

IFSI VINATIER
7 novembre 2024

La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

Organisation des CUMP
Approche clinique du stress et du trauma



SAMU - CUMP 69
Hôpital Edouard Herriot
Hospices Civils de Lyon



Rémy Darbon – IDE
remy.darbon@chu-lyon.fr

LES CELLULES D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (CUMP)

Historique et organisation

L'urgence médico-psychologique

- Prendre en charge les blessés psychiques (exposés, familles, intervenants...) au même titre que les blessés physiques dès la survenue de l'évènement
- Limiter les conséquences psychopathologiques de l'évènement à moyen et long terme
- Présent dans chaque département, UF rattachée au SAMU, totalement intégrée à l'aide médicale urgente
- Equipe composée d'un psychiatre référent désigné par l'ARS + volontaires **issus de la santé mentale et spécifiquement formés** (psychiatres, psychologues, IDE)
- Intervenant en immédiat (24h) et post-immédiat (1^{er} mois)

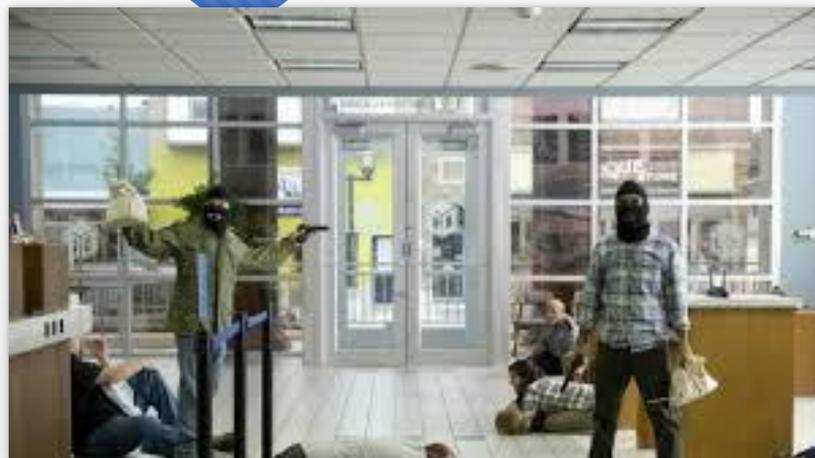


Événement à fort retentissement psychologique, catastrophes, ... dimension macrosociale

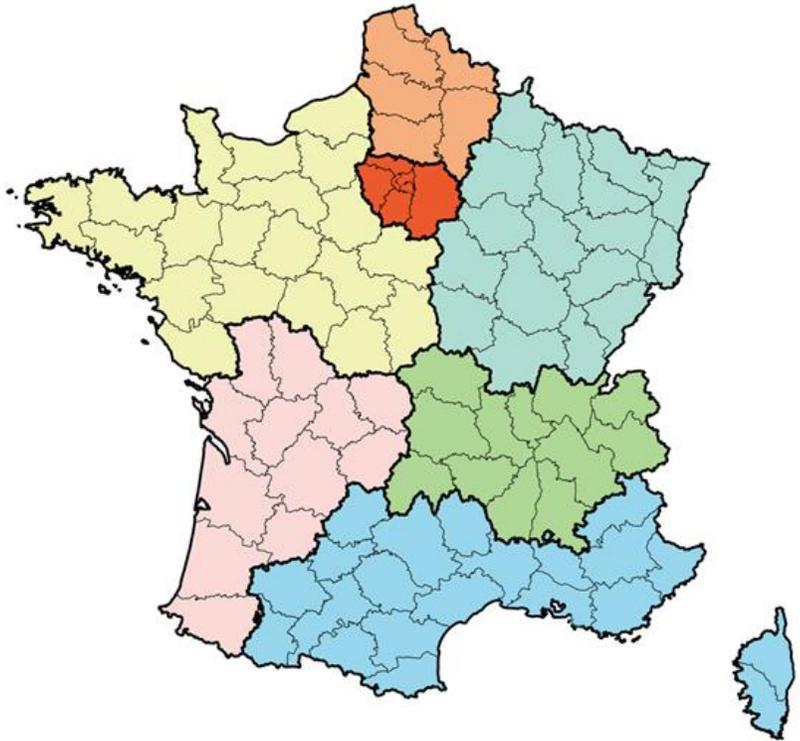


- Plan de secours :
ORSEC NOVI, ...

... dimension microsociale



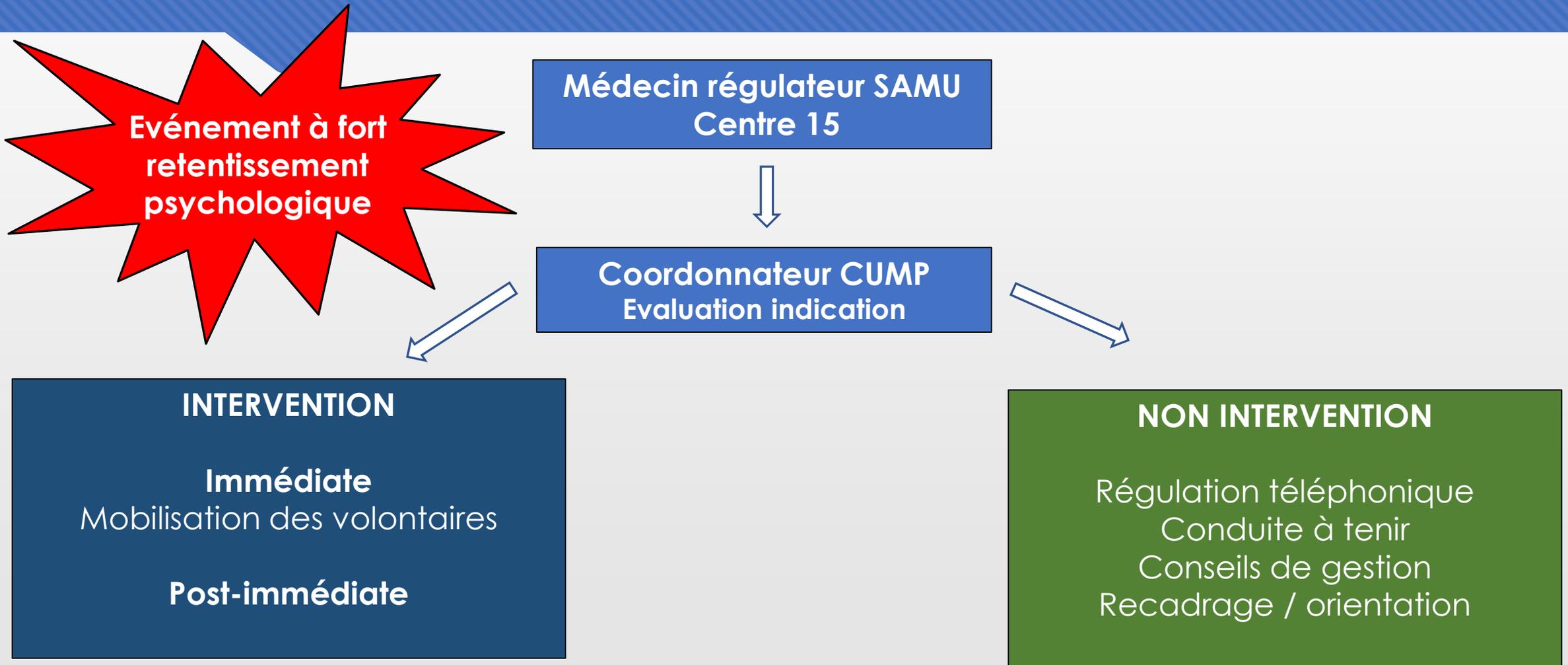
Le réseau national des CUMP



Les zones de défense et de sécurité civiles

- 102 CUMP départementales dont 41 dotées de moyens permanents
- Animé par un **Psychiatre Référent National**
 - Uniformisation du dispositif (CNUH)
 - Interlocuteur des instances ministérielles
- **Peut-être mobilisé par la DGS en cas:**
 - De **SSE** nécessitant des renforts pour la zone de défense et de sécurité impactée, montée en puissance
 - **D'opérations sanitaires internationales** nécessitant des moyens médico-psychologiques (**TFMP**)

Modalités d'intervention de la CUMP



L'intervention immédiate (24 premières heures)

- **Gestion de « crise » +++**
 - Limiter le renvoi aux victimes d'une image de chaos
 - Guidance psychologique + conseil en communication auprès des décideurs
 - Réduire la charge émotionnelle, source de désordre et de crise
- **Tri des impliqués + Interventions cliniques + Orientation** selon leur état



Favoriser un espace de pensée et une ré-humanisation de la scène des secours

Le PUMP

Poste d'Urgence Médico-Psychologique

- Lieu **d'accueil, d'évaluation et de soins spécialisés** proposés aux impliqués
- Comprend des critères de **sécurité, d'accessibilité, de confidentialité**
- Les soins sont prodigués par des **professionnels de l'UMP spécifiquement formés**
- Peut intégrer la présence de **secouristes bénévoles** en cas d'événements de grande ampleur
 - assurent l'accompagnement des impliqués et leur famille, satisfaction des besoins primaires
 - présents à l'extérieur des zones de soins: accueil, zone de pré-enregistrement et d'attente

Aspects logistiques et organisationnels

- **Les équipements logistiques et médicaux nécessaires à la prise en charge des victimes**
 - Documents nationaux: fiche clinique, certificat initial de retentissement psychologique, note d'information
 - Traitement médicamenteux, matériel pour des soins, outils de surveillance des constantes
 - Ordinateur portable, clé 4G pour utilisation du logiciel SI-VIC pour la traçabilité des victimes
 - Moyens de communication pour être en lien avec la régulation médicale du SAMU



Non-indication d'activation de la CUMP

Sur la base des référentiels SFMU

- Dans les problèmes de **violence sociétale**, mouvements de revendication ou négociations
- Pour des **cas individuels**
- En cas **d'urgence psychiatrique**
- En préventif, dans la crainte de la survenue d'un EPT
- Sans lien avec les institutions ou les décideurs
- A la place d'institutions défailtantes

Le stress et le psychotraumatisme

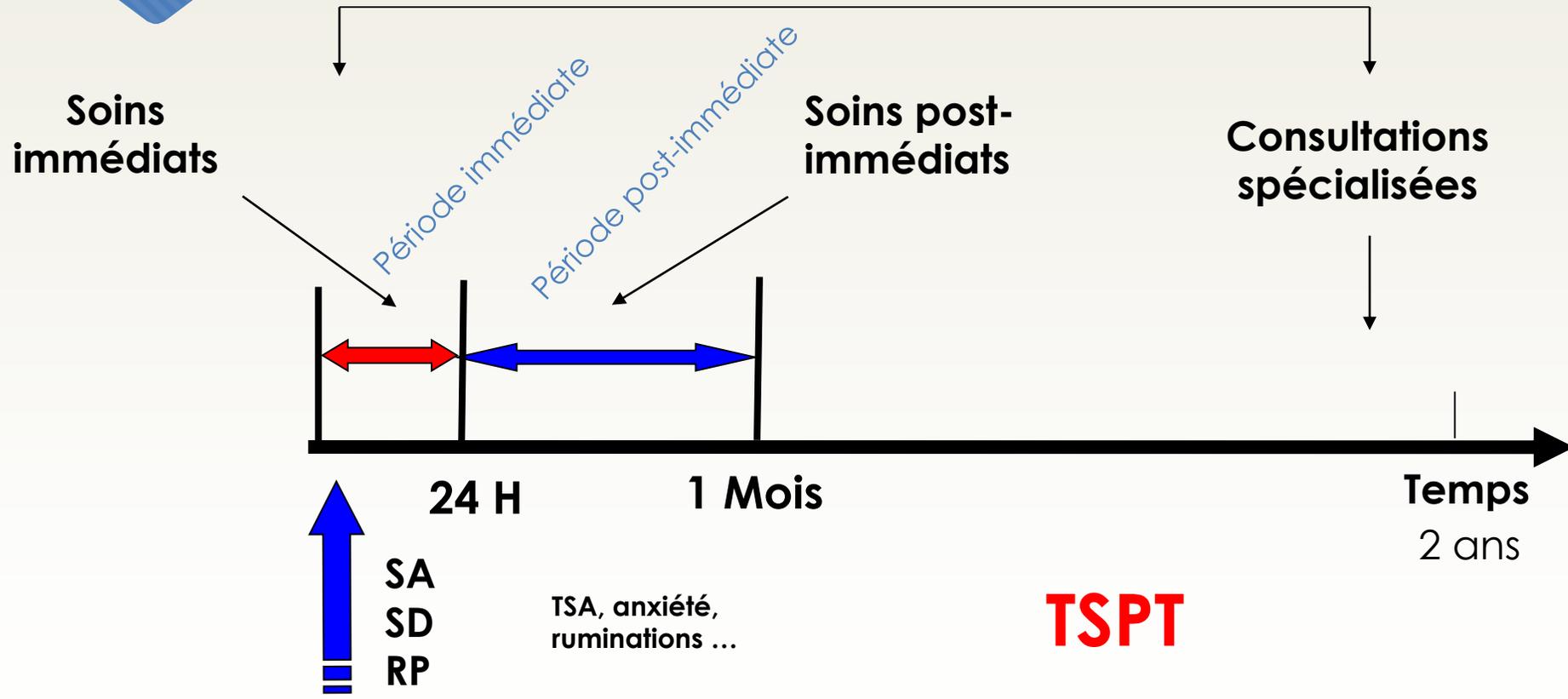
Approche clinique et psychopathologique

Notion d'événement potentiellement traumatique

- **Confronte** le sujet directement ou indirectement **à la mort**
- Réaction marquée par **la peur**
- Est générateur de **stress**, différent des stressors quotidiens et de l'expérience humaine habituelle
- **Facteur étiologique indispensable** dans le déclenchement d'un TSPT
- Le **vécu subjectif** de l'événement va, pour un sujet donné, être déterminant



La temporalité



Événement

Les réactions immédiates : le stress adapté (1)

- Réaction biophysique et psychologique **d'alarme, de mobilisation et de défense** de l'individu face à une menace.
- Réflexe, utile, salvatrice, de durée brève.
- **Mobilisation bio-physiologique** : augmentation de la glycémie, de la TA, du pouls, état d'alerte
- **Mobilisation ressources cognitives et motrices** : focalisation de l'attention sur le danger, mobilisation de l'énergie, incitation à l'action, « choix de la bonne solution »
- **S'effectue dans un climat de tension psychique important** : surprise, irréalité, peur, frayeur, sentiment d'impuissance, perte de contrôle



Les réactions immédiates : le stress adapté (2)

- **Réaction coûteuse en énergie**
 - Se termine par une sensation d'épuisement physique et/ou de soulagement
 - **Le post-stress immédiat**
 - Décharges émotives: pleurs, asthénie, cris, agitation, agressivité
 - Décharges neurovégétatives: tremblements, vomissements, débâcle urinaire et intestinale
- **« Capital épuisable »**

Les réactions immédiates : le stress dépassé (1)

- **Lié à un stress d'emblée trop intense, ou prolongé ou répété**
 - débordement des capacités de contrôle émotionnel du sujet
 - hormones de stress ++ (adrénaline, cortisol), risque vital / cardiovasculaire
- **Va entraîner un mécanisme de sauvegarde psychique et neurobiologique**
 - involontaire, ponctuel
 - phénomène de dissociation per-traumatique, « court-circuit »
 - séparation entre différents processus mentaux habituellement bien articulés entre eux (émotions, comportements, pensées, mémoires), désorganisation psychique

Les réactions immédiates : le stress dépassé (2)

- **Au niveau comportemental :**

- sidération
- agitation
- fuite panique
- actes automatiques

Facteur prédictif d'un TSPT +++

- **Au niveau psychique** : pendant et/ou immédiatement après l'événement:

- détachement, absence de réactivité émotionnelle
- altération de la perception du temps, des lieux, des personnes
- déréalisation, dépersonnalisation, amnésie, vécu d'irréalité

Les réactions immédiates particulières

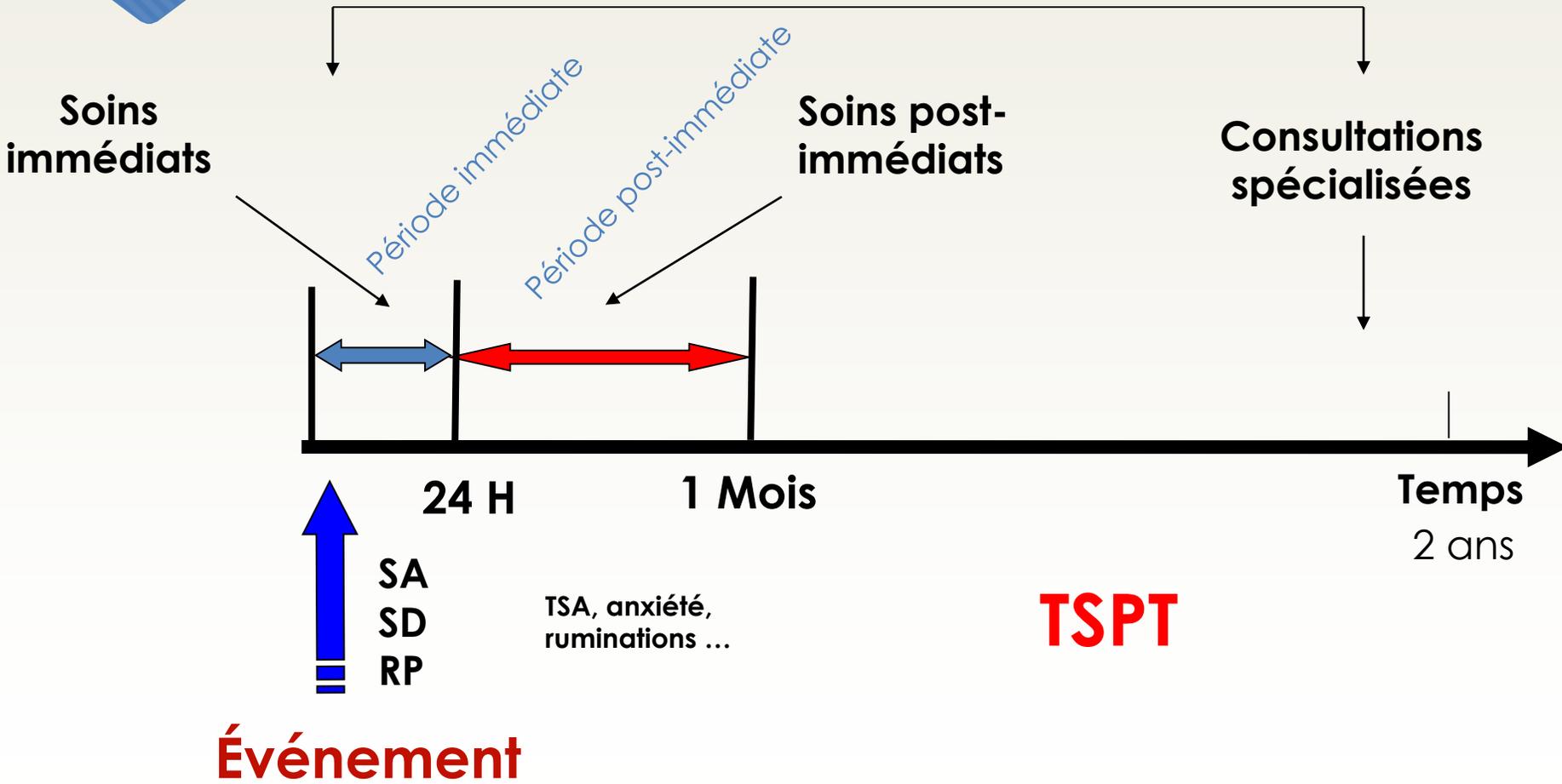
- **Décompensation d'états préexistants**
 - ***névrotiques***: trouble anxieux, phobique, ...
 - ***psychotiques***: syndrome délirant, réaction maniaque, ...
 - ***troubles de la personnalité...***

Le vécu traumatique

- **Un sentiment d'arbitraire**
- **Un sentiment de culpabilité**
- **Une rupture du sentiment d'appartenance**



La temporalité



Les troubles post-immédiats

Du 2^{ème} au 30^{ème} jour

- **Ruminations concernant l'événement:** troubles mnésiques, sentiment de détachement...
- **Symptômes anxieux +++:** appréhension, sentiment d'insécurité, accès d'angoisse...
- **Symptômes dépressifs:** inhibition, tristesse ...
- **Souffrance avec retentissement significatif**
- **+/- Symptômes psychotraumatiques spécifiques:** ESA (à partir de J3, cf. classification DSMV)

Les troubles chroniques (1)

à partir du 30^{ème} jour

- **Troubles spécifiques**
 - **Syndrome de répétition:** reviviscence diurne, cauchemars ...
 - **Hyperactivité neurovégétative:** sursauts, difficultés d'endormissement, de concentration, état d'alerte, irritabilité...
 - **Conduites d'évitement:** pensées, lieux, sentiments, activités, personnes, conduites phobiques...
 - **Détachement:** indifférence, perte d'intérêt, sentiment d'avenir bouché, troubles relationnels...

Les troubles chroniques (2)

à partir du 30^{ème} jour

- **Troubles non spécifiques:** dépressifs, anxieux, somatisations, conduites addictives...
- **Modifications de la personnalité:**
 - état d'alerte, attitude de prospection-évitement, hostilité et méfiance envers le monde.
 - asthénie, retrait social, pessimisme, et sentiment de détachement
 - désengagement relationnel, régression narcissique, irritabilité, retrait social, faible résistance aux frustrations.
- **TSPT défini à partir de un mois** **Cf DSMV**
- **TSPT chronique si supérieur à 3 mois**

Epidémiologie du TSPT

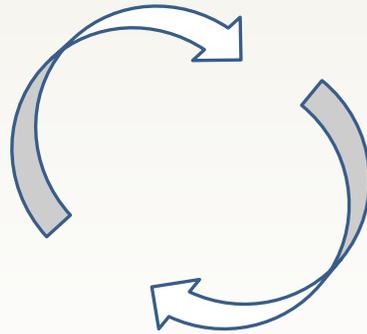
- **Prévalence**

- **EPT** : en moyenne 70% de la population (Shalev et al. NEJM, 2017)
- **ESA/TSPT** :
 - Prévalence vie entière : USA : 5 à 6% des Hommes, 10 à 14% des Femmes ;
UE 1 à 3% de la population (ESEMED 2004)
 - Sauveteurs post-attentat du Bataclan : 3% de TSPT, 14 % \geq 1 trouble anxieux (étude IMPACT, 2016)
- **TSPT** : 2 fois plus fréquent chez les femmes (Yehuda and al, Nature, 2015)

Facteurs de risque du TSPT

- **Liés au sujet**

- Sexe féminin, âge jeune
- Antécédents psychiatriques
- Niveau socio-économique et éducationnel bas
- Isolement social
- Stress quotidien



- **Liés à l'environnement**

- Intentionnalité humaine
- Menace vitale
- Mort ou atteinte grave d'un proche
- Blessures physiques
- Nombre de morts

- **Liés à la réaction immédiate**

- Stress dépassé / dissociation: intensité et durée
- Retard ou absence de prise en charge post-événement

Les prises en charge CUMP en immédiat

Attitude de soutien spécifique

- Attitude empathique et authentique, reconnaître la souffrance ressentie
- Questions centrées sur l'évènement (sauf stress dépassé)
- Ecoute, reformulations
- Apporter des éléments factuels, informatifs simples
- Ne pas anticiper, situer la personne dans « l'ici et maintenant »
- Ne pas se diluer dans une écoute répétitive et stérile
- Pas de déculpabilisation, de dédramatisation, de solution inventive
- Supporter les questions métaphysique, discours « hors sujet » exclu
- Proposer de l'aide, modestement et dans son rôle
- Orienter la personne sur des soutiens familiaux, amicaux

Principes de prise en charge en immédiat

Stress adapté

Contact relationnel préservé

- Attitude empathique
- Entretien type « defusing »
- Savoir supporter la détresse et la charge émotionnelle
- Anxiolyse légère possible
- Orientation vers soutien familiaux et/ou médecin traitant
- Eventuellement cs psychotrauma

Stress dépassé

Trouble du contact

- Pas de confrontation à l'événement par le récit
- Assurer besoins primaires (antalgiques, boissons, ...)
- Anxiolyse légère possible
- +/- orientation services d'urgences
- Orientation consultation spécialisé du psychotraumatisme

Réactions particulières

Décompensation

- Traitement idem psychiatrie d'urgence

Les spécificités de l'intervention CUMP en SSE

- Un nombre très conséquent d'impliqués : des blessés physiques (et du coup psychiques), des impliqués (parfois seulement témoins), des proches, des endeuillés, des intervenants...

1 blessé ou décédé = 10 prises en charge (familles ou proches)

- Une présence de la CUMP sur le terrain pendant plusieurs semaines (1 mois), en pré-hospitalier et en hospitalier
- Un système d'ores et déjà éprouvé : attentats de Paris, Nice, cyclone Irma...

Les divers plans relatifs à la préparation du système de santé et à la gestion d'une SSE prévoit un volet médico-psychologique

Les prises en charge différées

Pendant le premier mois consécutif à l'événement:

- **Interventions post immédiates** : debriefing collectif (pour des groupes constitués), groupe de parole
- **Consultations CUMP**

Au-delà du premier mois

- **Consultations CRP**
- **Orientation vers structures de l'aval** : secteur de psychiatrie, libéral ...



LIVRE BLANC

CELLULES D'URGENCE
MEDICO-PSYCHOLOGIQUE



MERCI

