

## L'INTERVENTION D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Conférence organisée par l'ARAPS avec les interventions de **Clara DUCHET**, psychologue clinicienne, CUMP de Paris, Sapeurs Pompiers des Yvelines, et du **Dr Jean Marc BENKEMOUN**, psychiatre, Sapeurs Pompiers des Yvelines.

L'intervention d'urgence médico-psychologique est une démarche nouvelle pour répondre aux besoins des personnes, victimes d'évènements exceptionnels.

### Origine des Cellules d'Urgence Médico-psychologique.

La première Cellule d'Urgence Médico-psychologique, dirigée par le Pr. L. CROCQ, a été mise en place à la demande du gouvernement, en juillet 95, à Paris, suite aux attentats du RER St Michel.

Elle correspond également à un besoin qui s'est exprimé lors de consultations psychothérapeutiques de victimes, développées suite aux attentats de 1986.

Ce type d'intervention a trouvé sa légitimité première après l'évaluation des victimes de guerre, dont 30 % en moyenne souffrent de troubles post-traumatiques sur le plan psychique.

La clinique a prouvé par la suite l'extrême importance d'une prise en charge précoce, facilitant l'abréaction d'un vécu douloureux au plus près de l'évènement ou catastrophe (naturelle, urbaine, etc.), avant que le non-dit s'installe. Cette prise en charge précoce a donc pour but de diminuer le risque de développer des troubles psychiques post-traumatiques.

Suite à cette première expérience, qui a permis une soixantaine d'interventions en trois ans, en Ile de France et à l'étranger (rapatriement de victimes, missions d'évaluation sanitaire dans des situations de guerre, etc.), six autres cellules régionales ont été mises en place sur la France en 1998, et actuellement, d'autres structures départementales prennent le relais.

Ainsi, dans le département des Yvelines, au sein de la direction des Sapeurs Pompiers, une équipe réduite (un psychiatre, une psychologue) s'est constituée, avec pour vocation d'élargir son champ d'action, grâce au partenariat d'autres spécialistes de la région.

Le déclenchement de la cellule d'urgence se fait généralement à la régulation des SAMU, SMUR, Sapeurs Pompiers qui contactent par radiomessagerie le psychiatre de garde, en cas d'évènements exceptionnels. Cette procédure est désormais prévue dans la dernière version du « **Plan Blanc** » de l'Assistance Publique et des Hôpitaux, elle concerne des catastrophes, sinistres

ou accidents graves causant un grand nombre de victimes sur le territoire français.

En cas d'intervention spécifique (comme l'accueil des rapatriés du Congo, en juin 97), le déclenchement de la cellule peut émaner du préfet, du gouvernement ou du ministère compétent.

Nos interventions ont concerné des attentats terroristes (St Michel, Richard Lenoir, Orsay, Maison Blanche, Bastia, Etoile, Port Royal, etc.), des prises d'otages (Airbus d'Alger, école de Clichy, banques, etc.), des accidents « domestiques » (explosion de gaz dans un immeuble, incendie au CEA, etc.), des catastrophes naturelles ou provoquées (avalanche des Orres, inondations, etc.) et des familles de victimes ou des rapatriés (crash d'avion du TWA, crash d'avion au Sénégal, rapatriés du Congo pris dans les combats,...).

### L'intervention immédiate et le débriefing.

L'intervention dite « **immédiate** » se déroule sur le terrain, et si les secours médicaux participent à l'opération, la Cellule s'intègre au dispositif. Un poste de Secours Médico-psychologique est mis en place, il doit permettre d'accueillir et de donner les premiers soins médico-psychologiques aux victimes qui y sont dirigées.

Toute personne passant par ce poste est alors répertoriée sur une liste, **évaluée cliniquement**, peut recevoir un **traitement** médicamenteux adapté à son état (anxiolytiques, sédatifs, etc.), reçoit une note d'information et bénéficie d'un **entretien psychologique** avant d'être évacuée à son domicile ou dans un établissement spécialisé (hôpital, centre d'hébergement, etc.)

Il s'agit donc d'intervenir le plus rapidement possible après une catastrophe vécue collectivement, avant que le vécu de cet événement ne devienne « *indicible* », sachant que celui-ci ne sera jamais « *invisible* » pour les personnes impliquées.

Dans les jours suivants, nous travaillons sur le mode du « débriefing », terme d'origine anglo-saxonne, qui désignait au départ le bilan technique des opérations effectuées, ce temps de parole étant nécessaire au retour d'une intervention sanitaire, militaire, etc. Ce terme, technique au départ, a été étendu au domaine de la psychologie par les Américains. L'utilité de cette prise en charge précoce, appelée aussi « **psychiatrie de l'avant** », est désormais reconnue.

Les principaux objectifs du débriefing psychologique sont les suivants :

- ✓ informer et re-situer la victime dans le temps et dans l'espace actuel,
- ✓ faire parler de l'évènement afin de le maîtriser par le langage,
- ✓ faire prendre conscience de la normalité des émotions et des réactions,
- ✓ évoquer les sentiments négatifs de culpabilité, d'impuissance, d'échec, en les laissant s'exprimer, sans chercher à les nier ou les minimiser,
- ✓ mettre à plat les tensions de groupe, résoudre les conflits lors d'interventions en milieux professionnels,
- ✓ mettre en garde contre la tendance à tenir dans l'urgence des propos inconsidérés en présence des médias, qui encouragent généralement un discours factuel, en contradiction avec l'expression du vécu émotionnel en jeu ici,
- ✓ informer sur les symptômes pouvant survenir, les dédramatiser à l'avance,
- ✓ repérer les sujets les plus vulnérables à prendre en charge individuellement,
- ✓ mettre un point final à l'évènement,
- ✓ orienter positivement vers l'avenir.

Cette prise en charge de courte durée suffit généralement à éviter toute rumination mentale ultérieure, et toute pathologie, si elle est menée à temps et par une équipe spécialisée.

Seulement, dans certains cas, il faut envisager un suivi thérapeutique à plus long terme. L'évènement traumatique a, en effet, provoqué un grand bouleversement dans la vie et sur la personnalité de certains sujets ; soit du fait d'une plus grande fragilité psychique, soit du fait du vécu d'autres évènements particulièrement difficiles (deuils, etc.).

Son intérêt pour les patients ne semble plus à démontrer aujourd'hui... Néanmoins, une minorité de praticiens semble encore douter de l'efficacité d'une intervention psychologique dans l'urgence après un évènement : il reste à déterminer s'ils évoquent la sidération présentée par certains sujets qui peut effectivement entraver l'abréaction dans un premier temps, ou si entre en jeu leur propre résistance... **S'il est vrai que nombre de victimes ne réclament pas de leur propre chef cette aide à l'élaboration, l'offre peut anticiper la demande en lui permettant justement d'émerger !**