

Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique - Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP)

Organization and methods of intervention of the Medico-Psychological Emergency Cells French Society of Emergency Medicine (SFMU) guidelines with the contribution of the Association of Formation and Research of Emergency Medico-Psychological Cells and the French Society of Psychotraumatology (AFORCUMP-SFP)



D. Rerbal • N. Prieto • J. Vaux • A. Gloaguen • JP Desclefs • B. Dahan • E. Cesareo • J. Duchenne

Reçu le 18 octobre 2017 ; accepté le 27 novembre 2017

© SFMU et Lavoisier SAS 2017

D. Rerbal (✉)
Urgences médicochirurgicales, SAMU/SMUR,
groupement hospitalier centre, hôpital Edouard Herriot,
5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France
e-mail : djamila.rerbal@chu-lyon.fr

N. Prieto
Cellule d'urgence médicopsychologique, SAMU, hospices civils
de Lyon, groupement hospitalier centre, hôpital Édouard Herriot,
5, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

J. Vaux
Samu 94, groupement hospitalier universitaire Henri-Mondor,
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, 51, avenue du
Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil, France

A. Gloaguen
Centre régional universitaire des urgences, centre hospitalier
universitaire de Dijon-Bourgogne, 14, rue Gaffarel,
21000 Dijon, France

JP. Desclefs
Samu 91, Smur de Corbeil, 55, boulevard Henri-Dunant,
91100 Corbeil-Essonnes, France

B. Dahan
Université Paris Descartes, 12, rue de l'École de médecine,
75006 Paris, France
Samu 75, Smur Lariboisière, hôpital Lariboisière,
2 rue Ambroise Paré, 75010 Paris

E. Cesareo
Samu 69, groupement hospitalier centre,
hôpital Edouard Herriot, 5, place d'Arsonval,
69437 Lyon cedex 03, France

J. Duchenne
Pôle d'addictologie et de médecine d'urgence,
centre hospitalier Henri-Mondor, 50, avenue de la République,
15000 Aurillac, France

Abréviations

AFORCUMP :	Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique
AMU :	Aide médicale urgente
ARS :	Agence régionale de santé
CNUH :	Conseil national de l'urgence hospitalière
CREF :	Commission des référentiels
CUMP :	Cellule d'urgence médicopsychologique
DGS :	Direction Générale de la Santé
IPPI :	Intervention psychothérapique post immédiate
MIGAC :	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MP :	Médicopsychologique
ORSAN :	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
ORSEC :	Organisation de la réponse de sécurité civile
PIRAMIG :	Pilotage des rapports d'activités des missions d'intérêt général
PUMP :	Poste d'urgence médico-psychologique
PZM :	Plan zonal de mobilisation
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SFC :	Société française de psychotraumatologie
SFMU :	Société française de médecine d'urgence
SSE :	Situation sanitaire exceptionnelle
TSPT :	Trouble de stress post-traumatique

Résumé : Ces recommandations par consensus formalisé ont été élaborées par la Société française de médecine d'urgence, avec la collaboration de l'Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico Psychologique - Société Française de Psychotraumatologie. Les Cellules d'Urgence Médicopsychologique (CUMP), dans leur modèle structurel, constituent une exception française et il existe peu de données à leur sujet dans la littérature scientifique. Le but de ce référentiel est l'harmonisation des pratiques de l'urgence médicopsychologique. Après la description de la réglementation et de l'organisation des CUMP françaises, ce référentiel traite ensuite des indications et des modalités de recours à la CUMP ainsi que de la mise en œuvre des moyens. La prise en charge en charge spécifique de la CUMP et celle de l'urgentiste sont décrites. Enfin, le texte aborde la formation des personnels dans cette thématique. Ces premières recommandations sont d'ordre général et n'abordent pas certaines spécificités des CUMP.

Mots clés : Cellule d'urgence médicopsychologique ; Médecine d'urgence ; Préhospitalier ; Service d'urgence ; Recommandations

Abstract: These recommendations by formal consensus have been developed by the French Society of Emergency Medicine, with the collaboration of the Association of Training and Research of Emergency Medico-Psychological Cells and the French Society of Psychotraumatology. The Medico-Psychological Emergency Cells (CUMP), in their structural model, constitute a French exception and there is few data on them in the scientific literature. The aim of this text is the harmonization of the practices of the medical-psychological emergency. The regulation and organization of French CUMP are first described. The text then deals with the indications and the modalities of launching of the CUMP and the implementation of the means. The specific care of the CUMP and the emergency physician are described. Lastly, the training of personnel is dealt with. These first recommendations are general and do not enter certain specificities of CUMP.

Keywords: Medico-psychological emergency cells; Emergency medicine; Prehospital emergency care; Emergency department; Guidelines

Introduction

Les Cellules d'urgence médicopsychologique (CUMP) sont des unités fonctionnelles s'inscrivant dans le dispositif de l'aide médicale urgente (AMU). Sous la responsabilité d'un médecin psychiatre référent, elles sont dédiées à la prise en charge médicopsychologique (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 » [1]. Cette prise en charge peut être immédiate (notamment sur le terrain) ou post-immédiate (différée de quelques jours à quelques semaines) et vise à traiter et prévenir la constitution de séquelles psychiques consécutives à de tels événements.

La 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 [2]. 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

[3]. 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 [4]. Les CUMP permanentes sont dénommées CUMP régionales et CUMP renforcées [5]. Une organisation hiérarchique à l'échelon des zones de défense est également en vigueur (CUMP zonales) [4]. Elles disposent de personnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants médico-administratifs) qui leur sont « affectés pour tout ou partie de leur activité ». La CUMP régionale est chargée de coordonner l'ensemble des CUMP de la région, sous l'égide de l'Agence régionale de santé (ARS). La CUMP zonale est chargée de coordonner l'ensemble des CUMP régionales de sa zone de défense et de sécurité [6].

Les objectifs fixés par les décrets de 2013 et de 2016 sont, outre la consolidation du dispositif existant, un meilleur positionnement de l'urgence MP dans l'offre de soins sous la responsabilité de l'ARS, le rattachement de cette activité à l'AMU, la normalisation du fonctionnement, la protection des professionnels de santé volontaires, la coordination de l'activité, la clarification du financement du dispositif et la redynamisation de l'animation territoriale et nationale [4,6].

Les CUMP, dans leur modèle structurel, constituent une exception française et il existe peu de données à leur sujet dans la littérature scientifique. En particulier, il n'existe en 2017 aucune recommandation de bonne pratique relative au fonctionnement des CUMP. La réalisation de ce référentiel s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des pratiques de l'urgence MP. Ces premières recommandations sont d'ordre général et n'abordent pas certaines spécificités des CUMP (enfants, outils psychothérapeutiques spécifiques individuels ou de groupe).

Méthodologie

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) est le promoteur de ces recommandations, élaborées par la Commission des référentiels (CREF). L'objectif principal de ces recommandations est d'améliorer la prise en charge des patients en aidant à la prise de décision et en harmonisant les pratiques. La méthodologie utilisée est issue de la méthode « Recommandations par consensus formalisé » publiée par la Haute autorité de santé [7]. Ce choix a été fait devant l'insuffisance de littérature de haut niveau de preuve, et l'existence de controverses.

Un groupe de pilotage a rédigé des propositions et leurs argumentaires après discussion relative aux pratiques existantes, le recueil des données réglementaires et l'analyse critique des données bibliographiques. Ces propositions ont

été soumises à un groupe de cotation. Le groupe de pilotage a rédigé, à partir des résultats de la cotation, la version initiale des recommandations. Il a ensuite soumis le texte à un groupe de lecture. Le conseil d'administration de la SFMU a validé le document final.

Le groupe de pilotage a été constitué de membres de la CREF et d'experts. Le groupe de cotation est multidisciplinaire et multiprofessionnel pour refléter l'ensemble des professions mettant en œuvre les interventions évaluées. Le groupe de relecture a été constitué de membres des conseils d'administration de la SFMU et de l'AFORCUMP, ainsi que de psychiatres universitaires.

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature sur ce sujet. Les bases de données Pubmed, Google Scholar, Psychinfo et Cochrane Library ont été interrogées. Les mots-clés *CUMP* et *early intervention for post traumatic stress* ont été utilisés.

Toutes les propositions de recommandations ont fait l'objet d'une cotation individuelle et ont été soumises à chacun des membres du groupe de cotation par voie informatique. Ces derniers ont coté les items à l'aide d'une échelle numérique discrète à neuf modalités. Les valeurs « un » et « neuf » correspondaient respectivement à des propositions jugées « totalement inappropriées » et « totalement appropriées ». Les réponses à chaque proposition ont été analysées en tenant compte de la médiane puis de la dispersion des cotations. La présence d'un accord entre cotateurs était retenue si les cotations étaient toutes inférieures ou égales à cinq ou toutes supérieures ou égales à cinq. La dispersion des cotations permettait ensuite de préciser la force de cet accord [7].

Une proposition était jugée :

- « appropriée avec accord fort », lorsque la valeur de la médiane était supérieure ou égale à sept et que toutes les cotations étaient comprises dans l'intervalle [7–9] ;
- « appropriée avec accord relatif », lorsque la valeur de la médiane était supérieure ou égale à sept et que toutes les cotations étaient comprises dans l'intervalle [5–9] ;
- « inappropriée avec accord fort », lorsque la valeur de la médiane était inférieure ou égale à trois et que toutes les cotations étaient comprises dans l'intervalle [1–3] ;
- « inappropriée avec accord relatif », lorsque la valeur de la médiane était inférieure ou égale à 3,5 et que toutes les cotations étaient comprises dans l'intervalle [1–5] ;
- « incertaine avec indécision », lorsque la valeur de la médiane était comprise entre 4 et 6,5 ;
- « incertaine avec absence de consensus », dans toutes les autres situations.

La cotation a été effectuée en deux tours. Lors du premier tour de cotation, toutes les réponses obtenues ont été prises en compte pour définir le degré d'accord du groupe. Au terme du premier tour de cotation, toutes les propositions

de recommandations qui n'avaient pas fait l'objet d'un accord ont été analysées et éventuellement reformulées par le groupe de pilotage selon les analyses des cotateurs. Les modifications ont été ensuite transmises et expliquées aux cotateurs concernés. Le deuxième tour de cotation ne concernait que les propositions de recommandations n'ayant pas fait l'objet d'un accord fort lors du premier tour. Avec chaque item, les réponses de l'ensemble des cotations du tour précédent ont été transmises aux cotateurs. Afin d'éviter un rejet systématique par un cotateur, un degré de tolérance dans la définition de l'accord et de sa force a été introduit lors de l'analyse des résultats du deuxième tour. Ceci a correspondu, le cas échéant, à ne pas prendre en compte une valeur manquante ou une valeur exclue. La valeur exclue était la valeur minimale si la médiane était strictement supérieure à cinq ou la valeur maximale si la médiane était inférieure ou égale à cinq.

Organisation des CUMP

L'instruction ministérielle du 6 janvier 2017 a pour objectif principal de coordonner un réseau national de l'urgence MP cohérent et homogène. Cette instruction confirme le rôle pivot occupé par les ARS et la structure pyramidale de l'organisation des CUMP sur le territoire national [1].

CUMP départementale

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.

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.

Le référent CUMP est chargé sous la coordination de la CUMP régionale et en lien avec le SAMU territorialement compétent d'organiser l'activité de l'unité fonctionnelle. Cette activité repose essentiellement sur le recrutement des volontaires, l'élaboration d'un schéma type d'intervention, la formation initiale et continue des personnels et professionnels de santé, les relations avec l'ARS et les autres CUMP, la rédaction du bilan d'activité annuel, l'élaboration de partenariats formalisés avec les acteurs départementaux de l'aide aux victimes.

La CUMP constitue un dispositif médical d'urgence et assure la prise en charge MP immédiate et post-immédiate des victimes. Elle peut organiser des consultations de psychotraumatologie pour les victimes, mais elle n'a pas vocation à assurer le suivi des patients nécessitant une prise en charge MP au-delà des soins immédiats et post-immédiats. Le relais de cette prise en charge doit faire l'objet d'une organisation définie et formalisée par l'ARS en liaison avec la CUMP.

L'ARS s'assure de la mise en place et de la cohérence des schémas types d'intervention et veille à ce que la CUMP dispose en permanence de moyens d'intervention (médicaments, équipements d'identification et de communication dédiés, documents, matériel).

CUMP départementale renforcée

Initialement prévues pour les départements de plus d'un million d'habitants, l'ARS peut désigner parmi les CUMP départementales des CUMP dites « départementales renforcées » en fonction de l'évaluation des risques liés à la présence de dangers spécifiques dans le département concerné ou en raison d'une forte activité de l'urgence MP au sein du département. Les CUMP constituées dans les établissements de santé siège de SAMU situés dans les anciens chefs-lieux de région constituent de facto des CUMP renforcées.

Les CUMP renforcées concourent à la mission de coordination régionale notamment pour la formation initiale et continue des personnels et professionnels des CUMP départementales. Le financement des CUMP renforcées est assuré par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). À terme l'évaluation de la réalisation de la mission a vocation à être réalisée annuellement dans le cadre du pilotage des rapports d'activités des missions d'intérêt général (PIRAMIG). L'ARS inclut les objectifs associés aux missions spécifiques dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec les établissements de santé siège du SAMU de rattachement. Dans le cadre du financement alloué, la composition de l'équipe d'urgence MP dédiée est adaptée aux besoins et aux ressources propres à chaque CUMP

renforcée. Elle comprend un temps de praticien hospitalier psychiatre complété selon les besoins, par du temps de psychologue, d'infirmier et de secrétaire.

CUMP régionale

Désignée par l'ARS, elle assure une mission de coordination des CUMP départementales et des CUMP départementales renforcées de la région. Son activité s'organise autour de deux volets : un volet soins qui consiste à assurer les interventions, à les évaluer par l'organisation de retour d'expérience et à la participation aux différents exercices et un volet animation.

Ses missions comportent la mise à jour régulière de la liste des professionnels des CUMP, la formation initiale et continue des personnels et des professionnels de santé des CUMP de la région, l'organisation de la permanence de la réponse et de la continuité des soins MP, le contrôle du respect des référentiels nationaux de prise en charge, la rédaction d'un rapport régional d'activité à partir des rapports des CUMP départementales, une relation continue avec l'ARS de région et un travail de réseau avec l'ensemble des partenaires (services dédiés de l'éducation nationale, les collectivités territoriales, les associations d'aide aux victimes).

Le référent de la CUMP départementale désignée CUMP régionale assure la coordination de l'ensemble de ces missions en relation avec l'ARS qui inclut les objectifs liés aux missions spécifiques de la CUMP dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'établissement siège du SAMU de rattachement. Comme pour les CUMP renforcées, le financement des surcoûts engendrés par les missions des CUMP régionales est assuré par la MIGAC avec à terme vocation à être assuré par le PIRAMIG.

CUMP zonale

Elle est constituée au sein de l'établissement de santé de référence siège du SAMU de zone de défense civile. Elle assure un appui technique de l'ARS de zone pour l'élaboration du volet MP du plan zonal de mobilisation (PZM) des ressources sanitaires et assure la coordination de la mobilisation des CUMP en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

Le réseau national de l'urgence médicopsychologique

Il est constitué par l'ensemble des CUMP et il est mobilisé par le ministre de la Santé en cas de SSE nécessitant

des renforts dépassant ceux de la zone de défense impactée ou lorsque les opérations sanitaires internationales nécessitent des moyens MP. Un psychiatre référent national, assisté par un adjoint, est chargé à la demande du ministre de la Santé d'animer le réseau des référents régionaux et zonaux. Il préside le groupe de travail permanent des professionnels de l'urgence MP constitué au sein du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) associant les sociétés savantes concernées, les référents zonaux et des représentants des CUMP dans un objectif de pluridisciplinarité.

Indications du recours à la CUMP

Le recours à la CUMP comprend :

- **l'alerte** : information de l'événement donnée au référent CUMP sans préjuger de sa réponse ;
- **l'activation** : mobilisation de la CUMP sans notion de délai ;
- **l'intervention** de la CUMP.

Circonstances de recours à la CUMP

Le plan ORSEC NOVI

Le plan d'Organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) détermine, compte tenu des risques existants, l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre. Il définit les conditions de leur emploi par l'autorité compétente pour diriger les secours [8]. La CUMP peut être déclenchée à la demande du Préfet auprès du SAMU dans le cadre des plans relevant de sa responsabilité comme le dispositif ORSEC, et par le Directeur général de l'ARS dans le cadre de l'Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) [1].

En cas de déclenchement d'un plan ORSEC NOVI (nombreuses victimes), l'intervention immédiate de la CUMP est recommandée systématiquement. Accord fort

L'événement à fort retentissement psychologique collectif

La définition d'un événement à fort retentissement psychologique collectif est subjective, mais le paramètre à prendre en compte est l'impact émotionnel de l'événement ressenti comme inhabituellement fort par les équipes de secours et les partenaires habituellement engagés.

Les indications d'alerte et d'activation de la CUMP

Dans les textes réglementaires, le dispositif de prise en charge de l'urgence MP est institué au profit des victimes de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent [1]. Ces équipes ont également pour mission d'assurer, si nécessaire, des soins psychologiques aux sauveteurs.

Alerte de la CUMP

Il est recommandé d'alerter la CUMP :

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

Il est recommandé de ne pas alerter la CUMP :

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

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure concernant :

- 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.

En l'état actuel des connaissances et en l'absence de consensus, il 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.

Activation de la CUMP

Il est recommandé d'activer la CUMP :

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

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure concernant :

- les situations où l'impact émotionnel est estimé fort par les témoins.

En l'état actuel des connaissances et en l'absence de consensus, il ne peut être recommandé d'activer systématiquement la CUMP :

- dans les situations où l'impact émotionnel est estimé inhabituellement fort par les secours ;
- lors d'un événement à valence sociale ou impact médiatique élevé ;
- en cas de suicide ou de décès accidentel en milieu professionnel ;
- en cas de mort violente survenue dans le cadre familial.

Non-indications d'activation de la CUMP

Il est recommandé de ne pas activer la CUMP :

- dans les problèmes de violence sociétale, les mouvements de revendication, ou les négociations ; Accord fort
- pour des cas individuels ; Accord fort
- en cas d'urgence psychiatrique ; Accord fort
- en préventif, dans la crainte de la survenue d'un événement potentiellement traumatique ; Accord relatif
- en cas de mort inattendue du nourrisson. Accord relatif

Modalités de recours à la CUMP

Les paramètres nécessaires à la régulation médicale

Lorsqu'il existe une indication de recours à la CUMP, il est nécessaire de rechercher les éléments suivants : identification de l'appelant ; date, lieu et type d'événement ; nombre de personnes impliquées, blessées ou décédées ; coordonnées de la personne référente (directeur, chef d'établissement, responsable d'un service)

La procédure d'appel de la CUMP

Il est recommandé :

- d'adresser au SAMU-Centre 15 toute demande d'intervention de la CUMP ; Accord fort
- que le médecin régulateur puisse solliciter la CUMP 24 h/24 et 7 j/7 ; Accord fort
- que le médecin régulateur assure un rôle de premier filtre et qu'il informe le référent CUMP des différents éléments en sa possession lorsqu'un recours à la CUMP est indiqué ; Accord fort
- qu'en cas d'absence ou d'indisponibilité du référent, le médecin régulateur appelle l'un de ses suppléants définis à l'avance ; Accord fort
- qu'en cas de non-activation de la CUMP, le référent propose des solutions alternatives (conseils, orientation). Accord fort

L'ARS s'assure de la permanence de la réponse à l'urgence MP. Le nombre et la qualité des personnels et des professionnels à mobiliser sont adaptés à chaque intervention par le référent CUMP, en lien avec le SAMU. L'ARS est systématiquement informée, par le SAMU, de la mobilisation de la CUMP [1].

À partir des éléments délivrés par le médecin régulateur, le référent CUMP se met en relation avec le demandeur (en conférence téléphonique si possible) afin d'évaluer conjointement :

- la pertinence d'une intervention immédiate ou différée selon le schéma type d'intervention de la CUMP ;
- les moyens humains et matériels nécessaires ;
- la logistique.

La mise en œuvre des moyens

En cas d'intervention immédiate

Concernant l'intervention immédiate, il est recommandé

- de qualifier d'intervention immédiate une intervention débutée dans les 24 heures suivant l'événement, quelle que soit la durée de celle-ci ; Accord fort
- que la logistique et l'organisation de l'intervention de la CUMP soient définies par le référent CUMP avec le médecin régulateur du SAMU ; Accord fort
- que le référent CUMP déclenche les volontaires disponibles ; Accord fort
- que le lieu d'intervention de la CUMP (sur place ou à l'hôpital) soit défini par le référent CUMP en concertation avec le médecin régulateur du SAMU et le DSM ; Accord fort

- qu'un relais des volontaires soit organisé si l'intervention est amenée à durer dans le temps ; Accord fort
- que le référent CUMP informe le SAMU du déroulement de la mission en cours ; Accord fort
- que le référent CUMP signale au SAMU la fin de la mission et le retour de l'équipe ; Accord fort
- qu'un justificatif de participation soit adressé ultérieurement aux volontaires mobilisés ; Accord fort
- que les soins prodigués par les psychiatres, psychologues et infirmiers de la CUMP soient consignés dans une fiche médicale nationale pour chaque patient pris en charge. Accord fort

Les personnels de la CUMP mobilisés portent une identification spécifique visible (chasuble marquée « SAMU – CUMP »). La CUMP dispose des produits de santé et des équipements nécessaires à ses missions (Annexe A), en particulier pour assurer la prise en charge des victimes au Poste d'urgence médicopsychologique (PUMP) et pour permettre de joindre, en permanence, le référent [1].

En pratique, la CUMP [1] :

- met en place un ou plusieurs PUMP installés si possible à proximité du poste médical avancé ou en tout lieu approprié, notamment dans les établissements de santé et les Centres d'accueil des impliqués ;
- assure la traçabilité des victimes prises en charge dans le ou les PUMP, notamment à l'aide de logiciels nationaux disponibles ;
- prodigue des soins MP immédiats aux victimes et à toutes personnes impliquées dans l'événement y compris les professionnels de santé et sauveteurs ;
- fait évacuer, après régulation par le SAMU, les victimes nécessitant une hospitalisation vers les établissements de santé ;
- délivre un certificat médical descriptif des lésions MP aux victimes prises en charge au PUMP et leur remet la note d'information conformément au modèle national (Annexe B) ;
- organise si besoin, en lien avec le SAMU, une réponse MP téléphonique (PUMP téléphonique) afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes ;
- dispense des soins post-immédiats aux patients le nécessitant et les oriente, le cas échéant, vers un dispositif de suivi adapté ;
- coordonne, dans le domaine qui la concerne, l'action des autres acteurs contribuant à l'aide et au soutien des victimes [1].

Un coordonnateur PUMP est prévu sur chaque intervention, il donne les directives à son équipe et est l'interlocuteur privilégié des partenaires, des décideurs et des médias.

Chaque intervention de la CUMP fait l'objet d'une évaluation selon les modalités définies dans le schéma type avec constitution d'un rapport de mission [1].

Situation Sanitaire Exceptionnelle

En cas de SSE et de dépassement des capacités de réponse régionale, le renfort est organisé au niveau de la zone de défense et de sécurité dans le cadre du volet MP du PZM des ressources sanitaires. Dès lors que les moyens de la zone de défense sont dépassés, le réseau national de l'urgence MP est mobilisé par la Direction Générale de la Santé (DGS) en renfort de la zone impactée. L'instruction 2017 développe le volet d'urgence MP du dispositif ORSAN.

En cas d'intervention post-immédiate

En groupe ou individuelle, elle peut concerner aussi les membres des équipes impliquées dans les secours [5].

Il est recommandé :

- de qualifier l'intervention de post-immédiate si elle est débutée au-delà des 48 heures et dans le premier mois suivant l'événement ; Accord fort
- que chaque CUMP organise le suivi de la prise en charge des patients ; Accord fort
- que la traçabilité administrative des patients pris en charge par la CUMP soit effectuée pour toute intervention de la CUMP ; Accord relatif
- que les victimes, une fois rentrées à domicile, puissent consulter dans un centre de consultations spécialisées en psychotraumatologie ; Accord relatif
- que les victimes hospitalisées soient examinées par un psychiatre de l'établissement (psychiatre d'urgence ou liaison, selon organisation locale). Accord relatif

En l'état actuel des connaissances et en l'absence de consensus, il ne peut être recommandé que la CUMP examine systématiquement les victimes hospitalisées.

Principes de prise en charge par la CUMP

Les soins immédiats « sur le terrain »

Gestion psychologique de la crise

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.

Il est recommandé que les soins immédiats sur le terrain débutent par la mise en place d'une organisation globale dans l'objectif de réduire la charge émotionnelle produite par l'événement. Accord fort

Il s'agit d'une guidance psychologique qui doit très rapidement permettre d'introduire un espace de pensée dans le désordre engendré par l'événement. C'est une action indirecte et très spécifique d'organisation, visant la réhumanisation de la scène des secours. Cette prise en compte de la crise exige maîtrise et organisation de la part des intervenants de la CUMP [9]. Le tri des personnes potentiellement psychotraumatisées et le type de soins se font en fonction de leur état clinique. Le soin n'est jamais imposé.

Stress adapté : « Le defusing » (désamorçage)

Les sujets en état de stress adapté, accessibles à la relation, peuvent bénéficier d'un « defusing », technique qui consiste à « désamorcer » c'est-à-dire favoriser la décharge émotionnelle par le langage. La première mise en mots de l'événement et du contenu émotionnel qu'il comporte permet le processus d'élaboration, aide le sujet à reprendre la maîtrise, réhumanise par l'entrée en relation avec l'intervenant. En pratique, le defusing consiste en une première narration émotionnelle où les faits, émotions, pensées, sont liés dans une temporalité favorisant « la reprise à son compte » de l'expérience vécue (avant, pendant, après, maintenant...) et dont l'efficacité thérapeutique va dépendre des capacités de contenance, de respect des défenses psychiques en œuvre et d'empathie du soignant.

Il est recommandé que le defusing :

- se pratique chez des sujets en stress adapté ; Accord fort
- soit pratiqué par des intervenants CUMP formés à cette technique. Accord fort

Le defusing peut être individuel ou en petit groupe (il est important de respecter les étayages mutuels) [10].

État dissociatif péritraumatique (Stress dépassé)

En immédiat, il convient d'être particulièrement attentif et non intrusif avec les sujets en stress dépassé présentant souvent des troubles comportementaux (sidération, agitation, fuite panique voire suicidaire, actes automatiques) dans un déni défensif de l'événement. Ces sujets doivent être accompagnés, rassurés et apaisés. Il ne faut surtout pas, à ce stade, les confronter à la narration de l'événement (risque de répétition traumatique). Une fois qu'ils ont recouvré un contact relationnel, le « defusing » devient alors possible.

Il est recommandé que la prise en charge d'un patient en état dissociatif péritraumatique (stress dépassé) :

- comporte un accompagnement et une réassurance ; Accord fort
- puisse comporter une anxiolyse médicamenteuse non sédatrice ; Accord fort
- contre-indique la confrontation à l'événement traumatique (defusing, annonce d'une mauvaise nouvelle, etc.). Accord relatif

En l'état actuel des connaissances et en l'absence de consensus, il ne peut être recommandé une anxiolyse médicamenteuse sédatrice.

Les soins de psychiatrie d'urgence

Enfin, les soins prodigués aux sujets qui décompensent des troubles de la personnalité ou des pathologies antérieures à l'occasion de l'événement s'apparentent à ceux pratiqués en psychiatrie d'urgence. Les soins immédiats s'entendent comme un processus, une première aide proposée au sujet, ils comprennent une orientation vers des soins ultérieurs si nécessaire ainsi qu'une mise en lien avec d'autres structures (associatives, judiciaires) pour les démarches à venir.

Il est recommandé que les soins immédiats soient une amorce vers des soins ultérieurs. Accord fort

Les soins post-immédiats

Il s'agit de prises en charge précoces qui peuvent être collectives ou individuelles.

Soins post-immédiats collectifs

Le « débriefing » psychologique ou Intervention psychothérapique post immédiate (IPPI) ne s'effectue jamais à chaud [11,12]. En groupe, l'IPPI concerne souvent des intervenants (sapeurs-pompiers, intervenants du SAMU, soignants d'une institution) et est indiquée pour des groupes constitués (le personnel d'une banque, les adolescents d'une même classe, etc.). Il s'agit d'une technique spécifique, de maniement difficile, qu'il convient de réserver aux spécialistes formés. Le caractère préventif vis-à-vis des troubles psychotraumatiques du débriefing psychologique collectif en une seule séance reste controversé surtout lorsqu'il s'apparente au « Critical Incident Stress Debriefing » anglo-saxon. En revanche, une séance spécifique avec un même groupe d'appartenance qu'un événement a collectivement fortement affecté (ex. l'agression par un patient) constitue parfois la seule manière de leur permettre de reprendre leur activité et parvenir à fonctionner à nouveau ensemble (cohésion groupale) [13]

Il est recommandé que le débriefing psychologique soit :

- proposé à des individus ayant tous vécu le même événement potentiellement traumatisant ; Accord relatif
- pratiqué à distance de l'événement potentiellement traumatisant. (supérieur à 48 heures) ; Accord fort
- réalisé pour les groupes d'appartenance affectés par un événement potentiellement traumatisant ; Accord fort
- réalisé avec des individus volontaires pour y participer. Accord fort

Soins post-immédiats individuels

Il s'agit de consultations individuelles spécialisées du psychotraumatisme qui ont été créées dans la plupart des cellules permanentes.

Prise en charge des psychotraumatisés par l'urgentiste

Le médecin urgentiste est bien souvent le premier interlocuteur médical du patient psychotraumatisé, victime ou impliqué. La prise en charge initiale de ces patients particuliers avant l'intervention de la CUMP ou de l'équipe de psychiatrie de son établissement tient principalement en trois points : la prise en charge des lésions somatiques, la gestion de l'anxiété à la phase aiguë et l'orientation vers les structures de soins adaptées.

Prise en charge des lésions somatiques

Il est recommandé :

- que tout patient psychotraumatisé et suspect d'une lésion somatique soit préalablement examiné par un médecin somaticien ; Accord fort
- de mentionner l'impact psychologique lorsqu'un certificat descriptif est établi. Accord fort

Gestion de l'anxiété à la phase aiguë

La charge massive de stress serait responsable d'un encodage mnésique défaillant directement en lien avec la survenue d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT)[14]. La baisse de la charge émotionnelle favoriserait une meilleure intégration de l'expérience vécue. Une attitude bienveillante et empathique est donc requise.

Il n'existe pas de consensus sur la molécule anxiolytique à utiliser à la phase aiguë. Le propranolol et l'hydroxyzine ont été étudiés, sans effet démontré [15]. Bien que dotées

d'un effet anxiolytique, les benzodiazépines sont responsables d'une amnésie antérograde qui peut constituer un facteur d'aggravation [15]. La recherche de la dose adaptée, permettant d'obtenir un effet sédatif minimal, peut être complexe en raison d'une grande variabilité interindividuelle.

Les benzodiazépines ont été étudiées dans la prévention du TSPT [16].

Il est recommandé :

- de prescrire un arrêt de travail dans la prise en charge initiale d'un patient psychotraumatisé. Accord fort

Il est recommandé de ne pas utiliser en première intention :

- des antiépileptiques ; Accord relatif
- des thymorégulateurs ; Accord relatif
- des antidépresseurs ; Accord relatif
- des corticoïdes. Accord relatif

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure concernant le propranolol et les neuroleptiques.

En l'état actuel des connaissances et en l'absence de consensus, il ne peut être recommandé d'utiliser en première intention :

- l'hydroxyzine ;
- les benzodiazépines ;
- les nouveaux antipsychotiques.

Orientation vers les structures de soins adaptées (en absence d'activation de la CUMP)

Il est recommandé :

- que le patient potentiellement psychotraumatisé soit laissé dans son environnement familial ou social si celui-ci est en mesure de lui apporter un soutien ; Accord relatif
- que le médecin urgentiste préhospitalier oriente le patient psychotraumatisé vers un psychiatre d'urgence dans les situations suivantes :
- troubles du comportement (risque suicidaire, agitation, etc.) ; Accord fort

- état de dissociation péritraumatique (stress dépassé) sans soutien à domicile (pas d'entourage ou entourage jugé non en mesure de lui apporter un soutien) ; Accord fort
- que le médecin urgentiste propose au patient potentiellement psychotraumatisé de l'orienter vers :
- une consultation spécialisée de psychotraumatologie ; Accord fort
- son médecin généraliste. Accord relatif

L'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure concernant l'orientation systématique aux urgences des patients psychotraumatisés en phase aiguë.

Formation des personnels de l'urgence

La formation initiale et continue des personnels et professionnels de santé de l'urgence MP s'appuie sur un référentiel pédagogique national établi sur la base d'un travail concerté entre le CNUH et la commission spécialisée « formation des professionnels de santé » de l'Agence nationale de santé publique. Ce référentiel national de formation a été diffusé dans l'instruction du 6 janvier 2017. Le texte stipule que pour exercer la fonction d'intervenant CUMP, l'apprenant doit suivre un enseignement théorique (Annexe C) et exercer une période de pratique sur le terrain. Cette formation est organisée par le référent CUMP, en lien avec le SAMU et le Centre d'enseignement des soins d'urgence.

La mise en œuvre du dispositif de formation est coordonnée par le psychiatre référent zonal avec l'appui des CUMP régionales. La formation des personnels de la CUMP à la prise en charge des urgences MP est dispensée par chaque psychiatre référent de CUMP ou sous sa responsabilité, par le psychologue référent ou l'infirmier référent. Elle est éligible au plan de formation de l'établissement de santé siège du SAMU et participe au développement professionnel continu.

Les professionnels de la CUMP doivent être en mesure de participer à la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé de leur région susceptibles d'être concernés par l'urgence MP [1].

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Annexe A – Liste des produits de santé et matériels équipant a minima une cellule d’urgence médicopsychologique**Médicaments, dispositifs médicaux et matériels de soins**

- Voie orale
 - alprazolam 0,50 mg¹ ;
 - diazépam 2 mg ;
 - hydroxyzine 25 mg ;
 - zolpidem 10 mg
 - cyamémazine 25 mg ;
 - paracétamol 500 mg.
- Voie parentérale
 - loxapine 50 mg/2 ml² ;
 - clorazépate dipotassique 50 mg/2,5 ml ;
 - diazépam 10 mg/2 ml.
- Divers
 - antiseptique local 40 ml ;
 - compresses stériles ;
 - seringues 10 ml ;
 - aiguilles (intraveineuses, intramusculaires) ;
 - stéthoscope et tensiomètre ;
 - collecteur à aiguille ;
 - sac à déchets septiques jaunes ;
 - couvertures de survie.

Équipement d’identification

- Chasubles marquée : « SAMU³ – CUMP⁴ + N° département » ;
- Pancartes et affiche de signalisation du PUMP⁵.

Documents

- Note d’information destinée aux victimes ;
- Dossier de soins- fiche patient ;
- Modèles de certificat médical et attestation clinique ;
- Ordonnancier, tampon ;
- Annuaire des CUMP ;
- Papier à en-tête - feuilles blanches ;
- Certificats d’hospitalisation sous contrainte ;
- Certificats d’arrêt de travail et d’accident de travail.

Matériels

- Équipement de communication (téléphone portable dédié, dispositif de radiocommunication) ;
- Ordinateur portable ou tablette ;
- Imprimante portative ;
- Bouteilles d’eau, mouchoirs en papier ;
- Paire de ciseaux Jesco ;
- Lampe de poche avec piles.

Équipement spécifique enfants

- Feuilles blanches, crayons de couleurs ;
- Jouets, voitures, peluches, petits livres.

¹milligrammes, ²millilitres, ³Service d’aide médicale urgente, ⁴Cellule d’urgence médico-psychologique, ⁵Poste d’urgence médico-psychologique

Annexe B – Documents nationaux pour la prise en charge des urgences médicopsychologique**Dossier de soins - Fiche patient****DATE ET LIEU DE L'ÉVÈNEMENT :** _____**IDENTITÉ du PATIENT**

Nom : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Sexe (M/F) : _____

Adresse (N°, Voie) : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

INTERVENANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Psychiatre Psychologue Infirmier

PRISE EN CHARGE

Date : _____ Heure : _____

Lieu : _____

Individuelle / en groupe _____

IMPLICATION DANS L'ÉVÈNEMENT

Présence sur le lieu (O/N) : _____

Proche blessé (O/N) : _____

Proche impacté (O/N) : _____

Proche décédé (O/N) : _____

OBSERVATION CLINIQUE

Qualité du contact avec l'intervenant : _____

Antécédents et suivi (psychiatriques et/ou psychotraumatiques) :

Symptômes : voir ci-dessous*

DECISION ET ORIENTATION THERAPEUTIQUEHospitalisation ou soins en CMP¹: _____

Retour à domicile (O/N) : _____

Traitement(s) médicamenteux ou autres : _____

Certificat médical initial (O/N) : _____

***Symptômes immédiats :**

Angoisse - Pleurs - Tristesse
 Sidération - Stupeur
 Agitation - Panique - Confusion
 Déréalisation - Dissociation - Activité automatique

***Symptômes ultérieurs :**

Troubles du sommeil - Difficultés de concentration - Conduites d'évitement - Phobie (transport)
 Hypervigilance - Reviviscences
 Sentiment de culpabilité

Certificat médical initial de retentissement psychologique

Je soussigné(e), (Nom Prénom) _____, Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné le _____ À _____

Mme/M (Nom Prénom) : _____

Né(e) le _____

Demeurant : _____

Qui me dit avoir été exposé à :

Type d'événement (attentat, accident...) : _____

Lieu : _____

Date, heure et durée de l'exposition : _____

Niveau d'implication : _____

Présent sur les lieux : oui non

Blessures physiques : oui non

Proche blessé : oui non

Proche impacté : oui non

Proche décédé : oui non

Données de l'examen : voir ci-dessous *

***Symptômes immédiats :**

Angoisse - Pleurs - Tristesse
 Sidération - Stupeur
 Agitation - Panique - Confusion
 Déréalisation - Dissociation - Activité automatique

***Symptômes ultérieurs :**

Troubles du sommeil - Difficultés de concentration Conduites d'évitement - Phobie (transport)
 Hypervigilance - Reviviscences
 Sentiment de culpabilité

Traitements éventuels depuis les faits : _____

Arrêt de travail éventuel depuis les faits : _____

Au total, ce jour, il existe un retentissement psychologique : sévère modéré léger

Les lésions constatées ce jour et leur retentissement fonctionnel peuvent justifier d'une INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T psychologique, exprimée en nombre de jours de gêne fonctionnelle significative) de _____ (en lettres), [_____] jours (en chiffres) à compter de la date des faits (articles 222-7 à 222-16 du code pénal), sous réserve de complications. L'ITT sera réévaluée en tant que de besoin toutes les semaines.

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Signature

¹Centre médicopsychologique

Annexe C – Référentiel national de formation à l'urgence médicopsychologique

Objectifs :

- connaître l'organisation des secours dans les différents types d'événements (catastrophe, attentats, événements à fort retentissement psychologique collectif, etc.) ;
- connaître le stress et la pathologie psychotraumatique ;
- savoir intervenir en immédiat et en post-immédiat en tant que professionnel des CUMP ;
- savoir prendre en charge les victimes, les familles et les proches dès la survenue de l'événement ;
- savoir les orienter et être en lien avec d'autres professionnels concernés, y compris hors intervention CUMP.

Programme :

La catastrophe et les plans de secours :

- plans d'organisation des secours en cas de catastrophe et d'événement à fort retentissement psychologique ;
- les acteurs de terrain : SAMU, SMUR, SIS, forces de l'ordre, Associations agréées de sécurité civile, etc. ;
- caractéristique des dispositifs ORSEC et ORSAN, le risque NRBC-E.

L'organisation des Cellules d'urgence médicopsychologique :

- le soin médicopsychologique ;
- indications, limites et champ de compétence de la CUMP ;
- les CUMP permanentes (zonale, régionale, renforcée) ;
- les CUMP non permanentes départementales ;
- les liens avec le SAMU, l'ARS, le schéma d'intervention, les conventions (volontaires) - Les renforts CUMP et le réseau national ;
- les CUMP et le réseau sociétal (medias, autres institutions : Armées, Éducation Nationale, entreprises publiques et privées, etc.).

Le stress et le psychotraumatisme : épidémiologie, psychopathologie et neurobiologie :

- historique et évolution des concepts : de la névrose traumatique à l'état de stress post traumatique ou syndrome psychotraumatique ;
- épidémiologie, facteurs de risque ;
- psychopathologie et neurobiologie du stress et du trauma. Le concept de dissociation ;
- réactions immédiates, réactions différées, réactions à long terme.

Formes cliniques spécifiques :

- les troubles psychotraumatiques chez l'enfant ;
- les réactions collectives ;
- les familles impliquées ou endeuillées ;
- le stress des soignants et des sauveteurs.

Les prises en charge CUMP :

- l'intervention CUMP : aspects logistiques et organisationnels ;
- gestion de crise, organisation sur le terrain, tri des victimes, conseils, gestion des medias ;
- prises en charge Immédiate : « defusing » individuel, groupal ;
- prises en charge post immédiate : IPPI, débriefing psychologique et groupe de parole ;
- la consultation spécialisée du psychotraumatisme ;
- les outils CUMP harmonisés au plan national (kit d'intervention, dossier de soin, certificat médical initial, fiche d'information victime).

Validation de la fonction d'intervenant CUMP : la fonction d'intervenant CUMP sera validée par le référent pour chaque nouvel intervenant après une période de pratique sur le terrain.

Références

1. Direction générale de la santé (2017) Instruction N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médicopsychologique. Circulaire 41730. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/01/cir_41730.pdf (Dernier accès le 6 novembre 2017)
2. République Française (1997) Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n°97/383 du 2 Mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médicopsychologique en cas de catastrophe. http://www.aforcump-sfp.org/doc_utiles/circulaire-28mai97.pdf (Dernier accès le 6 novembre 2017)
3. Ministère des Solidarités et de la Santé (2003) Bulletin Officiel n°2003-26. <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261846.htm> (Dernier accès le 6 novembre 2017)
4. République Française (2013) Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2013/1/7/AFSP1205870D/jo/texte> (Dernier accès le 6 novembre 2017)
5. Direction générale de la santé (2014) Instruction N° DGS/DUS/BOP/2014/62 du 24 février 2014 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médicopsychologique. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_38043.pdf (Dernier accès le 6 novembre 2017)
6. République française (2016) Décret n° 2016-1327 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 médicopsychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2016/10/6/AFSP1617819D/jo/texte> (Dernier accès le 6 novembre 2017)
7. Haute autorité de santé (2011) Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf (Dernier accès le 6 novembre 2017)
8. République Française (2012) Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012, Article L741-1. Code de la sécurité intérieure. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025498645&categorieLien=id> (Dernier accès le 6 novembre 2017)
9. Prieto N, Cheucle E, Dalphin C et al (2015) Terrorist attack disaster: Immediate care. The example of Saint-Quentin-Fallavier. *Ann Med Psychol* 173:859-62
10. Prieto N, Cheucle E, Faure P, et al (2016) Defusing of victims of the terrorist attacks in Paris. Elements of assessment one-month post-event. *Encephale* [in press]
11. Rose S, Bisson J, Churchill R, et al (2001) Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* CD000560
12. Rose S, Bisson J, Churchill R, et al (2002) Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* CD000560
13. Prieto N, Cheucle E, Meylan F (2010) Débriefing psychologique et intervention psychothérapique post-immédiate. *Soins Psychiatr* 269:20-3
14. Reynaud E, Guedj E, Trousselard M, et al (2015) Acute stress disorder modifies cerebral activity of amygdala and prefrontal cortex. *Cogn Neurosci* 6:39-43
15. Amos T, Stein DJ, Ipser JC (2014) Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* CD006239
16. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, et al (2010) Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* CD007944