



Crise et urgences en psychiatrie

- 
- 
- **La crise** survient dans un contexte qui nécessite une adaptation.
 - **L'urgence** survient lorsque les possibilités d'adaptation sont dépassées et nécessite une intervention immédiate.

A decorative graphic on the left side of the slide. It features several thin, curved blue lines that sweep upwards and to the right. A thick, solid orange arrow points to the right, overlapping the blue lines. The background is a light blue gradient.

CRISE

L.G./C.G.O/ ULICE



Définition (s)...

- **Rupture d'équilibre** entre production et consommation.....
- « Forte » **manifestation** d'un sentiment...
- Manifestation « violente » d'un **état** morbide....

?

La crise économique



La crise écologique



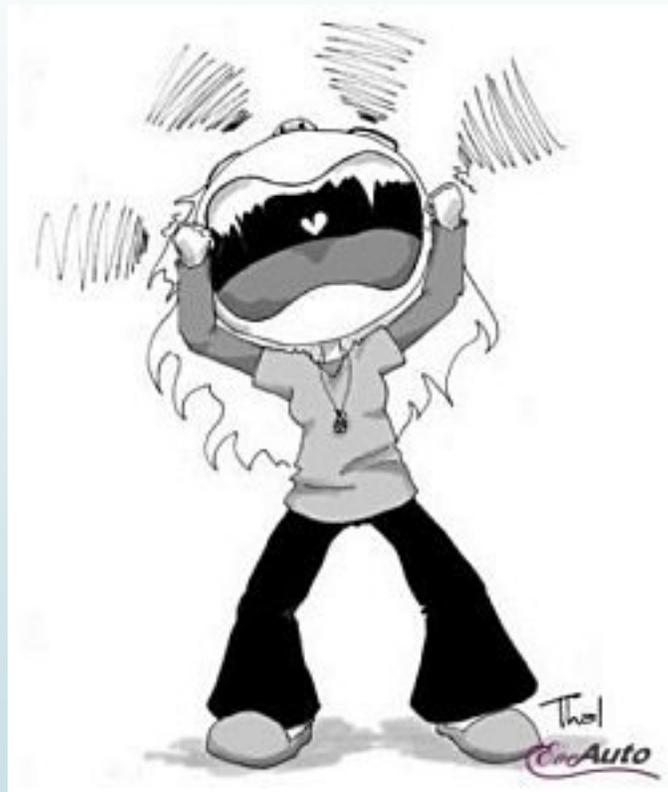
La crise sanitaire



La crise d'adolescence



La crise de nerfs





ETYMOLOGIE

L.G./C.G.O./ ULICE

Crisis

- « *assaut de la nature* » (Sénèque)
- Manifestation paroxystique d'une maladie (*lat. méd.*)

Notion de soudaineté, d'intensité (urgence)



Κρίσις (crisis)

- Action de décider (décision)
- Ce qui est décidé (jugement)

Notion de choix, de discrimination
Situation nécessitant une prise de décision



危机

- 危 [wēi] = danger
- 机 [jī] = opportunité



Opportunité dans une situation de danger...
Danger si on ne peut saisir l'opportunité...

en anglais...

- crise cardiaque : "*heart attack*"
- crise existentielle : "*period of dramatic self-doubt*"

Différentes temporalités de la crise





D'un point de vue systémique



Systemique

Issu du grec Συστεμα (ensemble organisé), ce terme caractérise ce qui concerne un système ou qui agit sur un système.

« Il n'y a pas d'individu malade en soi mais des systèmes sociaux et familiaux qui induisent des pathologies. »

Paul Watzlawick



Systemique

- Lorsqu'un système s'oppose au changement, des comportements pathologiques peuvent alors apparaître. On parle alors de crise pathologique.
- Bien que souvent vécue douloureusement, la crise est aussi un moment fécond nécessaire pour qu'un changement survienne.



Systemique

- La crise n'est pas un processus pathologique mais une réaction physiologique propre à tout système vivant.
- D'un point de vue systémique, la crise est l'état d'un système au moment où un changement est imminent.
 - La crise n'est jamais le fait d'un individu isolé.
 - La crise n'est pas le changement.



Modèle homéostatique

- Le système vise à conserver son **équilibre** en s'opposant au changement.
- Le symptôme, comme les autres comportements, participe à la stabilisation rigide du système.
- La crise est un indice de pathologie du système :
la famille ne peut évoluer vers une organisation plus saine.



Modèle évolutif

- Le système est en équilibre dynamique constamment soumis à des fluctuations.
- Le système évolue en passant par des **états stationnaires différents** (irréversibilité).
- La crise est un moment d'extrême instabilité du système qui peut conduire vers un nouvel état.



Systemique

- Principe de totalité
- Principe de non-sommativité
- Principe de circularité
- Principe d'homéostasie
- Principe d'équifinalité



Totalité

- ▶ Le **comportement** des éléments du système **est une conséquence** du fonctionnement du système et non l'inverse.
- ▶ "**Jeu de domino**" : le comportement de l'un fait apparaître des comportements nouveaux chez les autres.
- ▶ Le comportement est dans une **boucle d'interactions**



Non-sommativité

- Un système **est supérieur à la somme** de ses éléments.
- Les interactions entre les personnes : le système peut faire éteindre les qualités d'un membre.
- Les propriétés émergentes du système.



Circularité

- Nous sommes impliqués dans des schémas de comportements récurrents, provoqués de façon réactive et mutuellement renforcés.

(notion de feedback)

- Ex. : Mme harcèle-t-elle son mari parce qu'il boit ou boit-il parce que sa femme le harcèle ?



Equifinalité

- **Plusieurs raisons** font qu'un système fonctionne et s'organise aujourd'hui de cette façon.
- La structure actuelle des interactions d'un système explique mieux son fonctionnement que l'histoire du système.
- Ex. : La maltraitance (résultat final) mais conditions initiales différentes.



Homéostasie

- Tout système tend à maintenir sa stabilité, même au prix de la souffrance d'un de ses membres.
- Le symptôme **a une double fonction** : il permet le maintien d'un fonctionnement tout en signalant la nécessité d'un changement.



Communication

- La communication est inévitable entre les humains :
 - Tout comportement a valeur de message.
 - « on ne peut pas ne pas communiquer ».



INTERVENTION PSYCHIATRIQUE DE CRISE



Intervention de crise

- La crise amène le système à s'ouvrir par l'adresse d'une demande à une structure de soins.

Constitution du système thérapeutique
Demande de non changement (fonction du symptôme)



Intervention de crise

Le recours à "la psychiatrie" peut constituer en soi une réponse à la demande du système, qui :

- désamorce la crise systémique en bloquant la nécessité de changement par le retour à une homéostasie ;
- apprend au système que "la psychiatrie" constitue une solution aux crises ultérieures.

Toute réponse "psychiatrique" implique un risque de fermeture des possibilités de changement.



Intervention de crise

L'intervention psychiatrique de crise vise donc à :

- éviter cette fermeture du système ;
- accompagner le système vers un nouvel état.

Pour cela, il faut à la fois :

- contenir les manifestations liées à l'instabilité du système (symptômes, souffrance...) ;
- soutenir la tendance du système au changement.



Contenir la crise

- ▶ Créer un "contexte d'intervention" :
 - ▶ définir un cadre contenant (espace et temps) ;
 - ▶ proposer un traitement symptomatique.
- ▶ Reconnaître la crise :
 - ▶ prendre en compte la souffrance et les limites de chaque acteur du système (anxyolyse, arrêt de travail...)
 - ▶ dramatiser...
- ▶ Définir le problème en termes de crise du système
(hypothèse de crise)



Soutenir le changement

- Impliquer l'ensemble du système dans le travail de crise.
- Centrer le travail sur la redéfinition des relations exigée par la crise du système.
- Mettre en valeur les ressources du système.
(partialité multidirectionnelle...)



Objectifs

- Faciliter l'accès aux soins psychiatriques.
- Proposer des alternatives à l'hospitalisation.
- Développer le travail en réseau (articulation avec acteurs de soin, sociaux, associatifs...)



Modalités

- Mobilisation de l'entourage concerné (famille, institutions, aidants...).
- Interventions en binôme (psychiatre, psychologue, infirmier).
- Prise en charge courte (2 mois ou 10 entretiens).



PEC « type »

- Accueil téléphonique
(recueil d'informations et évaluation de la crise).
- Interventions et/ou entretiens
(hypothèse de crise et définition d'objectif).
- Orientation ou relais vers structure adaptée
(sanitaire, sociale...).



Soins infirmiers et urgence medico-psychologique

La CUMP: Définition

Dispositif sanitaire de prise en charge médico-psychologique précoce des blessés psychiques (ou "impliqués") dans les **situations d'urgence collective** :

Accidents catastrophiques, catastrophes, ou encore attentats...



Bataclan 13/11/2015



AZF Toulouse 21/09/2001



Nice 14/07/2016

Quelques rappels historiques

- Mise en place de la première CUMP, à Paris en **1995**, fait suite aux attentats perpétrés en France la même année.
- Deux ans plus tard, la circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai **1997** porte à sept le nombre des CUMP permanentes (Marseille, Toulouse, Nantes, Lille, Lyon, Nancy et Paris) et officialise leur existence .
- Dans les départements dépourvus de CUMP permanente, un psychiatre référent départemental de l'urgence MP est nommé.
- En **2003**, en réponse à des sollicitations croissantes, ce réseau est renforcé par la création de 30 nouvelles CUMP .
- Il existe alors une CUMP permanente dans tous les départements chefs-lieux de région ainsi que dans les départements de plus d'un million d'habitants.
- **Depuis 2013**, le dispositif est inscrit dans le Code de la Santé Publique et chaque département français doit posséder une CUMP



Mission

- ▶ Sous la responsabilité d'un médecin psychiatre référent
- ▶ Dédiée à la prise en charge médico psychologique (MP) précoce des victimes et sauveteurs en cas « de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques »:
 - ▶ immédiate (notamment sur le terrain)
 - ▶ post-immédiate (différée de quelques jours à quelques semaines)

Organisation

- ▶ **La CUMP dite « régionale »**, constituée dans l'établissement de santé siège de SAMU désignée par l'agence régionale ;
- ▶ - **La CUMP dite « renforcée »**, constituée dans les établissements de santé sièges de SAMU désignés par l'ARS sur la base des critères suivants :
 - Lorsque le dispositif mis en place ne permet pas de répondre aux besoins spécifiques de la région ;
 - L'évaluation des risques liés à la présence, dans le département, de dangers spécifiques
 - L'importance de l'activité de l'urgence médico-psychologique au sein du département.
- ▶ En cas de situation sanitaire exceptionnelle, **la cellule médico-psychologique zonale** est chargée de coordonner la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologiques de la zone de défense.



Organisation

- ▶ L'**ARS** s'assure que chaque établissement de santé siège d'un Service d'aide médicale urgente (SAMU) comporte une CUMP dite « **CUMP départementale** ».
- ▶ Chaque CUMP départementale constitue une unité fonctionnelle **rattachée au SAMU**.
- ▶ Elle est coordonnée par un psychiatre référent désigné par l'ARS.
- ▶ Un psychologue référent ou un infirmier peut être désigné par l'ARS comme référent en l'absence de psychiatre volontaire



L'équipe



- ▶ Le dispositif repose sur des **personnels et professionnels de santé volontaires** (psychiatres, psychologues, infirmiers spécialistes ou compétents en santé mentale) ayant reçu une formation initiale et continue spécifique organisée et délivrée par les référents de chaque CUMP avec l'appui de la CUMP régionale et de la CUMP zonale.
- ▶ **D'autres catégories de personnels** que ceux composant la CUMP (assistants socio-éducatifs, assistants médico-administratifs, ambulanciers) peuvent assister la CUMP **si besoin** et dans la limite de leurs compétences notamment lors de ses interventions.
- ▶ La participation de ces personnels et professionnels de santé volontaires fait l'objet d'une **convention passée** entre l'établissement de santé siège du SAMU et l'établissement de santé de rattachement de ces personnels ou professionnels de santé



Motif d'alerte

- Il est recommandé d'alerter la CUMP :
- ● dans les situations où l'impact émotionnel est estimé inhabituellement fort par les secours
- ● dans les situations où l'impact émotionnel est estimé inhabituellement fort par les secours médicaux ;
- ● dans les événements potentiellement traumatiques où la réaction émotionnelle provoque la désorganisation des moyens de secours ;
- ● dans les événements potentiellement traumatiques entraînant une situation de chaos (confusion générale) ;
- ● dans les événements potentiellement traumatiques entraînant la déstabilisation d'un groupe social (incapacité de réaction, sidération).



ne pas alerter la CUMP

- ▶ ● dans les problèmes de violence sociétale, les mouvements de revendication, ou les négociations ;
- ▶ ● dans tous les cas de mort inattendue du nourrisson ;
- ▶ ● en cas d'urgence psychiatrique.



En suspens

- ▶ peut être recommandé d'alerter la CUMP :
 - ▶ ● les situations où l'impact émotionnel est estimé fort par les témoins ;
 - ▶ ● tous les cas de suicide en milieu professionnel ;
 - ▶ ● tous les cas de mort violente survenue dans le cadre familial.
- ▶ ne peut être recommandé d'alerter systématiquement la CUMP :
 - ▶ ● lors d'un événement à valence sociale ou impact médiatique élevés ;
 - ▶ ● en cas de décès accidentel en milieu professionnel ;
 - ▶ ● en préventif, dans la crainte de la survenue d'un événement potentiellement traumatique



Les soins immédiats « sur le terrain »

- ▶ L'objectif essentiel des soins immédiats est la réduction de l'impact psychique engendré par l'événement potentiellement traumatique ; impact individuel, mais également collectif ou institutionnel.
- ▶ Les événements dits « à fort impact collectif » vont engendrer une charge émotionnelle massive source de désordre et de crise qu'il va falloir impérativement prendre en compte et réduire pour ne pas renvoyer aux victimes une image de chaos très délétère pour elles.
- ▶ Pour cela, la mise en place d'un cadre organisationnel, l'aide aux autorités et aux sauveteurs pour garantir les besoins humains fondamentaux immédiats et les conseils en matière de communication et d'information s'avèrent essentiels

La CUMP: Création

- Au lendemain de l'attentat terroriste à l'explosif perpétré le 25 juillet 1995 à la station de métro Saint-Michel à Paris,

- Le secrétariat d'État à l'action Humanitaire d'Urgence **Xavier Emmanuelli** reçoit sa mission (**J.Chirac**) de constituer un organisme approprié à la prise en charge de " blessés psychiques ".



- Composée de douze membres - psychiatres et psychologues, la " Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pour les victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs "; sous les recommandations du Général **Louis Crocq** (Médecin général psychiatre des Armées) est créée

La CUMP: Axes principaux

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.

La CUMP: Législation

- ▶ Des réunions de concertation sont organisées au Secrétariat d'État à la Santé, de septembre 1996 à mai 1997, aboutissant à la parution de deux textes officiels, sous le sceau des deux Secrétariats d'État :
 - **Un arrêté du 29 mai 97**, 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
 - **Le décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013** relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles modifie l'organisation des urgences médico-psychologiques
- ▶ **-Le décret du 6 octobre 2016** relatif à l'organisation de la réponse du système de santé ("dispositif ORSAN") et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013

- ▶ Inscrit l'urgence médico-psychologique dans le **code la santé publique** et permet de répondre aux objectifs suivants :
 - **Consolider** le dispositif existant des cellules d'urgence Médico-Psychologique (CUMP) ;
 - Mieux **positionner l'urgence médico-psychologique** dans l'offre de soins sous la responsabilité de l'ARS et rattacher cette activité à l'aide médicale urgente ;
 - **Normaliser le fonctionnement** des CUMP et **assurer la protection** des professionnels de santé volontaires ;
 - **Coordonner l'activité** des CUMP ;
 - **Clarifier le financement** du dispositif ;
 - **Redynamiser** l'animation territoriale et nationale.

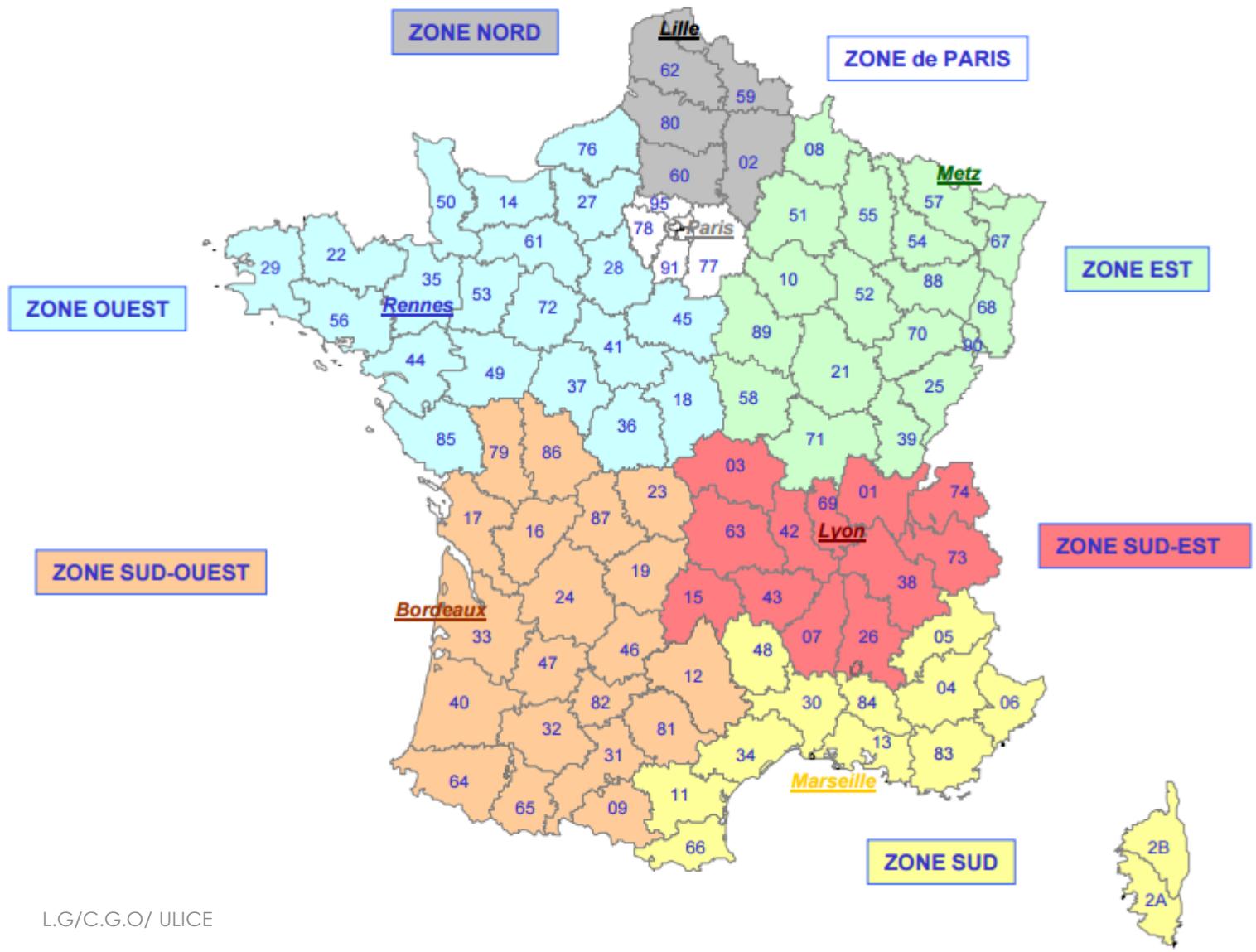
« Dispositif ORSAN »

- ▶ Le cadre réglementaire de l'urgence médico-psychologique a été **renforcé notamment** pour optimiser la prise en charge des blessés psychiques lors d'urgences collectives **en particulier les attentats**.
- ▶ **Le décret du 6 octobre 2016** relatif à l'organisation de la réponse du système de santé ("dispositif ORSAN") et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles **créé le volet médico-psychologique dans le dispositif ORSAN** pour répondre aux besoins des victimes.
- ▶ Ce cadre réglementaire permet de disposer, sur l'ensemble du territoire, d'un **réseau national de l'urgence médico-psychologique** cohérent et homogène, composé d'équipes pluridisciplinaires associant, d'une part, des professionnels spécialistes ou compétents en santé mentale formés sur la base d'un référentiel national et, d'autre part, des volontaires aptes à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique.

Rôle de l'ARS

- L'ARS **élabore le volet d'urgence médico-psychologique dispositif ORSAN** avec l'appui de la CUMP régionale.
- Ce volet est destiné à assurer la **mobilisation des CUMP de la région au bénéfice d'une CUMP départementale** impactée par un événement dépassant ses capacités propres de réponse.
- Ce dispositif repose sur des professionnels de santé volontaires (psychiatres, psychologues, infirmiers)
- Afin de consolider ce dispositif basé sur le volontariat, l'ARS détermine les établissements de santé sièges de SAMU, dotés de personnels financés dans le cadre d'une mission d'intérêt général dédiée :
- - La CUMP dite « régionale », constituée dans l'établissement de santé siège de SAMU désignée par l'agence régionale ;
- La CUMP dite « renforcée », constituée dans les établissements de santé sièges de SAMU désignés par l'ARS sur la base des critères suivants :
 - Lorsque le dispositif mis en place ne permet pas de répondre aux besoins spécifiques de la région ;
 - L'évaluation des risques liés à la présence, dans le département, de dangers spécifiques ;
 - L'importance de l'activité de l'urgence médico-psychologique au sein du département.
- En cas de situation sanitaire exceptionnelle, la cellule médico-psychologique zonale est chargée de coordonner la mobilisation des cellules d'urgence médico-psychologiques de la zone de défense.

LES 7 ZONES DE DEFENSE ET DE SECURITE et leurs chefs-lieux



L.G./C.G.O/ ULICE

HFDS/Santé - octobre 2010

LES 5 ZONES DE DEFENSE ET DE SECURITE EN OUTRE MER

ZONE DES ANTILLES



Comprend les départements de :

- la Martinique
- la Guadeloupe

ZONE DE GUYANE



Comprend le département de la Guyane

ZONE SUD DE L'OCEAN INDIEN



Comprend :

- le département de la Réunion
- les îles relevant de la souveraineté de la France
- la collectivité territoriale de Mayotte
- les terres australes et antarctiques françaises



ZONE DE LA NOUVELLE CALEDONIE



Comprend :

- le territoire de la Nouvelle Calédonie
- le territoire de Wallis et Futuna



ZONE DE LA POLYNESIE FRANCAISE



Comprend le territoire de la Polynésie française

Ville = chef lieu de zone

Missions des CUMP

- ▶ Coordonner et assurer un dispositif de prise en charge immédiate sur le terrain, intervention post immédiate dans les jours qui suivent et à plus long termes des victimes et des impliqués
- ▶ Définir des schémas types d'intervention
- ▶ Assurer la formation des volontaires des équipes du département et des département de la région
- ▶ Assurer une coordination régionale des cellules du département
- ▶ Assurer une consultation de psycho traumatisme régulière (pour la prise en charge à moyen terme des personnes prises en charge sur le terrain ou orientées par les partenaires extérieurs

Mission CUMP

- ▶ La CUMP n'a pas vocation à assurer le suivi prolongé des personnes pour lesquelles cela est nécessaire. Celles-ci sont alors orientées vers des professionnels susceptibles de les prendre en charge.
- ▶ Les CUMP travaillent étroitement avec les autres forces de secours comme les sauveteurs socio-psychologique de la [Protection Civile](#) et de [Croix rouge française](#));
- ▶ Dans le cadre d'événements catastrophiques, la CUMP est normalement mise en œuvre en parallèle à un plan d'urgence gérant la catastrophe en elle-même : [plan blanc](#), [plan rouge](#), [plan particulier d'intervention](#), [plan Piratox](#)... Les victimes sont envoyées vers la CUMP après [triage médical](#) : seules les victimes valides, parfois appelées « les impliqués », sont prises en charge par cette structure, les victimes blessées étant prise en charge par la chaîne médicale.
- ▶ Lors du tri, les victimes valides sont parfois étiquetées UMP pour « urgence médico-psychologique ».

Articulation de la CUMP

► **Comite national missions:**

- de définir des objectifs et une doctrine d'intervention des CUMP,
- de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique,
- d'assurer l'évaluation des actions conduites par le réseau,
- de superviser les formations (formation initiale et formation continue) des personnels des CUMP, psychiatres, psychologues et infirmiers,
- de mettre en oeuvre un programme de recherches en psychiatrie de catastrophe.

► **Cellules régionales permanentes:**

Temps de psychiatre

Temps de psychologue

Temps de secrétaire

Liste de volontaire

► **Cellules départementales:**

Psychiatre référent

Liste de volontaire

Les psycho traumatismes

a) Psychotraumatisme réaction normale ou pathologie psychiatrique?

- C'est un état de réaction normal à un stress suite à un événement de grande violence
- La réaction est adaptée aux circonstances
- Elle est de courte durée

On parle d'« **état de stress aigu** »

Lorsque les troubles s'installent dans la durée de manière plus ou moins grave

On parle « **d'Etat de Stress Post-Traumatique** » (ESPT)

L'ESPT est une pathologie psychiatrique nécessitant des soins

b) Quel type d'événement peut provoquer un psychotraumatisme?

Lorsque la personne a vécu ou a assisté à un événement (voir plusieurs) mettant en danger la vie ou l'intégrité physique.

Les événements d'origines humaines sous tendues par une intention de nuire sont plus pourvoyeuses d'ESPT (attentats, agressions, braquages,...) que les catastrophes naturelles.

On trouve ainsi:

60 à 80% d'ESPT chez les personnes victimes de viol

10 à 30% chez les personnes victimes d'attentats

5 à 10% chez les personnes victimes de catastrophes naturelles

c) Qui va développer un Etat de Stress Post Traumatique?

Tout le monde peut le développer , mais tout le monde ne le développera pas, tout dépendra du sujet :

Histoire de vie, fragilité psychique, événement antérieur ou pas, contexte social
(guerres mondiales,
Guerre du vietnam



ETAT DE STRESS AIGU

Symptômes immédiat

- ▶ Agitation anxieuse
- ▶ Fuite panique
- ▶ Confusion
- ▶ Stupeur
- ▶ Angoisse
- ▶ Pleurs
- ▶ Difficultés de verbalisation
- ▶ Actes automatiques
- ▶ Sidération
- ▶ Symptômes dissociatifs aigues

Symptômes ultérieurs

- ▶ Flash-back
- ▶ Hyper vigilance
- ▶ Conduites d'évitements
- ▶ Troubles du sommeil
- ▶ Troubles de l'appetit
- ▶ Labilité émotionnelle
- ▶ Tristesse de l'humeur
- ▶ Idées de culpabilité
- ▶ Sentiment de honte
- ▶ Idée suicidaire

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Entre **1 mois et 6 mois**

Peut être précédé par un état de latence plus ou moins long (mois, voir des années), après l'état de stress aigu e ou même en l'absence de stress aigu.

Trois grands groupe de symptômes:

➤ **Syndrome de reviviscence:**

Souvenirs de l'événement provoqué par des souvenirs (odeurs, images, bruits,...)

Impressions de revivre l'événement

Cauchemars à répétition

« Flashbacks »

Ces symptômes sont toujours vécus avec une angoisse intense, jusqu'à envahir tous le quotidien.

➤ **Syndrome d'évitement**

éviter les situations qui réactive l'angoisse (lieu, circonstance , date, ..) d'où un repli sur lui-même

Éviter ses propres pensées d'où amnésie de l'événement traumatique.

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

➤ **Syndrome d'hyper activité neuro-végétative:**

État d'alerte permanent , la personne présente des réactions de sursaut permanent (chien battu)

Grande irritabilité, troubles de l'attention , troubles de la concentration.

Sur le long terme ESPT peut entraîner un changement complet de la personnalité,

attitude méfiante et hostile, retrait social, sentiment de vide, perte d'espoir et détachement

Affectif.

Dans 75% des cas il existe une pathologie associée, et c'est très souvent à cette occasion que le diagnostic est posé:

-Dépressions sont les plus fréquentes, mais également les troubles anxieux (généralisées, phobiques)

-Conduites suicidaires (particulièrement chez les personnes victimes de violences sexuelle dans l'enfance)

-troubles du comportement alimentaire

-Troubles du sommeil

-troubles sexuels

Les conduites addictives (alcools, drogues,...) vont concerner 30 à 50% des patients

Rôle infirmier en intervention CUMP

- mener des entretiens psychothérapeutiques d'urgence, individuels ou de groupe
- administrer des psychotropes sur prescription médicale ;
- informer oralement puis remettre à chaque personne concernée une note d'information expliquant la nature des symptômes de stress immédiat et post-immédiat ;
- exercer une surveillance sur place et, après avoir repéré les personnes en besoin, orienter vers les structures de soins adaptées ;
- poursuivre cette prise en charge en post-immédiat ou au long cours dans le cadre de consultations de psycho-traumatisme infirmières et médicales.

Techniques de soins: Le défusing

- **Type de technique:** soin relationnel d'urgence en cas de blessure psychique (réelle ou potentielle)
- **Objectif de la technique:** reprendre contact avec le réel
- **Délai d'intervention:** immédiatement dans les premières 24 heures
- **Lieu d'intervention:** le PUMP (Poste d'urgence médico psychologique), sur les lieux de l'évènement intégré aux autres dispositifs de secours
- **Attitude des intervenants:** posture d'accompagnement, attitude de soutien et d'écoute patiente
- **Nombre de victimes par entretien:** individuel ou collectif (respecter les groupes spontanément constitués)
- **Durée des entretiens:** 20 à 30 minutes



Le débriefing

Type de technique: méthode d'entretien structuré visant à la reconstruction cognitive et émotionnelle

Objectif de la technique: assimiler le choc traumatique en souvenir non traumatique

Délai d'intervention : post immédiat, du 2^è me au 10^è me jour parfois plus tard

Lieu d'intervention: la CUMP accueille les victimes dans un espace sécurisant (à proximité du lieu de l'évènement)

Attitude des intervenants: posture d'encadrement bienveillant, soutien technique non intrusif et non influant

Nombre de victimes par entretien: collectif, en petits groupes homogènes

Durée des entretiens : 20 minutes à 1 heure



GUIDE MÉTHODOLOGIQUE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ACCIDENTS COLLECTIFS



L.G./C.G.O./ ULIC

NOVEMBRE 2017



Pour en savoir plus

- ▶ https://www.researchgate.net/publication/322105593_Organisation_et_modalites_d'intervention_des_Cellules_d'Urgence_Medicopsychologique_Recommandations_de_la_Societe_francaise_de_medecine_d'urgence_SFMU_en_collaboration_avec_l'Association_de_formation_



Instruction du **6 janvier 2017** relative à **l'organisation de** la prise en charge de l'urgence médico-psychologique

Arrêté du **27 décembre 2016** fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique

Décret du **6 octobre 2016** relatif à l'organisation de la réponse du système de santé ("dispositif ORSAN") et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Arrêté du **24 février 2014** relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et des professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique

Arrêté du **12 juillet 2013** portant nomination du psychiatre référent national

Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles

Source :

Direction générale de la santé
Département des urgences sanitaires
14, avenue Duquesne
75007 Paris

- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>