les Alpes (Les Orres, février 1998) et aux familles endeuillées ; l'intervention de la CUMP de Rouen à l'occasion d'une collision meurtrière d'une centaine de véhicules dans le brouillard sur l'autoroute de Normandie (Bourg-Achard, mars 1998) ; l'accueil dans différentes villes de France d'une centaine de naufragés d'un bateau de promenade (Lac de Bagnoles, Espagne, octobre 1998), le naufrage ayant fait vingt-cinq morts ; l'intervention de la CUMP de Lyon à l'occasion de l'incendie du tunnel du Mont-Blanc (soutien aux familles endeuillées, avril 1999) ;

plusieurs interventions des CUMP départementales et régionales à l'occasion d'inondations dans l'Aude, le Gard et le Tarn (1998 et 1999); l'intervention des CUMP de Paris, du Val d'Oise et des départements alsaciens (personnels germanophones) lors du crash de l'avion Concorde à Roissy, le 25 juillet 2000; l'intervention de la CUMP du Nord en avril 2001 auprès de la population de Vimy évacuée en hâte à cause de l'écroulement d'un entrepôt d'obus de gaz datant de la Première Guerre Mondiale; l'intervention de la CUMP de Haute-Garonne et des CUMP des départements voisins lors de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse le 21 septembre 2001; l'intervention de la CUMP de Loire Atlantique à l'occasion de l'écroulement de la passerelle du Queen Mary (Saint-Nazaire, 15 novembre 2003, 16 morts et 30 blessés); l'intervention de la CUMP du Haut-Rhin à l'occasion d'une explosion de gaz qui avait détruit un immeuble à Mulhouse (mai 2004, plusieurs morts); les interventions de la CUMP de Paris auprès des rescapés de plusieurs incendies d'immeubles (2005); diverses interventions des CUMP du Nord et du Pas-de-Calais à l'occasion d'inondations et de glissements de terrain (2006, 2007); l'intervention pendant plusieurs jours de la CUMP de Vendée et des CUMP des départements voisins, auprès des rescapés, des sinistrés et des endeuillés de la tempête Xynthia, survenue sur la côte atlantique le 27 février 2010 et ayant causé la mort de 47 personnes résidant en zone littorale inondable; et, plus récemment, la mobilisation des CUMP de Paris, des départements limitrophes et des régions voisines lors des deux attentats terroristes de l'année 2015 (Charlie Hebdo, 8 janvier; et Bataclan, 13 novembre, ce dernier ayant causé la mort de 130 victimes).

Les CUMP sont intervenues aussi à l'étranger, à la demande du ministère des affaires étrangères, pour le soutien de ressortissants français attaqués ou menacés lors d'événements de guerre et de catastrophe, et pendant leur rapatriement. Dans les années 1998-2007, ce furent des événements de guerre au Congo, en Côte d'Ivoire et au Liban. En 1999, il s'agissait, exceptionnellement, de porter secours sur place à une population étrangère (Kosovo), et d'accueillir transitoirement des exilés sur le territoire français. Le plus souvent, il s'est agi d'accompagner des familles endeuillées (de ressortissants français) sur les lieux d'un crash aérien à l'étranger: par exemple le crash aérien de Sharm-el-Sheik (Égypte, 224 morts) en janvier 2004, et celui de Maracaïbo (Venezuela, 152 morts) en août 2004, ou encore sur les lieux d'un crash en pleine mer (le vol Rio-Paris du 31 mai 2009, 221 disparus; et un avion au large des Comores, le 30 juin 2009, 152 morts et une seule survivante, adolescente). Trois interventions prolongées ont été assurées aussi: à l'occasion du Tsunami

du 24 décembre 2004 sur les côtes de l'Asie du Sud-Est (Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Sri-Lanka), où il s'agissait d'assurer le *defusing* des rescapés et leur soutien psychologique dans les vols de rapatriement, de les accueillir à Roissy et de soutenir les familles endeuillées ; à l'occasion du séisme d'Haïti de janvier 2011, où s'est posé le délicat problème du convoyage et de l'accueil (Roissy et Orly) des orphelins adoptés. Le 13 janvier 2012, ce fut le naufrage du paquebot de croisière Concordia au large de l'île de Giglio (Italie), faisant 32 morts sur 3 250 passagers dont 460 Français ; la CUMP de Paris a dépêché des personnels sur place, et les CUMP des départements des Alpes Maritimes, du Var et des Bouches du Rhône ont été accueillir les rescapés français à leur arrivée en autocar à la frontière italienne (certains rescapés avaient encore leur bouée autour du cou). Il convient aussi de mentionner l'activation des CUMP pour l'accueil et le *debriefing* des otages libérés (Philippines, 1999 ; Mer Rouge, 2008 ; Afghanistan, 2012 ; Iraq, 2012 ; Nigeria, 2013 ; Cameroun, 2013).

PSN : *Comment expliquer le succès des CUMP ? et comment évaluer leur activité ?*

LC : En vingt ans, de 1995 à 2015, les CUMP ont fait la preuve de leur activité : environ 1 000 interventions par an, y compris les interventions pour des incidents *a priori* limités mais en réalité à forte répercussion psycho-sociale, comme le suicide d'un élève dans un collège. Comme je le disais au début de cet entretien, elles ont répondu à un besoin qui n'était jusqu'alors pas couvert : soulager la souffrance psychique provoquée par le trauma. Car les CUMP dispensent des soins médico-psychologiques aux blessés psychiques, de même que les SAMU dispensent des soins médico-chirurgicaux aux blessés physiques. Et cette mission soignante n'est pas la même mission que la mission de porter secours aux victimes d'attentats et de catastrophe. Porter secours, c'est l'affaire des pompiers, des sauveteurs, de la Protection Civile et de la Croix-Rouge. Et ces organismes s'acquittent fort bien de ces tâches de secours, répondant aux besoins essentiels des victimes : besoin de sécurité, d'abri, de boisson, de nourriture, de vêtements, d'hygiène et aussi besoins cognitifs de savoir ce qui s'est passé et d'être informé sur les organismes dispensateurs d'aides diverses ; mais ils ne sont ni missionnés ni qualifiés pour dispenser des soins.

Pour en revenir à la mission de soins médico-psychologiques assurée par les CUMP, précisons qu'elle se déroule pendant les trois périodes : immédiate (les premières 24 heures), post-immédiate (du 2^e au 30^e jour), et différée-chroniques (au-delà du 30^e jour). Dans l'immédiat, il s'agit des opérations de *defusing* (déchocage ou désamorçage), individuel ou en petit groupe : 1/ assurer une

présence sécurisante, « contenant » (contre toute nouvelle menace d'effraction, et contre le risque de débordement émotionnel); 2/ inviter le sujet à s'exprimer (énoncer ce qu'il ressent), car s'exprimer, c'est récupérer une activité (la victime passive devient active), satisfaire le besoin spontané de sortir de soi le tourbillon post-effraction qui oppresse, convertir l'expérience sensorielle en mots (et donc donner du sens à l'indicible) afin de l'assimiler, et enfin revenir dans la communauté des vivants parlants (celui qui parle face à celui qui écoute). Outre le *défusung*, le personnel des CUMP évalue l'état psychique de chaque victime (stress adapté, stress dépassé, trauma) à des fins de triage et éventuellement d'évacuation. S'il le faut, par exemple pour réduire une grande excitation émotionnelle, il donne une médication sédatrice. Enfin, il informe les victimes sur leurs symptômes présents et à venir et leur distribue une notice reproduisant cette information et proposant un *débriefing* pour la semaine suivante. L'effet de cette notice s'est avéré utile car beaucoup de victimes, en état de choc, ne sont pas capables d'écouter les explications données à chaud, mais les intégreront le soir chez elles en lisant la notice à tête reposée.

Pendant la période post-immédiate, les personnels des CUMP assurent la surveillance et le suivi médico-psychologique des victimes, dont ils ont recueilli les coordonnées, et grâce à la notice. Certaines victimes, qui avaient refusé l'offre de soins dans l'immédiat, voient leur état psychique se détériorer dans les jours ou semaines qui suivent et, à la fois alertées et rassurées par la notice, viennent consulter les personnels des CUMP. Beaucoup de victimes acceptent l'offre de *debriefing* mentionnée sur la notice. Le *debriefing* ou bilan psychologique d'événement, peut être pratiqué individuellement ou en groupe. Ses objectifs sont les suivants : 1/ ménager un espace-temps intermédiaire entre l'événement traumatique et le monde normal ; 2/ conforter la personne (l'assurer qu'elle n'a pas été abandonnée, mais qu'elle doit recouvrer son autonomie); 3/ inciter à la verbalisation du vécu (une énonciation spontanée plutôt qu'un récit factuel); 4/ informer sur les symptômes et les lieux de consultation; 5/ faciliter l'identification du sujet aux autres; 6/ renforcer la cohésion du groupe (en évitant les dérives); 7/ aider à réduire les sentiments d'impuissance, d'échec et – dans une certaine mesure – de honte et de culpabilité; 8/ préparer le sujet à affronter sa famille et son entourage, et éventuellement les médias; 9/ repérer les sujets fragiles (et, en aparté, leur proposer un soutien); 10/ inviter le sujet à mettre un point final à son aventure. Le *debriefing* doit être assuré par des psychiatres et des psychologues des CUMP spécialement formés à cette procédure. Dans un article de 1999, Michel de Clercq et Étienne Vermeiren

critiquent à juste titre une méta-analyse hollandaise portant sur une douzaine de *debriefings* pratiqués en pays nordiques et anglo-saxons et mettant en doute leur efficacité : la méta-analyse ne tenait pas compte du fait que beaucoup de ces *debriefings* avaient été conduits par des personnels non « psy », et parfois même par des « *peers* » (des pairs) recrutés pour la circonstance et hâtivement formés, ce qui les vouait à l'échec.

La prise en charge pendant la période chronique pose parfois problème. Le décret de janvier 2013 stipule que les CUMP doivent passer la main aux soignants traditionnels (hôpitaux, centres médico-psychologiques de secteur, praticiens privés) pour cette prise en charge. Or, bien que, par comparaison aux années 1990, la pathologie et la thérapie du trauma soient mieux connues des psychiatres, certains praticiens persistent à le traiter comme une affection psychique banale, endogène ou remontant aux conflits de l'enfance. Beaucoup de victimes traumatisées que nous avons adressées à des praticiens « traditionnels » sont revenues nous voir, déçues, en disant : « mon psychiatre ne m'interroge pas sur mon trauma, il persiste à vouloir me faire parler de mes relations d'enfance avec mes parents ». La victime traumatisée est en pleine détresse et elle a besoin d'une compréhension empathique ; et elle risque de vivre comme une rebuffade la traditionnelle « neutralité bienveillante » derrière laquelle se sera retranché le thérapeute. D'autres praticiens se contentent de réduire les symptômes gênants d'insomnie, d'anxiété phobique et d'inhibition par la prescription de médicaments somnifères, anxiolytiques ou antidépresseurs ; mais les symptômes réapparaissent dès que le traitement cesse ; et, de toute façon, on n'a fait qu'écrêter le tableau clinique sans aborder la question du trauma. La pathologie des syndromes psycho-traumatiques (névrose traumatique ou trouble stress post-traumatique) est particulière, proche de la pathologie psychiatrique de guerre ; et sa réduction exige des approches thérapeutiques adaptées, visant non pas à faire oublier le trauma, mais à faire s'en souvenir autrement. La leçon des apports de Janet (1889) et de Freud (1893-95) est primordiale : il s'agit de faire revivre l'événement traumatique *in statu nascendi*, tel qu'il a été vécu sur le moment, de faire établir des associations d'idées à son sujet, et, surtout de faire transcrire en langage et en symboles le vécu brut, sensoriel, de l'expérience traumatique inaugurale. C'est à ce prix qu'on obtiendra la *catharsis*, ou soulagement éclairé, dont parlait Aristote au sujet du dénouement de la tragédie antique, lorsque le chœur ou le coryphée énonce une morale qui apporte vérité et sens là où il n'y avait que l'absurde et l'incompréhensible. Et, en fin de compte, à bien y regarder, toutes les thérapies efficaces du trauma sont peu ou prou

cathartiques : hypnose, narco-synthèse, EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*), contrat comportementaliste, psychothérapie de soutien centrée sur le trauma, et même psychothérapie d'inspiration psychanalytique explorant le trauma ; et toutes visent à faire opérer l'élaboration résiliente.

À notre connaissance, la France est le seul pays à avoir créé un dispositif de traitement et de triage sur place des blessés psychiques, comme elle l'avait fait pour les blessés physiques en créant les SAMU. Les autres pays, comme les États-Unis lors de l'attentat du World Trade Center le 11 septembre 2011, l'Espagne lors de l'attentat de la gare d'Atocha en 2004, et le Royaume-Uni lors de l'attentat de la station King's Cross en 2005, expédient les rescapés choqués dans les hôpitaux les plus proches, ce qui implique de faire impasse sur le temps initial de déchochage et des encombrements dans ces hôpitaux. Mais les mentalités évoluent : ainsi, lors d'un télé-débat organisé dix jours après l'attentat du World Trade Center par le Pr Juan-José Lopez-Ibor, de Madrid, et faisant communiquer des psychiatres de New York et de Washington avec leurs homologues de Londres, d'Amérique du Sud et de France (le Pr Lebigot et moi-même), alors que le Dr Eth, psychiatre de l'hôpital Saint-Andrew (le plus proche de l'attentat contre les deux tours jumelles) dit : « Habituellement, je prends mes rendez-vous au moins un mois à l'avance ; or, ce matin-là, j'ai vu une dizaine de rescapés affolés et couverts de poussière envahir mon bureau et m'informer de l'attentat ; je leur ai proposé un entretien de groupe, mais ils m'ont dit qu'il y en avait cent fois plus dans la rue ! Alors je pense que, pour faire face à des situations semblables, notre pays devrait instaurer un système d'équipes mobiles de psychiatres et de psychologues prêtes à se porter en urgence sur le terrain. » J'ai alors approuvé chaudement sa proposition, tout en lui faisant remarquer qu'un tel dispositif existait en France depuis 1995.

PSN : *Comment voyez-vous évoluer les CUMP ?*

LC : Par leur originalité novatrice, les CUMP constituaient un cas à part au sein des moyens d'action dont dispose le ministère de la santé ; un peu comme apparaissaient les SAMU lorsqu'ils furent créés sous l'impulsion des professeurs Lareng et Larcan, vingt ans auparavant. Mais, en moins de vingt ans, elles sont entrées dans le rang. Le décret du 7 janvier 2013 a intégré les CUMP, comme les SAMU d'ailleurs, au sein de l'organisation générale des urgences sanitaires, dont elles ne sont qu'un rouage. Cette disposition administrative leur a retiré tout ce qui leur conférait un semblant d'autonomie, voire d'émancipation. Le comité national de l'urgence médico-psychologique, par ses relations directes avec les ministères partenaires, permettait aux CUMP de mener une politique

concertée de réflexion et d'action ; sa suppression transfère automatiquement ces fonctions et ces prérogatives au bureau des urgences sanitaires du ministère de la santé. Tout ce que j'ai pu faire, pendant les tractations qui ont prélué à la mise en application du nouveau décret, a été de garantir aux CUMP leur structure en réseau, impliquant une unité de doctrine, une unité de formation et une souplesse de mobilisation, qui prévoit le recours aux CUMP départementales et régionales limitrophes en cas de catastrophe majeure dans un département.

Qui dit reprise en main administrative dit souci d'économie. Le nouveau décret stipule que les CUMP départementales renforcées (les 11 grandes villes) et même les CUMP régionales verront leur dotation de moyens remise en cause si leur activité s'avère trop faible. Or, dans l'ancien système, régi par les circulaires de 1997 et 2003, ce risque d'inactivité n'existait pas, puisque ces CUMP, outre leurs missions d'intervention en immédiat et en post-immédiat, étaient chargées d'assurer aussi le suivi et le traitement des victimes dans la période différée-chronique ; il était même recommandé à ces CUMP de créer des consultations spécialisées en psycho-traumatologie. Ces CUMP ne chômaient pas, dépêchées sur la brèche lors des interventions, et occupées à suivre en différé-chronique les victimes dont elles avaient entrepris le traitement en immédiat et en post-immédiat. En outre, les victimes de violence hors catastrophes pouvaient trouver auprès de la consultation « trauma » des thérapeutes bien au fait de leur pathologie. Désormais, privées de cette mission, certaines CUMP de province vont se trouver sous l'épée de Damoclès de l'activité dormante.

Le succès des CUMP a retenti dans les médias ; et ce n'est pas une mauvaise chose, car cela témoigne de la compassion du public pour les victimes psychiques, et de la reconnaissance de cette pathologie. Mais ce succès a incité des émules incompetents, outillés de leur seule bonne volonté, à se proclamer « cellules psychologiques » et à prétendre assurer la prise en charge psychologique (à défaut de médico-psychologique) des victimes, lorsqu'un attentat ou une catastrophe spectaculaire émeut l'opinion publique. Cet élan de bénévolat a même ouvert la voie à des dérives sectaires. L'effervescence de ces pseudo-cellules n'a d'égal que leur incompetence ; d'où leurs échecs à moyen et long terme, et la confusion qui risque, dans l'esprit du public, d'imputer ces échecs aux CUMP et de les discréditer. L'intervention médico-psychologique ne s'improvise pas ; elle doit être autorisée et assurée par des personnels – psychiatres, psychologues et infirmiers – compétents et spécialement formés à cette pratique. En ce sens, je préconise que l'action des CUMP demeure sérieuse, technique et autant que se peut discrète.

Références bibliographiques

- ARISTOTE (335 avant J.C.). *Poétique*, trad. fr. M. Magnien, Paris, Le Livre de Poche, 1 vol.
- BOUCHARD J.P., FRANCHI C., BOURREE C., LEPERS C. (2003). Explosion de l'usine AZF. Conséquences psychologiques sur le personnel d'une usine voisine. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 3, (4): 241-247.
- BOUTHILLON-HEITZMANN, L. CROCQ, H. JULIEN (1992). Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes. *Psychologie Médicale*, 24, 5, p. 465-72
- COQ J.M., CREMNITER D. (2007). Retour d'expérience sur les incendies parisiens de l'été 2005. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7, (4): 279-284.
- CREMNITER D. (2000). La catastrophe du Concorde: intervention médico-psychologique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, (3): 55-59.
- CROCQ L., PUECH D., ALBY J.M. (1988), Séquelles psychiques des victimes d'attentats et d'agressions, *LXXXVI^e Congrès de Psychiatrie et Neur. de Langue Française*, Chambéry, 13-17 juin, compte rendu, Paris, Masson, p. 467-474.
- CROCQ L. (1997), Incidences psychologiques de la prise d'otages, *Psychologie Française*, 42-3, p. 243-254.
- CROCQ L., DOUTHEAU C., LOUVILLE P., CREMNITER D. (1998), Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires, paniques et psychopathologie collective, *Encyclopédie Med-Chir*, 1998, Psychiatrie, 37-113-D-10, 8 p.
- CROCQ L. (1998), La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions, *Ann. Med.-Psychol.*, 156, p. 48-54.
- CROCQ L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris, Odile Jacob, 1 vol.
- CROCQ L. (2001). Intervention médico-psychologique auprès des victimes: le réseau des cellules d'urgence médico-psychologiques. Chap 12, pp. 189-202, in R. CARIO «*Œuvre de justice et victimes*», vol 1, Paris, L'Harmattan.
- CROCQ L. (2002). Special teams for medical/psychological intervention in disaster victims. *World Psychiatry*, 1 (1), pp. 154-155.
- CROCQ L. (2003). L'approche cathartique. *Stress et Trauma*, 3 (1), pp. 15-24.
- CROCQ L. (2004). Histoire du debriefing. *Pratiques psychologiques*, 10 (2004), pp. 291-318.
- CROCQ L. (2005). Histoire de la psychiatrie de l'avant dans les conflits armés. *Stress et Trauma*, 5 (1): 43-54.
- CROCQ L. (2005). Organization of mental health services for disaster victims. Chap 6, pp. 99-123, in J.J. LOPEZ-IBOR, "Disasters and mental health", London, J. Wiley and Sons Ltd.
- CROCQ L. et al. (2007). *Les traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris, Masson, 1 vol.
- CROCQ L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris, Odile Jacob, 1 vol.
- DE CLERCQ M., VERMEIREN E. (1999). Le debriefing psychologique: controverses, débat et réflexions. *Nervure*, XII, (6): 55-61.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*, précédées de *Communication préliminaire* (1893), trad. fr, Paris, P.U.F., 1953, 1 vol.
- JANET P. (1889). *L'automatisme psychologique*, Paris, Alcan, Paris, 1 vol.
- NAVARRÉ C. (2007). «Psy» des catastrophes. Dix années auprès des victimes. Paris, Imago, 1 vol.

- PASSAMAR M., VILAMOT B. (2007). Crash aérien de Maracaïbo. Accompagnement psychologique des familles des victimes. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7, (4): 285-289.
- PASSAMAR M., VILAMOT B., TELLIER O. (2001). Inondations dans le Tarn-Sud. Mise en place de la CUMP dans le cadre du plan ORSEC. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, (3): 149-154.
- PRIETO N. (2001). L'expérience de la catastrophe du tunnel du Mont-Blanc. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, (3): 45-48.