



HAL
open science

À propos de la responsabilité: entretiens avec des psychiatres participant à l'activité d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique en France métropolitaine

Mélanie Marie Jeannine Loiseau

► To cite this version:

Mélanie Marie Jeannine Loiseau. À propos de la responsabilité: entretiens avec des psychiatres participant à l'activité d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique en France métropolitaine. Ethique. 2018. dumas-01864857

HAL Id: dumas-01864857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01864857>

Submitted on 30 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018M2REM01

MEMOIRE DE MASTER 2 DE RECHERCHE EN ETHIQUE

Présenté et soutenu publiquement le 12 juin 2018

Par

Mélanie LOISEAU

A propos de la responsabilité.

**Entretiens avec des psychiatres participant à l'activité d'une Cellule
d'Urgence Médico-Psychologique en France métropolitaine**

Dirigé par Madame le Professeur Irène FRANÇOIS-PURSSELL

A propos de la responsabilité.

Entretiens avec des psychiatres participant à l'activité d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique en France métropolitaine

Résumé

Introduction : Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques sont spécifiquement françaises. De création récente, 1995, suite à l'attentat survenu dans le RER station Saint-Michel à PARIS, elles ont été rapidement, dès 1997, encadrées par des textes légaux. Ces textes énoncent les objectifs de prise en charge et les missions des volontaires. A la lecture de ces documents, nous avons le sentiment qu'il s'agit d'une entité où il se pratique un exercice atypique de la psychiatrie. Notre attention a notamment été retenue par le fait que les volontaires psychologues, psychiatres ou infirmiers participant à l'activité d'une CUMP semblent interchangeables.

Problématique : Comment en tant que psychiatre envisager sa responsabilité dans la pratique atypique des CUMP où les professionnels semblent interchangeables ?

Objectif : Notre objectif principal était de recueillir la vision des psychiatres sur leur responsabilité de médecin lors de leur activité au sein d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de psychiatres participant à l'activité d'une CUMP en France métropolitaine. Une proposition de participation au travail a été faite par email aux psychiatres figurant dans l'annuaire des CUMP version 2016. Etaient inclus les psychiatres ayant répondu favorablement à notre email et avec lesquels un entretien téléphonique avait pu être réalisé. Les entretiens étaient semi-dirigés à l'aide d'une grille d'entretien puis analysés à l'aide d'une grille spécifique construite à partir de la littérature. Nous nous sommes également intéressés au champ lexical utilisé par les psychiatres pour mentionner ceux qui sont pris en charge par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques.

Résultats : Dix-sept entretiens téléphoniques ont été réalisés entre février et avril 2018. La responsabilité était envisagée au plan civil et pénal par quelques psychiatres avec la mention du devoir d'être assuré et de respect absolu du secret médical. La responsabilité était surtout envisagée au plan professionnel et articulée autour de quatre grands thèmes par les médecins interrogés. D'abord évaluer les demandes et décider si la situation relevait ou non d'une intervention de la CUMP. Ensuite, porter une attention particulière à l'animation du réseau et à la formation des volontaires. Puis organiser le réseau, la mission pour enfin, intervenir sur le terrain notamment, pour la prise en charge des personnes, et si besoin, de prescrire et rédiger des certificats médicaux. La majorité des psychiatres interrogés (53%) ne mentionnaient pas ceux qui étaient pris en charge par la CUMP.

Discussion et conclusion : Notre étude nous a permis de mettre en évidence, un flou pour les médecins quand à la définition de leur pratique, et ce bien qu'elle soit définie par des textes légaux. Une telle définition du travail des psychiatres semble insuffisante et notre étude met selon nous en évidence un certain malaise des médecins pour se positionner dans la pratique atypique de la psychiatrie au sein des CUMP, témoignant de leurs difficultés à définir leur identité professionnelle.

Discipline

Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique

Mots clés

Cellule d'Urgence Médico-Psychologique - CUMP - Planification des mesures d'urgence en cas de catastrophe - Plan d'intervention en cas de catastrophe – Psychiatres – Identité professionnelle.

About responsibility.

French psychiatrist interviews' about their job in "medico psychological emergency units"

Abstract

Introduction: "Medico psychological emergency units" are a French specificity which has been created in 1995 after Saint-Michel subway attack's in PARIS. They are defined by laws since 1997 which mentioned the goals and volunteers' missions. After reading these documents, we have the feeling that "medico psychological emergency units" are a place where psychiatry is practice in an unusual way. Especially, volunteers who are psychologists, psychiatrists and nurses seem commutable.

Problematic: How psychiatrists can discern their doctor responsibility in this atypical practice in "medico psychological emergency units" where professionals seem to be commutable?

Goal: Our main goal was gathering psychiatrist's vision about their responsibility in this job.

Materials and methods: We've made a qualitative study with psychiatrists who practice in a "medico psychological emergency unit" in metropolitan France. Emails where send to psychiatrists registered in the structure's 2016 directory. Psychiatrists who positively answered to our email and with whom a phone contact was possible were included. Interviews were made and analyzed with specifics grids based on literature. Vocabulary used by psychiatrists to talk about people who are helped by units was explored.

Results: Seventeen phone interviews were made between February and April 2018. Responsibility was considered in civil and penal ranks by few psychiatrists who mentioned that it was important to have insurance and also to care about professional secret. Most of doctors considered their professional responsibility in our study. First, measure and choose if the unit intervention is needed. Then, animate the structures and teach the job to volunteers. Next, organize missions and finally, do

the job: care people, prescribe medicines and write out medicals certificates. Most of psychiatrists (53%) don't mentioned people who were care in these emergency units.

Discussion and conclusion: Our work highlights a fuzzy for psychiatrists to specify their job in these units, although it is well definite in laws. Such a definition of the job seems insufficient and our study shows a discomfort of psychiatrist to definite their work and professional identity in these atypical practices.

Keywords

Disaster planning – Critical incident stress debriefing – Psychiatrists – Professional role.

« La réflexion sur le traumatisme psychique est aussi ancienne que la violence des hommes et leur interrogation face à l'irruption incompréhensible de la mort. »

Professeur Louis CROCQ

Remerciements

A Madame le Professeur Marie-France MAMZER, pour m'avoir accueillie dans son laboratoire et fait bénéficier de son enseignement. Merci pour l'aide apportée dans la construction de ce travail,

A Madame le Professeur Irène FRANÇOIS-PURSSELL, d'abord pour avoir rendu ce projet de Master réalisable, ensuite pour m'avoir soutenue et aidée durant cette année,

A l'équipe du laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la faculté René Descartes, pour leur accueil et leur contribution à l'avancée de ce travail au cours des séminaires,

A Madame le Docteur Séverine GILARD-PIOC, pour son enthousiasme, sa bienveillance et ses conseils méthodologiques.

A Madame Marie-Claude FRENISY et Monsieur Jean-Baptiste GUIMIER de la CUMP 21, pour m'avoir fourni le précieux annuaire des CUMP et pour avoir accueilli ce travail,

Aux psychiatres des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques ayant accepté de participer à mon étude, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

A mes camarades de promotion,

A mes collègues du Service de Médecine Légale du CHU de DIJON, qui m'ont permis de participer à cet enseignement de Master 2 en prenant à leur compte une partie de mon travail. Merci pour votre soutien et votre bienveillance depuis toutes ces années.

A Marie qui a pris le temps de relire ce travail,

A Camille, pour son soutien et qui par ses taquineries m'a permis d'enrichir ma réflexion sur cet exercice à la CUMP,

A Maxime,

A mes parents.

Table des matières

INTRODUCTION	11
CONTEXTE : LE TRAUMATISME PSYCHIQUE	14
1. L'ÉVENEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT ET L'INSTANT TRAUMATIQUE	14
2. LE TEMPS POST-TRAUMATIQUE	15
3. LES REACTIONS DE STRESS AIGU.....	16
4. LE TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE	17
DONT LA PRISE EN CHARGE EST NOTAMMENT ASSURÉE PAR LES CELLULES D'URGENCE MEDICO- PSYCHOLOGIQUES	19
1. LA CRÉATION DES CUMP	19
2. L'ÉVOLUTION DU RÉSEAU DE L'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE.....	20
3. LA PRISE EN CHARGE PROPOSÉE PAR LA CUMP	21
LES CELLULES D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUES EN 2018	24
1. LA CUMP ET SON FONCTIONNEMENT	24
2. QUELLES MISSIONS POUR LES CUMP ET SES VOLONTAIRES ?	27
3. PROBLÉMATIQUE	29
TRAVAIL DE RECHERCHE	31
1. MATÉRIEL ET MÉTHODES	31
1.1. <i>Recrutement de la population</i>	31
1.2. <i>Recueil du matériel</i>	31
1.3. <i>Analyse des données recueillies</i>	33
1.4. <i>Déclaration de l'étude à un comité</i>	33
2. RESULTATS	34
2.1. <i>Flowchart de l'étude</i>	34
2.2. <i>Caractéristiques de notre population de psychiatres</i>	36
2.3. <i>Analyse qualitative des entretiens</i>	39
2.4. <i>Aspects positifs et limites du travail</i>	49
3. DISCUSSION	49
CONCLUSION	56

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
AUTRES DOCUMENTS CONSULTES	62
TABLE DES FIGURES.....	63
ANNEXES.....	64
ANNEXE 1. CIM 10	65
ANNEXE2. CRITERES DSM 5, LE TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE (309.81).....	67
ANNEXE 3. REFERENTIEL NATIONAL DE FORMATION.....	71
ANNEXE 4. LISTE DES PRODUITS DE SANTE ET MATERIELS EQUIPANT A MINIMA UNE CUMP.....	72
ANNEXE 5. MODELE NATIONAL DE DOSSIER DE SOINS CUMP.....	73
ANNEXE 6. MODELE NATIONAL DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL DESCRIPTIF A L'USAGE DES CUMP.....	75
ANNEXE 7. AVIS CONCERNANT UNE DECLARATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE.....	76
ANNEXE 8. MAIL A L'ATTENTION DES PSYCHIATRES DES CUMP PROPOSANT UNE PARTICIPATION AU TRAVAIL DE RECHERCHE.....	77
ANNEXE 9. GRILLE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE.....	78
ANNEXE 10. RETRANSCRIPTION INTEGRALE DES ENTRETIENS AVEC LES PSYCHIATRES.....	79
<i>Entretien « psychiatre 1 ».....</i>	<i>79</i>
<i>Entretien « psychiatre 2 ».....</i>	<i>90</i>
<i>Entretien « psychiatre 3 ».....</i>	<i>97</i>
<i>Entretien « psychiatre 4 ».....</i>	<i>103</i>
<i>Entretien « psychiatre 5 ».....</i>	<i>107</i>
<i>Entretien « psychiatre 6 ».....</i>	<i>128</i>
<i>Entretien « psychiatre 7 ».....</i>	<i>135</i>
<i>Entretien « psychiatre 8 ».....</i>	<i>139</i>
<i>Entretien « psychiatre 9 ».....</i>	<i>149</i>
<i>Entretien « psychiatre 12 ».....</i>	<i>165</i>
<i>Entretien « psychiatre 13 ».....</i>	<i>171</i>
<i>Entretien « psychiatre 14 ».....</i>	<i>177</i>
<i>Entretien « psychiatre 15 ».....</i>	<i>180</i>
<i>Entretien « psychiatre 16 ».....</i>	<i>186</i>
<i>Entretien « psychiatre 17 ».....</i>	<i>189</i>

Introduction

Depuis l'Antiquité, les hommes se sont questionnés sur le fonctionnement du psychisme et le vécu des événements perçus comme traumatisants. On retrouve très tôt, des références à la notion de traumatisme psychique dans la littérature. Citons par exemple HIPPOCRATE qui, dans son traité des songes fait référence à ce que nous nommons aujourd'hui les cauchemars traumatiques, qui étaient retrouvés chez certains soldats (1).

Au fil des siècles, de multiples symptômes psychiques que l'on sait aujourd'hui en lien avec la confrontation de sujets à des événements potentiellement traumatisants ont été décrits, et notamment chez les soldats, au cours des guerres.

A partir du 17^{ème} siècle et jusqu'au début du 20^{ème} siècle, ces symptômes (reviviscences et « flashes » traumatiques, cauchemars, sidération, fuite sans but...) restent incompris et sont d'abord attribués à des simulations de maladies mentales, imaginées par les soldats, pensant être réformés et quitter le front. Ainsi, ces symptômes sont bien souvent très sévèrement réprimés et dans tous les cas perçus d'un mauvais œil.

Parallèlement à cette perception très négative, certains élaborent des théories s'écartant de la simple hypothèse d'une simulation de la maladie mentale, et notamment, OPPENHEIM au 19^{ème} siècle (2), qui s'intéresse aux symptômes présentés par les personnes confrontées aux accidents de chemin de fer. Il propose le terme de « *névrose traumatique* » qui est selon lui consécutive à une altération durable du psychisme, associée à un souvenir obsédant de l'événement et qui se traduit par des cauchemars, des reviviscences ou encore une labilité émotionnelle. Certains sont détracteurs de cette vision, d'autant plus que la reconnaissance de l'état de « victime » souffrant d'une névrose traumatique a souvent pour but l'indemnisation.

Plus tard, JANET (3) et FREUD (4-6) s'intéressent également à cette notion de traumatisme et proposent l'hypothèse d'une intrusion dans le psychisme d'un « *corps étranger parasite* » au moment de la confrontation du sujet à un événement potentiellement traumatisant. Une fois incrusté dans le psychisme, ce corps étranger évoluera pour son propre compte et sera à l'origine de symptômes traumatiques.

Ce n'est que durant la guerre russo-japonaise (1904-1905), que, forcés de constater que les fortes réprimandes imposées aux soldats qualifiés de « *simulateurs* » sont inefficaces, l'hypothèse d'un possible lien entre les combats et les symptômes présentés par les soldats est évoquée.

Dès lors, afin d'éviter la perte trop nombreuse de soldats sur le front et de compromettre les combats, le système de prise en charge de la psychiatrie de l'avant est imaginé (7). Il est constitué de postes de secours proches des lignes de combats où un binôme médecin-infirmier dispense les premiers soins psychiatriques permettant au soldat de regagner rapidement la ligne de combat.

L'hypothèse de symptômes en lien avec les combats est de nouveau prise en considération au cours de la Première Guerre Mondiale (1914 – 1918), de nombreux tableaux traumatiques sont décrits chez les soldats et la psychiatrie de l'avant se poursuit.

Au début de la Seconde Guerre Mondiale (1939 – 1945), on propose une nouvelle hypothèse : les troubles psychiques de guerre n'apparaissent que chez des soldats psychologiquement fragiles. Ainsi, une sélection des combattants est instaurée. C'est un échec, les troubles psychiques traumatiques apparaissent de la même manière qu'au cours des précédentes guerres, et, en l'absence de recours médical, le manque de soldats au front est majeur. Ainsi, le lien entre la confrontation à un événement traumatisant et l'apparition des symptômes semble évident. Le dispositif de la psychiatrie de l'avant est de nouveau mis en place.

Il en est de même au cours de la guerre du Vietnam (1964 – 1975) suite à laquelle l'entité « PTSD = Post Traumatic Stress Disorder » fait son apparition dans le Manuel Diagnostique et Statistique (DSM) des troubles mentaux devant le constat de symptômes traumatiques et de modifications durables de la personnalité chez les soldats rentrés du Vietnam.

S'appuyant sur le dispositif de la psychiatrie de l'avant, on imagine ensuite les techniques de « débriefing » pour la prise en charge des équipes de secouristes intervenant dans des situations difficiles. Ces techniques visent à évoquer avec les équipes, réunies en petits groupes, l'intervention et les sentiments éprouvés afin de minimiser l'impact traumatique.

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP), créées en 1995, proposent aujourd'hui une application de ce dispositif de débriefing à la population civile, lorsque celle-ci est confrontée à un événement à caractère potentiellement traumatisant (8,9).

L'urgence médico-psychologique est désormais encadrée par plusieurs textes législatifs mentionnant notamment, l'organisation du dispositif, les circonstances dans lesquelles les cellules sont amenées à intervenir ou encore le rôle des professionnels.

Malgré cette organisation largement encadrée par les textes, nous avons eu des difficultés en tant que jeune psychiatre volontaire au sein de la CUMP 21 à définir ce qui relevait de notre responsabilité de médecin dans cet exercice atypique. Ainsi, nous proposons le présent travail de mémoire.

Dans un premier temps, nous évoquerons des éléments généraux, de définition à propos du traumatisme psychique et des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, permettant de poser le cadre de notre pratique. Dans un deuxième temps, nous proposons une présentation critique des textes législatifs concernant les CUMP, parus en 2017, occasion de mettre en avant nos questionnements et notre problématique. Puis, nous présenterons notre travail de recherche et ses résultats. Enfin, l'articulation de nos différentes parties permettra de présenter une réflexion à propos de la pratique des psychiatres participant à l'exercice atypique de la psychiatrie au sein des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques.

Contexte : le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique ou psychotraumatisme ou encore trauma ou psychotrauma, correspond à l'ensemble des manifestations psychiques pouvant survenir après un événement à caractère potentiellement traumatisant.

Nous abordons dans les paragraphes suivants les notions qui nous semblent essentielles à propos du psychotraumatisme et qui permettront ensuite au lecteur d'aborder les questionnements actuels auxquels nous faisons face dans notre pratique.

1. L'événement potentiellement traumatisant et l'instant traumatique

La terminologie est ici essentielle : on parle d'événement potentiellement traumatisant et non d'évènement traumatisant.

En effet, les caractéristiques de l'événement ne sont pas suffisantes à elles seules pour apprécier son impact traumatique sur une personne. Le caractère traumatisant d'un événement est avant tout lié au vécu subjectif de celui-ci par la personne qui y est confrontée. Pour qu'un événement soit traumatisant, il doit avoir été vécu par le sujet sur un mode traumatique. DECLEIRE rappelle à ce propos, dans son article « *le temps suspendu du traumatisme* » (10), la vision de LAPLANCHE et PONTALIS à propos de l'instant du traumatisme décrit comme : « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* ».

Certains auteurs et notamment BARROIS (11) mentionnent comme point central de l'instant traumatique, la confrontation du sujet avec le réel de la mort, pour laquelle aucun individu n'a de représentation psychique. Ainsi, cette confrontation est un instant d'effroi et de non-sens. FREUD disait à ce propos : « *le fait est qu'il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort, et toutes les fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs* » (5).

L'importance de la subjectivité explique la diversité de la symptomatologie retrouvée à la suite de l'événement. En effet, les mêmes faits peuvent être traumatisants pour un sujet et pas pour un autre et même, ils peuvent être traumatisants pour un sujet à un instant donné alors qu'ils ne l'auraient pas été à un autre instant. C'est bien souvent l'étude des symptômes a posteriori et à distance, qui permettra de définir le vécu, traumatique ou non, chez un individu.

JOSSE (12) propose la classification suivante d'événements pouvant être à caractère traumatisant :

- Les actes intentionnels tels que les agressions, les vols et cambriolages avec violence, les prises d'otage, les actes de terrorisme, de torture, de guerre, de génocide, etc.
- Les événements accidentels tels que les accidents routiers, ferroviaires, aériens, maritimes, les incendies, les accidents du travail ou domestiques, etc.
- Les catastrophes naturelles telles que les séismes, les tsunamis, les éruptions volcaniques, les inondations, les cyclones, les typhons, les tornades, etc.

2. Le temps post-traumatique

Nous proposons l'appellation de temps post-traumatique pour parler de la période qui suit un événement potentiellement traumatisant. Ce temps peut être divisé en trois périodes :

- **La période immédiate**, à partir du moment traumatique et jusqu'à la 48^{ème} heure après,
- **La période post-immédiate**, entre la 48^{ème} heure et le 30^{ème} jour,
- **La période tardive**, après le 30^{ème} jour.

Notons, que les troubles psychiques varient en fonction du moment post-traumatique. Ainsi, on distingue :

- Durant la période immédiate, les états de stress aigus qu'ils soient adaptés ou dépassés,
- Durant la période tardive, le trouble stress post-traumatique.

La période post-immédiate est quant à elle une phase de latence, au cours de laquelle l'état de stress aigu est susceptible de s'améliorer. Elle peut également être le moment d'apparition des premiers signes de la symptomatologie post-traumatique.

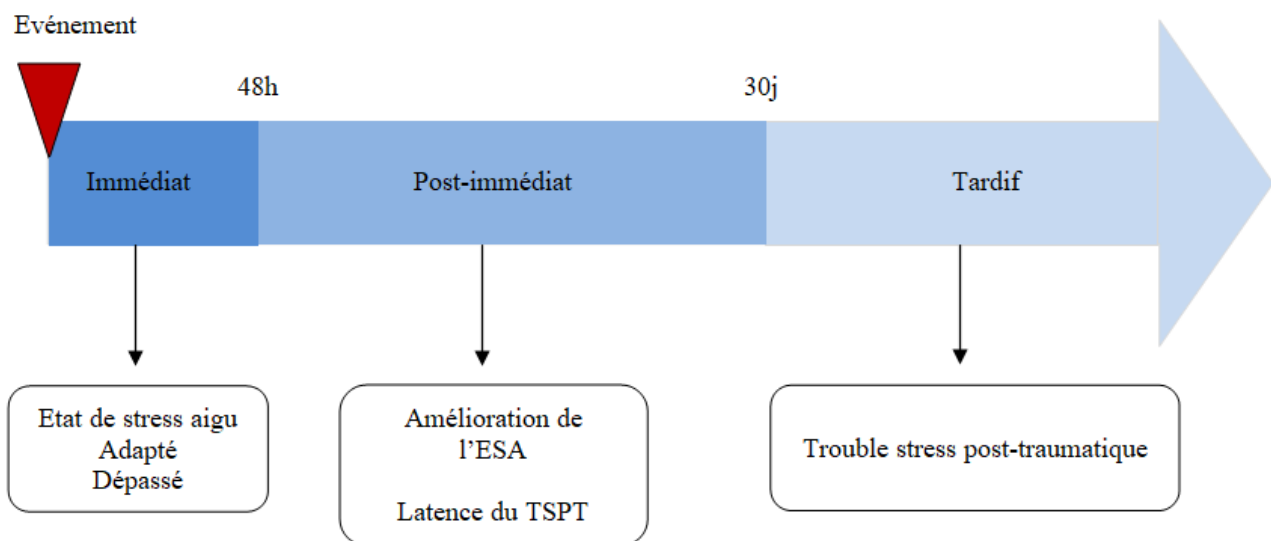


Figure 1. Le temps post-traumatique et ses tableaux cliniques

3. Les réactions de stress aigu

Comme mentionné ci-dessus sur notre schéma, la période immédiate est le temps du stress, qui peut être adapté ou dépassé.

Le stress, lorsqu'il est adapté n'est pas pathologique. Il s'agit d'une réaction réflexe, adaptative, utile et protectrice, qui va mobiliser le sujet face à un évènement. Il permet notamment, la focalisation de l'attention de l'individu sur la menace, la mobilisation des capacités mentales et incite à une action rapide (11). SELYE (13) décrit le stress adaptée comme « *un syndrome général d'adaptation* » de l'individu à son environnement. Il estime que son absence, en réaction à certains stimuli correspondrait à la mort du sujet, mais, il mentionne également que le stress, s'il est trop intense, trop long ou répété s'avère dangereux. Actuellement, nombre d'auteurs, et notamment CROCQ (14) restent fidèles à cette conception.

Mais, le stress peut également être pathologique, on dit alors qu'il est dépassé.

La réaction de stress dépassé peut survenir d'emblée, notamment chez des sujets fragilisés par d'autres facteurs ou non préparés à l'évènement (15) ou, après une période de stress adaptée trop

longue ou répétée qui mène au dépassement des capacités psychiques et à l'épuisement des réserves énergétiques du sujet. En effet, la réaction de stress adaptée est très coûteuse en énergie.

Ainsi, dans les situations de stress dépassé, les réponses comportementales et psychiques du sujet sont inadaptées. Cet état prend généralement une ou plusieurs des quatre formes suivantes :

- La sidération,
- L'agitation,
- La fuite panique,
- Les actions automatiques.

Ces manifestations sont généralement rapidement résolutive.

4. Le trouble stress post-traumatique

Comme mentionné dans notre schéma du temps post-traumatique, la période tardive, au-delà du trentième jour après l'évènement traumatique est le moment où le diagnostic d'un état de stress post-traumatique peut être fait.

Le tableau du trouble stress post-traumatique est décrit dans les classifications de référence en psychiatrie, CIM 10 (F43.1) et DSM 5 (309.81) (annexes 1 et 2).

Trois types de symptômes dominent habituellement le tableau du stress post-traumatique, et sont retrouvés à des degrés variables :

- **Le syndrome de répétition**, qui est pathognomonique du trouble stress post-traumatique. Il peut être spontané ou déclenché à l'occasion de stimuli particuliers. Il consiste en des intrusions diurnes ou nocturnes de l'évènement traumatique. Il peut s'agir de « flashes » de l'évènement, de cauchemars de répétition, de ruminations du traumatisme, etc. Ces symptômes sont pénibles et s'accompagnent d'un sentiment de détresse, d'un raidissement du corps et de manifestations neuro-végétatives (sueurs, tremblements etc.) (16),
- **Les conduites d'évitement**, qui sont fréquentes. En effet, bien souvent, et quitte à perturber sa vie sociale, personnelle ou professionnelle, le sujet psychotraumatisé développe des comportements dont la finalité est d'éviter toute confrontation à des stimuli qui pourraient être à l'origine d'un « réveil » du syndrome de répétition (15,17),

- **L'hyperéveil**, qui est secondaire à l'hyperactivité neuro-végétative, se traduit par un état d'alerte permanent, des réactions disproportionnées à des évènements minimes ou encore des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement (15,17).

D'autres symptômes non-spécifiques peuvent être retrouvés dans les tableaux de stress post-traumatique : l'anxiété, la dépression allant dans certains cas jusqu'au suicide, les troubles du comportement et de la personnalité, les troubles des conduites avec notamment des conduites addictives ainsi que des troubles somatiques tels que l'asthénie ou les algies.

Concernant l'évolution du trouble stress-post traumatique, elle est généralement favorable avec un retour à l'état antérieur en 3 à 6 mois.

Seuls 25% des TSPT se chronicisent et perdurent au-delà de 5 ans avec une persistance de troubles de la triade traumatique (syndrome de répétition, évitement, hyperéveil) ou des remaniements durables de la personnalité (annexe 1. CIM 10 « *modification durable de la personnalité après une expérience traumatique* »).

Dont la prise en charge est notamment assurée par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques

1. La création des CUMP

25 juillet 1995 à PARIS : un attentat a lieu dans le RER station Saint-Michel. Il est à l'origine de plusieurs décès et de centaines de blessés.

Suite à cet événement, J. CHIRAC, Président de la République française rend visite aux impliqués. Un constat est fait : certains sujets, bien qu'indemnes physiquement sont en proie à des troubles psychiques (sidération, agitation, peur, reviviscences...) pour lesquels il n'existe aucun dispositif de prise en charge. J. CHIRAC, X. EMMANUELLI, (médecin urgentiste chargé de l'action humanitaire et d'urgence) et L. CROCQ (psychiatre des armées bénéficiant d'une expérience dans le diagnostic et la prise en charge du traumatisme psychique de guerre) constituent alors un groupe de travail visant à la création d'un dispositif de prise en charge spécifique pour ceux que l'on nomme « les impliqués » (18). Ainsi, la première Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, CUMP Paris – Ile de France, est créée. Elle a pour mission la prise en charge des sujets confrontés à des événements potentiellement traumatisants et susceptibles de présenter des troubles psychotraumatiques secondaires à cette exposition.

Ensuite, la réflexion se poursuit autour du dispositif et la circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n°97/383 voit le jour le 28 mai 1997. Ce texte officialise la première CUMP et crée le réseau de l'urgence médico-psychologique, défini comme un dispositif « *gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique* », ayant pour objectif la prise en charge « *des victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes et/ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques* » et pour lesquelles, il « *convient d'essayer de prévenir, réduire et traiter les blessures psychiques sur le lieu même de la catastrophe sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques* » (19).

Le réseau de l'urgence médico-psychologique ainsi créé présente une organisation pyramidale à trois niveaux avec un fonctionnement singulier :

- **Au niveau départemental**, il consiste en une cellule permanente de l'urgence médico-psychologique qui constitue une unité fonctionnelle du SAMU. Cette cellule repose sur une équipe permanente dotée de 0,5 équivalent temps plein (ETP) de psychiatre référent, de psychologue et d'infirmier diplômé d'état (IDE) ou secrétaire qui est renforcée en cas de besoin, par la mobilisation de volontaires inscrits sur une liste,
- **Le niveau interrégional**, est composé de sept cellules désignées parmi les CUMP départementales permettant la centralisation des listes de volontaires et la coordination des CUMP afin de mobiliser les personnels suffisants en cas d'événement de grande ampleur,
- Enfin, **le niveau national**, est constitué par le comité de l'urgence médico-psychologique qui veille à la cohérence du dispositif. Pour se faire, il définit une doctrine, des objectifs et formations communes à l'ensemble des CUMP et à leurs volontaires.

Notons que ce comité sera supprimé en 2012. Ses fonctions seront par la suite assurées par le Département des Urgences Sanitaires du Ministère de la Santé.

2. L'évolution du réseau de l'urgence médico-psychologique

Après sa création, le réseau de l'urgence médico-psychologique est fortement sollicité pour de multiples demandes et il est rapidement dépassé. Ainsi, le 20 mai 2003, la circulaire DHOS/02 n°2003-235 (20), relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe est publiée. Elle apporte des modifications au réseau. Notamment, le niveau interrégional jusqu'alors composé de sept cellules désignées parmi les CUMP départementales est remplacé par une CUMP dite régionale, qui est choisie parmi les CUMP départementales. La composition de l'équipe permanente reste inchangée.

Deux textes législatifs viennent ensuite renforcer l'encadrement du dispositif :

- Le décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 (21) relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles qui intègre le réseau des CUMP dans l'organisation générale des urgences sanitaires,
- L'instruction du 24 février 2014 (22) relative aux modalités d'intervention des CUMP et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une CUMP détaille quant à elle l'organisation territoriale du réseau.

Ainsi, le réseau de l'urgence médico-psychologique est organisé de manière pyramidale en quatre niveaux : départemental, régional, zonal et national.

- **Les niveaux départemental et régional** restent inchangés par rapport à la circulaire du 20 mai 2003,
- **Le niveau zonal** repose quant à lui sur la CUMP dite zonale définie parmi les CUMP départementales et régionales. La notion de zone correspond aux zones de défense du territoire national et, la CUMP choisie comme CUMP zonale est celle qui est présente au sein de l'établissement où siège le SAMU.

Ces CUMP assurent un appui technique à l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans la coordination et la mobilisation des ressources médico-psychologiques si un événement de grande ampleur, dépassant les ressources d'une zone de défense venait à survenir,

- **Enfin, le niveau national**, est constitué de l'ensemble des CUMP du territoire français. Il est chapeauté par un psychiatre référent national chargé notamment de l'animation du réseau et de son groupe de travail.

3. La prise en charge proposée par la CUMP

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques sont amenées à intervenir essentiellement en période immédiate, sur le terrain, au plus près de l'évènement et parfois, en période post-immédiate voir tardive lorsqu'elles sont associées à des unités de consultation du psychotraumatisme.

En période immédiate, soit dans les 24 heures suivant l'évènement, il est proposé un défusing ou déchoquage des impliqués. Cette prise en charge a la particularité d'être réalisée au plus près de l'évènement. De plus, elle est proactive, puisqu'elle devance toute demande de soin du sujet ce qui est très inhabituel en psychiatrie (23).

Sur le terrain, l'intervention de la CUMP est intégrée au dispositif d'urgence et la prise en charge des personnes se fait au sein d'un poste d'urgence médico-psychologique ou PUMP, qui est souvent positionné à proximité du poste médical avancé placé par les médecins urgentistes sur le terrain.

La prise en charge immédiate est adaptée au cas par cas. Il s'agit dans un premier temps de caractériser l'état du sujet et de déterminer s'il est dans un état de stress adapté ou dépassé.

En effet, le défusing est formellement contre-indiqué chez le sujet en état de stress dépassé au risque de voir son état s'aggraver. Dans ce cas, l'objectif est d'abord de le faire revenir à un état de stress adapté.

Le défusing consiste en un entretien qui va permettre au sujet impliqué de comprendre et de s'exprimer sur ce qu'il vient de vivre, de retrouver ses repères et de débiter une élaboration psychique autour de l'événement vécu (8). Ce temps permet également au professionnel de la CUMP de mettre à jour la manière dont le sujet a vécu l'événement, d'évaluer son état psychique et de prendre en charge les symptômes présentés. Le professionnel devra également s'efforcer de dépister les signes potentiellement annonciateurs de l'émergence d'un trouble stress post-traumatique (24). Au besoin et dans de rares cas, suite à cette prise en charge, un traitement pharmacologique ou un transfert vers un établissement hospitalier pourra être réalisé.

L'intérêt de cette pratique résiderait dans son effet préventif sur le développement d'un psychotraumatisme (25,26).

En période post-immédiate, soit durant les 24 à 72 heures suivant l'évènement, la prise en charge proposée par la CUMP est le débriefing ou Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (IPPI). Notons d'abord une caractéristique historique particulière qui nous semble intéressante de cette pratique de débriefing.

Elle a été utilisée pour la première fois, en milieu militaire, par MARSHALL, à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Il s'agissait de réunir les soldats en petits groupes après une intervention éprouvante et de les inciter à verbaliser en détails et chronologiquement le déroulement de leur intervention et leurs émotions (8,9). Il avait été constaté chez les soldats participant à ces groupes de parole une plus faible incidence des troubles post-traumatiques, évitant ainsi la « fuite » des soldats du front. Plus tard, les indications de cette technique ont été élargies et elle a été appliquée aux personnels de secours intervenant sur des situations potentiellement traumatisantes.

En 1995, lors de la création des CUMP, le champ du débriefing s'est à nouveau élargi avec la prise en charge des personnes civiles impliquées dans des événements potentiellement traumatisants.

La méthode employée est celle du « *critical incident stress debriefing* » décrite par MITCHELL en 1983 qui vise à atténuer le niveau de stress lié à l'événement et à favoriser les processus de récupération psychique, notamment par la verbalisation des émotions. Le travail en petit groupe serait un moyen essentiel pour la prise de conscience de la « normalité » de son ressenti pour le sujet impliqué. En

effet, la confrontation au ressenti d'autrui, souvent similaire, serait un moyen de soulager les sentiments d'impuissance et de culpabilité (9,23,27,28).

Aujourd'hui, dans les CUMP, ce type de prise en charge s'effectue dans la mesure du possible, en petits groupes, qui sont constitués en fonction des relations antérieures existantes entre les sujets et leur vécu traumatique.

Pour appartenir à un même groupe, les personnes doivent avoir eu un vécu similaire de l'événement (par exemple, ils ont tous participé à la réalisation d'un massage cardiaque sur une même personne). Les liens antérieurs entre les sujets sont également essentiels pour la constitution des groupes. Notamment, les personnes liées entre elles par une hiérarchie ne pourront être placées ensemble. Dans certains cas, il est impossible de constituer des groupes, alors, on réalise une prise en charge individuelle (27).

L'intérêt du débriefing serait son effet préventif sur le développement d'un trouble stress post-traumatique. Néanmoins, cela reste sujet à controverse au sein de la communauté médicale, et, une revue de la littérature à ce sujet en témoigne : certains auteurs évoquent l'absence de preuves concernant l'efficacité du débriefing sur la prévention du trouble stress post-traumatique (29–31) et selon d'autres, il serait même délétère... (32)

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques en 2018

Comme mentionné ci-dessus, en 1997, deux ans après qu'elles aient été imaginées, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques ont commencé à être encadrées par des textes légaux, visant à définir l'organisation jugée optimale sur le plan territorial. Les missions y sont également mentionnées.

Nous proposons une analyse des deux derniers textes législatifs en date concernant les CUMP :

- L'instruction n°DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 (33) relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique,
- L'instruction interministérielle 5979/SG du 10 novembre 2017 (34) relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.

Nous chercherons à identifier l'organisation, le fonctionnement et ce qui est considéré comme relevant des missions des Cellules, et des volontaires.

1. La CUMP et son fonctionnement

Tout d'abord, nos textes fixent les conditions dans lesquelles les CUMP sont susceptibles d'être « déclenchées » et d'intervenir. Il est mentionné (33) :

«Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique 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».

Nous ne manquerons pas de remarquer ici, que le cadre d'intervention est très vaste. En effet, comment définir « catastrophe » et « accident impliquant un grand nombre de victimes » ? Que signifie « susceptible d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques » ?

Afin de tenter un éclaircissement de ces propos, nous avons pris connaissance de définitions du dictionnaire Larousse. Concernant le terme de catastrophe, il propose « événement qui cause de graves bouleversements, des morts » c'est un « accident jugé grave par la personne qui en subit les conséquences » (35). A propos du mot « grand » utilisé pour qualifier le nombre de victimes, il

indique : « *qui atteint un haut niveau, un haut degré ; dont l'importance, l'intensité, la durée ou la quantité sont considérables* » ce mot « *indique qu'une quantité est importante subjectivement* » (36).

Ainsi, nous constatons que la définition de nos termes est largement empreinte de la subjectivité de celui qui y est confronté et nous pouvons aisément imaginer que chacun place le curseur de ce qu'est la catastrophe, qui implique un grand nombre de victimes, là où cela lui semble approprié. Il en est de même pour la notion de ce qui peut entraîner d'importantes répercussions psychologiques : qu'est-ce qu'une répercussion psychologique ?

Nous avons de temps à autre, des illustrations parfaites de l'empreinte de la subjectivité dans la définition de ce qui relève, ou non, d'un déclenchement de la CUMP. En effet, lorsque nous discutons avec nos collègues eux aussi volontaires, certains considèrent que la CUMP ne doit intervenir que s'il y a au minimum cinq à dix morts alors que d'autres jugent qu'un accident de la route ou un suicide au sein d'une famille relève d'une CUMP.

Ensuite, à propos des modalités de fonctionnement des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, il est décrit (33) :

« L'urgence médico-psychologique fait partie du dispositif de l'aide médicale urgente [...] les modalités d'intervention des CUMP sont définies dans un schéma type d'intervention établi par le responsable médical du SAMU en liaison avec le référent de la CUMP et les établissements de santé concernés [...] : la typologie des situations pouvant donner lieu au déclenchement de la CUMP, les modalités de recours à l'expertise de la CUMP, les modalités pratiques d'activation de la CUMP, les modalités d'intervention des personnels de la CUMP, les modalités d'évaluation de la CUMP. »

Ainsi, les cellules sont rattachées au SAMU, et en constituent une unité fonctionnelle. Dès lors, en cas d'événement jugé comme à caractère potentiellement traumatisant, la CUMP est sollicitée par le SAMU pour intervenir conformément au schéma type d'intervention qui a été préalablement défini. Et, la question des circonstances dans lesquelles la CUMP peut être déclenchée est de nouveau évoquée.

En effet, le schéma type d'intervention étant le résultat d'un accord entre la CUMP et le SAMU auquel elle est rattachée, ceci offre une multitude de possibilités dans la définition des caractéristiques de ce qui relève ou non des interventions des cellules. Et à notre sens, ces schémas sont possiblement fortement empreints de la vision, subjective, qu'ont les professionnels

responsables qui les rédigent, des incidents pour lesquels les CUMP peuvent être mobilisées et posent donc à nouveau la question de la définition des termes sus citées.

Ensuite, nous notons ceci (33) :

« Ce dispositif repose sur des personnels et professionnels de santé volontaires (psychiatres, psychologues, infirmiers) spécialisés ou compétents en santé mentale, ayant reçu une formation initiale et continue spécifique »,

« Les professionnels de santé qui se sont portés volontaires pour intégrer une CUMP sont inscrits sur une liste [...] ils peuvent exercer dans un établissement de santé ou à titre libéral et doivent pouvoir se rendre rapidement disponibles pour intervenir. »

Donc, à la différence de toute autre structure de prise en charge en psychiatrie et même plus largement, en santé, les CUMP ont cette particularité d'être basées sur une petite équipe permanente et surtout sur des volontaires. Ces derniers exercent en parallèle de leur engagement dans le réseau de l'urgence, une activité professionnelle, salariée d'un établissement de santé, ou libérale.

Dans notre expérience au sein de la CUMP nous avons pu constater la réalisation de tableaux d'astreinte des volontaires, afin que les personnels de l'équipe dite permanente puissent avoir recours à des renforts en cas de déclenchement de la Cellule. Mais, malgré cette organisation, il existe selon nous, des difficultés potentielles liées à ce mode de fonctionnement atypique.

Il se pose, d'une part, la question de la disponibilité des professionnels de santé impliqués dans le réseau. Notons, que l'intervention CUMP « idéale » aurait lieu un jour et à une heure de grande disponibilité des professionnels. Or, en pratique, ceci n'est que rarement le cas. Prenons l'exemple des attentats de Paris en 2015 et Nice en 2016, l'un s'est déroulé en soirée, le second lors d'un jour férié au beau milieu des vacances scolaires. Ainsi, bien que riche de volontaires, le réseau est susceptible d'être rapidement dépassé même pour des interventions de petite envergure, si elles venaient à survenir lors d'une période de carence en volontaires.

Dans un second temps, en cas de disponibilité des volontaires, ceux-ci exerçant une activité parallèlement à leur pratique au sein de la CUMP, il est souvent très difficile pour eux, de se rendre immédiatement disponibles. Il se pose alors la question de leur remplacement afin que la structure hospitalière ou le cabinet d'exercice habituel ne soit pas mis en péril et que les patients puissent

bénéficier d'une prise en charge qui ne souffre pas de l'absence du ou des volontaires détachés pour intervenir avec la CUMP.

Alors, nous nous posons la question de la pérennité des CUMP et du réseau de l'urgence médico-psychologique. En effet, comment un dispositif peut-il exister s'il repose dans sa quasi-totalité sur la possibilité des « *professionnels disposant d'une compétence en santé mentale* » à abandonner leurs activités habituelles pour intervenir dans l'urgence ? Les volontaires doivent-ils quitter leurs patients pour aller proposer leur compétence à des personnes impliquées dans un événement, ne souhaitant pas nécessairement une prise en charge psychique ?

Nous constatons également un flou important dans la caractérisation des personnels volontaires. Notre texte (33) expose que peuvent se porter volontaires, « *des personnels et professionnels de santé spécialisés ou compétents en santé mentale, ayant reçu une formation initiale continue et spécifique* ». Il est précisé que les personnels sont soit des psychiatres, soit des psychologues, soit des infirmiers. A propos de la formation, son programme est national et standardisé (annexe 3) et elle est dispensée à chaque futur volontaire, sans distinction de profession et donc, sans tenir compte des compétences et connaissances de chacun. L'objectif est de disposer de « volontaires CUMP » capable de réaliser les mêmes missions et donc potentiellement interchangeables.

2. Quelles missions pour les CUMP et ses volontaires ?

Selon notre texte (33), l'intervention de la CUMP après un évènement potentiellement traumatisant vise à :

« Prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats aux victimes et à toutes personnes impliquées dans l'évènement y compris les professionnels de santé et les sauveteurs [...] dispenser des soins post-immédiats aux victimes [...] conformément aux bonnes pratiques définies par les sociétés savantes concernées. »

Ici, il est mentionné que la prise en charge des personnes doit se faire « *conformément aux bonnes pratiques* » ce qui nous semble être une problématique majeure puisqu'il existe actuellement de nombreuses tensions et débats quant à la prise en charge à dispenser aux personnes confrontées à un évènement à caractère potentiellement traumatisant. Et ce tant sur la prise en charge médicamenteuse à adopter que sur le bénéfice possiblement apporté par une consultation auprès de la CUMP (25, 26, 29-32).

De plus, les volontaires sont à même de prendre en charge les professionnels de santé et les sauveteurs selon notre document. Ceci semble soulever une incohérence dans notre texte. En effet, il est mentionné que « *le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique 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* » (33), puis, nous retrouvons la notion de la prise en charge des personnels intervenant auprès des victimes. Dès lors, doit-on considérer l'équipe intervenant pour la prise en charge des personnes « victimes » comme étant elle-même victime de l'incident ? Le traumatisme psychique est-il alors contagieux ? Ou la prise en charge des soignants trouve t'elle son essence dans une volonté de décharge et d'analyse de la pratique afin d'éviter de malmenager ceux qui apporte leurs soins ?

Ensuite, l'application de ce texte placerait, certains jours, le volontaire dans la position de celui qui participe à des interventions sur le terrain en lien avec des collègues et d'autres jours, dans la position de celui qui prend en charge des personnels médicaux. Or, ce type de pratique ne nous semble pas souhaitable car il est difficile, voire impossible dans notre pratique d'entretenir à la fois une relation de collègues et de soignant-soigné.

De plus, cela vient également questionner la notion de traumatisme psychique et de son caractère potentiellement contagieux. En effet, peut-on subir un traumatisme par procuration lors du contact ou de la prise en charge des impliqués ou cela est-il de l'ordre des choses choquantes, déstabilisantes, qui ne laissent pas insensible ? Et donc, par conséquent est-ce le domaine de compétence de la CUMP que de prendre en charge les personnels intervenant sur le terrain ?

Concernant les missions confiées à nos volontaires, elles sont vastes.

Il s'agit d'abord, de la prise en charge, notamment immédiate, au plus près de l'évènement, des impliqués, au sein du poste d'urgence médico-psychologique, dont l'organisation est confiée à la CUMP et par extension à ses volontaires (33,34). Nos textes mentionnent également la nécessité de mise en place d'un PUMP téléphonique (33) avec une mission d'information et d'orientation des personnes, confiée aux volontaires, ce qui constitue dès lors un autre exercice spécifique, inhabituel. Ainsi, chaque volontaire CUMP a une mission d'organisation du système dans lequel il pourra par la suite prendre en charge les impliqués.

Chaque volontaire se voit également confier une mission que nous qualifierons d'administrative, par laquelle il doit « *assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans le ou les PUMP* » (33) et, dans la cadre des attentats assurer le « *recensement, via l'application SI-VIC, des données administratives relatives aux personnes qu'elles prennent en charge* » (34) afin qu'il soit établi une

liste unique de victimes permettant de faciliter la prise en charge médicale puis les démarches de reconnaissance en tant que victime, à des fins d'indemnisation.

Il est mentionné dans notre document (33), la liste des produits de santé et équipements matériels de la CUMP (annexe 4) dans laquelle on retrouve notamment « *des médicaments administrés par voie orale ou parentérale [...] un modèle de certificat [...] un ordonnancier [...] des certificats d'hospitalisation sous-contrainte [...] des certificats d'arrêt de travail et d'accident de travail* » (annexes 5 et 6). Ainsi, dans ces lignes, nous comprenons qu'il existe, en plus des missions que nous qualifierons de non spécifiques, des missions de rédaction de certificats médicaux et prescriptions réservées aux psychiatres.

3. Problématique

A la lumière des notions présentées ci-dessus, nous comprenons que les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques constituent une entité que nous pouvons qualifier d'atypique.

En effet, elles exportent les pratiques de santé mentale, en dehors des murs de l'hôpital, et proposent une prise en charge proactive, à des personnes sans qu'elles en aient fait la demande exprès. Ces personnes, sont issues de la population générale et, sauf exception, ne présentent aucun trouble mental. La CUMP s'intéresse donc à une population de « non malades » soumis à un événement potentiellement traumatisant, pouvant être générateur d'états de stress aigus et, elle propose en période immédiate, la réalisation d'un défusing visant à prévenir l'apparition d'un trouble stress post-traumatique.

L'organisation des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques est également atypique puisqu'elle repose sur des personnes volontaires, « *disposant de compétences en santé mentale* », infirmiers, psychologues ou psychiatres ayant participé à une formation nationale visant à leur conférer la qualité de volontaire CUMP. Hormis les missions de prescription et de rédaction de certificats initiaux descriptifs qui sont spécifiques des psychiatres, aucune distinction n'est faite entre les volontaires et les compétences de chacun, infirmier, psychologue ou psychiatre sont occultées derrière la qualité de « volontaire CUMP » qui est celle qui prime. Dès lors, il nous semble que les personnels sont potentiellement interchangeables.

**Comment, en tant que psychiatre, envisager sa responsabilité dans la pratique atypique des CUMP,
où les professionnels semblent interchangeables ?**

Pour trouver des pistes de réflexion autour de notre problématique, nous proposons un travail de recherche présenté dans la suite de ce mémoire qui s'intéresse à la vision qu'ont les psychiatres de leur responsabilité, dans leur exercice au sein de la CUMP.

Travail de recherche

1. Matériel et méthodes

Notre étude s'intéressait aux psychiatres participant à l'activité d'une cellule médico-psychologique en France métropolitaine.

L'annuaire des CUMP françaises, version 2016, a été gracieusement mis à disposition par la CUMP 21.

L'objectif principal de notre travail était de recueillir la vision des psychiatres sur leur responsabilité de médecin lors de leur activité au sein d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

1.1. Recrutement de la population

Un email de prise de contact, explicatif de notre travail, et proposant une participation à celui-ci (annexe 8) a été adressé à chaque psychiatre de France métropolitaine dont l'adresse e-mail figurait dans l'annuaire CUMP 2016.

Etaient inclus les psychiatres volontaires, qui avaient répondu favorablement à notre email de sollicitation, et avec lesquels un rendez-vous téléphonique avait pu être réalisé. Les rendez-vous téléphoniques ont été fixés soit via un échange de mails avec le psychiatre soit suite à un contact avec leur secrétariat après qu'ils nous en aient fait la demande exprès.

Pour des raisons d'objectivité, au vue de l'aide apportée par les membres de la CUMP 21 pour la réalisation de cette étude, le fait d'en être membre constituait un facteur d'exclusion.

1.2. Recueil du matériel

Nous avons réalisé des entretiens téléphoniques avec les psychiatres volontaires, entre février et avril 2018. L'ensemble des entretiens téléphoniques a été réalisé par le même investigateur afin d'éviter tout biais dans le recueil.

Le contact téléphonique consistait en un entretien semi-dirigé, à l'aide d'une grille d'entretien (annexe 9).

Un premier temps de l'entretien visait à la caractérisation de notre population de psychiatres. Nous nous intéressions, à la pratique que nous avons nommée « habituelle » de la psychiatrie et au courant psychiatrique. Ensuite, nous avons exploré leur pratique au sein des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques : depuis quand participaient-ils à l'activité de la CUMP et comment avait-il pris part à cet exercice ?

Nous nous sommes également intéressés au nombre de volontaires médecins psychiatres, participant à l'activité de chaque cellule afin de définir si notre sentiment de manque de psychiatre était propre à notre cellule d'exercice ou s'il était généralisé à l'ensemble du territoire de France métropolitaine.

Dans un deuxième temps, la question « *comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre dans les missions CUMP ?* » permettait d'aborder les missions que les psychiatres identifiaient comme relevant de leur compétence.

Dans un troisième temps, nous faisons part de notre retour d'expérience, en rapport avec la « mise à l'écart » des psychiatres à des fins administratives de rédaction de prescriptions et de certificats, puis nous avons recueilli les réactions des médecins à ce propos.

Ce retour d'expérience nous permettait également d'interroger les psychiatres sur leurs pratiques notamment au sujet de la rédaction de certificats médicaux et ouvrait la possibilité d'une réflexion sur la place des volontaires au sein des CUMP et sur le fait qu'ils soient interchangeables.

En dernier lieu, un espace de parole libre était proposé à nos médecins via la question : « *y a-t-il des points qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordés ?* ».

L'ensemble des entretiens téléphoniques a été enregistré afin de permettre une retranscription fidèle (annexe 10). Chaque entretien a été anonymisé. Les psychiatres ayant participé à notre travail se sont vu attribuer arbitrairement un numéro ; ainsi chaque retranscription est nommée de la manière suivante : entretien « psychiatre x ». Les données potentiellement identifiantes ont été remplacées dans la retranscription par des commentaires du rédacteur, mentionnés de la sorte : [remarque du rédacteur].

Notons que deux entretiens ont été réalisés avec une grille légèrement différente (annexe 10, entretien « psychiatre 1 et 2 »). La grille ayant été adaptée suite à la réalisation de ces entretiens, afin d'éviter des entretiens trop directs.

1.3. Analyse des données recueillies

Dans une première partie de notre travail, une analyse semi-quantitative a été réalisée permettant la caractérisation de notre population de psychiatres.

Dans une seconde partie, une analyse qualitative de nos entretiens a été réalisée à l'aide d'une grille spécifique, construite à partir de notre bibliographie et des textes légaux encadrant les CUMP (33,34). Ainsi nous attendions les éléments suivants concernant la responsabilité des médecins impliqués dans les CUMP :

A propos de la responsabilité institutionnelle, professionnelle :

- Régulation des demandes et déclenchement des missions,
- Organisation, animation du réseau et des missions avec notamment la question de la formation des volontaires,
- L'intervention permettant :
 - o La prise en charge des personnes dites impliquées,
 - o La prescription et la dispensation d'un traitement en cas de besoin,
 - o La rédaction d'un certificat médical initial descriptif ayant pour objectif la reconnaissance du « statut de victime » en établissant un lien direct et certain entre les troubles présentés et les faits, dans un objectif d'indemnisation,
 - o L'orientation vers un suivi spécialisé.

A propos de la responsabilité pénale, la mention de la nécessité du respect du secret médical.

Les éléments présents dans cette grille étaient considérés comme « attendus » dans les réponses des médecins. D'autres réponses ont également été apportées et ont permis de compléter notre grille d'analyse. Elles nous apportent des pistes de réflexion supplémentaires. Les réponses ont été regroupées en thèmes et en sous thèmes lors de leur analyse.

Nous avons également choisi de réaliser une étude du champ lexical utilisé par les médecins pour parler de ceux qui sont pris en charge par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques.

1.4. Déclaration de l'étude à un comité

Nous avons consulté la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de DIJON afin de définir si une déclaration de notre travail auprès d'un comité était nécessaire (annexe 7). Notre recherche s'apparentant à une étude de pratiques professionnelles, elle n'entrait pas dans le cadre de la loi dite « Jardé » concernant la recherche impliquant la personne humaine. Les données recueillies étant anonymisées, aucune déclaration auprès de la CNIL n'était nécessaire.

2. Résultats

2.1. Flowchart de l'étude

Soixante-dix emails ont été adressés aux psychiatres des CUMP de France métropolitaine figurant sur l'annuaire 2016 fourni par la CUMP 21.

En raison du caractère un peu ancien de cet annuaire, 16 emails (22,9%) ont été notifiés comme « non remis ».

Vingt-deux emails (32,4%) sont restés sans réponse et 32 réponses (45,7%) ont été apportées.

Parmi les 32 réponses apportées, un psychiatre ($1/32 = 3,1\%$) a refusé de participer à notre étude. La raison évoquée était une surcharge de travail ne permettant pas de se rendre disponible. Trois réponses (9,3%) étaient des réponses automatiques notifiant des congés, et ces emails sont ensuite restés sans réponse. Quatre psychiatres ($4/32 = 12,5\%$) ont choisi de transférer notre email de prise de contact à des collègues leur semblant plus en mesure de répondre à nos questions. Trois parmi les 4 psychiatres (75%) contactés par ce biais ont apporté une réponse à notre email. Deux ($2/4 = 50\%$) ont répondu favorablement à notre proposition, tandis que le troisième a refusé de participer, motivant son refus par une fin de contrat à la CUMP.

Au total, 24 psychiatres, ont répondu favorablement à notre proposition soit un taux de réponse favorable de 34,3% à l'ensemble de nos emails. Tous se sont vu proposer différents créneaux d'entretien téléphonique. Plusieurs échanges étaient parfois nécessaires afin de trouver une disponibilité commune permettant un contact téléphonique. Dix-huit entretiens ($18/24 = 75\%$) ont été fixés et 6 propositions ($6/24 = 25\%$) de rendez-vous téléphonique sont restées sans suite.

Les psychiatres ayant accepté un rendez-vous téléphonique étaient notifiés d'un email de rappel dans les jours précédant l'appel.

Dix-sept entretiens ($17/18 = 94,4\%$) ont été effectivement réalisés. Un entretien ($1/18 = 5,6\%$) n'a pas pu être réalisé en raison de contraintes professionnelles des protagonistes.

La durée moyenne d'un entretien téléphonique était de 22,87 minutes [8,33 – 60,03].

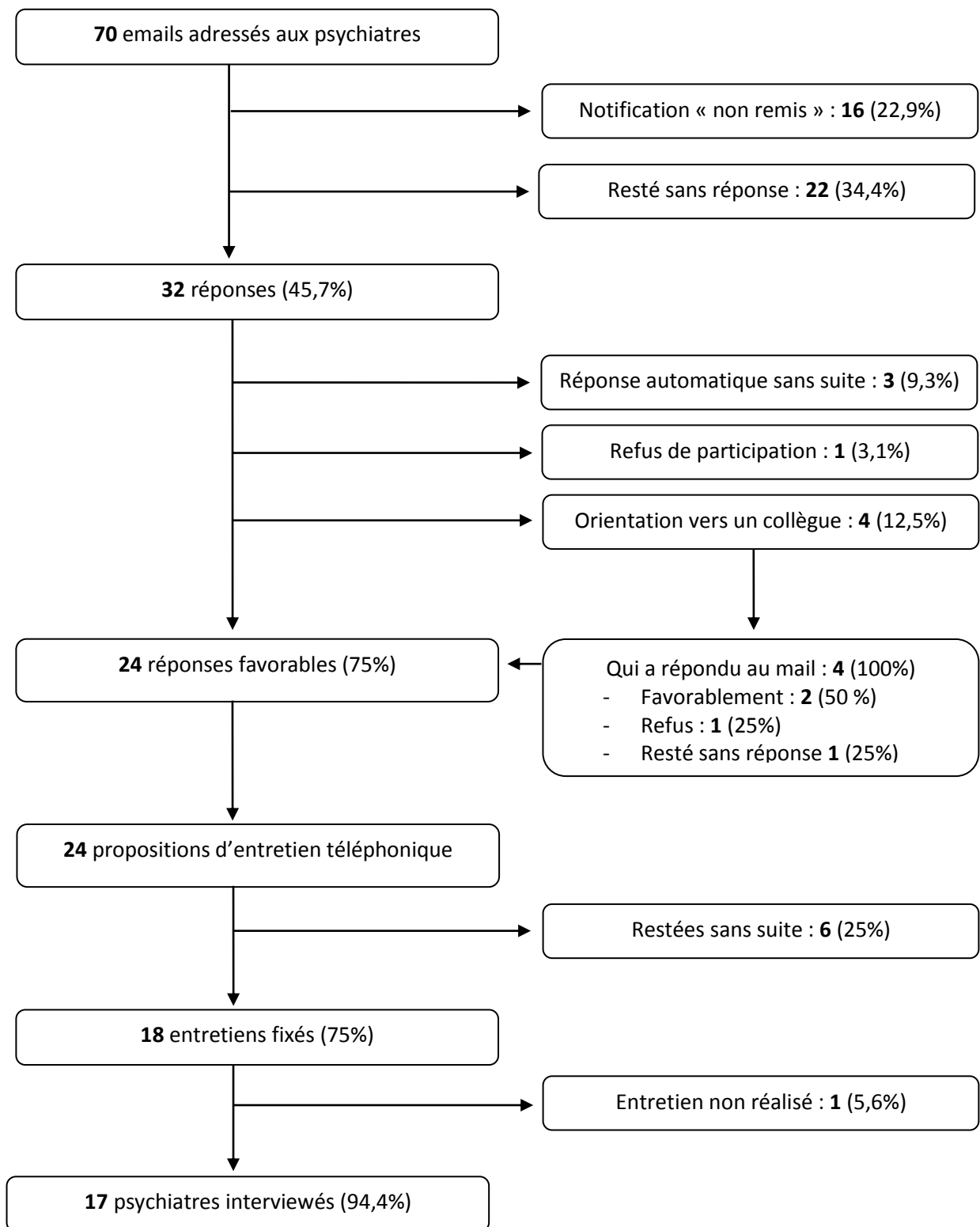


Figure 2. Flowchart de l'étude

Seuls six médecins (35,3%) rapportaient spontanément être membre de la CUMP à la question « *qu'elle est votre pratique habituelle de la psychiatrie ?* » et deux d'entre eux mentionnaient également une pratique au sein d'une unité de consultation du psychotraumatisme.

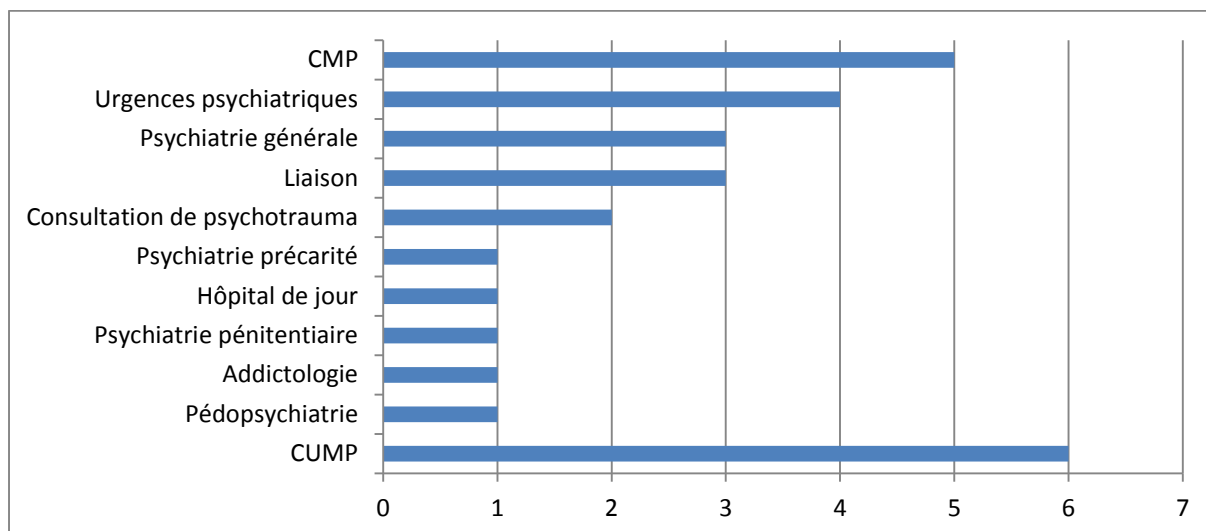


Figure 4. Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

b. Le courant psychiatrique

La moitié des psychiatres (= 8/16) ayant apporté une réponse à cette question mentionnaient se sentir proche d'aucun courant psychiatrique particulier. Les huit autres rapportaient des pratiques plutôt d'orientation psychanalytique ou mélangeant courant psychanalytique et thérapie cognitivo-comportementale, ou encore d'orientation psychodynamique, ou enfin, un courant plutôt psychotraumatique / EMDR : deux (2/16 = 12,5%) psychiatres pour chaque orientation. Un médecin rapportait un exercice de psychiatrie biologique (1/16 = 6,25%). Et, un psychiatre n'apportait pas de réponse à cette question.

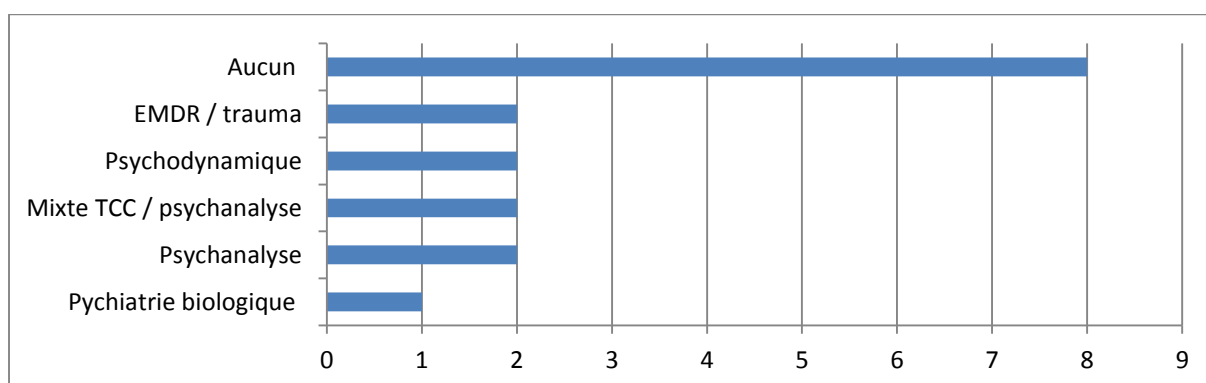


Figure 5. Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

c. L'exercice au sein de la CUMP

Concernant leur pratique au sein des CUMP, onze psychiatres (64,7%) avaient mentionné qu'ils exerçaient « *depuis le début des CUMP* » (cinq participaient depuis 1995 et cinq depuis 1998) ou depuis la formation de la CUMP dans leur département (soit en 2003 pour l'un d'entre eux).

Quatre psychiatres (23,5%) avaient intégré le dispositif plus tardivement, et deux (11,8%) mentionnaient ne plus se souvenir exactement mais que cela « *faisait longtemps* ».

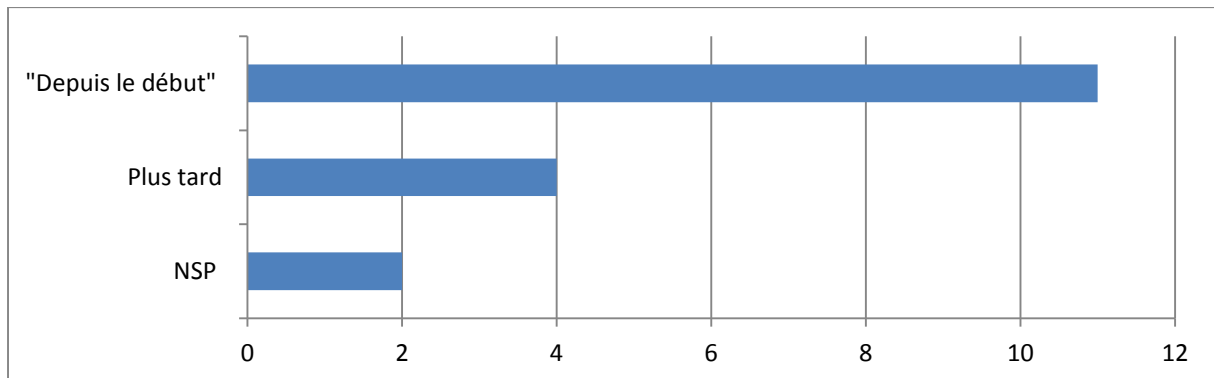


Figure 6. Depuis quand participez-vous à la CUMP ?

A propos de la manière dont ils étaient devenus volontaires, 6/17 (35,3%) rapportaient un exercice de la psychiatrie d'urgence avant d'intégrer la CUMP. Ainsi, il leur avait semblé « naturel » de postuler pour intégrer la CUMP. L'un des psychiatres mentionnait qu'une partie de son temps de travail dans le service des urgences était dédiée à la CUMP. Il avait donc accepté un poste associant urgences et CUMP. Trois psychiatres (17,6%) mentionnaient avoir choisi d'intégrer la CUMP en raison de leur intérêt pour l'urgence ou pour le réseau national de l'urgence médico-psychologique.

Trois autres mentionnaient avoir débuté à la CUMP par hasard « *je suis un peu tombée dedans* » et « *ça m'est tombé dessus* » (annexe 10, interview psychiatres 3 et 7). Un de nos psychiatres expliquait avoir choisi d'intégrer la CUMP au moment de l'élan de solidarité nationale qui avait suivi l'attentat du RER Saint-Michel en 1995.

Enfin, deux (11,8%) n'avaient pas été questionnés sur ce point en raison d'une grille d'entretien légèrement différente au moment où nous avons pris contact avec eux.

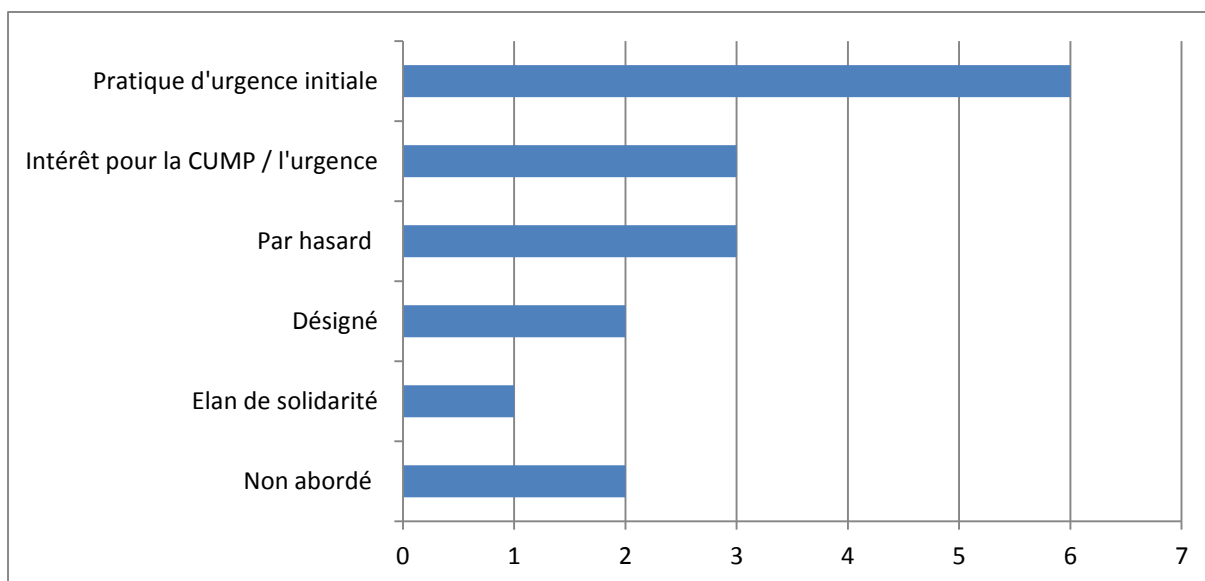


Figure 7. Comment êtes-vous devenu volontaire CUMP ?

d. Nombre de psychiatres participant à la CUMP

Le nombre médian de psychiatres dans les CUMP était de 7,5 [2 – 20].

Notons que pour l'un des hôpitaux, le fait d'être praticien hospitalier était synonyme d'être un « volontaire désigné » à la CUMP, cette cellule affichait 10 psychiatres à son actif.

2.3. Analyse qualitative des entretiens

Nous proposons dans ce paragraphe une analyse qualitative de nos entretiens avec les psychiatres. Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la manière dont les psychiatres perçoivent leur responsabilité puis, dans un second temps, nous proposons une analyse lexicale qui s'intéresse à la manière dont les psychiatres parlent de ceux qui sont pris en charge par les CUMP.

a. La responsabilité du médecin exerçant au sein des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques vue par les psychiatres

Mentionnons dans le premier temps de cette analyse la particularité des réponses apportées par les psychiatres. Nombre d'entre eux nous apportent leurs « réponses » sous la forme de questions et nous présentent des réflexions personnelles au sujet de leur pratique.

♦ **Réguler, évaluer et déclencher**

Dans un premier temps, les psychiatres évoquaient avoir une responsabilité dans la régulation des demandes, l'évaluation des situations et le déclenchement – ou non – de la CUMP. Ils devaient donc être en mesure d'identifier, si la situation relevait de la CUMP et quelle était l'attente des personnes faisant cette demande d'intervention.

Ainsi, les médecins devaient être en mesure de définir quelles étaient les situations relevant d'une intervention CUMP. Sur ce point, les psychiatres mentionnaient se confronter à un problème majeur, celui de l'absence de définition claire des termes « catastrophe », « accident impliquant un grand nombre de victimes » ou « événement susceptible d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques » évoqués dans notre texte de 2017 (33). Ils étaient confrontés à un flou important :

« Historiquement la CUMP c'est la prévention du psychotraumatisme, c'est des évènements de grande ampleur, de nature catastrophique avec des... une impression de mort imminente. [...] après [...] on a introduit la notion d'évènement à fort retentissement psychologique. Alors ça, ça peut être tout et rien » (annexe 10, entretien psychiatre 2).

Actuellement, les interventions des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique sont basées sur l'interprétation subjective et la vision du psychiatre qui répond à la demande d'intervention, seul juge du fait que la situation relève ou non d'une intervention de la cellule.

Nous avons pu constater qu'il existe des désaccords dans les définitions proposées par chacun. Certains psychiatres nous proposaient leur vision au cours de l'entretien :

« « Un grand nombre de victimes » c'est pas 5 personnes qui ont vu un cadavre écrasé par une voiture [...] moi si j'étais franc, et si considérais qu'on parle vraiment de catastrophe [...] c'est pas moins de 10 morts [...] pour moi moins de 10 morts c'est pas une catastrophe et avec pas mal de blessés » (annexe 10, entretien « psychiatre 5 »).

Dans un second temps, la question des attentes des protagonistes faisant la demande d'une intervention mettait nos psychiatres face à la question des objectifs des prises en charge des cellules : constituent-elles ce qu'ils nommaient « un sas de déchoquage » permettant d'éviter la transformation d'un état de stress aigu en état de stress post-traumatique par un échange avec les individus, donc, un rôle de prévention, ou est-ce une structure de soins médicaux prenant en charge des malades ?

Devant ce flou dans la définition des situations relevant d'une intervention CUMP et concernant les objectifs de prise en charge, nos psychiatres mentionnaient des inquiétudes quant à une possibilité de glissement et de confusion tant par les médecins, que par les populations et les administrations, des situations susceptibles d'être prises en charge par une CUMP. Ceci exposant alors au risque de faire intervenir les cellules pour des missions diverses, ne relevant pas nécessairement de leur compétence et pouvant être par exemple des urgences psychiatriques ou, des situations posant des difficultés en raison d'un manque de moyens psychiatriques « habituels ». Ceci était largement exprimé dans nos entretiens :

« Le problème c'est qu'on est en train de vouloir glisser les CUMP sur un modèle comme ça de prise en charge de tout les psychotraumatismes de la terre et je pense que ça risque de casser le système »
(annexe 10, entretien « psychiatre 5 »),

« La CUMP n'est pas là pour palier au manque des dispositifs de soins habituels dans les situations restreintes ou individuelles » (annexe 10, entretien « psychiatre 2 »).

Devant ces glissements potentiels, il existait une responsabilité revêtant une importance capitale aux yeux de plusieurs de nos psychiatres, celle de la protection de leur équipe. A cet effet, il était essentiel pour eux de bien choisir les missions, afin d'éviter toute perte de volontaires. Cette perte pourrait survenir si les interventions venaient à être perçues comme injustifiées par l'équipe. En effet, les volontaires exerçant déjà une activité professionnelle, le fait de les faire intervenir pour des situations qu'ils jugeraient comme ne relevant pas d'une CUMP exposerait à une surcharge de travail et à un risque de désengagement de la CUMP. L'importance du choix correct des missions permettait également de protéger l'équipe en lui évitant toute surexposition à des situations susceptibles de la mettre en difficulté, voir en souffrance. Afin d'éviter toute souffrance inutile il était mentionné par certains psychiatres l'importance de bien connaître chaque volontaire afin de lui proposer les missions qui lui permettraient de se sentir à l'aise.

Face à ces définitions vagues, des inquiétudes s'étaient également exprimées quand à la possibilité de dérives.

D'abord, les Cellules pourraient être mobilisées pour justifier leur existence ou pour que les volontaires ne « perdent pas la main » dans le cas où une situation exceptionnelle surviendrait. Ensuite, il nous était mentionné la possibilité de pressions politiques et/ou médiatiques sur les CUMP. L'encouragement du recours aux CUMP serait un moyen de délivrer un message de réassurance aux populations, une sorte de faire valoir du fait que l'Etat se préoccupe de la situation

et qu'il y apporte une réponse. Ceci confrontant les psychiatres à des difficultés à refuser des interventions, quand bien même elles ne relèveraient pas d'un tel dispositif en absence de médiatisation :

« Je vous parle de [nom de ville] l'attentat, il y a eu deux morts pas plus [...] comme c'est un attentat et comme c'est internationalement repris, il n'est pas question que la CUMP n'intervienne pas ! Mais ça aurait pu être un fait divers, c'est-à-dire en gros un type bourré qui tue sa femme et son voisin. Et ben là, la CUMP ne serait pas intervenue ! » (annexe 10, entretien « psychiatre 5 »).

♦ **Animer le réseau et former**

Ensuite, les psychiatres estimaient avoir un rôle à jouer dans l'animation du réseau de l'urgence afin qu'il y existe une certaine émulation, visant à attirer de nouveaux volontaires vers la pratique et à maintenir une dynamique pour faire perdurer l'intérêt et la motivation de ceux déjà engagés.

Le rôle de formation des volontaires semblait également essentiel aux yeux des psychiatres qui estimaient être responsables de leur équipe et des personnes qu'ils emmenaient sur le terrain qui devaient être compétents :

« Mon rôle de les former, de leur enseigner. Sur le terrain, je ne sais pas, s'il y en a un qui faisait quelque chose d'impliquant au plan médico-légal, je pense que ce n'est pas que sa responsabilité qui sera engagée c'est aussi la mienne. En cas d'incompétence, d'insuffisante de... là on me dirait « manifestement il n'était pas formé, il a fait des bêtises, il a fait ceci, il a fait cela » je pense que là effectivement, on chercherait à comprendre, pourquoi effectivement j'ai engagé un tel professionnel»
(annexe 10, entretien « psychiatre 3 »).

♦ **Organiser les missions**

Les psychiatres mentionnaient une responsabilité dans l'organisation des missions des CUMP. Une fois la décision d'intervention prise, ils expliquaient se confronter à de nouvelles réflexions concernant l'organisation de la mission : se déplacer sur le terrain ou faire venir les gens à l'hôpital ? Intervenir seul ou demander de l'aide auprès d'autres CUMP au niveau national ? Comment organiser et positionner les volontaires afin de ne pas être confronté à un manque si la mission venait à durer ?

Ils expriment également l'importance de leur responsabilité dans le positionnement du cadre de l'intervention, permettant de potentialiser l'efficacité de la mission. Un cadre précis permettrait également une meilleure prise en charge et une protection des personnes les plus souffrantes se présentant à la CUMP :

« J'ai le souvenir d'une intervention aussi très compliquée avec un cadre qui était mal posé et avec notamment un membre du groupe qui était très mal et qui est parti précipitamment et moi je me suis dit que si là j'avais été dans un autre cadre, [...] ce patient-là ben on ne l'aurai jamais laissé partir comme ça. Et on n'a pas eu les moyens de le retenir. Bon on a eu de ces nouvelles après mais au départ... quoi il était très suicidaire c'était ça qui nous avait inquiété» (annexe 10, entretien « psychiatre 2 »).

♦ **Intervenir**

Les psychiatres mentionnaient ensuite l'importance de leur responsabilité lors des interventions de la CUMP.

Dans un premier temps, il s'agissait de prendre en charge les personnes venant se présenter au Poste d'Urgence Médico-Psychologique et d'organiser par la suite un suivi pour les individus qui le nécessiterait.

Là, devant les horizons différents des volontaires exerçant soit une activité de psychologue, de psychiatre ou d'infirmier, il était mentionné des questionnements quand à la prise en charge proposée aux patients. En effet, dans la mesure où se sont de professionnels ayant une pratique différente, ont-ils la même compétence pour évaluer cliniquement une personne ? Vont-ils appréhender la situation de la même manière ? Selon le même référentiel ? Et donc, les évaluations seront-elles finalement homogènes ?

« Je me disais surtout pour les gens qu'on voyait, les victimes, les impliqués, est-ce qu'on avait finalement tout à fait le même service si on était vu par un infirmier, un psychologue ou un psychiatre ? » (annexe 10, entretien « psychiatre 1 »).

D'autres médecins s'interrogeaient sur la légitimité des psychiatres à intervenir en première ligne lors du déclenchement de la CUMP. Ils se demandaient si la médicalisation des interventions était indispensable et si le psychiatre ne devrait pas plutôt intervenir dans un second temps, et proposer des consultations, pour permettre une prise en charge psychiatrique rapide des personnes les plus impactées par l'événement.

Quelque soit la prise en charge initiale proposée, nos psychiatres étaient globalement d'accord pour indiquer qu'ils avaient une responsabilité quant à la protection et l'information des personnes prises en charge par la CUMP.

En effet, suite à une confrontation à un événement potentiellement traumatisant, les personnes peuvent être plus vulnérables qu'à l'accoutumée. Nos psychiatres mentionnaient dans ce cadre, l'importance de s'assurer de la volonté des individus qui se présentaient au PUMP de bénéficier

d'une prise en charge. Des médecins avaient déjà pu, au cours de leur carrière, constater que certains étaient parfois contraints par un employeur ou l'entourage de venir consulter. La plus grande importance devait donc être portée à l'expression du consentement du patient par rapport à cette prise en charge. Afin de répondre à leur responsabilité de protection des personnes prises en charge, les psychiatres mentionnaient également l'importance d'éloigner les individus des médias, afin qu'ils ne fassent pas de déclaration qu'ils pourraient regretter par la suite.

L'importance de la préservation du secret médical était également un point capital de la responsabilité évoquée par les psychiatres. Nombreux étaient nos médecins qui se questionnaient par rapport au partage d'informations médicales dans le cadre de la coopération entre les intervenants de divers horizons dans ces situations de catastrophe. Notamment, le programme informatique SI-VIC visant à établir une liste unique de victimes et à faciliter les démarches des personnes touchées par les attentats questionnait nos professionnels par rapport au respect du secret médical. Car, bien que facilitant les potentielles démarches de reconnaissance cette liste unique de victimes faisait état des prises en charges médicales dont avait bénéficié la personne et transitait entre des professions médicales et non médicales ce qui rompait donc le secret.

Dans un deuxième temps, la responsabilité du psychiatre en intervention était pour nos médecins de prescrire des traitements médicamenteux à certaines personnes. Il existait un accord assez global par rapport à la nécessité de délivrer des traitements très ponctuellement sur le terrain et éventuellement de fournir un comprimé ou deux à la personne pour la journée suivante mais, d'éviter au maximum la rédaction d'une ordonnance pour une durée longue. Les médecins insistaient sur la nécessité d'assurer un suivi médical auprès des personnes nécessitant une prescription. Alors il leur semblait meilleur de délivrer un ou deux comprimé « pour dépanner » puis de les orienter vers leur médecin traitant ou vers un psychiatre en ville ou en centre médico-psychologique qui assurerait un suivi concomitant à cette prescription médicale.

Concernant la délivrance des médicaments sur le terrain, plusieurs de nos médecins proposaient que des protocoles, similaires aux protocoles de gestion de la douleur dans les services d'urgence, ou aux traitements « si besoin » prescrits dans les services de psychiatrie, puissent être mis en place. Ils permettraient une autonomie plus grande des infirmiers ; et aux psychiatres de réaliser des prises en charge sur le terrain, sans que leur activité ne soit limitée à la prescription. Mais, certains des psychiatres favorables à cette mise en place de protocoles médicamenteux, mentionnaient une problématique majeure dans leur mise en place : celle de l'absence de consensus et de désaccords marqués sur les traitements à dispenser dans la période immédiate. Les psychiatres devaient-ils se

tourner vers l'ATARAX® ? Les benzodiazépines ? Les neuroleptiques sédatifs à faible dose ? Les bêtabloquants ? Ou vers d'autres molécules ?

Devant la rareté de la dispensation de médicaments par la CUMP, certains psychiatres proposaient au contraire que les cellules ne disposent pas de trousse de médicaments. En cas de nécessité de traitement médical, la personne pourrait être prise en charge par le SAMU doté de trousse médicamenteuses d'urgence. De plus, le SAMU pourrait également assurer un transfert de la personne vers un centre hospitalier afin qu'elle puisse bénéficier d'une surveillance ou d'une hospitalisation.

Dans un troisième temps, sur le terrain, les psychiatres mentionnaient avoir une responsabilité quant à la rédaction du certificat médical initial descriptif. Ils nous expliquaient qu'il s'agissait d'une nouvelle mission qui était inscrite dans les textes de lois.

La rédaction de ce certificat ayant pour objectifs : la reconnaissance des troubles présentés et des revendications de la personne et permettait de démontrer un lien direct et certain entre les troubles psychiatriques présentés et l'événement potentiellement traumatisant, car la constatation était faite immédiatement après l'exposition à l'incident. Ce certificat médical initial descriptif pouvait, s'il était rédigé dans l'immédiat, permettre de limiter les fraudes et ainsi de protéger la société des risques de faux témoignages. En effet, il certifiait que la personne était bien présente au PUMP qui est généralement situé au plus proche de l'événement et attestait des troubles présentés juste après l'incident. Néanmoins, se présentait la question de la possibilité pour les professionnels des CUMP à différencier des manifestations psychologiques ou psychiatriques liées à un état antérieur de celles rattachées à un état de stress aigu adapté ou dépassé.

Malgré des objectifs clairs quand à l'utilité de ces certificats, des psychiatres s'interrogeaient.

Dans un premier temps, sur la faisabilité de ces documents sur le terrain en cas d'un événement de grande ampleur, car, ils ne peuvent être rédigés que par le psychiatre et représentent donc pour lui une charge de travail importante. Les désaccords étaient nombreux au sujet de ces certificats, et certains de nos médecins estimaient qu'il n'y avait aucune urgence pour la rédaction de ce document et qu'il pouvait être fait dans un second temps. Soit, par le psychiatre de la CUMP soit par le psychiatre traitant. D'autres estimaient au contraire, que la rédaction de ces documents dépassait les missions respectives de prévention et de soins de ces professionnels et que ce travail relevait de l'évaluation d'un préjudice et qu'il devait donc être réalisé par un médecin expert.

Dans un deuxième temps, le risque de survictimation était souvent mentionné par nos psychiatres comme conséquence possible de la rédaction en immédiat des certificats. En effet, le PUMP est

ouvert à toute personne qui le souhaite. Ainsi des personnes directement impliquées dans l'événement pouvaient se présenter au même titre que ceux qui auraient « vécu » l'événement à distance, via des images médiatisées. Il pourrait donc être difficile pour le psychiatre de discriminer à qui faire un certificat médical :

« *Comment savoir si lui ou lui a été plus présent que l'autre ?* »

(annexe 10, entretien « psychiatre 5 »).

De plus, les symptômes présentés par les personnes dans les suites immédiates d'un événement ne sont pas représentatifs de l'évolution future de l'état psychique du sujet. Ainsi, la rédaction durant cette période d'un certificat médical de reconnaissance menait parfois, à la description de troubles non représentatifs de l'état psychique de la personne.

Enfin, certains de nos médecins, voyaient dans le certificat médical, un risque de fixation de la symptomatologie traumatique. Il représentait le point de départ d'une longue procédure de reconnaissance du statut de victime. La rédaction de ce document, en limitant la résilience, pourrait dans ce cas être à risque de produire l'effet inverse de celui recherché par les CUMP : la prévention de l'apparition d'un trouble stress post-traumatique.

Dans un troisième temps, certains psychiatres mentionnaient un malaise par rapport à la nécessité de rédiger ces certificats médicaux.

Le vécu de l'événement étant subjectif, le sentiment « d'être une victime » l'était tout autant aux yeux de nos psychiatres alors, comment agir envers le patient ?

Le médecin devait-il proposer le certificat ? Attendre que le patient le lui demande ?

La proposition d'un certificat médical à une personne non informée des procédures de reconnaissance en tant que victime mènerait à des questions, est-ce au psychiatre d'informer ce sujet et de guider les individus quant aux démarches à entreprendre ?

Ensuite, la rédaction du certificat médical par le psychiatre posait la question de l'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) psychique et, nombre de médecins interrogés exprimaient à ce propos se sentir mal à l'aise et insuffisamment formés pour réaliser ce travail. Ils se questionnaient sur les repères à utiliser pour l'évaluation de l'ITT afin qu'elle soit la plus homogène possible sans pour autant être standardisée, pour ne pas omettre d'évaluer certaines sphères de la vie psychique de la personne rencontrée.

Enfin, les pratiques pour la rédaction de ces certificats étaient très variées. Certains médecins évoquaient les rédiger seul, uniquement après avoir vu le patient ; d'autres évoquaient la rédaction en binôme avec un volontaire de la CUMP non psychiatre si celui-ci avait déjà rencontré la personne. Des psychiatres mentionnaient aussi la rédaction de certificats sur les dires des collègues sans avoir vu le patient, en le mentionnant dans leur certificat ; d'autres évoquaient la possibilité de délivrer des attestations de passage et de prise en charge par la CUMP, qui permettrait au sujet de démontrer qu'il était bien sur les lieux de l'incident. En tous cas, il était mentionné que la nécessité de rédaction de certificats induisait une hiérarchisation entre les professionnels car ils ne pouvaient être rédigés que par les psychiatres.

♦ **Une perte de responsabilité**

Certains de nos psychiatres exprimaient un sentiment de perte de responsabilité dans leur exercice au sein de la CUMP.

Ce sentiment était mis en lien avec la volonté de professionnalisation du réseau de l'urgence médico-psychologique par les autorités, obligeant les professionnels à se conformer à certaines demandes, encadrant de plus en plus leur travail et leur demandant de plus en plus de choses, avec de moins en moins de reconnaissance :

« On vous fait des reproches alors qu'avant on vous remerciait [...] Parce qu'à l'époque on disait : « merci, merci d'être venu, merci docteur ». Aujourd'hui c'est : « vous n'avez pas envoyé SI-VIC, machin machin, il faut faire une formation » (annexe 10, entretien « psychiatre 5 »).

♦ **L'assurance professionnelle**

Un de nos psychiatres mentionnait également la responsabilité du médecin à être assuré professionnellement.

b. Comment les psychiatres parlent-ils de ceux qui sont pris en charge par les CUMP?

Notre analyse lexicale, permettait de définir quatre champs lexicaux, utilisés par les psychiatres pour parler de ceux qui viennent à la CUMP dans les suites d'un événement à caractère potentiellement traumatisant :

- **Le champ lexical neutre**, grâce auquel on nous évoquait « *des gens* » ou « *des personnes* »,
- **Le champ lexical médical** avec lequel on nous parlait « *des patients* »,
- **Le champ lexical à la frontière entre neutre et médical**, donnant lieu à des nominations par des paraphrases de nos individus pris en charge : « *des gens qui ne sont pas des malades* » ou encore « *c'est pas encore des patients, c'est des personnes* »,
- **Le champ lexical du traumatisme**, grâce auquel on nous parlait « *des impliqués* », « *des gens traumatisés* » et « *des victimes* ».

Enfin, et surtout, notre attention était attirée par le fait que 53% des psychiatres (= 9/17) n'évoquaient pas les personnes qu'ils sont amenés à prendre en charge durant leur exercice à la CUMP.

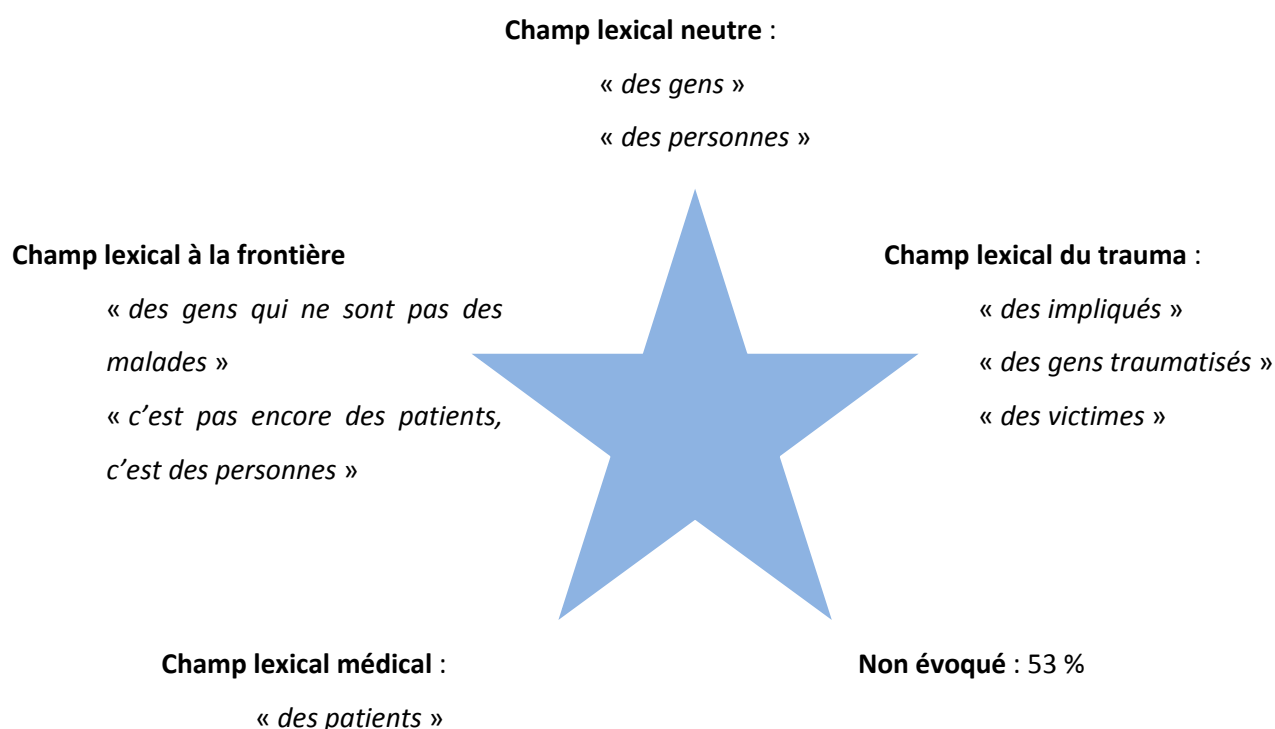


Figure 8. Comment les psychiatres parlent-ils de ceux qui sont pris en charge par la CUMP ?

2.4. Aspects positifs et limites du travail

Ce travail de recherche a été réalisé auprès d'une population de psychiatres de France métropolitaine, appartenant à des CUMP différentes. Ainsi, nous avons pu recueillir des éléments et réflexions en lien avec une pratique diversifiée et les résultats de ce travail sont susceptibles de représenter une vision globale des psychiatres de France métropolitaine sur les pratiques au sein des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques. Toutefois, notre étude de par son protocole s'intéressait uniquement aux psychiatres volontaires pour partager leur expérience au sein de la CUMP.

Les entretiens ayant été réalisés par une seule personne, nous avons limité les biais dans le recueil de nos données. Néanmoins, notre grille d'entretien a été adaptée après la réalisation du deuxième rendez-vous téléphonique car elle avait été jugée trop directive et susceptible d'induire des réponses attendues.

3. Discussion

Jeune psychiatre participant à l'activité d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, nous avons rapidement été confrontée à des questionnements au sujet de cette pratique de la psychiatrie, que nous percevons comme atypique. L'étude de la littérature concernant les textes, organisant les CUMP et fixant leurs missions, nous a permis de mettre en évidence une formation et une dynamique des Cellules qui nous semble vouloir rendre les volontaires interchangeables.

Dans ce contexte, nous avons choisi de nous intéresser à la manière dont les psychiatres participant à l'activité d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique en France métropolitaine envisageaient leur responsabilité lors de cette pratique. Notre travail de recherche nous a livré de nombreuses pistes de réflexion, seule une partie de celles-ci seront développées dans la suite de cette discussion.

Précédemment, nous avons évoqué notre ressenti personnel à propos des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, où il se pratique, un exercice atypique de la psychiatrie. Nous avons retrouvé cette notion dans notre travail de recherche. En effet, les médecins interrogés mentionnaient le fait que la prise en charge des CUMP est proactive, sur le terrain et que le fonctionnement de la structure repose sur la mobilisation de volontaires ce qui constitue une pratique inhabituelle.

La vision de CREMNITER (37) sur la pratique à la CUMP, d'une psychiatrie en dehors des murs de l'institution hospitalière est intéressante et il mentionne à ce sujet :

« Il s'agit d'une nouvelle modalité d'exercice de la psychiatrie [...] Il s'agit en particulier de cette notion d'éclatement du modèle institutionnel puisque, à partir du moment où la cellule intervient, se formalise autour d'un événement, l'intervention qui en résulte s'organise dans une unité de lieu et de temps centrés autour de la catastrophe. [...] Il s'agit donc d'une institution virtuelle du point de vue de sa consistance qui surgit, s'amplifie au gré de la mouvance des conséquences psychologiques de l'événement et non en fonction d'une règle préétablie ».

L'une de nos premières constatations dans l'analyse de nos entretiens a été que seuls 6/17 psychiatres mentionnaient être volontaire à la CUMP lorsqu'ils parlaient de leur pratique « habituelle » de la psychiatrie, nous menant à nous interroger sur la manière dont les 11 autres percevaient et définissaient cet exercice.

Au sujet de la responsabilité sujet central autour duquel nous avons choisi d'articuler notre travail de recherche, le dictionnaire Larousse propose les définitions suivantes (38) :

« Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres. Fonction, position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte ».

BOUQUET (39) mentionne que la responsabilité consiste à « *apporter son concours à une autre personne* » ou à « *répondre devant une autorité souveraine* » et il s'agit alors d'être responsable ou d'être tenu responsable d'une situation. Elle mentionne plusieurs types de responsabilités, citons par exemple, la responsabilité morale, la responsabilité pénale ou civile ou encore la responsabilité sociale qui peut être notamment une responsabilité professionnelle. De plus, HOTTOIS (40) rapporte dans ses travaux la notion d'éthique de la responsabilité selon laquelle le sujet responsable est censé s'intéresser aux moyens utilisés dans sa pratique et notamment, à leur efficacité et à leurs conséquences.

Dans notre travail de recherche, à propos de la responsabilité, un médecin mentionnait entre autre, la nécessité d'être titulaire d'une assurance et quelques uns évoquaient l'importance de préserver en toutes circonstances, le secret médical. Ils se rapprochaient donc des notions de responsabilité civile et pénale. Mais, cette question était surtout envisagée par les psychiatres au plan professionnel, ils évoquaient leur responsabilité institutionnelle, bien que comme mentionné précédemment (37),

l'intervention CUMP forme une « *institution virtuelle* » autour d'un événement, et donc, que la responsabilité institutionnelle est toute différente de celle qui est familière au médecin hospitalier. Nos psychiatres énonçaient leur responsabilité professionnelle selon quatre grands thèmes. Il s'agissait d'abord d'évaluer les demandes et de décider si la situation relevait ou non d'une intervention de la CUMP. Ensuite, de porter une attention particulière à l'animation du réseau et à la formation des professionnels volontaires. Puis d'organiser le réseau, la mission, pour enfin, intervenir sur le terrain, notamment, pour la prise en charge des personnes, et si besoin, de prescrire et rédiger des certificats médicaux. Nous retrouvons donc ici des préoccupations des psychiatres concernant « ce que je fais ».

La préoccupation d'autrui était également présente, ce qui revêt une importance particulière selon BOUQUET (39) qui mentionne, qu'en tant que professionnel de santé, la responsabilité professionnelle doit être tournée vers les usagers en raison des répercussions que peuvent avoir nos actes sur ceux-ci.

Mais contrairement à ce que nous pourrions imaginer, les psychiatres de notre étude mentionnaient d'abord leur responsabilité dans la protection de leur équipe, et ils étaient nombreux à insister sur la nécessité de bien choisir les missions afin de ne pas surexposer leurs volontaires et d'éviter toute mise en danger. Ainsi, c'est d'abord les collègues qui représentaient une préoccupation pour les psychiatres. Ceci qui est tout à fait inhabituel dans la pratique de la médecine où l'attention est généralement tournée vers celui que l'on prend en charge. De plus, il nous semble ici que les psychiatres se placent dans la position typique du médecin hospitalier qui est à la tête d'un service et qui se préoccupe de son fonctionnement et des personnes qui y prennent part. Cela va donc à l'encontre de ce qui est mentionné dans les textes où chaque volontaire CUMP est doté du même rang et des mêmes missions quelque soit sa profession, d'où leur potentielle interchangeabilité. Ainsi, les médecins interrogés se comportaient selon le modèle institutionnel hospitalier au sein duquel ils ont l'habitude de travailler alors même que les Cellules ne répondent pas à celui-ci. Les psychiatres seraient-ils en difficulté dans cette pratique inhabituelle ? Auraient-ils du mal à définir leur positionnement ?

Nous avons également constaté dans notre travail que plus de la moitié des médecins ne nommaient pas ceux qu'ils étaient amenés à prendre en charge. Ceux qui le faisaient, utilisaient des champs lexicaux variés, neutre, médical ou du traumatisme, voir mélangeaient des termes de ces champs donnant alors des appellations insolites aux individus. Cette difficulté à nommer ceux qui étaient pris en charge nous semble révélatrice d'un embarras des praticiens à définir qui sont ces individus. En

effet, comme expliqué précédemment, il s'agit de personnes de la population générale qui ne sont pas malades sauf exception et à qui la CUMP propose une prise en charge visant à prévenir l'apparition d'un trouble stress post-traumatique. Bien sûr, ceci est totalement inhabituel pour les médecins psychiatres qui soignent en temps normal des personnes souffrant de maladie mentale. Dès lors, les psychiatres nous semblent plongés dans le vague concernant leur place et leur activité au sein des Cellules.

Ensuite, la plupart des psychiatres « répondaient » à nos questions par d'autres interrogations, signe qu'ils n'étaient pas complètement à l'aise avec leur pratique au sein de la CUMP et qu'elle était source d'une réflexion voir d'une remise en question.

Ils mentionnaient également le fait que les Cellules intervenaient la plupart du temps dans des situations très médiatisées ce qui est tout à fait original. En effet, généralement, les pratiques psychiatriques s'exercent en toute discrétion et il est fort peu habituel de voir des personnes faire état du fait qu'ils « *voient quelqu'un* ». Cela nous semblait renforcer le malaise des psychiatres devant cette projection inhabituelle de leur profession sur le devant de la scène. Ils se questionnaient sur la manière dont ils pouvaient protéger des médias, ceux qui étaient confrontés à l'événement traumatique, potentiellement fragilisés par ce vécu. La médiatisation des événements était également une grande source d'inquiétude des praticiens qui évoquaient la possibilité de manipulation des CUMP par ce biais.

Enfin, certains psychiatres nous ont clairement évoqué lors de leur pratique au sein de la CUMP, avoir ces difficultés à définir où, quand, comment et pourquoi ils devaient intervenir. Ceci conforte donc notre conviction selon laquelle les praticiens des CUMP sont confrontés à un malaise face à la définition de leur rôle. Ils se questionnaient notamment sur la manière dont ils devaient réguler les demandes d'intervention, se demandant quelles étaient les situations qui en relevaient et quel était leur rôle sur le terrain.

Nous avons pu constater lors de notre étude de la littérature, que le premier texte concernant les CUMP daté de 1997 (19), se prononçait sur ces questions. Il mentionne que l'intervention des CUMP vise à prévenir l'apparition d'un psychotraumatisme par la pratique du débriefing et du défusing. Rappelons qu'il s'agit de techniques de psychiatrie de guerre, utilisées d'antan, pour limiter les pertes de soldats, au front, souffrant de troubles d'ordre psychotraumatique. Ainsi, la mission des CUMP n'est pas de faire du soin sur le terrain. Elle a un rôle de prévention avec pour objectif d'éviter

l'apparition d'un trouble stress post-traumatique dans la population générale. Ce, par la prise en charge des états de stress aigus pouvant survenir après une exposition à un événement potentiellement traumatisant. Nous pouvons donc considérer que les CUMP exercent une activité de santé publique de prévention. Face à cette définition, une première question nous vient alors à l'esprit concernant cette prévention : s'agit-il de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ? La Haute Autorité de Santé (HAS) (41) mentionne :

« La prévention primaire agit en amont de la maladie, la prévention secondaire agit à un stade précoce de son évolution et la prévention tertiaire agit sur les complications et les risques de récidence ».

Comment le psychiatre doit-il considérer les états de stress aigus et leurs intrications avec le trouble stress post-traumatique. La maladie est-elle le trouble stress post-traumatique et donc la CUMP intervient en prévention primaire et cherche à éviter sa survenue ? Les états de stress aigus sont-ils à rapprocher d'un stade précoce du TSPT et, l'intervention de la CUMP relève du champ de la prévention secondaire ? Ou encore, le TSPT est-il une complication, une chronicisation de la maladie « état de stress aigu » et alors, le travail de la CUMP relève d'une prévention tertiaire ?

Ainsi, bien que le rôle des Cellules et les missions de chacun soient énoncés dans les textes encadrant les CUMP, ceci est aujourd'hui tout à fait insuffisant pour aider les psychiatres à définir leur pratique dans ce cadre inhabituel qui exporte la pratique psychiatrique sur le terrain, aux yeux de tous, dans des situations le plus souvent médiatiques. Et ce d'autant que l'on propose aux psychiatres de prendre en charge des personnes non malades, dans un but préventif.

Notre travail de recherche nous ayant permis de nous entretenir avec plusieurs psychiatres impliqués dans le fonctionnement d'une CUMP, nous avons pu constater le malaise éprouvé dans cette pratique où ils peinent à définir leur rôle, leur place et dans laquelle ils remettent en cause leur légitimité. Finalement nous constatons que les psychiatres des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique éprouvent encore des difficultés à définir leur identité professionnelle, que nous pourrions envisager selon la définition de RENAULT (42) comme :

« Un rapport cognitif à soi (une représentation de ce que nous sommes et de ce que nous valons, de ce que nous avons été et de ce que nous voudrions devenir) qui est indissociable d'un rapport pratique à soi et à l'environnement. L'identité est l'image que nous nous faisons de ce que nous sommes et de ce que nous valons, de ce que nous savons faire et de ce que nous pouvons ».

Une autre des définitions proposée dans notre littérature nous semble également intéressante ici. Il s'agit de celle de FRAY et PICOULEAU (43) qui énonce :

« L'identité est à la fois identité pour soi et identité pour autrui. Identité pour soi car elle renvoie dans un premier temps à l'image que l'on se construit de soi même. Identité pour autrui car l'identité est aussi l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres. Enfin, l'identité se construit à travers l'image que les autres nous renvoient [...] Ainsi, le concept d'identité est caractérisé à la fois par une définition de « soi par soi », et de « soi par les autres ».

Personnellement impliquée dans la pratique d'une CUMP, nous avons pu faire l'expérience de la taquinerie suivante lorsque nous avons annoncé à des proches, médecins, notre formation à l'urgence médico-psychologique :

« Ça veut dire que tu vas pouvoir officiellement distribuer des couvertures et du café après le prochain attentat ?! »

Est-ce donc la perception qu'ont nos collègues médecins et peut-être par extension des citoyens français de l'activité des professionnels au sein des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques ? La CUMP jouerait-elle un rôle humanitaire de réassurance auprès des personnes touchées par des événements potentiellement traumatisants ? Ceci est tout à fait déstabilisant et tend à renforcer la possible crise identitaire du psychiatre exerçant à la CUMP.

Mentionnons enfin, la part importante qu'à la quête de reconnaissance pour les médecins des Cellules. L'une de nos définitions mentionnée précédemment, énonce l'importance dans la construction de l'identité de l'image que les autres nous renvoient (43). Ainsi, cette quête de reconnaissance pourrait elle être en lien avec leur perte de repères et leur recherche d'identité professionnelle dans le cadre du travail à la CUMP ? Allant alors dans le sens d'EL AKREMI et al. (44) qui mentionnent :

« La quête de reconnaissance est intrinsèquement liée à la crise des identités personnelles et professionnelles. [...] Dans un contexte marqué par le flou des repères individuels et collectifs, le rapport positif que chacun entretient avec soi est de plus en plus fragilisé et intersubjectivement vulnérable, et par conséquent, il est toujours en quête de confirmation par le regard et le jugement gratifiant de l'autre ».

Ainsi, les psychiatres participant à l'activité d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique aujourd'hui, nous semblent confrontés à une crise identitaire et à une perte de repères face à l'exercice atypique qui leur est demandé dans cette pratique.

Nombreux étaient ceux à se questionner sur leur légitimité à être présent lors des interventions immédiates. Et ils nous présentaient leurs interrogations sur le rôle qu'ils pourraient jouer : puisque la CUMP assure une mission de prévention visant surtout à réassurer les personnes confrontées à un événement, y a-t-il un intérêt à médicaliser la première ligne avec des psychiatres ?

Quelle est la « valeur ajoutée » du psychiatre en période immédiate puisque les professionnels des CUMP semblent interchangeables ?

La CUMP ne pourrait-elle pas avoir recours au SAMU dans les situations les plus urgentes nécessitant une médicalisation, permettant alors d'instaurer une surveillance et un transport vers un hôpital devant le peu de moyens disponibles sur le terrain au sein des PUMP ?

Les psychiatres ne devraient-ils pas plutôt se tenir prêt en deuxième ligne pour prendre en charge médicalement les personnes les plus gravement touchées nécessitant un suivi ?

Par la suite, le rôle du psychiatre doit-il se limiter au suivi médical post-traumatique ?

Le psychiatre de la CUMP doit-il rédiger des certificats médicaux ? Cela sort-il de son rôle soignant pour se rapprocher d'une pratique d'expertise psychiatrique d'évaluation du préjudice en vue d'une réparation ?

Viennent renforcer notre questionnement les nouvelles missions récemment attribuées aux CUMP préconisant de remettre un certificat médical initial descriptif aux personnes qui se présentent aux consultations proposées. Ainsi, bien que les volontaires se veuillent interchangeables, la réalité est aujourd'hui différente. Une « hiérarchie » de fait est instaurée dans la structure puisque les psychiatres sont les seuls légalement autorisés à rédiger ces certificats. La rareté des médecins (nombre médian de 7,5 psychiatres au niveau départemental dans notre étude) ajoute de nouveaux questionnements sur la manière de répondre à cette demande et sur la place à attribuer au médecin à la CUMP.

Conclusion

L'exercice du métier de psychiatre au sein d'une Cellule Médico-Psychologique est un exercice atypique, encadré par la législation française depuis 1997, qui mentionne le rôle des Cellules et les missions qui doivent être réalisées par les volontaires. Selon ces textes, les CUMP se veulent être une structure d'intervention précoce visant à prévenir le risque d'apparition d'un traumatisme psychique dans une population ayant été exposée à un événement potentiellement traumatisant.

Malgré ces définitions strictes au plan légal, nous avons pu constater dans notre travail de recherche qu'il est complexe pour les psychiatres de trouver leur place et d'identifier leur responsabilité au sein de ces structures. Ils se questionnaient sur la légitimité de leur présence notamment dans les interventions immédiates et nous avons identifié dans notre travail des difficultés pour nos médecins à définir leur identité professionnelle dans ce cadre.

Ainsi, bien que défini par la loi, le travail de psychiatre au sein des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques est encore aujourd'hui en construction et les médecins peinent à s'approprier ce cadre légal, à y placer leur pratique et à y construire leur identité professionnelle. Et, une nouvelle mission de rédaction de certificat médical initial descriptif vient ébranler les quelques convictions que les psychiatres pouvaient avoir.

A la lueur des remarques des psychiatres, dont nous avons pris connaissance lors de la réalisation de nos entretiens téléphoniques, nous pourrions proposer le schéma de prise en charge suivant dans les suites d'un événement à caractère potentiellement traumatisant. D'abord, une intervention précoce, sur le terrain, de personnels des CUMP avec pour objectif une action de santé publique de prévention de l'apparition du traumatisme psychique, comme mentionné dans le texte légal, par des personnes tel que des psychologues ou des infirmiers, en capacité de réaliser des débriefing et défusing et d'identifier les individus les plus touchés par la catastrophe. Ces personnes identifiées comme particulièrement affectées pourraient être orientées auprès d'un psychiatre, qui serait présent en deuxième ligne pour réaliser des consultations médicales. En cas de nécessité de médication sur le terrain, les volontaires présents pourraient avoir recours au SAMU qui dispose de trousse d'urgence contenant des psychotropes. Une détresse telle qu'elle nécessite une médication dans l'urgence nous semble être une indication à un transfert vers un centre hospitalier pour à

minima une consultation auprès d'un médecin psychiatre, ainsi que pour une surveillance, voir dans certains cas, une hospitalisation. Enfin, le certificat médical visant à la reconnaissance du statut de victime pourrait être élaboré par des experts psychiatres, à distance des faits, dans la mesure où il s'agit d'une évaluation d'un préjudice subi.

Nos étude nous a permis de nous entretenir avec 17 psychiatres ayant accepté de partager leur expérience professionnelle dans leur pratique au sein d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

La CUMP étant un lieu où règne la multidisciplinarité, associant psychiatres, psychologues et infirmiers, il pourrait être intéressant d'interroger les psychologues et IDE sur leur responsabilité. Sont-ils comme les psychiatres confrontés à une perte de repères et à une crise identitaire dans cette pratique atypique ?

Enfin, nous avons constaté que notre population de psychiatres était constituée de médecins qui avaient pour la plupart participé à la création de la CUMP de leur département, voir de leur région. Ainsi, il nous semblerait intéressant de réaliser une étude comparative dans plusieurs années, afin de prendre connaissance de l'évolution de cette crise identitaire chez des psychiatres ayant pris part à l'activité d'une Cellule déjà existante dans leur département. Cette pratique restera t'elle déstabilisante ? Les psychiatres qui prendront dans le futur part à l'activité de la CUMP auront-ils plus de facilité à définir leur identité ? Seront-ils au contraire encore plus déstabilisés car à distance des évènements ayant mené à la création des CUMP ? Et plus globalement, les vagues d'attentats subies par la France auront-elles un impact sur la définition de l'identité du psychiatre exerçant au sein des CUMP ?

Liste des abréviations utilisées

ARS – Agence Régionale de Santé

CATTP – Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CMP – Centre Médico-Psychologique

CUMP – Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DRCI – Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

DSM – Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ETP – Equivalent Temps Plein

HAS – Haute Autorité de Santé

IDE – Infirmier Diplômé d'Etat

IML – Institut Médico-Légal

ITT – Incapacité Totale de Travail

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder

PUMP – Poste d'Urgence Médico-Psychologique

SAMU – Service d'Aide Médicale Urgente

TCC – Thérapie Cognitivo-Comportementale

TSPT – Trouble Stress Post-Traumatique

Références bibliographiques

1. HIPPOCRATE. Traité des songes [En ligne]. Disponible : <https://books.google.fr/books?id=c1RAAmCimYsC&printsec=frontcover&dq=hippocrate+trait%C3%A9+des+songes&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjY-pPjx43bAhWJthQKHbU-CXcQ6AEIQDAE#v=onepage&q=%20songes&f=false>
2. DE CLERCQ M, LEBIGOT F. Les traumatismes psychiques. Masson ; 2001.
3. JANET P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimental sur les formes inférieures de l'activité humaine. 1889.
4. FREUD S, BREUER J. Anna O. Etudes sur l'hystérie. 1895. Philosophie. 2008.
5. FREUD S. Considérations actuelles sur la guerre et la mort. 1915.
6. FREUD S. Au delà du principe de plaisir. Petite bibliothèque Payot. 1920.
7. JOSSE E. Le traumatisme psychique chez l'adulte. De Boeck. 2014.
8. AGBOKOU C, CHOPIN M, BINDLER L, FERRERI F. Principes thérapeutiques des traumatismes majeurs de l'adulte. Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique. Psychotraumatismes majeurs. Confrontations psychiatriques. 2012 ; (51).
9. BOULICOT V, DEMESSE D. Débriefing et interventions psychologiques précoces. Psychotraumatismes majeurs. Confrontations psychiatriques. Confrontations psychiatriques. 2012 ; (51).
10. DECLEIRE L. Le temps suspendu du traumatisme, The suspended time of the trauma. Cahiers Critiques de Thérapie Familiale. 2016 ; (56) : 173-186.
11. BARROIS C. Les névroses traumatiques. Dunod. 1988.
12. JOSSE E. Le traumatisme psychique chez l'adulte. De Boeck. 2014.
13. SELYE. The general adaptation syndrome. British medical journal. 1950.
14. CHIDIAC N, CROCQ L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Annales Médico-psychologiques. 2010 ; (168) : 311-319.
15. LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J, HARDY P, ROUILLON F. Psychiatrie de l'adulte. Deuxième édition. Masson. 2006.
16. CROCQ L. Les traumatismes psychiques de guerre. Odile Jacob. 2012.
17. FERRERI F, AGBOKOU C, NUSS P, PERETTI C. Clinique des psychotraumatismes majeurs de l'adulte. Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique. Psychotraumatismes majeurs. Confrontations psychiatriques. 2012 ; (51).

18. GRANGER B. Passé, présent et futur des cellules d'urgence médico-psychologiques. Entretien avec le médecin-général Louis CROCQ. PSN. 2016 ; 14 (2) : 21-38.
19. EMMANUELLI X. Circulaire DH/E04-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 catastrophe [En ligne]. [Consulté le 27 novembre 17]. Disponible : http://www.aforcumpsf.org/doc_utiles/circulaire28mai97.pdf
20. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe [En ligne]. [Consulté le 1^{er} Novembre 2017]. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261846.htm>
21. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles [En ligne]. [Consulté le 1^{er} novembre 2017]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/1/7/AFSP1205870D/jo/texte>
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n° DGS/DUS/BOP/2014/62 du 24 février 2014 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique.
23. COQ J-M. De l'irruption du trauma à l'intervention psychologique d'urgence. Pratiques Psychologiques. 2006 ; 12 (2) : 133-143.
24. CROCQ L. Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes. Elsevier Masson. 2014.
25. CREMNITER D. Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. Encyclopédie médico-chirurgicale. 2005 ; 178-184.
26. BAUP C, GROMB-MONNOYEUR S. La prise en charge psychologique des victimes de catastrophes collectives. Ethics, medecine and public health. 2016 ; (2) : 5-12.
27. LEBIGOT F. Traiter les psychotraumatismes, clinique et prise en charge. Deuxième édition. Dunod. 2011.
28. DE CLERCQ M. L'abord thérapeutique des victimes de catastrophes et de traumatismes psychiques. Médecine de catastrophe et urgences collectives. 1999 ; (2) : 79-82.
29. VERMEIREN E, DE CLERCQ M. Le débriefing psychologique après un événement à caractère traumatique : intérêts et limites. Médecine de catastrophe et urgences collectives. 1999 ; (2) : 95-99.
30. DEAHL M. Psychological debriefing : controversy ad challenge. Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2000 ; (34) : 929-939.
31. APA : American Psychiatric Association. Treating Patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. A quick reference guide. 2004.
32. AULAGNIER M, VERGER P, ROILLON F. L'efficacité du « débriefing psychologique » dans la prévention des troubles psychologiques post-traumatiques. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2004 ; (52) : 67-79.

33. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n°DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique. 2017.
34. PHILIPPE E. Instruction interministérielle relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme. (5979/SG). 10 novembre 2017.
35. LAROUSSE. Définitions : catastrophe - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 8 janvier 2018]. Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/catastrophe/13747>
36. LAROUSSE. Définitions : grand, grande - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 7 avril 2018]. Disponible : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grand_grande/37817
37. CREMNITER D. CUMP et médias. Evolutions psychiatriques. 2002 ; (67) : 690-700.
38. LAROUSSE. Définitions : responsabilité - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 7 mai 2018]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>
39. BOUQUET B. Responsabilité éthique du travail social envers autrui et envers la société : une question complexe. Vie sociale. 2009 ; (3).
40. HOTTOIS G. Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction. Laval théologique et philosophique. 1996 ; 52 (2) : 489-498.
41. HAS : Haute Autorité de Santé - Prévention [En ligne]. [Consulté le 9 mai 2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
42. RENAULT E. Autonomie et identité au travail. Travailler. 2013 ; (30) : 125-145.
43. FRAY A-M, PICOULEAU S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail, Abstract. Management et Avenir. 2010 ; (38) : 72-88.
44. EL AKREMI A, SASSI N, BOUZIDI S. Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. Relations industrielles. 2009 ; (64).

Autres documents consultés

- ♦ APA : American Psychiatric Association. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM5). Elsevier Masson ; 2015.
- ♦ BARDIN L. L'analyse de contenu. Presses universitaires de France. 2013.
- ♦ CLERVOY P. Les psy en intervention. Doin. 2009.
- ♦ CREMNITER D. L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques. Evolutions psychiatrique. 2002 ; (67) : 690-700.
- ♦ FRANÇOIS-PURSELL I, FRENISY MC, GUIMIER JB. Formation des volontaires CUMP 21. 2017.
- ♦ LE PSYLAB. Interview du Pr CROCQ - Psystory #1 (1 et 2/2) [En ligne]. 2014. [Consulté le 13 septembre 2017] Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=4WKbytiaX1U> et <https://www.youtube.com/watch?v=Qu5bWYgAK-I>
- ♦ LE PSYLAB. Le PTSD - Psychoptik #1 [En ligne]. 2014. [Consulté le 13 septembre 2017] Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=MhWR-dcL71w>
- ♦ LE PSYLAB. Le syndrome de l'opossum - Psyché #14 [En ligne]. 2017. [Consulté le 13 septembre 2017] Disponible : https://www.youtube.com/watch?v=YC_WgxJQ1DE
- ♦ LE PSYLAB. Le traitement du PTSD - Psychoptik #1bis [En ligne]. 2017. [Consulté le 13 septembre 2017] Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=yAWbzUeoykw>
- ♦ MUCCHIELLI A. L'identité. Que sais-je ? P.U.F. 2013.
- ♦ NAVARRE C. « Psy » des catastrophes, dix années auprès des victimes. Imago. 2007.
- ♦ PRIETO N. LEBIGOT F. Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe.
- ♦ SAINSAULIEU R. L'identité au travail. Sciences Po les presses ; 2016.
- ♦ WARD J. L'éthique au quotidien : quand le rappel des règles professionnelles et institutionnelles ne suffit pas. Vie sociale. 2009 ; (3).

Table des figures

Figure 1. Le temps post-traumatique et ses tableaux cliniques	16
Figure 2. Flowchart de l'étude	35
Figure 3. Répartition géographique des psychiatres	36
Figure 4. Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?	37
Figure 5. Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?	37
Figure 6. Depuis quand participez-vous à la CUMP ?.....	38
Figure 7. Comment êtes-vous devenu volontaire CUMP ?	39
Figure 8. Comment les psychiatres parlent-ils de ceux qui sont pris en charge par la CUMP ?	48

Annexes

Annexe 1. CIM 10.

Annexe 2. Critères DSM 5, le trouble stress post-traumatique (309.81).

Annexe 3. Référentiel national de formation.

Annexe 4. Liste des produits de santé et matériels équipant à minima une CUMP.

Annexe 5. Modèle national de dossier de soins CUMP.

Annexe 6. Modèle national de certificat médical initial descriptif à l'usage des CUMP.

Annexe 7. Avis concernant une déclaration du travail de recherche.

Annexe 8. Mail à l'attention des psychiatres des CUMP proposant une participation au travail de recherche.

Annexe 9. Grille d'entretien téléphonique.

Annexe 10. Retranscription intégrale des entretiens avec les psychiatres.

F43**Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation**

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : – un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress ; – un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie (life events) peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre ; mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé. En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu. Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative – voir F44.2 –), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Choc psychique

État de crise

Fatigue de combat

Réaction aiguë (au) (de) :

- crise
- stress

F43.00 Réaction aiguë légère à un facteur de stress**F43.01 Réaction aiguë moyenne à un facteur de stress****F43.02 Réaction aiguë sévère à un facteur de stress****F43.1 État de stress posttraumatique**

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants (flashbacks), des rêves ou des cauchemars. Ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Névrose traumatique

F62 **Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales**

Cette catégorie concerne des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte, survenant en l'absence de troubles préalables de la personnalité et faisant suite à un facteur de stress soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ou à une maladie psychiatrique sévère. Ce diagnostic ne doit être porté que dans les cas où on a la preuve d'un changement manifeste et durable des modes de perception, de relation ou de pensée concernant l'environnement ou soi-même. La modification de la personnalité doit être significative et être associée à un comportement rigide et mal adapté, absent avant la survenue de l'événement pathogène. La modification ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble mental antérieur.

À l'exclusion de : trouble de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (F07.-)

F62.0 **Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe**

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress posttraumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

Modification de la personnalité après :

- captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment
- désastres
- expériences de camp de concentration
- exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme
- torture

À l'exclusion de : état de stress posttraumatique (F43.1)

Annexe2. Critères DSM 5, le trouble stress post-traumatique (309.81)

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques,
- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes,
- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels,
- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

NB. Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images sauf lorsqu'elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatique en cause :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissant du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse,

NB. Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques,
- Réactions dissociatives (p ex. flash-back [scènes rétrospectives] au cours desquels le sujet se sent, ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant l'abolition complète de la conscience de l'environnement),

NB. Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse,
- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées, ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue de ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des événements suivants :

- Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues),
- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (par exemple : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »),
- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes,
- Etat émotionnel négatif persistant (par exemple : crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte),
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités,
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres,

- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

- Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers les personnes ou les objets,
- Comportement irréfléchi ou autodestructeur,
- Hyper vigilance,
- Réactions de sursaut exagérées,
- Problèmes de concentration,
- Perturbations du sommeil (par exemple : difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D, et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale.

Il faudra ensuite spécifier le type de trouble stress post-traumatique, à savoir :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrent suivants :

Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p ex. sentiment de rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel),

Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par exemple : le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

NB. Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : période d'amnésie [blackout], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p ex. épilepsie partielle complexe).

Et enfin, il faudra spécifier si le trouble est à expression retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression des quelques symptômes peuvent être immédiats).

Annexe 3. Référentiel national de formation

ANNEXE 3

RÉFÉRENTIEL NATIONAL DE FORMATION À L'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Objectifs

Connaître l'organisation des secours dans les différents types d'évènements (catastrophe, attentats, évènements 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'évènement.

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'évènement 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 Médico-Psychologique :

- le soin médico-psychologique ;
- 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 (médias, 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 médias ;
- 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.

Annexe 4. Liste des produits de santé et matériels équipant à minima une CUMP

Médicaments, dispositifs médicaux et matériels de soins

- Voie orale
 - Alprazolam 0.50 mg ;
 - Diazépam 2 mg ;
 - Hydroxyzine 25 mg ;
 - Zolpidem 10 mg
 - Cyamémazine 25 mg ;
 - Paracétamol 500mg.

- Voie parentérale
 - Loxapine 50 mg / 2ml ;
 - CLorazépate dipotassique 50mg / 2,5 ml ;
 - Diazépam 10 mg/2 ml.

- Divers
 - Antiseptique local 40 ml ;
 - Compresses stériles ;
 - Seringues 10 ml ;
 - Aiguilles (IV, IM) ;
 - Stéthoscope et tensiomètre ;
 - Collecteur à aiguille ;
 - Sac à déchets septiques jaunes (DASRI) ;
 - Couvertures de survie.

Équipement d'identification

- Chasubles marquée : « SAMU – CUMP + N° département » ;
- Pancartes et affiche de signalisation du PUMP.

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 entête - 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.

Annexe 5. Modèle national de dossier de soins CUMP

DOCUMENTS NATIONAUX POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dossier de soins – Fiche patient

DATE ET LIEU DE L'ÉVÉNEMENT :

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'ÉVÉNEMENT

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 psycho-traumatiques) :

Symptômes : *voir ci-dessous**

.....
.....
.....

DÉCISION ET ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE

Hospitalisation ou soins en CMP :

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

Annexe 6. Modèle national de certificat médical initial descriptif à l'usage des CUMP

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

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

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 (ITT 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

Annexe 7. Avis concernant une déclaration du travail de recherche

-----Message d'origine-----

Envoyé : vendredi 16 février 2018 19:35

À : CARPENTIER Maud; FRANCOIS Irène

Objet : Conseil sur projet de recherche CUMP / Ethique Médicale - Master 2

Bonjour,

Je suis actuellement interne en septième semestre du DES de psychiatrie à DIJON et je participe à un Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique à la faculté de Paris Descartes.

Dans le cadre de cette formation il m'est demandé un travail de recherche.

Je souhaite m'intéresser au travail du psychiatre impliqué dans les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) et plus particulièrement à la question de leur responsabilité de médecin. Pour cela j'ai pour projet d'interroger les psychiatres référents des CUMP, en France, via des entretiens téléphoniques. Il s'agit d'une étude qualitative visant à obtenir le ressenti et le point de vue de ces médecins sur leurs pratiques professionnelles afin de construire une réflexion éthique.

Ce travail est dirigé par Mme le Professeur FRANÇOIS-PURSELL (médecine légale CHU DIJON). Le référent de ce master est Mme le Professeur MAMZER à Paris.

Je me tourne aujourd'hui vers vous afin de savoir si je dois déclarer cette recherche et si oui à qui ? (CNIL, CPP etc.)

Je vous remercie pour votre aide,

Cordialement, Mélanie Loiseau

Bonjour,

D'après ce que vous m'expliquez, votre projet pourrait être catégorisé en recherche en science humaine et social de par son aspect quali et avec un objectif d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces 2 aspects placent votre projet en dehors du champ de la Loi Jardé. La seule contrainte restant est la déclaration à la CNIL de votre fichier si celui-ci permet l'identification des professionnels. Si cette information est codée et que vous détenez la clé en dehors du fichier, alors il ne sera pas nécessaire de faire une déclaration la CNIL.

Cordialement

Maud CARPENTIER

Responsable Unité de Promotion Interne, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)

1, boulevard Jeanne d'Arc – BP 77 908 21 079 Dijon cedex

Annexe 8. Mail à l'attention des psychiatres des CUMP proposant une participation au travail de recherche

DIJON, le 19 février 2018

OBJET : Proposition de participation à mon travail de recherche en éthique médicale et bioéthique

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement interne en quatrième et dernière année du DES de psychiatrie à DIJON. Je participe à un enseignement de Master 2 recherche – Ethique Médicale et Bioéthique à la faculté PARIS Descartes.

Dans le cadre de ce Master, il m'est demandé de réaliser un travail de recherche.

Etant moi-même impliquée dans le réseau des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, volontaire au sein de la CUMP 21, j'ai choisi de m'intéresser à l'exercice de la profession de psychiatre au sein des CUMP et plus particulièrement à la question de la responsabilité du psychiatre exerçant dans ces structures.

Ce travail est encadré par les Professeurs Marie-France MAMZER (PARIS) et Irène FRANÇOIS-PURSSELL (DIJON).

Afin de mener à bien sa réalisation, je recherche des psychiatres impliqués dans le fonctionnement du réseau de l'urgence médico-psychologique qui accepteraient de participer à un entretien téléphonique, unique, anonymisé, d'une durée prévisible de 30 à 45 minutes environ. Il serait avec votre accord, enregistré afin de permettre sa retranscription la plus fidèle possible.

L'objectif de ce travail est d'échanger sur votre expérience de psychiatre au sein de la CUMP. L'interview de plusieurs professionnels ayant une pratique similaire me permettra ensuite d'étayer ma réflexion sur le rôle et la responsabilité du psychiatre.

A l'issue de ce travail (juin 2018), je pourrai vous transmettre les résultats de mon travail.

Je vous remercie de bien vouloir me faire part, via une réponse à ce mail de votre accord ou non pour la participation à ce travail de recherche. Ainsi, nous pourrions si vous l'acceptez convenir d'un rendez-vous téléphonique.

Cordialement,

Mélanie LOISEAU

Interne – DES de Psychiatrie – CHU DIJON

Annexe 9. Grille d'entretien téléphonique

Prise de contact

- Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?
- Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

- Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)
- Comment êtes-vous devenu volontaire ?
- Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?
- Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre dans les missions CUMP ?

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

- Que pensez-vous de cette situation ?
- Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agi ?
- D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?
- Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?
- +/- Que mettez-vous dans vos certificats ?

- Y a-t-il des points qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordé ?

Annexe 10. Retranscription intégrale des entretiens avec les psychiatres

Entretien « psychiatre 1 »

Durée de l'enregistrement = 42 min 26 sec

Données générales

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

D'accord, alors je travaille dans un CHS, le même depuis le début des années 90, je suis praticien hospitalier en pédopsychiatrie et je suis également chef de pôle depuis quelques années. Donc j'ai une pratique en CMP, dans plusieurs sites de CMP dont j'ai la responsabilité et également une pratique en hôpital de jour pour enfants et puis une pratique de CUMP. Une pratique aussi de liaison en pédopsychiatrie. Enfin voilà, je ne sais pas si tout est intéressant mais c'est pour situer un petit peu.

Selon quel courant ?

Je dirai plutôt, vous savez les courants intégratifs, plutôt voilà, un fond de culture et d'apprentissage plutôt baigné dans la psychothérapie de type psychanalytique mais quand même au sens large et puis intégrant de nouvelles approches, puisque dans les hôpitaux de jour... alors aussi

psychothérapie institutionnelle puisque voilà j'ai une expérience hospitalière depuis longtemps, et puis en hôpital de jour c'est quand même ce qu'on pratique et puis aussi en hôpital de jour ça s'est beaucoup enrichi des nouvelles ... comment dire ... approches concernant les troubles autistiques. Donc je ne peux pas dire que je sois, enfin au niveau des TCC je ne peux pas dire que je sois quelqu'un de formé ou qui pratique mais voilà je connais tout de même assez bien cette façon de penser également.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ?(Date)

Alors en fait j'ai commencé à faire partie de la CUMP quand elle s'est formée pratiquement dans les années 2000 mais en fait au début on n'a pas beaucoup fait d'interventions. Donc je dirais que vraiment... je saurai plus dater... mais les premières interventions vraiment que j'ai faites, mais depuis maintenant euh 5 ou 6 ans, le fonctionnement est bien installé.

Et au début c'était quel genre de pratiques ?

Alors j'ai participé à la formation de la cellule, aussi à des formations, et en fait, avant même là... je dirai la conceptualisation et la formation des CUMP, je dirai que dans les 10 années avant, il y avait déjà eu pas mal de travaux et d'intérêt pour le psychotraumatisme, donc c'était déjà quelque chose qui m'intéressait et je me souviens que dans les années euh 80 il y avait eu un accident avec une grue dans la région où je travaillais à

l'époque. Je n'avais pas participé moi à cette intervention, mais sur une grue qui est tombée sur un collègue, mais voilà j'en avais beaucoup parlé, je me souviens que ça faisait débat. On parlait à l'époque de où était notre place en fait. Où était notre place, dans quel délai on devait intervenir... Euh bon il y a des questions encore actuelles là-dessus. Alors sur les délais ben beaucoup moins, on est beaucoup plus là dès qu'on peut.

En fait, je crois que ça correspond aussi à nos pratiques d'une façon générale dans la profession. On est quand même au plus près des événements et dans une dynamique de temps qui a beaucoup changé moi il me semble, depuis que j'ai fait mes études. Mais voilà sur la question de notre place dans l'annonce au deuil par exemple, des choses comme ça, c'était déjà des..., notre articulation avec le SAMU. C'était déjà des choses qui étaient un petit peu en question à l'époque, et cette réflexion qui se poursuit.

L'annonce au deuil au départ on se disait : « est-ce que c'est la mission des CUMP, pas des CUMP ? »... Psychotraumatisme, accompagnement du deuil, c'est quand même pas tout à fait pareil, je pense que c'est encore des questions très actuelles, comment on relie les deux, comment... ce sont deux missions tout de même assez différentes, mais je dirais tout de même que d'une façon un peu générale, pas trop nous, mais pour tout le

corps un peu social ou médical c'est quand même quelques fois un petit peu confondu.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors nous je crois qu'on est quatre inscrits... oui quatre, on est quatre en tout cas à avoir fait des interventions ces dernières années... quatre, cinq je dirais même, on est cinq. Alors il y a en a un qui n'est pas inscrit officiellement en fait mais il fait des interventions. C'est... on va dire cinq voilà !

Pour un nombre de volontaires total ?

Je crois qu'on est plus de vingt actuellement.

Ça marche assez bien dans le département, on a aussi la chance d'avoir deux infirmières qui sont chacune responsables, qui sont coordinatrices en fait, et donc une en particulier s'est beaucoup formé, fait beaucoup de travail, a un petit détachement en fait, mais quand même très petit, de la part de notre centre hospitalier spécialisé c'est déjà bien.

Parce que le souci de la CUMP c'est quand même que ça tient sur le volontariat et donc [prénom] fait beaucoup de travail organisationnel et personnel et elle s'est formé aussi elle-même, elle fait partie de l'EPRUS aussi. [NDR : EPRUS = Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires = « réserve sanitaire »] Je pense que pour que ça

fonctionne il faut quand même être un petit noyau de personnes qui donnent vraiment du temps et de l'intérêt, on ne peut pas faire ça tout seul.

Et puis on est bien soutenus aussi par la région. Par nos collègues de [nom de ville]. Elles animent vraiment bien le réseau, elles nous ont beaucoup appris et formés aussi, ça a été vraiment important dans les premières années et puis encore maintenant.

Les échanges entre CUMP sont vraiment... C'est l'un des aspects intéressants de la CUMP c'est que c'est vraiment quelque chose qui est encore assez novateur, avec des questions qui restent encore vraiment au travail.

Avez-vous déjà réfléchi à votre responsabilité de médecin concernant votre exercice à la CUMP ?

Oui, oui, oui, c'est vrai qu'il y a beaucoup de questions par rapport à ça, notamment parce que... alors nous on essaye qu'il y ait un médecin par intervention, on est très présents quand même les médecins sur cette question, mais il arrive qu'on ne soit pas tout de suite là sur les lieux, enfin, on essaye en général et on part ensemble.

Mais ça s'est posé puisque je suis partie à Nice, avec une de mes collègues infirmière, et e fait dans le centre où on travaillait il y avait toujours un psychiatre, même on était la plupart du temps deux, mais on s'est

vraiment posé la question ensemble à la fois de la prescription forcément, et puis des certificats. Donc en fait, mon expérience c'est que en fait, on était à plusieurs à voir les personnes, il y avait des infirmières et des psycho, tout le monde n'avait pas le même statut, il y en a qui étaient CUMP, il y en a aussi qui étaient bénévoles en fait. Et du coup, quand ils voyaient une situation dont ils estimaient qu'il fallait un traitement ou un avis médical ou un certificat, ben on les voyait. Mais on les voyait en plus ce qui fait que notamment pour les certificats bon, on voyait un petit peu rapidement, on signait, on apposait notre cachet, moi c'est quelque chose, que je me suis posé, pas forcément par rapport à ma responsabilité ; si en fait parce qu'on ne connaissait pas forcément bien tous les gens avec qui on travaillait et puis je me disais surtout pour les gens qu'on voyait, les victimes, les impliqués, est-ce qu'on avait finalement tout à fait le même service si on était vu par un infirmier, un psychologue ou un psychiatre ? Donc ça je crois que ça reste une question.

Après il y a la question des médicaments que l'on emmène en intervention, donc nous des médicaments on en a dans notre mallette, mais euh bon, on n'a pas eu le souci en pratique puisque finalement il y a toujours un médecin ; mais en même temps on peut se questionner.

Bon, les psychos, les infirmiers, sont évidemment pas habilités à dispenser des médicaments, mais pour autant quelques fois ça pourrait être utile.

Euh il y a aussi de plus en plus la question des arrêts de travail et des certificats qui se pose même en intervention immédiate : les gens nous demande ou nous rappellent. C'est du ressort spécifiquement d'ordre médical, où la effectivement, on ne peut pas déléguer on parle beaucoup de la délégation qu'on peut faire effectivement dans nos tâches médicales, mais ça on ne peut pas le déléguer.

C'est vrai que dans une CUMP c'est vraiment important d'avoir une équipe qu'on connaît bien, voilà, parce qu'on ne voit pas tous les patients forcément dans une intervention.

Donc on est responsable quand même de tous les soins qui sont donnés dans le cadre de ces interventions. Mais comme on est responsable aussi de tous les soins qui sont donnés au CMP alors que vous devez le savoir comme moi, on ne peut plus forcément voir tous les patients. Voilà, la responsabilité elle se pose à la CUMP comme elle se pose aussi au CMP, à l'hôpital de jour, où on délègue quand même beaucoup, forcément.

Pour la CUMP, le contexte un peu particulier de la CUMP c'est quand même la délivrance des certificats. ...Qui pose même la question de notre formation puisque fixer une ITT [rires] vous voyez, c'est pas forcément des choses qui sont de notre pratique habituelle. Et là aussi, alors c'est surtout important dans le cadre des attentats, mais c'est vrai que dans le

cadre des attentats on peut se demander est-ce qu'on a tous les mêmes repères, la même formation, la même appréhension des choses, c'est forcément, bon c'est assez nouveau et c'est forcément pas homogène je pense. Après je trouve ça vraiment utile pour les victimes, les impliqués d'avoir eu des certificats, ça, ça me paraît vraiment important.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre dans les missions CUMP ?

Du point de vue de l'éthique et de la morale vis-à-vis des patients ?

Pour vous c'était plutôt la question de « est-ce qu'on a le même service vis-à-vis du patient ? »

Oui,

Il y a aussi, quelque chose qui peut-être gênant dans les interventions, mais là plus les interventions internationales, moi j'en ai pas fait, mais on peut être aussi interpellé en tant que médecin. C'est arrivé à certains collègues c'est-à-dire que voilà, on exerce dans notre spécialité, mais on peut être amené à voir des gens qui sont mal en point sur le plan physique, ne pas avoir de médecin généraliste, ça, moi, ça me questionne. Parce que voilà, on est plus, surtout quand on est en milieu ou fin de carrière, c'est difficile de se considérer encore comme un médecin polyvalent en fait. Voilà, on ne se sent plus compétant pour des choses d'ordre somatique, plus assez en tout cas, en tout cas moi.

C'est une référence aux Antilles ?

Oui, mais c'est des réflexions que j'avais déjà pu avoir avant. A Nice ça nous est arrivé aussi d'ailleurs.

En fait, j'étais dans le centre d'accueil des victimes et les premiers jours on avait un camion des pompiers qui était là en permanence, et c'était assez sécurisant et c'est vrai que dans les deux, trois premiers jours on a quand même évacué deux patients qui ont fait des réactions pathologiques avec agitation, agressivité. On avait aussi une petite pièce ou finalement on avait pu isoler quelqu'un en attendant l'arrivée du SAMU, mais voilà, ils étaient juste dehors.

Et puis on a eu des gens aussi que le SAMU nous a ramenés, qui étaient surtout des personnes qui erraient dans la rue, donc la question est-ce que c'est le traumatisme, est-ce que c'est une autre problématique ?

Et puis certains qui nous demandaient en plus de les évaluer, de les écouter sur un plan psy, qui nous disait voilà, j'ai mal au genou, « est-ce que vous pouvez regarder ? » On était interpellés un peu de ce côté-là, ce qui n'était pas toujours évident. Bon c'est resté tout de même assez marginal, et puis quand on est dans une ville, bon là à Nice, quand il a fallu vraiment trancher, on est passés par les urgences, on a envoyé les patients vers les urgences, c'était quand même assez facile parce qu'on avait des recours. Je pense qu'aux Antilles c'était plus compliqué.

Du point de vue juridique ; par rapport à une éventuelle erreur diagnostique et à la prescription de médicaments par exemple (patients vus précocement, dont ne connaît pas les antécédents...)

Ça c'est vrai, d'ailleurs maintenant ça m'interpelle parce que pour l'ATARAX® il y a quand même une recommandation de faire des ECG, sauf urgence.

Bon tous les médecins ne le font pas, tous les médecins ne sont pas d'accord avec ça. Moi, dans une pratique de CMP, j'essaie quand même de le respecter. Après en urgence, ben forcément non, j'interroge quand même les gens sur leurs antécédents, mais c'est vrai que dans l'urgence on pourrait être amené à dispenser des choses... bon voilà, on est dans un contexte d'urgence alors bon, le rapport bénéfice-risque est forcément aussi à peser dans ce contexte de l'urgence.

On s'est questionnés sur effectivement emmener des médicaments injectables, c'est quand même dans le contexte d'intervention de la CUMP, c'est quand même pas très évident, c'est-à-dire que si on est dans une grosse agitation, ce serait plutôt la médicalisation, où là si on avait, ...enfin bon voilà on est quand même pas dans un environnement qui est médicalisé si vous voulez. En fait, on ne l'a jamais fait, en pratique on ne l'a jamais fait. La trousse d'urgence de la CUMP, en fait, nous on a jamais que utilisé que l'ATARAX en fait.

Il faut être prudent mais ça c'est bien utile, c'est bien utile et puis, oui, on prescrit toujours dans un contexte un peu d'urgence alors c'est toujours la question de la durée de l'ordonnance. Généralement, on ne fait pas trop des ordonnances ce qu'on fait plutôt c'est qu'on donne deux ou trois comprimés que les gens passent 24 ou 48 heures et que les gens revoient leur généraliste ou qu'ils nous revoient après. Ça permet d'être sûr aussi que les gens soient revus après.

Là où on pourrait être embêté c'est si on est interpellés sur quelqu'un qui à un traitement habituel, de refaire une ordonnance, voilà. Moi c'est vrai que je ne suis jamais... c'est des contextes que je n'aime pas trop finalement, quand on ne peut pas évaluer les choses tellement soit même ou que ce n'est pas tout à fait sa spécialité, c'est un peu délicat. Ça pourrait arriver. Bon quand c'est comme ça, on fait confiance puis, on a quand même des notions, on ne ferait pas n'importe quoi non plus ! [rires] Voilà ça, ça peut arriver que les gens nous disent « *je n'ai pas mon traitement habituel* ». Moi ça ne m'est jamais arrivé, mais on a déjà soulevé un petit peu ces questions là.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Est-ce que cela vous interpelle ?

C'est intéressant ce que vous dites.

Moi je ne souhaiterai aussi pas que le rôle du psychiatre ça devienne ça.

Mais effectivement, je pense qu'on a une pénibilité, en intervention qui est supérieure par rapport à ces questions-là. Je vois, à Nice, j'étais beaucoup interpellée, à travailler quand même à un rythme, voilà les trois quatre jours, moi j'ai fait quatre jours pleins, après une nuit de train, on était très vite au travail et tout, bon voilà. Moi je suis assez endurante au travail, mais quand même, je pense que les limites peuvent être dépassées aussi de ce point de vue-là, notamment pour les psychiatres.

Ce que je n'ai jamais fait moi, c'est faire des certificats ou des ordonnances quand même pour un patient que je n'ai pas vu du tout. Ca je ne l'ai pas fait, et je pense que ce n'est pas souhaitable de le faire. Mais par contre ce que je faisais c'est que je me basais effectivement sur le certificat, les personnes viennent me chercher mais on revoit le patient ensemble. Enfin, moi j'ai toujours fait comme ça. Donc effectivement, on

ne refait pas tout un entretien, toute une anamnèse, le patient a déjà fait tout son entretien, mais de le voir en binôme, ça permet comme ça de ne pas poser les mêmes questions, ça permet pour le patient de se sentir dans une continuité.

Euh mais moi, je pense qu'il ne faut pas faire de certificat pour des gens que l'on n'a pas vu du tout. Je ne me vois pas faire ça en tout cas. Et ça je ne le fait pas non plus dans les CMP.

Si je fais, voilà, une ordonnance, un certificat MDPH, je connais l'enfant quand même, même si dès fois je ne l'ai pas vu depuis longtemps, mais je ne le fait pas juste sur le... La seule chose que je fais au niveau, et même ça peut se discuter, éventuellement en CMP je fais des demandes de prise en charge taxi pour des enfants que je n'ai pas vu. Ça je le fais parce que je trouve qu'on peut le faire quand même. Voilà faire assez confiance. Mais je ne le fait pas pour les certificats MDPH puis je ne le ferais peut-être pas pour les prises en charge à 100%. Vous voyez ça je ne le ferai pas je pense. Si on me demande une prise en charge à 100%, faut quand même avoir vu son patient pour apprécier voilà quoi...

Qu'en est-il selon vous de la responsabilité du psychiatre dans ce cadre ?

De faire des certificats si on n'a pas vu le patient ?

Oui.

Ben moi je pense qu'il ne faut pas le faire !

Ou alors, alors ce qu'on faisait à Nice parce que, effectivement, il n'y avait pas toujours... je pense qu'il y a des certificats qui peuvent être faits et bon, ben le psychologue ou l'infirmier signe de son nom, c'est quand même un professionnel. Mais c'est clair que le certificat il n'est pas médical. C'est quand même des personnes qui sont formées au psychotrauma donc ils sont capables à mon avis avec leur compétence et même légalement, de répertorier les symptômes. Et puis bon, les certificats qui sont nationaux, alors il faudra que je regarde sur les outils, vous me posez une question importante, parce que vous connaissez les outils nationaux je pense pour les certificats ?

Oui.

C'est-à-dire on a un modèle qui n'est pas obligatoire mais voilà, qui est bien bien utile et je ne sais pas s'il est médical ce certificat, je ne sais pas si c'est marqué certificat médical, mais bon il y a des symptômes à cocher...

Moi, j'ai notion qu'il y a la version soit certificat médical soit la version attestation qui peut être signée par des psychologues ou des infirmiers.

Donc c'est le même modèle ?

Oui. Mais est-ce la même valeur ?

Oui, c'est un petit peu la limite je ne sais pas...

C'est dommage si ça n'a pas la même valeur, c'est là qu'on est dans la question de la perte de chance éventuelle pour le patient.

En tout cas au niveau de la responsabilité, si on fait un certificat, on engage quand même sa responsabilité donc moi ça ne me paraît pas possible si on n'a pas vu le patient quand même.

Avez-vous déjà été confronté à une telle situation ? Si oui, comment l'avez-vous géré ?

Oui, à Nice.

On a revu les patients systématiquement avec la personne qui venait de les voir. On travaillait en plus, c'était assez facilité puisqu'on était dans un open-space. En fait, on travaille dans des conditions qui ne sont pas du tout habituelles. Donc moi le premier endroit où je suis allée mais où je ne suis pas restée, c'était encore plus compliqué parce que c'était un amphi, les gens se mettaient sur les bancs de l'amphi. Et moi, où j'ai travaillé surtout pendant ces quatre jours, donc après, on était dans une espèce, comme un grand hall, enfin, un étage non cloisonné, si vous voulez. Donc ils l'avaient organisé, avec des coins, bon qui n'étaient pas mal, il y avait un coin pour les enfants, il y avait des coins de repos, et donc il avait des bureaux où on était en vis-à-vis avec les patients. Et donc voilà, au début je me suis dit, c'est quand même pas du tout nos pratiques habituelles, la confidentialité et tout. En fait très franchement ça n'était pas gênant et on s'y est vite... je ne sais pas si c'est l'ambiance ou si vous voyez le post-traumatique où tout le monde est là pour la même chose, mais je pense

que les patients ça ne les gênaient pas du tout et puis nous non plus. On n'était pas... enfin bon de temps en temps on entendait un bruit venant des tables d'à côté parce que les gens pleuraient, parfois ils haussaient un petit peu le ton, voilà donc on pouvait jeter un coup d'œil mais bon franchement... Et ça n'a pas dérangé la confidentialité, c'est-à-dire que moi je n'ai pas entendu des paroles qui m'ont attiré l'oreille, ou autres que celles de mes patients, et finalement, voilà c'était assez adapté. Et du coup, ben vous voyez comme c'était ouvert, les gens venaient, ils voyaient quand j'avais fini un entretien, que j'étais en train de rédiger une observation, les gens venaient me voir en me disant « *voilà je vois quelqu'un pour qui je pense il faudrait faire un certificat, ou qui n'est pas très bien, est-ce que vous pouvez venir ?* » et du coup je l'accompagnais à l'endroit où était installé le monsieur ou la dame, donc voilà on a travaillé un peu comme ça, de façon fluide, je pense que c'était assez opérant en fait.

Tenez-vous compte de l'avis de vos collègues (IDE et psychologue) CUMPistes lors de la rédaction de votre certificat ?

Ah ben oui, bien sûr. Oui, oui, oui !

Il ne s'agit pas de vérifier. Non mais c'est plutôt question aussi de formation un petit peu, c'est-à-dire que, comme je dis aussi à Nice, on travaillait avec des psychologues notamment qui étaient volontaires et je

vois que dans leur façon d'appréhender le problème, ou l'abord du patient on va dire, elles étaient dans une lecture qui n'était pas forcément médicale, c'est-à-dire le symptôme, vous voyez. Alors que dans le certificat, voilà, c'est important de lister le symptôme donc je voyais bien que par rapport à leurs certificats, parce que ce que j'ai fait quand même c'est qu'elles avaient déjà commencé les certificats. Bon, je ne leur faisais pas refaire et du coup, ça m'est arrivé de rajouter des choses, peut-être qu'on en a refait un ou deux, enfin je ne sais plus.

Mais voilà, je pouvais apposer ma signature à quelque chose qui avait été écrit par quelqu'un d'autre, tout en ayant vu le patient comme je vous le disais et c'était là ou finalement, le récapitulatif des symptômes il était important parce que je me souviens par exemple, oui j'ai dû avoir une psychologue ou deux, du coup je trouvais que c'était un peu imprécis ce qu'elles avaient mis, c'était leur référentiels à elles qui n'étaient pas tout à fait les miens, donc je pensais qu'il fallait quand même des choses assez précises sur le certificat, c'est plus factuel quand même un certificat, voilà, on est au plus près de la description des symptômes hein, et faut pas être dans l'interprétation en fait, voilà. Et donc, je trouvais que c'était pas mal de pouvoir cocher parce que ça donnait un côté peut-être objectif et ça c'est la question de l'homogénéité forcément, on n'a pas tous tout à fait exactement les mêmes référentiels. Alors au sein des CUMP on a quand même une formation... voilà en principe on a des formations

communes, donc on est quand même dans une recherche en tout cas d'homogénéité.

Quelle est selon vous la portée de ces certificats que l'on va remettre au patient ?

Ca je ne sais pas trop. D'ailleurs je ne sais pas si la question est vraiment tranchée. Enfin voilà, je n'ai pas forcément la suite.

Ce que je sais c'est que ça peut-être important quand même pour leur reconnaissance d'état de victime. Donc voilà, ces constatations immédiates, elles sont faites par un professionnel qui atteste qu'il a constaté ça, euh donc, je pense que si le patient a ce certificat-là, déjà ça écarte la possibilité d'un faux témoignage. Parce que ça s'est passé je crois à Nice, il y a même quelqu'un qui a été condamné parce que après tout c'est assez facile de connaître les symptômes psychotraumatiques puis de venir deux mois après pour dire voilà j'étais comme ci, j'étais comme ça.

Donc, je pense que c'est pour ça qu'il faut faire des certificats immédiats, c'est-à-dire que ce qu'on a après c'est toujours une reconstruction. Donc ça a plus de valeur, sur le plan légal, je pense, en tout cas, ça a une valeur qu'on ne peut pas remplacer.

Après, sur le certificat c'est que des constats immédiats donc moi je me dis, c'est surtout si le patient développe après des troubles

psychotraumatiques, il peut faire plus facilement valoir, avec ce certificat que ces troubles sont vraiment de nature psychotraumatique. Mais effectivement après la personne ne va pas développer forcément des troubles et le certificat ne donne pas forcément droit... mais à c'était vraiment tout un débat, qu'on a eu. En plus à Nice on était dans un centre d'accueil des victimes donc la question est-ce qu'il faut d'abord que les gens passent par la CUMP, est-ce qu'il faut d'abord qu'ils passent par les associations de victimes.

Je trouve que ce n'est pas évident finalement de proposer des certificats pour des gens qui ne pensent pas du tout à ça. Donc moi quand je voyais vraiment des signes de psychotraumatisme immédiat, je leur disais aux gens « *écoutez je vous fais un certificat, gardez le* » les gens me disaient « *à quoi ça va me servir ? Qu'est-ce que je dois en faire ?* » Je lui ai dit « *écoutez pour l'instant je ne sais pas, c'est au cas ou dans l'avenir, il y ait des conséquences, vous aurez ce certificat. Donc gardez-le. Vous n'aurez pas forcément besoin... voilà c'est pas pour utiliser forcément maintenant.* » Moi j'ai agi comme ça.

Après moi, il y a des trucs qui me donnent à réfléchir : par exemple pour être reconnu comme victime, on, enfin pas moi, il y a des gens à Nice, on leur conseillait d'aller porter plainte contre l'état français. Bon moi c'est des trucs, je pense que c'est au plan symbolique [rires] ça ne me paraît pas du tout bien ! Mais bon, c'est comme ça ! Mais ça ce n'est pas les

médecins qui leur donnent cette indication là. Moi j'ai vu dans le premier centre où j'étais quelqu'un qui était là on lui conseillait ça. Bon... Peut-être qu'il fait faire ça forcément. On le fait parce qu'il faut mais bon... Enfin moi ça m'interroge quand même je ne trouve pas ça... enfin comment les gens peuvent avoir... enfin ça induit l'idée que l'état est responsable. Je trouve ça un peu mal construit en tout cas.

Puis aussi sur la position de victime quand on est soumis à un psychotraumatisme, de toute façon on est dans un état de confusion émotionnelle, est-ce qu'on se considère comme victime ou pas ?

La position de victime je trouve qu'elle est complexe parce qu'il faut à la fois informer les gens de leurs droits ; bon est-ce que c'est vraiment notre rôle ? Mais même par rapport aux associations de victimes, est-ce que... voilà... est-ce que les gens sont prêts à l'entendre ? Enfin c'est des questions, comment il faut aborder ça ? Cette position possible de victime en tout cas : comment il faut l'aborder ?

Est-ce qu'il y avait d'autres choses que vous souhaitiez ajouter ?

Oui, peut-être par rapport à la responsabilité, moi je pensais à la question du secret. Je ne sais pas si ça entre dans la question de votre travail mais dans la CUMP, voilà on travaille avec des associations, on travaille avec les forces de l'ordre, qu'est-ce qu'il en est du secret médical ? Comment on

partage ou on ne partage pas ? Qu'est-ce qu'il en est de ce qu'il se passe pour le patient ?

Parce que quand on est dans un état de psychotraumatisme de toute façon, on n'est pas trop en état de donner son avis personnel je dirais, c'est un peu compliqué. On leur dit en général. Par rapport à la presse c'est assez bien balisé, cette question. On conseille aux gens quand même de se protéger par rapport à tout ça, en leur disant bien que quand on est dans une situation de traumatisme, on peut être amené à dire des choses qu'on va regretter ensuite. Ou que ces choses peuvent-être exposées et qu'on peut le regretter. Donc il faut plutôt que les gens se protègent des médias.

A côté de ça les journalistes ils ont besoin aussi de faire leur travail donc, il faut leur parler aussi. Alors moi je ne communique pas directement aux journalistes. Bon je me dis, la CUMP elle est incluse dans le dispositif SAMU, ARS, préfecture, donc c'est pas tellement à nous de communiquer puisque voilà ... et même nous on est dans le travail donc il ne faudrait pas dire des choses qu'il ne faudrait pas dire.

Après dans [nom du département de la CUMP] on s'est aperçus que vu qu'on ne communiquait pas en direct, les gens ne parlaient pas de nous. Voir que des fois dans le journal, des interventions étaient faites par la CUMP mais que la CUMP n'était pas citée. Donc ça, ça nous a dérangés un peu quand même. [rires] Donc on s'est fait connaître aussi, avec la

direction du CHS on a pensé utile de solliciter les journalistes pour faire une petite explication sur ce qu'était la CUMP en fait.

Et du coup hors intervention.

Bon c'est vrai que les journalistes que j'ai parfois moi au bout du fil ils sont respectueux, ils me disent « *voilà bon vous avez vu combien de personnes ?* » et moi je leur dit « *enfin bon écoutez non ! Les interventions comme ça je ne peux pas en parler quoi, non non ce n'est pas possible, je peux juste vous dire qu'on est intervenus. Donc ça vous le mettez dans le journal que la CUMP...* » et en général ils ne mettent même pas la CUMP ils mettent une cellule médico-psychologique a fonctionné.

Bon, c'est vrai que dans la CUMP on est aussi un peu exposés à ça. C'est un mode d'exercice quand même pour nous assez particulier, les relations avec le SAMU et l'ARS maintenant ça c'est calé, les relations avec la préfecture, les forces de police éventuelles, les associations de victimes, les services de la justice, ben je trouve que c'est encore un petit peu en discussion. Bon en général ces discussions... d'ailleurs je vais en parler là par rapport à une intervention où on est intervenus au commissariat je vais en parler aux collègues de [nom de ville] voir comment elles font. Parce que moi il y a des choses qui m'ont questionné.

C'est un peu comme ça pour toutes les interventions. On essaye... est-ce qu'on est bien dans le cadre CUMP, on y va, alors on y va quand même assez largement parce que c'est quand même assez compliqué au

téléphone de savoir vraiment ce qui se passe et puis bon si les gens en général ont besoin de nous c'est quand même que bon... Mais voilà on est quand même toujours un peu sur un terrain de prudence par rapport à nos modalités de fonctionnement, nos relations avec les autres.

Il était question à un moment aussi qu'il y ait un financement même pour les actes CUMP, c'est-à-dire que ça compte comme un acte de soin. Moi je me dis c'est un acte de soin que les gens n'ont pas demandé ! C'est quand même... enfin moi ça me dérangerait que les gens aient ça et que sur leur sécu propre voilà... et que c'est des actes qu'ils n'ont pas demandé. Alors peut-être que le post immédiat... mais l'immédiat, les gens sont là et enfin on les voit, on vient, on va au-devant d'eux donc, c'est pas du tout un mode d'exercice habituel en fait.

Entretien « psychiatre 2 »

Durée de l'enregistrement = 32 min 13 sec

Données générales

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors ma pratique, mon cursus. Je suis praticien hospitalier depuis... 24, pas loin de 25 ans à peu près. Et j'ai eu, après mon assistantat j'ai eu un exercice très long, c'est-à-dire plus de 20 ans, au service des urgences de l'hôpital de [nom de ville]. Donc l'UF des urgences psychiatriques à l'hôpital de [nom de ville] donc j'ai été le premier psychiatre là-bas et on a pu développer l'unité progressivement pour arriver à 2 PH temps plein, une psychologue temps plein et un poste d'interne.

Et, on a même pu avoir pendant... un budget, mais limité dans le temps, sur 2 ans pour créer une consultation de psychotraumatisme qui était identifiée comme telle et assurée par une psychologue donc sur les urgences de [nom de ville]. Bon sachant que la psychologue qui est en poste là-bas fait un peu de psychotraumatisme aussi.

Donc c'est une unité qui dépend de l'hôpital de [nom de ville] du pôle ambulatoire de [nom de ville]. Et j'ai quitté... donc j'étais le premier PH à arriver là dans le dispositif et à le monter en 94 et j'ai quitté cette unité il y a un an. Pour prendre un poste dans un CMP [NDR. Centre Médico-Psychologique]. Alors une consultation ambulatoire c'est à [nom de ville],

m'occuper d'un hôpital de jour aussi et du CATTP [NDR. Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel].

Donc ça c'était il y a un an. C'est toujours le cas parce que j'exerce toujours cette activité clinique là. Mais depuis presque un an je suis chef de pôle par interim pour remplacer le chef de pôle habituel [raison du remplacement]. Donc voilà rapidement mon cursus.

Et par ailleurs je suis volontaire CUMP depuis le début, depuis sa création 98 à peu près et référent départemental depuis... depuis... début 2015. En sachant que l'histoire de la CUMP [nom du département] est un petit peu particulière et liée au dispositif de soins psychiatriques puisque la sectorisation ici [nom du département] [ville 1] s'occupe des 2/3 nord du département et [nom de ville 2] s'occupe du tiers sud du département. Préfecture à [nom de ville 2] qui gérait les CUMP avant que ce soit les ARS, et SAMU à [nom de ville 3] avec des difficultés de coordination.

Donc nous sur le plan psychiatrique, sur le plan de la CUMP, historiquement les psychiatres référents étaient de [ville 2] et depuis, ben ... depuis une quinzaine d'années, étant donné que bon nombre de bénévoles étaient du personnel de [ville 1] on s'était un peu réparti le territoire, c'est-à-dire que le psychiatre référent [ville 2] c'était [nom] pilotait les interventions CUMP avec les bénévoles [ville 2] dans le sud du département et moi, sans être référent départemental j'étais référent pour [ville 1] et je m'occupais des 2/3 nord du département.

Et depuis 2015 c'est moi qui suis le référent départemental. On a gardé quand même le système de fonctionnement c'est-à-dire que quand c'est sur le secteur de [ville 2] c'est plutôt les [personnes de la ville 2] qui coordonnent, qui pilotent. Et puis quand c'est les 2/3 nord c'est plutôt moi.

Selon quel courant ?

Psychodynamique.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ?(Date)

[Déjà évoqué spontanément précédemment]

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors, je vais être précis, je vais me mettre sur le fichier. Je dirais 5 ou 6 mais je vais me mettre sur le fichier, le dernier fichier des volontaires, janvier 2018. Alors nous donc en [nom du département] six psychiatres employés par [nom de ville 1], un psychiatre qui travaille à l'hôpital de [nom de ville 4] et un psychiatre à [nom de ville 2]. Donc ça fait 8.

Avez-vous déjà réfléchi à votre responsabilité de médecin concernant votre exercice à la CUMP ?

Ben, c'est des questions qu'on a eu il y a quelques années, on n'a pas tellement eu de réponse. Oui c'est une grande question la question de la responsabilité mais pas que médecin.

Nous la réflexion c'était quel que soit l'intervenant : médecin, psychologue ou infirmier... quelle responsabilité dans nos interventions face à des patients qui ne sont pas forcément demandeurs ?

Moi je m'en suis rendu compte, que parfois, enfin ce n'est pas encore des patients c'est des personnes, qui sont pas demandeurs qui peuvent être un petit peu opposants à nos interventions mais à qui on ne laisse pas le choix pour des raisons valable ou pas. Moi j'ai déjà vécu des interventions en entreprise ou c'était imposé par la direction ou par le DRH de peur qu'on leur reproche après de ne pas avoir mis en place des choses. Dans une relation qui euh, parfois avec des groupes dont on n'a pas forcément les identités après. Tout dépend du type d'intervention.

... Moi j'ai le souvenir d'une intervention aussi très compliquée avec un cadre qui était mal posé et avec notamment un membre du groupe qui était très mal et qui est parti précipitamment et moi je me suis dit que si là j'avais été dans un autre cadre, soit aux urgences soit avec un SMUR, ce patient-là ben on ne l'aurait jamais laissé partir comme ça. Et on n'a pas eu

les moyens de le retenir. Bon on a eu de ces nouvelles après mais au départ... quoi il était très suicidaire c'était ça qui nous avait inquiété.

On intervient... après on intervient officiellement sur la demande de l'ARS ou du SAMU ou de la préfecture euh... et en pratique, c'est plutôt nous qui sommes interpellés directement, on décide d'intervenir ou pas et ensuite on prévient dans un second temps le SAMU ou l'ARS qu'on se déplace et qu'on fait des interventions. Donc en termes de responsabilité civile c'est compliqué. Bon maintenant les choses ont évolué quand même parce que tout ça c'était très flou quand on dépendait des préfectures. Maintenant que la CUMP est une unité fonctionnelle directe du SAMU, donc dépendante d'un hôpital, c'est un peu plus clair. Mais avant c'était le grand flou.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre dans les missions CUMP ?

Du point de vue de l'éthique et de la morale vis-à-vis des patients ?

Alors ce qui peut être interpellant oui, c'est qu'est-ce qu'on attend de la CUMP, qu'est-ce qu'on attend d'une équipe CUMP ? Parce que moi j'ai vu un peu tout et n'importe quoi. C'est-à-dire que... pourquoi on intervient sur une situation, pour quoi faire ? ... La CUMP c'est pas du SAMU psy même si parfois certains ont tendance à nous considérer comme ça. La CUMP n'est pas là pour pallier au manque des dispositifs de soins

habituels dans des situations restreintes ou individuelles. C'est à dire que parfois on est interpellés parce que trouver un psychiatre ou une psychologue en semi-urgence pour faire une consultation c'est quasiment impossible. Donc on est aussi parfois interpellés pour ça.

Bon historiquement la question de la CUMP c'est la prévention du psychotraumatisme. C'est les événements de grande ampleur, de nature catastrophique avec des... une impression de mort imminente. Ça c'était les premiers décrets, après les autres décrets on introduit la notion d'événement à fort retentissement psychologique. Alors ça, ça peut-être tout et rien. Moi je pense qu'un événement limité ça ne relève pas forcément de la CUMP ça relève aussi des dispositifs de soins psychiatriques d'urgence. Donc il y a ça... il y a aussi dans l'évolution le fait que l'on demande maintenant aux CUMP de faire du suivi, à court terme ou à moyen terme, ce que dans les départements on a pas les moyens de faire. A [nom de ville] c'est peut-être un peu plus facile parce qu'il y a du temps identifié mais c'est compliqué partout.

Parce que tout à l'heure, oui par rapport à la question des psychiatres, parce qu'on est six psychiatres sur le papier mais maintenant en pratique, l'idéal c'est d'avoir une situation un week-end en été quand les gens sont en vacances et pas partis loin de [nom de ville]. Parce qu'en pratique c'est compliqué de se libérer du temps sur une CUMP quoi. Les médecins, rares sont les médecins qui peuvent se libérer sur une journée pour partir sur

un événement. Alors dans une situation catastrophique oui ça se trouve, dans une situation limitée c'est compliqué.

Après ce qui est difficile c'est que... bon moi je pense que c'est nécessaire mais c'est pas suffisant. Après se pose la question face au patient vu, de la suite.

Quel est notre rôle sur place ? Est-ce que c'est juste un premier travail, enfin on fait du défusing ou du débriefing mais après, euh, on sait bien maintenant que c'est nécessaire mais c'est pas forcément suffisant. Après c'est la question de la suite, s'il doit y avoir une suite. Et donc ça c'est un petit peu frustrant parce qu'on sait qu'on n'a pas les moyens d'assurer la suite. Et il y a des patients qui en ont quand même besoin. Ça c'est clair donc euh c'est ça qui est un petit peu compliqué. Je pense que dans l'urgence, c'est comme tout on arrive à se débrouiller à faire des choses, après c'est dans la durée... en prise en charge individuelle c'est plus compliqué.

Du point du vue juridique ; par rapport à une éventuelle erreur diagnostique et à la prescription de médicaments par exemple

On... la question des médicaments, nous on en prescrit rarement, on n'a pas une pharmacie... nous on a une mini pharmacie dans nos sacs CUMP euh...

La difficulté dans les interventions c'est les interfaces aussi avec des gens qui ne sont pas soignants.

Alors jusqu'où on va pour travailler ensemble ? Là je pense par exemple... aux demandes des autorités administratives ou judiciaires d'avoir la communication, ça c'est quelque chose qu'on avait discuté à la préfecture, d'avoir la liste des patients vus en CUMP comme ça en post-attentat après Nice à [nom du département]. Alors forcément on nous renvoi que c'est dans l'intérêt des patients... maintenant on demande pas l'avis de la personne vue ! On nous demande de transmettre la liste de patients sans qu'on obtienne l'accord du patient. Ça ça peut poser à mon avis problème ça ! Moi ça me paraît compliqué de voir un patient et ensuite sans lui dire de transmettre son nom, son identité aux autorités administratives. Nous on a eu cette demande à laquelle on a dû répondre l'an dernier, non il y a deux ans, en 2016.

Après on se retrouve dans des situations d'urgence... alors quand même, quand on pense qu'un patient a besoin d'un traitement, soit on lui donne, soit on lui fait une ordonnance... ça se fait toujours après une prise en charge individuelle. Bon on assimile ça à une consultation d'urgence quoi, comme on pourrait faire avec un patient qui vient aux urgences dont on ne connaît pas les antécédents. C'est jamais à l'issue d'une prise en charge groupale hein !

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Est-ce que cela vous interpelle ?

... Oui ! Alors oui, ça m'interpelle, alors oui, il y a des choses à discuter.

Déjà moi le premier point dans ce que tu dis, dans le dispositif, c'est ... ça serait donc de faire une prescription médicamenteuse à un patient qu'on n'a pas vu et sur la description clinique des infirmiers ou des psychologues ?

Tout à fait.

Alors ça, ça me dérange complètement... Déontologiquement je ne vois pas comment on peut fonctionner comme ça.

Sur un plan médical... faire une prescription médicamenteuse sans avoir vu soi-même médicalement le patient, moi ça me paraît impossible. Alors il ne s'agit pas de mettre en doute ou en cause l'évaluation clinique des

infirmiers ou des psychologues. Mais... c'est pas pour autant que... Alors soit on fait une prescription à la demande de l'infirmier qui nous dit quoi prescrire, et puis pour l'instant il n'y a pas encore de délégation de compétences pour ça, soit on fait une prescription sur ce qu'on nous rapporte et c'est pas mieux. Donc ça oui ça me dérange !

Qu'en est-il selon vous de la responsabilité du psychiatre dans ce cadre ?

Ben je ne sais pas. En tout cas moi je...

Alors la responsabilité du médecin psychiatre serait complètement engagée... de toute façon. Serait engagée et on serait dans la situation où le médecin psychiatre aurait fait une ordonnance à un patient qu'il n'a pas vu. Mais ça, qu'il soit psychiatre ou pas quoi ! Moi ça, ça me paraît infaisable.

La question des certificats c'est un petit peu différent... C'est un petit peu différent... Déjà... Il est reconnu quand même au niveau des CUMP, il me semble que... les volontaires infirmiers et psychologues peuvent rédiger des attestations. C'est pas appelé des certificats, c'est des attestations, c'est reconnu au même titre que des certificats en tout cas pour la CUMP au niveau des autorités administratives. Donc ça c'est le premier point, maintenant si nécessaire, nous on peut toujours valider sur un certificat ou une attestation une évaluation faite par l'équipe. Le médecin

responsable vient... valider l'évaluation clinique, la description clinique faite par l'équipe.

Est-ce qu'il s'agirait de revoir le patient ?

Ben pas forcément. En tant que... C'est déjà en « pédo » [NDR : pédopsychiatrie] des choses qu'on fait un peu. Ca peut-être le médecin responsable qui signe. Mais le médecin responsable c'est pas « JE décris avoir examiné, observé ça chez ce patient et recueilli tels symptômes » c'est, le médecin responsable signe en tant que coordonnateur de l'équipe qui a recueilli tels symptômes. On le fait pour la MDPH déjà, quand on fait des projets pour la MDPH, pour des enfants en pédo, parce que je fais un peu de pédopsy, euh parfois les enfants n'ont pas été vus, mais dans nos écrits on reprend les conclusions des différents membres de l'équipe et puis on valide ça par notre signature. Mais on ne met pas qu'on a vu directement l'enfant. Donc ça, ça peut se faire aussi.

Avez-vous déjà été confronté à une telle situation ?

Non, non, non parce qu'ils peuvent le faire en leur nom propre les certificats, enfin les attestations.

Et puis par rapport aux médicaments on n'a jamais eu cette situation. Euh... en sachant que, on n'a jamais eu cette situation, en sachant que... [nom du département] en cas d'urgence clinique immédiate, on appelle le SMUR en renfort.

Et quand vous partez en intervention, il y a toujours un médecin qui peut se rendre disponible pour accompagner l'équipe ?

Euh... nan pas toujours, non, non. Alors il faut bien se dire aussi, quoi... [nom du département] on fait moins d'interventions que chez vous, parce qu'on les limite plus aussi, et puis il faut trouver du monde disponible pour intervenir ce qui n'est pas simple. Souvent aussi, quand c'est limité, pas très loin, on fait venir les personnes aux urgences à [nom de ville] à l'hôpital, donc là il y a une équipe psy des urgences et un plateau technique médical, donc les interventions sur place et en urgence c'est quand même limité.

Là j'étais en train, je vais essayer de me mettre sur le bilan des interventions [recherche] voilà, bon en 2017 on a eu 21 appels, euh... une vingtaine d'interventions, 19 ou 20 interventions, parce que parfois il y a des appels qui ne donnent pas lieu à des déplacements : comme le maire d'un village d'une commune de [nom du département] qui se trouvait dans une maison de retraite au moment du repas puis bon il y a un pépé qui a fait une fausse route et qui est mort, et qui a appelé la CUMP. Donc là on n'est pas intervenus, par contre on a mis en place des prises en charge au CMP qui était juste à côté pour deux personnes qui en avaient besoin. Donc 2017, 21 appels, 7 déplacements.

Pensez-vous que les certificats médicaux que vous rédigez à la CUMP vous engagent ?

[Déjà abordé spontanément]

Selon vous quelle est la portée des certificats que vous rédigez ?

Tu entends par portée, l'utilisation ?

Oui.

... Ben, l'utilisation après il y a différentes possibilités. C'est comme une trace écrite du statut de victime. Du besoin de reconnaissance d'une part et après la question de l'indemnisation, de la revendication, donc ça peut être très important ce certificat, d'autant plus que... d'autant plus que sur le plan administratif là, on a bien vu tout le questionnement qu'il y a eu à la suite de Nice, avec les fameuses prises en charges gratuites de 10 séances de psycho, mais pour être pris en charge il fallait être du bon côté de la promenade des Anglais, il fallait être pas là... Et lors d'une discussion nous, comme ils ne savaient pas trop comment faire [nom du département] nous ils nous ont renvoyé le fait que finalement ils avaient considéré comme victime des attentats de Nice, toutes les personnes qui avaient été vues chez nous à la CUMP de [nom du département] qu'on avait fait au retour d'un bus de gens de [nom du département] qui étaient à Nice. Donc on voit bien la portée parce que nous on leur a tout de suite dit ben oui mais non ! Parce que notre CUMP, on a vu les gens qui étaient

dans le bus, on a vu la famille, on a vu les voisins, on a vu les curieux qui n'étaient pas bien qui sont venus, on a quasiment vu tout le village ! Et ça paraissait difficile de considérer comme victime des attentats de Nice tout le village concerné. Donc ça peut avoir une portée très importante oui ces certificats.

Avez-vous d'autres remarques ?

Euh... pas forcément en terme de responsabilité, mais en terme d'évolution. C'est-à-dire qu'on voit bien que plus on évolue, plus on veut structurer, professionnaliser les CUMP, et c'est très bien, mais maintenant il ne faut pas oublier que ce sont des dispositifs sans aucuns moyens, matériels ni humains et qui sont sur la base du volontariat. Donc plus on demandera... plus on aura des exigences vis-à-vis des volontaires, plus ce sera difficile d'en trouver. Donc c'est ça l'évolution que je crains un peu.

Entretien « psychiatre 3 »

Durée de l'enregistrement : 18 min 06 sec

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

CHU, moi je suis exclusivement CHU.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Il y a plusieurs courants qui ont évolué, je suis initialement de l'école [nom de ville] qui était plutôt psychodynamique.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

J'allais dire... je participe plus que participe puisque j'ai créé le réseau à [nom de ville]... donc depuis... je peux vous donner la date, depuis le 1^e avril 1998.

Comment êtes-vous devenu volontaire CUMP ?

Au départ, un peu par hasard, parce que moi je suis médecin légiste et euh j'ai su dans le cadre de mon clinicat que en fait, il y avait un poste, qui était d'abord un mi-temps et qui était chargé de prendre en charge les victimes sur le terrain. J'étais un peu septique au départ et puis voilà. Je suis tombée dedans quoi.

Dès que j'ai été en poste, c'était donc en 98, le temps que je m'installe etcétera, en mars 99, soit moins d'un an après, il y avait l'incendie du tunnel du Mont Blanc donc la catastrophe et là, effectivement j'ai compris l'intérêt de ce dispositif, voilà.

Vous me dites que vous étiez septique au départ ?

Ben je me disais, si j'étais prise dans une catastrophe moi-même, est-ce que j'aimerais voir un psychiatre ? Et je me disais que ce n'était pas évident.

Et puis après, quand j'ai réellement été sur le terrain, que j'ai vu la détresse des gens et la difficulté des intervenants à les prendre en charge ou tout simplement à leur parler, je me suis dit qu'on avait vraiment toute notre place et qu'il n'y a que les professionnels de santé psychique qui arrivaient à avoir cet abord-là quoi.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors il y a une permanente, donc une psychiatre permanente, qui me remplace parce que [raisons de sa présence] et puis je dois avoir, alors attendez, ça tombe bien parce que j'ai le rapport d'activité.

Je vais vous dire exactement combien de psychiatres figurent parmi les volontaires en volontaires on en a 1, 2, 3 [...] 10, dix ! Avec des niveaux

d'implication très différents hein ! Il y a des psychiatres qui sont très impliqués et puis il y a en a d'autres qu'on voit beaucoup moins.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Qu'est-ce que vous voulez dire ? Responsabilité médicale, médico-légale ?

Oui.

Euh ben écoutez... euh elle est la responsabilité de tout praticien qui aurait un service à gérer. C'est-à-dire que ben on voit des patients, on doit s'assurer qu'ils sont correctement pris en charge, on doit s'assurer de la même euh, le même qualité, je veux dire de respect légal que dans les services c'est-à-dire respect du secret professionnel, respect de... ben... est ce qu'ils sont d'accord pour qu'on les voit, on va pas faire un forcing excessif etcétera. De... des règles légales et éthiques, elles s'imposent de la même façon. Après, sur le terrain, alors ça suppose un aménagement parce que par exemple les certificats médicaux initiaux qu'on fait classiquement dans les services d'urgence, et bien là on les fait sur le terrain. Donc c'est vrai que c'est que le psychiatre qui peut faire ça. Alors que d'autres professionnels, psychologues et... infirmiers ne sont pas habilités à les faire. Donc c'est vrai que soit on diffère ce premier certificat, soit effectivement on le fait sur le terrain. Donc ça implique quand même une responsabilité particulière.

Et puis moi, comme je suis celle qui coordonne et qui organise, c'est vrai que s'il se passait quelque chose avec mes volontaires je serai directement impliquée. Indépendamment de leur responsabilité propre vous voyez ce que je veux dire ?

Du fait de votre rôle d'encadrement et... Mon rôle de les former, de leur enseigner. Sur le terrain, je ne sais pas, s'il y en a un qui faisait quelque chose d'impliquant au plan médico-légal, je pense que ce n'est pas que sa responsabilité qui sera engagée c'est aussi la mienne. En cas d'incompétence, d'insuffisance de... là on me dirait « *manifestement il n'était pas formé, il a fait des bêtises, il a fait ceci, il a fait cela* » je pense que là effectivement, on chercherait à comprendre, pourquoi effectivement j'ai engagé un tel professionnel.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les

constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Pffff... [Réaction pendant la lecture du retour d'expérience].

Que pensez-vous de cette situation ?

Je pense qu'on est en dehors des clous au niveau légal. Je pense qu'on est en dehors des clous.

C'est-à-dire que moi, il m'arrive, hein ce cas est fréquent, c'est-à-dire que mon collègue est psychologue et effectivement, voit... je parle de la consultation là, je ne parle pas de l'intervention immédiate, donc, en consultation des patients, moi je ne les vois pas tous c'est évident, donc il est complètement autonome sur ses prises en charge, par contre quand il y a... si c'est un certificat médico-légal, moi je mets les constatations que j'ai par exemple sur sa fiche en disant que c'est lui qui le suit et que moi j'écris à partir de la fiche. Vous voyez ce que je veux dire ?

Oui, il [le collègue] me dit que... ou j'ai été informée de...

Voilà ! Mon collègue... Je vous donne la forme du certificat par exemple, « *je soussigné docteur [son nom] responsable de la consultation machin, au SAMU de [nom de la ville] certifie que Madame machin est suivie par mon collègue psychologue machin et que dans le dossier figure qu'elle présente tel problème, tel problème, tel problème.* » Voilà. Je ne fais pas au-delà. Je ne mets pas directement qu'elle présente ça comme si je l'avait vue hein. Parce que je pense que là on est en faute.

Et la prescription par délégation, c'est dans des cadres bien précis, faudrait légiférer la dessus, il faudrait voir par exemple certains médicaments... on sait que... par exemple, les antidouleur, les antalgiques, peuvent-être donnés par les infirmiers aux urgences protocolisés, indépendamment de toute prescription directe quoi ! Et ben là, il faudrait faire la même chose, à mon avis, il y aurait un espace possible pour les anxiolytiques à dose filée, par exemple sur le terrain. Quand quelque est fou de douleur, on devrait pouvoir protocoliser de façon à ce que les infirmiers puissent donner un anxiolytique. Mais sur le terrain hein ! C'est-à-dire pas faire une prescription ! Qu'ils puissent donner un anxiolytique sur le terrain.

Euh bon, honnêtement, j'ai beau être enregistrée, je ne vous cache pas qu'on l'a parfois fait. ... Bon l'infirmier m'appelait, je lui disais « *ben écoute au regard de ce que tu me dis je t'autorise à lui donner un Alprazolam* »... on n'est pas dans les clous au plan légal. Voilà.

Mais ! Il faudrait voir si on ne peut pas avancer sur ce sujet-là pour des prescriptions qui sont quand même...à priori sans danger euh voilà, qui soulagent beaucoup, et qui seraient amenées à être revues par le médecin si elles devaient se prolonger. Vous voyez ce que je veux dire ?

Oui, tout à fait.

Voilà, voilà. Là, j'y vois un espace possible de négociation.

Pour les certificats, ça pourrait être une attestation ! On a résolu un peu le problème, c'est-à-dire que imaginons, en PUMP, en Poste d'Urgence Médico-Psychologique, un patient qui vient, il est vu par mon collègue psychologue, on peut lui remettre une attestation d'avoir été pris en charge par un psycho, d'avoir été vu par un psycho, d'avoir bénéficié d'un entretien. Mais LE certificat médico-légal, à mon avis euh, il faut qu'il soit rédigé par le psychiatre qui l'a vu. Ou le médecin, un médecin ! Qui l'a vu sur le terrain. Ça n'empêche pas l'attestation hein ! Je veux dire, dans un dossier ça a une valeur ! Une attestation de psychologue attestant des troubles, ben c'est un moyen comme un autre de montrer que le sujet a souffert, qu'il était sur le terrain... Ça n'empêche pas. C'est pas parce qu'il était... pas un médecin que ça ne vaut rien. Par contre, si on part avec des avocats, dans le cadre d'un procès et tout ça, l'avocat va s'infiltrer sur le fait que ce certificat n'a pas de valeur médico-légale et qu'on ne peut pas s'y référer etcétéra. Donc là, va falloir faire attention quoi.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

[Déjà évoqué spontanément dans la question précédente.]

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Alors attention, ce n'est pas les recommandations qui exigent ça.

On a rédigé des modèles de certificats médicaux... euh en pratique, je sais très bien, je suis la première... pour dire sur la pratique, quand on est allés à Nice, il y a certains patients qui demandaient un certificat, c'est moi qui les faisais, mais comme j'étais la seule psychiatre, sur ce PUMP là après j'ai été renforcée par mes collègues de [nom de la ville], mais sur le coup j'étais la seule psychiatre, n'ont eu des certificats que ceux qui les ont demandé !

Parce que je ne sais pas... alors il y a avait des raisons hein ! « *Parce que je repars, je voudrais un certificat... parce que euh, j'ai eu mon médecin traitant qui me dit que ce serait bien que j'ai un certificat...* » C'était des raisons comme ça hein ! « *Parce que je veux qu'on me renouvelle le traitement donc je veux un certificat... je veux qu'on me donne plus de traitement* ». Je pense à un patient psy suivi qui disait que la pharmacie ne donnerait pas etcétera, que ce serait compliqué et qu'il voulait un certificat qui disait comme quoi il avait été victime de ça et les troubles qu'il présentait qui justifiaient qu'il ait par exemple majoré son traitement. Euh ben voilà ! Là il me l'a demandé je l'ai fait ! Alors je l'ai fait, attestant des troubles ! Je ne me suis pas prononcée sur le fait qu'il

avait besoin de plus de traitement ! J'ai fait un certificat attestant des troubles. Voilà.

Mais en pratique, en pratique, les gens sont surtout repartis avec des attestations d'avoir été vus en PUMP.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Ça m'arrive... Ça m'arrive... Alors, souvent oui, car je suis souvent le seul psychiatre. Mais c'est biaisé hein ! Mais il y a des tas d'interventions pour lesquelles on ne fait pas de certificats. D'abord parce que je ne suis pas sur le terrain, que parfois c'est mon collègue psychologue et que si jamais les gens étaient dans l'exigence d'un certificat, soit on les ferait revenir au SAMU, soit on leur dit d'aller voir leur médecin traitant et ils repartent avec une attestation. Point.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Et ben écoutez, je vous renvoie là, directement aux modèles nationaux, qui sont dans les outils... Attendez, je regarde si je l'ai dans mon rapport d'activité, ... documents nationaux... A ben moi je suis disciplinée hein ! On nous a passé un modèle, je réponds au modèle. Avant je faisais, je suis bien placée, comme je suis médecin légiste et j'enseignais la rédaction des certificats, bon, ben je faisais les certificats classiques quoi « *je soussigné... les plaintes, ce que je peux constater etcétera* » donc un certificat

classique. Je mettais une ITT [Incapacité Totale de Travail] parce que moi j'ai l'habitude de les mettre, ça ne me dérange pas qu'elles ne soient pas mentionnées.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben moi je trouve que cette histoire-là, vous le mentionnez très justement, cette histoire de délégation de traitement, avec une protocolisation, ça me paraîtrait pas mal. Une avancée bien. Mais alors là, on va se confronter à un autre problème de fond, c'est-à-dire que comme on n'est pas d'accord, dans les CUMP avec qu'est-ce qu'il faut donner en immédiat, on va se retrouver avec ça quoi. Vous voyez ?

Moi je pense qu'on peut donner un anxiolytique de type « benzo » [NDR. benzodiazépine] à dose filée mais les collègues, certains de mes collègues ne sont pas d'accord avec ça. Donc déjà, on n'est pas clair là-dessus. Vous voyez ? Il n'y a pas de consensus pour la prescription immédiate. Donc c'est dur de protocoliser quelque chose où il n'y a pas de consensus, vous voyez ce que je veux dire ?

Oui tout à fait.

Donc voilà, je ne sais pas quoi vous dire, c'est vraiment un point important. C'est intéressant d'ailleurs. Alors vous me direz, il n'y a pas de consensus, ils donnent par exemple l'Hydroxyzine, l'ATARAX[®], qui est à

mon avis mauvais anxiolytique, sédatif et mauvais anxiolytique. Et comme il faut anxiolyser et pas sédativer... Vous voyez ce que j'en pense !

C'est moi qui ait fait l'étude avec mon collègue [nom de ville] etcétera, on a fait l'essai randomisé contrôlé, donc on n'a pas réussi à conclure car on n'a pas réussi à inclure assez, n'empêche que moi qui ait les chiffres, je peux, j'ai vu que globalement, même si ça fait pas statistiquement significatif, les gens que l'on mettait sous ATARAX[®] allaient moins bien que ceux qui n'avaient pas eu d'ATARAX[®]. Donc si vous voulez ça me conforte à ne pas mettre de l'ATARAX[®]. Néanmoins, c'est hyper prescrit hein. Donc voilà ! La « benzo » soit disant qu'il ne faut pas en mettre. Moi je ne prescris pas de « benzo » sous forme, si vous voulez de prescription sur la durée ; mais moi, sur le terrain je donne une « benzo ».

De façon très ponctuelle en fait ?

Très ponctuelle ! Voilà ! Parce que c'est bien supporté, parce que ça lève l'anxiété, que les gens sont fous de douleur et que décemment, éthiquement, on ne peut pas rien leur donner... Et que tout ce que j'ai essayé d'autre, soit ne marchait pas, soit... était mal toléré. Et alors quand vous donnez un médicament mal toléré à une victime, vous la revoyez plus ! Exemple TERCIAN[®], 'fin des trucs comme ça. Neuroleptique trop mal supporté. Hydroxyzine, ineff... à mon avis, pas adapté parce que trop sédatif et pas assez anxiolytique.

Euh... après il y a d'autres produits que l'on pourrait donner ! Hein qui marchent et qui sont soit disant préventifs : par exemple la Morphine, 'fin je me vois pas arriver avec de la Morphine pour les victimes ! Euh... y'aurait de... y'aurait des corticoïdes, je ne me vois pas arriver non plus avec des corticoïdes... Donc voilà ! Ca ça marche en terme de prévention du trauma hein, mais bon... jamais personne f'ra ça. J'veux dire... C'est clair, c'est trop lourd, c'est trop... [rires]

C'est ça qui vous rebute ? Vous me dites, je ne me vois pas arriver avec ça, proposer de la Morphine, des corticoïdes, ça vous semble être trop lourd ?

Ben... c'est un stupéfiant, vous imaginez que si on prévient le trauma mais qu'on les rend « toxico » euh si vous voulez, on sera bien avancés!

Cortisone aussi c'est bien, mais c'est quand même lourd, c'est aller bombarder les mouches avec des coups de canon ! C'est-à-dire, ok ça va marcher. Ok c'est peut-être préventif la Dexaméthasone des choses comme ça. Mais le problème c'est que les corticoïdes parfois sont mal tolérés : ça fait des états maniaques. Donc vous voyez si on déclenche ça quoi. Pour quelqu'un qu'on n'est pas sûr de revoir en plus ! Le tout venant hein ! Donc voilà, l'anxiolytique, honnêtement, on n'a jamais de gag, jamais. On peut avoir un effet paradoxal Euh, l'effet paradoxal, quand on donne de petites doses, tel que je donne, des petites doses, en prescription ponctuelle, ça n'arrive pas. 'Fin si ça arrive ça ne se voit pas, quoi je veux dire hein. Et c'est déjà très rare.

Entretien « psychiatre 4 »

Durée de l'enregistrement = 14 min 21 sec

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

En fait j'ai deux... Moi je partage mon activité sur deux mi-temps. Donc un mi-temps, psychiatre référent de CUMP, donc au CHU de [nom de la ville] et mon deuxième mi-temps, euh... en fait je suis psychiatre référent d'une équipe mobile prévention précarité euh... donc une équipe mobile où on et... deux médecins à mi-temps et quatre infirmiers. Et on intervient, soit à domicile pour des patients en rupture de soins, qui ne font pas la démarche de consulter pour des problématiques psychiatriques, soit également avec des populations en situation de précarité.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

[Silence] Ben qu'est-ce que vous entendez par courant psychiatrique ?

[rires]

Psychanalyse, TCC, psychodynamique... ce genre de choses.

[Silence] Moi j'ai une formation psychiatre classique et j'ai une formation complémentaire de thérapeute EMDR quoi voilà. Voilà. [rires]

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Euh depuis la création. Donc euh depuis 98 sur [nom de la ville].

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Donc tout simplement, donc j'étais, à l'époque j'étais, PH aux urgences psychiatriques et puis euh je rencontrais déjà dans ma clinique quotidienne des euh personnes victimes... de différents éléments traumatiques. Et puis euh... comment dire... euh et du coup, j'ai naturellement postulé pour être le premier référent à la création de la cellule [nom du département].

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Psychiatres ?

Oui.

Euh... Ben attendez, je vais reprendre les listes, ce sera plus facile. On est cinquante ... je crois qu'on est cinquante-huit volontaires, et euh... je vais retrouver ça sur mon ordi. [Silence] Alors... [Silence]

Donc euh... [nom d'une personne] ne vous a pas transmis les listes non ?

J'ai un annuaire de 2016, mais je n'ai pas les listes.

Donc vous n'avez pas les listes ?

Non.

Nous sommes donc, 2, 3, 4 [...] 7, sept psychiatres.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

[Silence] Donc c'est généralement moi qui déclenche une intervention quand il y a une demande, donc euh, ben j'engage ma responsabilité dans le sens où c'est moi qui évalue les... on part en intervention avec ma collègue psychologue référente, les moyens engagés lorsqu'il y a une sollicitation quoi. Voilà.

Et par rapport plus à des choses... Par rapport à l'éthique, à la prise en charge des patients, ce genre de choses ?

Pfff... [Silence] Pfff je ne sais pas. Vous pourriez préciser votre question ?

D'une manière générale, dans la prise en charge, dans les diagnostics, le fait qu'on puisse donner des médicaments...

Bon disons qu'on... disons que... 'fin... le plus gros de notre travail se situe au niveau de la formation des volontaires. Donc on organise mensuellement des formations à destination des volontaires des 4 CUMP des anciens départements [nom de la région] et puis on essaye là [rires] là effectivement de... d'être tous au clair sur une même éthique de la prise en charge des patients.

Et puis euh... concernant comme vous dites la prescription de médicaments et tout... euh... on a un petit peu... on a un petit peu... [rires] j'ai envie de dire... tranché la question sur la région déjà... on avait

effectivement une mallette avec des médicaments à disposition. Dont on ne s'est jamais servi.

Donc euh, on a pris délibérément le choix d'intervenir sans psychotropes. Donc voilà. Après, s'il y a besoin de prescription, on les ferra. S'il y a besoin de traitement sur place, on sollicitera nos collègues du SAMU s'il y a besoin quoi.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

[Inspiration] Euh... c'est pareil, on a un petit peu tranché la question différemment hein sur notre région. Dans le sens où on a fait deux formulaires euh... On a fait des formulaires certificats médicaux où

effectivement les psychiatres engagent leur responsabilité. Il établit les certificats médicaux pour les personnes qu'il a vues. Et les autres formulaires, ce sont les mêmes sauf que ce sont des attestations. ... Et... donc généralement, on précise la fonction de la personne qui... rédige l'attestation, donc ça peut être un psychologue ou un... un infirmier et qui... Bon on s'est inspirés de... t'façon on a même repris la trame du certificat proposé par le national et donc on... on... dans ce contexte... on... il y a une liste de symptômes qui est proposée, 'fin voilà les éléments fournis, recueillis sont les mêmes mais c'est une attestation.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Euh... pfff... 'fin non, pas en intervention CUMP non.

Par ailleurs peut-être ? Vous me dites « pas en CUMP ».

Euh... ben... alors après euh... euh... Ça m'est déjà arrivé avec ma collègue psychologue puisqu'on anime tous les deux une consultation de... du psychotrauma pour effectivement, dans certaines situations bien précises soit pour un médecin conseil de... de CPAM, soit pour une assurance, euh... la victime a besoin de présenter un certificat médical, du coup ben c'est un certificat co-rédigé, co-signé avec la collègue psychologue si c'est pas un patient que moi j'ai suivi en priorité. Mais c'est quand même une

personne que je rencontre avant la rédaction du certificat et la signature du certificat par exemple.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ah ben pour de multiples raisons ! C'est déjà pour attester effectivement euh... de symptomatologies directement consécutives à l'événement Ça peut être des certificats initiaux aussi pour... pour des événements survenus aussi dans le contexte professionnel. Du coup ce serait des déclarations d'accident de travail. Des... et puis euh... et puis ça peut être aussi, dans d'autres circonstances... des certificats pour une validation médico-judiciaire s'il y a une procédure judiciaire derrière. Avec du coup détermination de jours d'ITT.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Oh relativement oui. Plus pour... j'veux dire, plus pour du post-immédiat et de la consultation psychotrauma que pour les interventions immédiates.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Vous me parlez de modèles nationaux, vous suivez ce modèle ?

Oui, voilà. On reprend par rapport à ça.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben après je ne sais pas sur quoi porte exactement le contenu de votre travail mais euh... euh... voilà, je sais pas... 'fin voilà... je ne sais pas quel aspect plus de la mission, 'fin des mission CUMP, vous souhaitez euh... vous souhaitez développer. Donc je suis un peu embêté pour vous répondre là comme ça.

Alors je m'intéresse vraiment d'une manière globale à la question de la responsabilité du psychiatre dans les interventions. Et le fait d'interviewer des professionnels me permet de voir la vision de chacun, donc c'est quelque chose d'assez libre.

Alors après, effectivement la question de la responsabilité... effectivement telle qu'on la conçoit, dans nos exercices professionnels, donc euh, effectivement nos activités ça suppose d'être couvert par une responsabilité civile professionnelle. Par contre, il y a une dimension peut-être plus large, et ça on n'est pas encore totalement dans les clous dans notre région, je ne sais pas comment ça se passe en Bourgogne mais euh... euh... ça concerne la participation des volontaires CUMP à... donc... à la mission CUMP euh... mais euh... validé pas une... euh... par une... 'fin les signatures de convention entre l'établissement siège du SAMU et l'établissement de rattachement des praticiens.

Et ça c'est pas encore tellement établi, au moins sur [nom de la ville]. Et ça c'est quand même des choses qui sont clairement énoncées dans la circulaire et qui s'imposent normalement aux établissements. Donc on a quelques carences pour le moment sur notre région.

La circulaire de 2017 ?

Ouep ! 2017 et même la précédente de 2014. Les deux insistent lourdement sur la signature de conventions... Donc là on a ENFIN un projet de convention qui est parti à la direction de l'établissement mais ça reste encore trop... trop aléatoire quoi. Elles ne sont pas encore signées.

Est-ce qu'il y avait d'autres choses ?

La comme ça non, sur les questions des psychiatres, nous on a plusieurs expériences de collègues psychiatres qui sont partis dans les renforts nationaux où là effectivement, la présence d'un psychiatre était vivement souhaité, on a beaucoup rédigé de certificats médicaux lors de ces missions. Donc que ce soit aux Antilles, que ce soit à Nice, voilà c'est... [silence] là ça se justifie encore plus quand il y a des événements de cette ampleur où il y a des déclarations de sinistres à faire. Voilà.

Entretien « psychiatre 5 »

Durée de l'enregistrement = 1 heure et 2 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Chef service, pratique de psychiatrie hospitalière.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Psychiatrie biologique. Je suis membre de l'AFPB, Association Française de Psychiatrie Biologique. Et en fait j'ai un parcours universitaire donc ancien chef de clinique, voilà.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

1995. Après les attentats de Paris où on a été... enfin le médecin Général CROCQ que je connaissais parce que j'ai fait mon service militaire à l'époque, Val de Grâce, et donc dans le service de santé des armées, et donc comme j'étais sur [nom de ville], j'ai monté l'une des première et même quasiment la première cellule en province, et on a eu des événements avant même 1997, c'est-à-dire la circulaire, et j'étais membre du comité national à l'époque du ministre KOUCHNER qui a créé les CUMP. Donc voilà, je suis vraiment l'un des pionniers.

J'ai souhaité répondre à votre questionnaire parce que j'estime avoir aussi, après les deux livres dont je vous ai parlé, je ne sais pas si vous vous souvenez [NDR. le psychiatre interviewé avait mentionné les références de livres dont il est l'auteur, pouvant aider dans l'avancée de ma réflexion, au cours de nos échanges par mail], que j'ai écrit [rappelle les titres], une expertise sur l'histoire de la CUMP, leur développement.

Je suis aussi membre de l'AFORCUMP, l'association, au conseil d'administration. Donc voilà aussi pourquoi je me suis dit ma vision peut-être utile.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Alors clairement, je pense qu'à votre âge, vous ne devez pas avoir connu ! [rires] En 1995, les attentats à Paris ont fait quasiment la même, on va dire, détresse collective, que ce qui s'est passé... si vous reprenez un peu l'histoire, il y a eu plusieurs attentats, et ça a quand même bien traumatisé la population, simplement, il n'y avait pas les réseaux sociaux et des chaînes d'information en continu.

Mais quelque part, il y a eu une sorte de mouvement où il a été demandé à toutes les régions, les départements, pour pouvoir intervenir comme sur Paris où ça avait été le cas pour les attentats de Saint Michel. Donc c'est dans ce cadre-là, que, concerné en tant que citoyen, et en plus, ayant fait mon service militaire avec CROCQ, euh... et bien je me suis porté

volontaire si vous voulez ! En fait il n'y avait que très peu de candidats pour être honnête, en fait, j'y suis depuis 95, si j'avais un jour arrêté, personne ne m'aurait remplacé parce que c'est quand même quelque chose qui nécessite un engagement où vous êtes quand même toujours un peu sur le point d'être sollicité, week-end et jours fériés compris. Il y a d'ailleurs eu un événement il y a 15 jours à [nom de la ville] je ne sais pas si vous avez suivi, avec une explosion impressionnante en centre-ville, vous pourrez voir sur internet, on est intervenu tout le week-end auprès des populations. C'est vrai que les jeunes générations ne sont plus forcément dans cet enthousiasme. L'évolution des hôpitaux que vous n'avez peut-être pas encore perçu, alors nous à l'époque, la notion de service public, de reconnaissance et de considération était assez importante alors qu'aujourd'hui c'est plus forcément le cas.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors actuellement en termes de psychiatres sur le département, on parle en termes de département hein ! On est quand même globalement à une vingtaine de psychiatres et puis on va dire, une cinquantaine d'infirmiers. Mais, sachez, et je pense que vous avez des avis la dessus, que ce n'est en rien satisfaisant parce que quand l'événement a lieu, comme ça m'est arrivé, au moment des attentats de [nom de ville] il y a deux ans, et puis,

deux mois après [nom d'un lieu] avec quinze personnes décédées, dans un bar qui a brûlé, et ben quand vous reprenez la liste, que vous êtes un dimanche au mois d'août, vous tombez très vite à quatre volontaires. C'est-à-dire que le nombre de volontaires est pas proportionnel à la certitude que vous aurez qui soient tous présents le jour venu. Evidemment, quand c'est en novembre, un mardi, vous avez du monde ! Mais quand ce sera à un moment un peu plus compliqué en termes d'absences, comme vous le savez aussi, les volontaires il faut les remplacer. Donc je peux pas en tant que chef de service, si j'ai deux infirmiers dans un service, je peux pas les sortir parce qu'il faut garder les patients. Donc il faut trouver des remplaçants qui remplacent les volontaires. Et c'est super compliqué parce que souvent les effectifs sont à flux tendu et donc à part certaines villes comme Lyon, Paris, en province, donc Dijon ça doit être un peu pareil, et ben si vous voulez sortir dix volontaires sur une semaine, et ben c'est quasiment impossible en réalité. Parce que ça veut dire qu'il faut les remplacer dans les services, faudra qu'ils aient des récup' parce que c'est pas du bénévolat mais bien du volontariat, et que pour les récupérations, ben faudra que quelqu'un vienne aussi les remplacer, donc c'est très compliqué, quasiment une équation à nombre complexe. C'est pour ça qu'on fonctionne en général avec quatre/cinq personnes très motivées et que le volontariat c'est quelque chose de très fragile.

Là je parle un peu plus que vous, mais j'vous donne un exemple. Il y a des endroits où on fait sortir les CUMP sur n'importe quoi, sur un type qui est mort dans un bal ou un mariage, un infarctus ou autre, sauf que les gens ils se sont portés volontaires, ils se sont portés volontaires pour les catastrophes historiquement, pour les accidents exceptionnels.

Et ben y a pas meilleure façon d'enlever des volontaires que de leur faire faire des choses pour lesquelles à la fois ils n'étaient pas prédestinés. C'est-à-dire que eux ils étaient capables pour donner un coup de main quand il y avait un gros pépin, mais si on les fait sortir tous les quinze jours, pour aller voir une mamie qui s'est suicidée devant ses enfants ou autre, on sort du pourquoi ils étaient volontaires. Et c'est en ça que les listes de volontaires sont très labiles et qu'on peut être volontaire sans jamais être déplacé. Parce qu'en gros on peut être volontaire, moi ça m'est déjà arrivé, les volontaires disent, « *bon écoutez Monsieur [son nom] moi je suis d'accord pour aller sur un événement ou vraiment tout le monde est impliqué mais si c'est pour sortir comme je faisais partie d'une équipe d'urgence ou d'une VAD [NDR. Visite A Domicile] ben ça j'ai mon boulot déjà, parce que je suis déjà infirmier !* » Et les psychologues disent « *ben oui mais moi si c'est pour aller à un holdup tous les mois, j'ai des patients, non merci !* ».

Donc, il faut aussi voir, pour répondre à votre question, que le nombre de volontaires n'est pas proportionnel à l'efficacité du système. [Silence] Et

que les gens très engagés, psychologues ou autres, quand ils ont été à fond pendant un certain nombre d'années, sans tout le monde, à intervenir, et ben au bout de trois ans, quand ils en ont marre et ben ils s'en vont ! Ce qui fait qu'il y a des endroits où ils ont plus de CUMP aussi. Et qu'il y a d'autres endroits où les psychiatres ont été tellement sollicités, je parle des référents, qui démissionnent ! Et on se retrouve, soit avec des généralistes, et j'ai rien contre les généralistes ; soit avec personne ! Parce que maintenant on met des psychologues parce que les psychiatres disent : « *non merci ! Je suis pas non plus la bonne à tout faire* ». Et ça moi je l'entends, en tant que responsable syndical en plus, je considère qu'on n'est absolument pas reconnu. Par exemple, moi je suis d'astreinte tout le temps, on n'est pas payé pour ça du tout, mais ça fait partie du jeu, si en plus on nous fait sortir tous les quinze jours pour un accident de la route alors qu'en plus... je pense que c'est pareil dans votre région, tous les samedis soirs y a bien une voiture qui se met dans un platane et on se retrouve avec une famille en deuil. Et ben ça pour moi c'est pas la CUMP ! Ca je ne me serais jamais inscrit là-dedans. Ça c'est le boulot habituel des urgences psy. Et le problème c'est qu'on est en train de vouloir glisser les CUMP sur un modèle comme ça de prise en charge de tous les psychotraumatismes de la terre, et là je pense que ça risque de casser le système. Parce que même les gens les plus motivés, même moi d'ailleurs,

dès fois je suis obligé de freiner en disant : « *non merci ! Non c'est pas pour nous !* » « *Oh mais si !* ».

Par exemple dans une maison de retraite y a eu ça : une personne âgée est décédée : 95 ans : il faut que la CUMP intervienne. Je dis « *ben vous avez pas un psychologue ?!* » « *Si, si j'en ai un mais il pleure avec les patients.* » Donc voilà, je dis non ! Alors ça paraît cruel, je dis : « *c'est pas la CUMP ça !* » « *Oui mais dans d'autres départements ils le font !* ». Alors ben oui, ils le font mais c'est pas ce qui est marqué : incident exceptionnel, urgence sanitaire. C'est pas de ce registre. Et ça, c'est une problématique, dont on aurait peut-être plus tard parlé mais dont je vous parle déjà en disant que ça fait partie des effets délétères les CUMP partout et pour tout.

Donc le questionnement de la mission.

Hum ! Pour certains on est là à attendre les catastrophes. Mais c'est pas ça ! Moi j'ai beaucoup de travail ! Vous voyez, là j'étais dans mon service, y avais trois entrées, voilà ! C'est vraiment un engagement personnel qui dit, bon ben je lâche tout, j'y vais, mais il faut que ça vaille le coup si je puis dire. Si c'est pour à chaque fois pour deux personnes qui ont vu un gars qui est tombé d'un immeuble euh pardon, non !

Ce se serait plus de la psychiatrie d'urgence générale ?

Ben il me semble que ces cas-là on les emmène aux urgences, où ils vont voir leur médecin traitant, parce qu'il faut considérer quand même que le médecin de famille il est quand même un peu concerné de près par les histoires des gens-là.

Et les CUMP ça veut dire sortir des gens qui travaillent pour les faire tourner pendant 24 heures et les faire rentrer chez eux. C'est vraiment pas adapté à ce qu'on nous a vendu, en tout cas à moi, dans le texte qui est clair est précis qui est « *un grand nombre de victimes* » c'est pas cinq personnes qui ont vu un cadavre écrasé par une voiture. Et comme certains départements n'ont jamais eu de catastrophes ! Contrairement à [nom du département] où je suis, et ben eux, pour valoriser la CUMP et la faire sortir, ben ils sortent sur tous les événements. Hein, un accident de travail, un type qui s'est coupé la main dans usine, c'est la CUMP ! Ben non, c'est la médecine du travail ! La CUMP c'est si l'usine a brûlé ! Comme ça s'est passé à [nom de ville] où il y a eu effectivement deux morts et puis des gens qui ont vu tout le quartier exploser. Vous voyez c'est un problème de curseur en fait.

Et vous me parliez du « grand nombre de victimes » vous, vous le placez où le curseur « grand nombre de victimes » ?

Ben-moi si j'étais franc, et si je considérais qu'on parle vraiment de catastrophe avec tout ce qui est décrit dans les risques majeurs, c'est-à-dire, inondations, tremblement de terre, machin, c'est pas à moins de dix

morts objectivement. Mais vous avez bien compris qu'il m'arrive de faire aussi des choses euh, quand c'est en dessous.

Une catastrophe, je peux vous poser la question, une catastrophe, c'est quoi ? Si c'est deux morts, c'est toutes les semaines on sort. C'est-à-dire il y a toutes les semaines un accident de voiture vous voyez. Donc pour moi, moins de dix morts, c'est pas une catastrophe. Et avec pas mal de blessés. Techniquement, je vous parle de [nom de ville], l'attentat, il y a eu deux morts, pas plus, et en plus personne n'a rien vu puisque c'était dans une église. Mais honnêtement, c'est pas une catastrophe. Simplement, on comprend bien, comme c'est un attentat et comme c'est internationalement repris, il n'est pas question que la CUMP n'intervienne pas ! Mais ça aurait pu être un fait divers. C'est-à-dire, en gros, un type bourré qui tue sa femme et son voisin. Et ben la CUMP ne serait pas intervenue ! Donc on est bien d'accord qu'il y a aussi une attaque politique et médiatique très importante. Maintenant le préfet il met une CUMP à chaque fois qu'il se passe quelque chose, pour se couvrir aussi. Les journalistes demandent, « *est-ce qu'il y a une cellule psychologique ?* » donc ça c'est aussi un peu une dérive me semble-t-il.

C'est que, on sort des catastrophes, pour s'occuper finalement du psychotrauma du quotidien, ce qui est pertinent sur le fond, sauf que c'est pas avec des volontaires qui bossent ailleurs que ça doit se faire alors ! C'est avoir comme le CASA [NDR. Centre d'Accueil et de Soins pour

Adolescents] ou des structures d'accueil du psychotraumatisme, mais là on ne parle pas de la même chose.

Parce que là, je vous rappelle qu'on fait les CUMP à prix constant. C'est-à-dire que c'est 40 volontaires qui ne sont pas payés plus que leur paye habituelle. Donc c'est cadeau ! Alors c'est vrai qu'on a la tentation de se dire dans les Agences Régionales de Santé « *ben en fait ces gens-là, comme y a pas beaucoup de catastrophes, on va les occuper hein ! Et on va leur faire faire les petites urgences à effet limité* » et donc on est souvent obligés de dire non quand on est référent. Pas de façon hostile mais de dire : « *non c'est pas notre mission si on lit les textes.* » C'est pas toujours simple. Et c'est aussi pour ça que c'est usant des fois. C'est pas tellement l'intervention, c'est le fait de devoir tout le temps dire non en plus.

Si vous avez suivi les textes, on va nous demander bientôt de reconnaître les morts avec les familles.

Moi mes infirmiers en psychiatrie, y a des filles sympa de 23 ans, par exemple mères de famille, je vais pas aller leur faire voir les corps des victimes et accompagner les familles ! C'est, c'est, c'est... y a un moment il faut sortir aussi... et on commence même à dire, il faudra prévoir la prise en charge des volontaires quand ils seront traumatisés. Mais la meilleure façon de les prendre en charge c'est d'pas les envoyer au casse-pipe !

Parce que moi aussi j'ai fait [nom de ville] l'avion, tout ça, ça tape sur le système ! L'accident de [nom de ville], je ne sais pas si vous avez ou pas acheté mes livres, mais on a quand même 11 morts, et des brûlés, et les 14 décédés du [nom d'un endroit et d'une ville] avec les familles en pleurs, c'est vachement difficile quand même... Donc en fait, il faut pas non plus envoyer des gens, qui après avoir vécu un moment traumatisant vont plus y retourner et qui vont développer une névrose traumatique. Donc je pense quand même quelque part, et faut pas croire que c'est de la fainéantise de ma part, que faut pas surexposer, comme disent les familles, faut pas faire de sur accident.

Donc aller reconnaître les morts avec les familles, pardon de vous dire que pour moi, le jour où on me l'imposera j'arrêterai. Et je déconseillerai à tous mes volontaires de faire ça ! Parce que c'est extrêmement violent ! Alors y a toujours des gens fascinés pour aller voir des trucs, au début, c'est excitant. J'en ai vu aussi des choses un peu horribles, mais ça vous reste après c'est pas si simple.

Donc, euh, j'étale un peu aussi, pour vous dire que les missions des CUMP, à croire qu'elles s'ennuient, on veut les occuper aussi avec de plus en plus de choses. Mais c'est des gens comme vous et moi. Mais je peux vous dire que même vous en tant que psychiatre, je pense que vous finissez bientôt, vous verrez, je ne sais pas si vous êtes déjà intervenue, on revient quand même cassé quoi ! Psychologiquement. D'avoir tenu des

familles entières parce qu'ils attendent de savoir si leur gamin de 20 ans est mort ou pas et qu'on sait pas et qu'on va attendre, c'est horrible ! C'est horrible ! Ça se voit pas tous les jours quoi.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Alors, par exemple, la aussi les choses ont évolué. En tant que médecin psychiatre référent régional etcétera, moi, j'envoie des équipes de volontaires, psychiatres, psychologues et infirmiers en tout cas les premiers qui répondent. Parce que vous savez quand même que dans les trois heures, pour trouver des gens disponibles, c'est pas si simple.

En gros, ma responsabilité médico-légale, elle est pas engagée dans le sens où je suis missionné, le préfet il a une mission officielle administrative, donc je sors de mon service, je vais sur le terrain.

Et en fait, je pense que pour être sincère avec vous un psychiatre, un psychologue, un infirmier, y'a pas une grande différence, c'est pas comme dans un service. Donc en fait, on est tous là, prêt des gens, qui ne sont pas des malades. On est là à faire un peu de compassion, de réassurance, et là je dirais que la responsabilité médicale, pour moi, elle est pas spécialement médicale. C'est presque je dirais, une responsabilité de soignant et d'assistance humanitaire.

Là où je commence à être fâché, c'est dans les nouveaux textes où on nous demande de faire des certificats médicaux. J'sais pas si vous avez

suivi ça. Moi, je suis farouchement opposé au fait de faire des certificats médicaux, parce que, l'expérience montre avec Nice, avec Paris, et partout où j'ai pu le voir, qu'il y a un risque de survictimation avec demande du statut de victime, avec indemnisation auprès des assurances. Ce qui fait que n'importe qui, qui n'était pas présent du tout, qui a juste vu à la télé l'événement, et alors dans le DSM 5 on dit bien que c'est pas un psychotraumatisme quand c'est pas sur place hein, faut bien le rappeler, et ben y s'pointent pour voir la CUMP ! Et si on lui donne un certificat médical, ça va faire finalement, prise de décision pour une indemnisation future.

Et là, on me dit, « oui mais vous n'êtes pas obligé de le faire » et là, c'est un problème ! Parce que, comment moi, je vais savoir, et mes infirmiers, et mes psychologues, sur les 100 personnes qu'on va voir qui vont me dire « ah ouais, j'étais là, c'est dur et tout » à qui je donne ou pas le certificat médical ?

Pour vous répondre précisément, ma responsabilité institutionnelle, je me sens pas mal à l'aise parce que je suis déjà chef de service, que je sais ce que c'est que manager des équipes et que je suis couvert professionnellement en temps qu'hospitalier, avec le SAMU etcétera et donc avec des récup' etcétera si besoin, par contre sur les missions qu'on me demande maintenant, c'est-à-dire, éventuellement des certificats médicaux, alors là, je suis fortement opposé parce que ça m'engage et

que je ne serais pas discriminant. Comment savoir si lui ou lui a été plus présent que l'autre ? C'est comme ça qu'à Nice, on suinte pendant six mois, des gens, sur 3000 je crois, qui n'ont même pas été présent le quart de la moitié du temps sur les lieux de l'attentat. Qui sont pris en charge par le fond d'investissement pour les victimes, d'indemnisation, qui en plus, ont des prises en charges qui leur permettent d'avoir des rentes au niveau des assurances, et on fabrique, me semble-t-il, de la survictimation, qui à mon avis est à l'inverse du rôle des CUMP, parce que les CUMP, c'était justement pour éviter le psychotrauma chronicisé en état de stress post-traumatique, avec un entretien qui faisait sas de déchoquage et après les gens rentraient chez eux, en théorie sans suivi. Sauf si besoin.

Alors que maintenant, on inverse un peu, c'est pour ça je le dit, je parle d'un temps ancien mais c'est comme ça qu'ont été créées les CUMP, et on dit en gros, faut prendre en charge tout le monde pendant 2 mois. Ben non ! Parce là on fabrique des assistés, des victimes pour la fin de leurs jours, ce qui ne leur rend pas service. Et ce qui en plus coûte cher à la société. Il y a dernièrement eu un couple qui a été condamné parce qu'ils avaient fait croire qu'ils étaient sur les lieux de l'attentat de Paris.

Donc, le certificat médical, moi je considère que là ça engage notre responsabilité et je trouve que c'est p'tet pas à nous, je trouve que c'est pas à nous de faire ça en aigu sur le terrain. Ça doit être un médecin

légiste, psychiatre ou médecin traitant après coup, mais sur le terrain, c'est pas un moment où on peut dégager des certificats comme ça abruptement. Est-ce que vous comprenez ce que je veux dire ?

Tout à fait.

Pour répondre à votre question sur la responsabilité. Moi mon rôle c'est de faire le sas et de renvoyer des gens si besoin sur leur médecin traitant. Le but étant qu'ils n'aient plus besoin de personne en théorie. Et si jamais le médecin traitant dit : « *ben il faut un psychiatre* » il l'envoie au CMP etcétera ils sont prévenus. Ou alors les gens qui sont pas biens on leur donne un rendez-vous au CMP qu'est d'accord, qu'est au courant ou même qu'est volontaire, voilà ! Mais ça doit-être minoritaire en fait.

Alors que le fait de délivrer des certificats médicaux, au moment de la crise, moi me semble-t-il c'est délétère, et contre-productif sur le plan de la santé publique.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et

d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Alors là, je vous dis qu'en tant que vice-président du Conseil de l'Ordre de [nom du département] c'est juste une faute professionnelle grave. On ne peut pas faire d'ordonnance et de certificats sans avoir vu le patient ! C'est officiel et rappelé en permanence. Et il y a souvent des plaintes d'ailleurs contre des médecins qui sont condamnés au Conseil de l'Ordre. Donc c'est juste interdit ! C'est pas que je suis contre sur le principe, c'est que ça n'existe pas. Légalement, dans le serment d'Hippocrate que vous n'avez peut-être pas encore soigné, [rires] dans le Code de Santé Publique et dans le Code de Déontologie, vous ne pouvez pas prescrire, ni faire un certificat sans avoir vu le patient. Si vous ne voyez pas le patient, ça s'appelle un avis. Et un avis c'est pas un certificat. Donc. C'est pas que je suis contre, c'est que c'est interdit.

Par ailleurs, je vais vous dire un autre secret. C'est que techniquement sur le terrain, pour moi, je considère que la prescription elle n'a pas à être faite. Parce que, soit on donne un médicament aux gens, mais il est pas question de les renvoyer chez eux avec une ordonnance, parce qu'on ne les connaît pas. On les renvoie chez eux, il vaut mieux à ce moment-là les renvoyer sur leur médecin traitant. Et le but c'est pas de distribuer des

médoc' à tout le monde. Le seul traitement qu'on pourrait donner ce serait des bétabloquants et pour l'instant on n'a pas l'AMM. Donc si c'est pour balancer des psychotropes ou de l'IMOVANE®, normalement, vous pouvez sans ordonnance en donner. Mais les envoyer dans la nature avec une ordonnance alors qu'on les a vu 5 minutes c'est juste impossible ! Même sur la bonne fois des infirmiers et des psychologues.

Pour moi historiquement, il n'a jamais été conçu, d'ailleurs je vois la nouvelle pharmacie qu'on nous demande, c'est hallucinant ! On a l'impression qu'ils fabriquent des gens pour aller faire la guerre au Vietnam ! Mais c'était pas ça l'idée !

Le débriefing, ça veut dire qu'on parle avec les gens, on les fait échanger. Ceux qui vont pas bien, on les prend en charge et auquel cas, on donne un rendez-vous, on fait un suivi auquel cas on voit l'ordonnance. Mais distribuer des ordonnances à l'arrache sur le terrain, c'est juste n'importe quoi !

[Silence] Donc, par ailleurs, je considère que dans certains endroits, y'aura plus de psychiatres du tout ! Pour des raisons dont je vous parle. C'est-à-dire que si demain j'arrête, je vois aucun collègue jeune, enfin jeune, plus jeune que moi on va dire, qui reprendrait le truc. Parce qu'en plus, je ne sais pas comment c'est à Dijon, mais on a actuellement une fuite des médecins hospitaliers. Et que déjà, on les fait marner, les PH, et les assistants, et les internes hein. Déjà dans les hôpitaux il y a beaucoup plus

de boulot qu'il y a 20 ans, si c'est en plus pour les faire faire des missions comme ça avec la responsabilité que ça peut entraîner au niveau personnel, je suis désolé de le dire, ils viendront plus.

Donc à terme, y'aura p'tet plus du tout de psychiatres dans les CUMP ! Et ce fantasme qu'il y aurait des psychiatres parce que vous en avez 3-4 aux urgences et qui sont d'accord, au bout de 5 ans ils arrêtent ! Moi j'en ai connu, qui sont partis après dans une clinique, bosser, faire du fric, parce qu'à la fois, ils avaient aussi changé de vie.

Donc c'est pas forcément...moi il se trouve que je le fait depuis toujours parce que j'étais un peu à l'abri mais y a des départements où on trouve plus personne. Où c'est des psychologues qui sont référents. Et les psychiatres, ils veulent plus sortir, pourquoi ? Parce que c'est pas le boulot d'un psychiatre forcément ! D'aller écouter des gens qui ont perdu quelqu'un ou qui sont dans un moment de crise. Les psychologues, les infirmiers, ils font ça mieux que nous ! Vous avez sûrement travaillé avec des infirmiers en psychiatrie, je suis désolé de la dire, ils sont encore meilleurs que les psychiatres pour aller dans la proximité, pour rassurer les gens, pour exister auprès d'eux. Donc le gros des troupes, ce sera de moins en moins des psychiatres. Et moi j'avoue très clairement que parfois y a un psychiatre, et parfois y'en a pas. Parce que déjà ils sont pas là, ou ils sont de repos de garde, machin, machin. Et y z'on pas envie. Sauf une grosse catastrophe. Par contre ils sont d'accord pour recevoir les gens

plus vite. Et à mon avis le psychiatre il est plus utile s'il dit : « *je vais pas sur le terrain parce que j'ai pas le temps, mais par contre, tu peux m'envoyer des gens en consultation, je les verrai dans les 24 heures* ». Alors là oui ! Et là ils feront la fameuse ordonnance ! Là ils feront le fameux certificat ! Mais des médecins sur le terrain, des spécialistes, à part les grosses cata'...

Même au SAMU ils envoient plus des médecins. Y'en a plus. Faut comprendre aussi qu'on est dans un stade de démographie médicale, ça compte aussi, où ce volontariat 24/24 on peut vous appeler n'importe quand, et ben ce sera plus forcément l'avenir non plus.

Et peut-être que les infirmiers et les psychologues font ça très bien. Aussi. Et qu'il y ait un psychiatre référent, d'accord, machin. Mais est-ce que c'est vraiment utile qu'il y ait un médecin spécialiste sur le terrain ? Plusieurs, on dit plusieurs, c'est pas sûr.

Je me rends compte avec du recul, les psychiatres se désinvestissent. Quand j'veus dis que j'en ai 20 sur le département, quand ça a commencé en 97, j'en avais 50. Les postes de PH, ils étaient tous pleins. Et puis il y a eu des vagues de départs à la retraite, hein, les baby-booms là. Là mon hôpital qui est le Centre Hospitalier de [nom de l'hôpital] y a quand même 15 postes vacants de PH. Les gens ils s'installent maintenant. Ils finissent leur internat, ils font un assistanat, l'hôpital commence à les gaver parce qu'il y a trop de pression, et ils posent leur plaque et ils sont autonomes

et riches. Ben j'ai envie de vous dire, c'est pas avec ceux-là qu'on va faire la CUMP ! Et puis, non mais voilà, je les comprends aussi ! C'est-à-dire que c'est des gens qui ont été volontaires de la CUMP, parce que je les ai eu comme internes ou assistants. Mais au bout d'un moment les gens ils vous disent « *Monsieur [son nom], moi l'hôpital, ça va bien, j'arrête !* ». Donc ça veut dire qu'on n'aura plus forcément, comment on va dire... des, des régiments de psychiatres qui vont s'occuper des CUMP. A mon avis en tout cas.

Ceci étant tous les week-ends pourris... Imaginez, vous êtes en famille, vous fêtez un gros anniversaire, vous avez pris vos 5 coupes de champagne, j'invente ! On vous appelle dans l'après-midi, vous partez avec votre voiture, à 3 grammes, j'exagère aussi, mais encore c'est comme ça la vie des gens quand même en week-end ! Donc il faut aussi prendre la responsabilité, si jamais ils se font chopper parce qu'ils sont hors taux d'alcoolémie ou qu'éventuellement ils ont un accident, ben ça aussi c'est la responsabilité du référent ! Moi je veux pas faire prendre des risques comme ça aux gens ! Parce que les gendarmes, ils s'en moqueront qu'on est actif pour la CUMP si on est à 2 grammes. Or, qui ne fait pas la fête un petit peu le dimanche ou le samedi soir ? Donc ça veut dire quand même qu'on peut mettre en danger des volontaires ! Et pourquoi je vous parle de ça ? C'est parce que les médecins c'est comme les autres ! Donc quelque part, c'est vraiment un engagement.

Donc il faut à peu près se dire que, vu la société qui évolue, je crains que ce soit plus aussi simple d'avoir des volontaires 24/24. Surtout non payés... Parce que c'est de l'astreinte gratuite qu'on fait, référent ou volontaire. Ce qui est quand même fabuleux ! Parce que jamais les SAMU ou les réanimateurs supporteraient de faire une garde gratuite ! Et nous, les CUMP, historiquement, à cause des attentats de 95, on est partis sur la bonne idée de comme on était volontaires, c'est pas la peine de payer les astreintes. Ça coûterait un bras d'ailleurs ! Donc c'est vrai que sur le fond, ça veut dire que c'est la bonne volonté. Mais quand vous vous retrouvez au quotidien, maltraité dans vos activités des hôpitaux, et que le jour des CUMP éventuellement, contrairement à y'a 20 ans, on vous fait des reproches alors qu'avant on vous remerciait, ben, c'est pas exclu qu'un jour, comme dans certains départements, que ce soit que la Croix Rouge qui s'occupe de faire la CUMP. Parce que maintenant, vous savez qu'ils ont des psychologues à la Croix Rouge, ou les pompiers aussi y z'en ont. Donc ça c'est des questions de fond. Pardon je m'éloigne un peu de votre question...

Des psychiatres sur le terrain, pardon de le dire, mais, c'est mort !! [rires] Si j'arrête demain pour des raisons de santé, je vois pas qui... parce que j'ai déjà un peu testé quand même, qui prendrait ma place ? Y'en a pas un ! Moi c'est parce que je m'y suis engagé il y a longtemps, j'ai écrit des bouquins, je suis passé à la télé des millions de fois, j'ai... voilà c'est une

expérience, j'sais pas comment vous dire ça fait un peu partie de ma carrière. Mais clairement, j'ai envie de vous dire, après moi, c'est pas le déluge mais je sais pas, ce s'ra pas aussi simple de trouver un gars qui sera disponible tout le temps. Même si ça arrive pas souvent, psychiquement, vous savez, c'est comme quand on est de garde, on écoute BFM, on regarde la télé, l'autre jour quand y'a eu [événement et ville] ben, j'sais pas si vous avez vu y a 15 jours c'était sur toutes les télés, moi je partais en week-end à la mer. Et en fait le préfet a fait appeler, le maire de [nom de la ville] etcétéra, les ministres concernés et tout, parce qu'il fallait la CUMP. Ben j'ai laissé tombé mon week-end. [silence] Clairement tout ! Hein, tout ! C'est-à-dire du samedi matin au lundi matin. Pour des réunions avec le préfet, avec les ministres, machin, machin. Et vous me direz « *tu peux arrêter si tu veux.* » Ben oui, mais disons que pour l'instant j'en suis pas arrivé au stade où j'arrêteraï mais, sachez que globalement, si jamais ils m'en demandaient trop avec des nouveaux textes très exigeants, ben c'est pas exclu.

Là j'ai été nommé pour 3 ans là mais j'trouve que ça devient de plus en plus lourd. En plus y'a des nouveautés, j'sais pas si vous avez vu, j'vous parle comme si vous aviez connu les anciens ! Y a un processus d'engagement super compliqué ! « *Je m'engage comme volontaire machin* ». Mais les gens ils ont accepté d'être sur une liste, parce que gentiment, pour faire plaisir. Si on leur fait remplir des documents avec

une évaluation et tout ils diront : « *mais là vous faites quoi ? Non merci !* ». Donc à force de vouloir professionnaliser les CUMP, je pense qu'à terme on risque de les détruire.

Peut-être qu'il faut passer à autre chose hein, je dis pas le contraire. Mais en tout cas, la bonne volonté, faut aussi la respecter. Et quand c'est trop insistant et trop administratif, trop prenant, ben c'est plus, « *je rendrais un jour service si y'avait un pépin* ». Ça devient un boulot pas payé. Et un stress chronique de l'événement. Aux médias, parfois j'entends « *y a un 50 morts tss* » j'entends pas la suite, ben j'me dis : « *merde ! J'espère que c'est pas chez moi parce que j'y suis pas* ».

Vous êtes toujours dans un état de veille permanente et de hantise de l'événement ?

Voilà, voilà. Psychiatre des hôpitaux, vous savez que vous arrivez le matin à 9 heures, 9 heures 30, vous voyez vos patients, vous faites votre réunion, après vous allez manger, l'après-midi vous allez au CMP puis vous rentrez chez vous. Point barre ! A part certains cas très extrêmes et les gardes. Moi, c'est en permanence le risque de pouvoir être appelé. Même s'il est minime. Comme vous dites, c'est exactement ça, c'est une veille psychique. Alors on peut aimer hein ! Mais c'est pas si simple quand même. Donc je vois pas, dans les nouveaux que j'ai formé là, des jeunes

qui me disent : « *Monsieur [son nom] je prends la suite avec plaisir dans 10 ans* ». Et vous-même vous feriez ? Par curiosité.

La question se pose effectivement, cette question d'une astreinte constante je pense que c'est quelque chose qui est épuisant et qu'il faut bien y réfléchir avant... Oui, puis en plus, on vous culpabilise volontiers ! « Ah ben docteur voilà, comme vous êtes investi, voilà... » donc c'est pas si simple. Enfin de toute façon c'est pas à moi de vous interroger, pardon !
[rires]

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Alors oui, ça m'est déjà arrivé mais il y a longtemps, et bizarrement, là encore, sous pression on fait n'importe quoi.

Après un événement qui avait eu lieu, la sécu m'a appelé, pour me dire 3 jours après : « *voilà, faut que vous fassiez un certificat pour Madame Truc qui était présente parce que c'est ça qui manque pour son dossier d'indemnisation* ». Et alors, comme vous le savez, la sécu nous persécute parfois, hein j'dis ça en plaisantant parce que c'est enregistré, et ben là en fait, on m'a demandé pour rendre service à tout le monde, j'ai fait un certificat, la patiente je l'avais pas forcément vue vraiment, mais c'était dans le cadre-là aussi de la CUMP, où vous savez, tout le monde dans les décours de ces événements, si vous en avez vécu, on est tous un peu

déréalisé. Même les intervenants sont déréalisés, parce que c'est quand même très violent, faut quand même 48 heures pour se récupérer un peu, même si on en parle avec les collègues et tout, c'est pas anecdotique. Donc y a un moment on est aussi fragile aussi, et on peut nous faire faire n'importe quoi. Sans être complètement délirant, mais c'est vrai qu'on perd un peu la rigueur intellectuelle qu'on aurait tous les jours.

Est-ce que vous, quand vous êtes au CMP, vous feriez un certificat, ou une ordonnance pour un patient que vous n'avez pas vu ?

Clairement pas.

Non ! Ça viendrait sûrement même pas à l'idée ! Alors que dans les CUMP, comme une sorte d'endroit mystérieux et magique, là oui, tout est possible ! Et là, on vous ferai faire l'inverse de ce que veut la déontologie !

Et je vous cache pas qu'on a eu des réunions assez chaudes entre les référents régionaux et départementaux, et qu'il y a beaucoup de médecins qui sont d'accord avec moi. Et j'suis d'accord avec eux, et c'est plutôt imposé par les autorités comme on dit, car les psychiatres, les CUMP, jamais c'est nous qui demandons cette professionnalisation. Ça vient des docteurs référents nationaux éventuellement parce qu'ils sont dans le bureau du secrétaire d'état à la santé ou même y'avait avant un secrétaire d'état aux victimes alors qui a fait aussi à mon avis...on a survictimisé beaucoup de choses. Et en fait on agit comme si on allait à la

pêche aux victimes. Et le coté, je fais un certificat ou une ordonnance sans voir les gens, c'est juste interdit pour un médecin ! Et dans les CUMP ce serait comme si c'était possible. Donc non !

Même les juges, je vous dis ça pour autre chose. La loi de 2011, y'a certaines régions ou y'a pas de psychiatres, donc, y a des endroits, pour mettre les gens en HSDT, en fait, y a personne sur place. Donc les psychiatres on dit, ceux qui restent, « *c'est pas grave, on fera les certificats sans voir les patients* ». Et alors même que les tribunaux et la préfecture se plaignaient qu'il n'y avait pas de psychiatres, ils ont dit : « *non ! Ça passe pas au niveau du Conseil d'Etat et de toutes les instances de notre République.* » On pourrait faire un avis, c'est-à-dire que je n'ai pas vu le patient, mais de mon avis, il devrait être hospitalisé. A mon avis. Mais l'ordonnance ou le certificat, absolument pas ! C'est pour ça qu'à priori je n'en ferais pas d'ailleurs. Ça c'est jamais posé parce que le texte en question il est flou, puis on se bat pas pour les sortir.

Mais franchement non, sur le plan de la protection du médecin, ce serait gravissime s'il y avait quoique ce soit. Imaginez, le type fait un malaise cardiaque après qu'il y ait eu un certificat, une ordonnance, le patient a pas été vu. Là le gars peut dire adieu à sa carrière. Clairement. Parce qu'il y aura toujours un avocat derrière pour dire : « *comment ?! Ce médecin ne l'a pas vu ! Il a donné un certificat !* » « *Oui mais c'était les CUMP !* » Ben les juges y s'en foutent hein qu'c'était une CUMP ! Déjà ils diront : « *il*

a pas vu le patient, il a collé un certificat, pam ! » C'est l'une des plus grande, comment dirais-je, au niveau des Conseils de l'Ordre c'est l'une des plus grandes situations de plainte, les certificats où le patient a pas été vu, les certificats ou on a fait une allégation, par exemple sur la garde d'enfant des choses comme ça, où le médecin a fait un certificat, pas de complaisance, où il a fait une erreur on va dire Et ben ça c'est strictement à ne pas faire si vous ne voulez pas planter vos 10 ans de médecine bêtement. [Silence] Après que vous ayez envie d'en faire un si vous voyez le gars c'est autre chose ! Après faut quand même voir les conséquences hein ! Parce que ce jour-là, il va se mettre à pleurer, mais vous allez présumer à terme d'une indemnisation, parce que tout le monde va pleurer le jour même ! Normalement comme disent les grand-mères « *pleure ça te soulagera* ». Mais deux jours après, il a p'tet plus de symptômes, il a un certificat et il se ballade avec, et il va aller demander partout, des aides, des indemnisations. Faut pas faire n'importe quoi non plus !

Alors je sais qu'il y a des gens qui pense qu'il faut à tout prix survictimiser, qu'on est tous victimes, qu'on a tous souffert dans la vie... Enfin c'est pas comme ça les CUMP au départ ! C'était vraiment les situations de traumatisme majeur. Et alors là si on pleure chaque fois qu'on a vu un motard tomber de vélo, là vous pouvez mettre un psychiatre derrière chaque citoyen ! Et on a quand même une responsabilité en termes de

santé publique. Il a avait bien été dit d'ailleurs, par KOUCHNER le jour de l'installation des CUMP, que c'était en rien dédié à... que c'était absolument pas fait pour prendre en charge les risques psychosociaux. Et c'est ce qu'on fait maintenant. Et c'est en ça que je commence à trouver ça un peu inadapté par rapport à ce qui était la demande, bon les temps changent et on s'adapte avec les situations qui changent, mais, sauf que nous, on aura pas plus de volontaires et on fait tout ça en rab'. Donc au bout d'un moment, les gens vont s'écoeurer. Et ce qui arriveront derrière vont se dire : « *non mais attends, dans quoi je m'embarque là ? En plus de mon boulot habituel ?!* » Ça va quoi !

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ben c'est la société qui évolue, qui est de plus en plus émotionnellement fragile, qui veut à tout prix une prise en charge. C'est un peu le système à la française aussi hein, c'est pas péjoratif, c'est pas une histoire de politique de droite ou de gauche, c'est l'assistanat, ça va pas on appelle l'Etat. Autant pour une catastrophe gravissime ça paraît tout à fait légitime, ça c'est notre engagement à la base, mais si c'est à chaque fois qu'on a un souci qu'il faut un psychiatre, alors là on n'est pas du tout adaptés et c'est une demande politique.

Madame MEADEL qui était la dernière secrétaire d'état aux victimes, elle le disait clairement : « *toute personne qui ne se sent pas bien peut faire appel aux CUMP* ». Alors là bonjour ! On est 10 volontaires et y à quoi 1 million de personnes sur le coin autour de moi, donc c'est pas possible.

Mais je comprends cette politique qui est de donner un message de réassurance, c'est pas critique de ma part, sauf qu'à ce moment-là, le système est pas à la hauteur. Puisque nous on a été faits pour prendre en charge les témoins sur place, les impliqués directs, et pas la moitié de la ville !

A [nom de la ville] après les attentats, on a pris en charge les gens présents, y'en avait quand même pas beaucoup, les pompiers etcétera, les gendarmes, 'fin la police et tout ça, et ben le lendemain y a eu 500 personnes qui sont venues à la mairie, parce que la mairie avait organisé un accueil pour les gens traumatisés. En fait, personne n'avait rien vu. Et on s'est retrouvés avec des dizaines, des dizaines de gens, et comme on ne pouvait pas dire politiquement qu'on allait plier bagage, et ben on est resté là. A la sortie les volontaires y ont dit : « *mais qu'est ce que c'est que ça ?!* ». Les gens ils sont venus s'épancher, comme ils auraient fait avec leur grand-mère ou je sais pas une autre structure de secours. Mais nous, les psychiatres, la psychiatrie, puisque si vous le savez pas l'hôpital psychiatrie est sur la commune où ça a eu lieu, [nom de la ville] c'est là ou y a l'HP [NDR. l'hôpital psychiatrique] en fait. Donc en fait, c'était très

difficile de dire non, donc y a des équipes qui sont allées à la mairie, comme un peu dans le 11^{ème}. Mais dans le 11^{ème} y a des gens qui avaient été témoins, sauf que là, y'avait personne puisque c'était à huit-clos. On l'a fait quand même, mais la perte de chance est quand même importante, puisqu'avec les réseaux sociaux les gens disent : « *ah ben oui il y a une possibilité de consultation* » donc il y a des gens qui sont suivis depuis cette époque, alors qu'ils n'ont rien vu ! Y des gens qui ont été traumatisés parce qu'ils ont vu passer la police, vous savez, les types armés jusqu'aux dents avec les trucs d'assaut. Est-ce que ça c'est un psychotraumatisme ? Le fait que ce soit dans leur quartier est-ce que ça c'est un psychotraumatisme ? Vous voyez ? Ben j'sais pas ! Moi j'pense pas non !

Je pense pas non plus, je pense qu'on peut être choqué mais pas forcément traumatisé par ce genre de choses.

Ah ben oui ! Emotionnellement choqué c'est une chose ! Sauf que si vous leur donnez un certificat médical quand ils vont voir les CUMP : « *pourquoi j'ai pas un certificat moi Monsieur alors que celui d'avant il en avait un ?* ». Donc vous êtes coincés, par définition quand ils viennent. Si on nous dit : « *j'me sens pas bien je suis angoissé* » ben tien pof une ordonnance, bam ! Et ben voilà, une victime à vie. Alors qu'ils-étaient-pas-du-tout-là !

Donc là on considère nous que notre rôle c'était effectivement les impliqués directs, la prise en charge des gens concernés. Mais à partir du moment où 'faut soigner toute la population pour vous répondre, c'est à la fois la société française qui est en demande, parce qu'il y a des pays où ça se passe pas comme ça, c'est-à-dire qu'il y a résilience. Et d'ailleurs [nom d'une personne] en parle très bien, parce que, c'est-à-dire que le but des CUMP c'était la résilience, que les gens ils se remontent après l'entretien, ils recommencent une vie normale, ils vont voir leur médecin si il faut, mais fallait pas les psychiatriser. Alors que là c'est l'inverse, on les suit un mois, deux mois, trois mois. A Nice, ils ont créé 20 postes de pédopsychiatres pour les enfants qui étaient présents. Vingt postes de pédopsy alors qu'on sait qu'il y a des postes vacants de pédopsychiatrie dans toute la France. On a fait venir de [noms de deux départements éloignés de Nice] des volontaires qui sont restés 48 heures là bas et qui sont revenus. Pour des gens qui n'avaient assisté à rien !

De même pour les Antilles récemment, Irma. On a envoyé des gens là bas, ils ont passé leur temps dans les bateaux et dans les avions, et dans des hangars. Ce qui est extrêmement fatiguant. Sur place ils ont vu 3 personnes ou 5, qui ont dit : « *nous ce qu'on veut surtout c'est que vous reveniez avec du matériel pour tout reconstruire* ».

[silence]

Le fric que ça coûte par ailleurs.

Et par contre, je répète que politiquement, maintenant, la CUMP c'est un réflexe. Et tout le monde la sais hein. Même les décideurs sont... disent : « *c'est pas forcément important je sais bien, mais quand même faites-le pour me faire plaisir* » si je puis dire. Donc c'est vrai que c'est pas forcément toujours les critères de base.

Donc voilà la réponse c'est que c'est la demande et les médias qui sont sur place en permanence et l'identification des gens qui font qu'on survictimise tout le monde : « *je me sens concerné* ». Alors après il peut y avoir des marches blanches, des recueils où on pose des fleurs, etcétera, ça c'est autre chose, c'est respectable, ça fait partie du deuil. Mais intervenir avec des médecins spécialistes pour des gens qui n'ont rien vu, pardon c'est choquant un peu, non ? Non mais là, donc c'est vrai... Mais ça va peut-être se réguler. Déjà y a plus de secrétariat d'état aux victimes. Parce qu'autrement ça veut dire qu'on fabrique un pays de victimes. Surtout dans un monde aussi sain que le nôtre là, où ça chauffe de partout, on devrait plutôt renforcer la psyché, l'estime de soi, la pensée positive. Et pas allonger des gens sur un divan pendant 6 ans parce qu'ils ont vu de loin un événement où ils étaient même pas présents c'est en tout cas ce que disait CROCQ. Qu'est pas mort hein. 'Fin il est un peu à la retraite là puisqu'il a 90 ans.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Jamais ! J'en n'ai jamais fait.

Si une fois, je vous ai raconté, y'a 20 ans par hasard. Avec le recul je me dis que j'ai eu tort. Et ce qui est très marrant, c'est que c'est la sécu qui me l'a demandé alors qu'ils vont reprocher à des médecins d'avoir fait des ordonnances et puis des certificats.

C'est juste que le problème de la CUMP, si vous voulez ça renvoie à un truc assez magique, et dans l'instant j'ai juste... et aujourd'hui je me dis avec le recul, que c'est n'importe quoi. C'est-à-dire que si un jour on dit : « *les certificats d'où y sortent ?* » « *ben vous me l'avez demandé* » « *vous l'avez fait comme ça ?* » « *ben oui* » « *c'est une faute* » « *ben oui* ».

Donc honnêtement je ne ferai pas de certificat pour des gens que je ne vois pas et surtout que je vois en crise, je ne leur ferai pas de certificat non plus. Ou c'est des certificats de témoignage « *Monsieur Machin était présent ... et il pleurait* ». Ça va servir qu'à ça après ! D'aller voir les assurances : j'étais sur les lieux j'ai été victime. Comment vous faites la différence après ?

C'est pour ça qu'à Nice y'a 3000 victimes dans les faits, sauf que les assurances vont en rembourser 400. Parce que les assureurs eux, ils calculent. Qui était présent ? Vous étiez où ? A quel endroit ? Combien de mètres ? Combien de centimètres ? Vous avez vu quoi ? Et là y disent : « *ben non ceux-là, ils ont rien vu donc je ne les prends pas en charge* ». Et

là les associations, qui sont aussi légitimes disent : « *oui c'est pas normal, vous prenez pas en charge tout le monde !* » Ben oui, parce qu'il y en a qui ont rien vu quoi ! [silence]

Vous me trouvez peut-être véhément mais c'est juste que c'est un sujet qui me passionne et c'est une occasion de pouvoir transmettre mon avis.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ecoutez spontanément, franchement non. J'ai l'impression d'avoir répondu à vos questions.

Euh mais c'est vrai que le côté un peu dérive qui risque de casser un peu le système, moi me pose souci parce que je pense que c'est mettre de la pression sur des gens qui en font déjà vraiment beaucoup, et que ça risque d'être un peu néfaste sur le fonctionnement général.

Parce que toujours pareil, y a des grandes villes, mais vous savez en [nom de sa région] y'a des postes vacants partout [noms de 2 villes], machin. On a un psychiatre qui veut bien se dévouer pour gérer une liste de volontaires euh, c'est-à-dire en gros, les psychologues une dizaine, les infirmiers une dizaine, et le gars il fait ça pour rendre service et parce qu'on se connaît amicalement, mais le jour, et ça on me l'a déjà dit plusieurs fois, où on va leur mettre la pression pour faire des astreintes régionales, pour aller... alors là c'est niet ! Tout de suite j'arrête ! Mais en

fait, il suffit d'arrêter. En deux jours. Moi j'envoie un papier, « *je démissionne de ma fonction de référent* ». Ça ne change pas ma paye, je suis praticien hospitalier, temps plein, titulaire, d'un secteur. Je fais ça en plus. Le poste qui correspond d'ailleurs à mon activité, sachez qu'il est vacant. Parce qu'on compense théoriquement. Voilà. Ben en fait personne ne veut le faire ce poste ! Auquel cas ça veut dire que moi j'ai un poste vacant, la CUMP et moi je fais ça en plus de mon job. Et demain j'arrête, hop je jette le poste, débrouillez-vous ! C'est pas une menace hein, je suis en train de dire que ça passe dans le cerveau de tous les gens qui y sont depuis longtemps comme moi. Ils se disent que ça commence à pousser un peu. On fait ça de façon quasiment... de la bonne volonté hein, c'est pas volontaire, c'est bénévole la bonne volonté mais enfin, ça veut dire ce que ça veut dire ! Moi je le fait pour m'engager en tant que citoyen, si en plus on me demande de rendre des comptes... Avec l'extraordinaire, en particulier, programme Si-VIC là, le truc informatique, où faut remplir des truc sur place avec... on croirait que les gens ont jamais été dans le chaos ! Parce que sur ces moments-là, quand tout le monde pleure, quand tout le monde crie, aller récupérer les noms des gens, c'est hyper compliqué. Leur demander leur adresse, leur demander qui est leur personne de confiance, ça c'est n'importe quoi.

Les gens qui ont écrit ça, je ne sais pas comment ça a été fait, mais c'est quand même un mépris absolu pour quand on est sur le terrain. Parce

que quand vous avez 200 personnes autour de vous, vous faites comment là ? Vous passez votre temps de psychiatre à leur demander où est-ce qu'ils habitent, quel est leur numéro de téléphone ? Alors que de ce que j'ai connu, avant, on était juste là pour l'assistance psychologique, médico-psychologique, on les écoutait. Et là faut remplir des fiches, qu'on doit envoyer à l'ARS ! C'est infaisable quand il y a beaucoup de monde. Evidemment si vous avez 3 clients... mais 3 clients c'est pas la CUMP par définition.

Et je me souviens de l'inondation du côté de [nom de ville] y'avait tout le village qui était là, plus de 500 personnes et ils voulaient lyncher le maire. Tout le monde était fou de rage, y'avait une violence extrême, on a fait évacuer le maire même à l'hôpital pour lui éviter des soucis. Ben tous ces gens qui étaient là, fous de rage qu'on ait construit des zones pavillonnaires sur d'anciennes sources, 'fin j'vous passe les détails, on leur à tous parlé. Ils avaient tous perdu leur maison, on discutait, on essayait de calmer le jeu, et si j'étais passé dans les rangs en demandant leur nom ils m'auraient dit : « *ben allez-vous faire foutre !* » On s'est même fait engueuler parce qu'on est arrivés trop tard, parce qu'on avait aidé telle autre ville qui était plus bourgeoise que celle-ci qui était plus ouvrière. Et là j'aurais fait la liste « *asseyez-vous on va remplir des papiers* » ?! Sur 500 personnes ! Que j'aurai renvoyé à l'ARS ! Non mais vous imaginez, n'importe quoi ! Enfin en tout cas c'est mon point de vue. On aurait perdu

justement le fait qu'on était dans le lien, dans la relation. Voilà voilà !
[blague et rires]

Les échanges maintenant entre nous, les anciens surtout, déjà les jeunes ils restent pas trop, ou alors on prend un pauvre gars qui est chef de clinique et on lui dit « *ben toi tu vas t'occuper de la CUMP !* » boh lui il va dire : « *ok je vais faire ça.* » Il a pas trop le choix. Ou alors un jeune assistant : « *ben toi là, t'es bien, tu vas t'occuper de ça tu vas être référent !* » « *oui professeur* ». Parce qu'en fait, il faut qu'il y en ait quand même. Donc ils disent oui, puis après ils se rendent compte que c'est super prenant. Et puis quand on discute dans les couloirs, finalement ça commence à les gaver au bout de 3-4 ans ! Surtout quand ils commencent à avoir une vie de famille...

Bon j'vous raconte ma vie, mais mes enfants sont grands, tout ça tout ça ! Mais si jamais, je vois bien qu'à l'époque où mes enfants étaient petits, j'avais la chance d'avoir plus de volontaires. Mais c'est vrai qu'aujourd'hui, je vois bien les jeunes, et j'espère que vous n'allez pas voir ça comme des propos sexistes, il y a beaucoup plus de filles actuellement interne. Là j'en ai 3 qui sont devenues PH, elles ont des bébés c'est très bien. Mais je ne vais pas les envoyer au casse-pipe à récupérer 14 morts brûlés ! Elles ont pas envie non plus.

Parce que dans l'organisation, vous savez l'organisation de la médecine publique ou générale d'ailleurs, c'est pas une critique hein, j'espère qu'on se comprend bien ?

Oui, oui, pas de problème.

On le sait bien, les généralistes le disent, y a moins d'installations, les gens veulent plus faire de grandes journées, à 5 heures faut aller chercher les enfants, homme ou femme d'ailleurs. La CUMP c'est juste l'inverse ! Gratuit en plus ! Ben, oui. Je dois vous paraître un vieux gars ronchon, mais c'est pas vrai je suis super sympa et jeune d'esprit ! [rises]

Moi j'ai jamais vu de gens qui nécessitaient un vrai entretien psychiatrique, sauf un de nos patients qui habitait là dans le coin, qui était schizophrène connu, qui lui était plutôt bien parce qu'il était sous neuroleptiques depuis longtemps. Donc finalement, les événements qui avaient eu lieu autour, c'était pas grave. C'était assez rigolo d'ailleurs.

Mais autrement, est-ce qu'il faut un médecin spécialisé pour faire la clinique sur le terrain ? Prouf ! Moi j'pense pas hein ! Ça suffit, les gens normaux, enfin les personnels paramédicaux. Mais après bien sûr, s'il faut les revoir, à ce moment-là on les voit au CMP. Pas pour tous ! Justement ! C'était l'intérêt, on estimait à 10% les gens qui devaient être suivis. [Silence] C'est-à-dire, en gros sur 20 personnes, c'est-à-dire 2. Ça correspond un peu à ce que je sais. Alors que quand on remplit bêtement

les structures de CUMP pendant des mois, j'avoue franchement que là ça me dérange un peu, c'est vrai.

'Faut aider les gens à se ressaisir, 'faut pas les traîner sur une psychothérapie quand y sont en plus pas concernés en direct. Je vous parle pas de quelqu'un qui a perdu des proches hein ! On parle pas de deuil là. 'Fin on va avoir peur de tout bientôt. Ça c'est pas bon pour ce pays, vu ce qui se passe autour [rises]. [blague]

Ecoutez, moi je suis né en 60, les CUMP c'est simple, c'était en 95, j'avais 35 ans quand ça a commencé. Donc aujourd'hui j'en ai 58, donc j'ai vu l'évolution, si c'était aujourd'hui, avec les textes qu'on nous présente là, avec les exigences qu'on commence à nous demander, sincèrement, je me poserais la question, ainsi que beaucoup de mes petits camarades, si je m'investirais autant. Certes dans un mouvement citoyen pour aider, mais pour prendre le poste de gestion, de référent des volontaires, de machin, de rendre des comptes en permanence et autre, je suis pas sûr, vous voyez ? Et ça c'est un symptôme ! Parce qu'à l'époque on disait : « *merci, merci d'être venu, merci docteur* ». Aujourd'hui c'est : « *vous n'avez pas envoyé SI-VIC, machin machin, il faut faire une formation* ».

Ah oui ça aussi, il faut faire une formation à [nom de ville 1] pour le fameux programme informatique. Je sais pas si vous voyez [nom de la ville 1] quand on est à [nom de ville 2] il faut traverser la moitié de la France pour y aller. Maintenant ils ont mis des zones de défenses, c'est-à-dire

que moi j'étais [nom de ville 2] capitale du département historiquement [nom du département]. Maintenant ils ont fait des zones de défense à [nom de ville 3]. Donc il faudrait que j'aille à [nom de ville 3] rendre des comptes à un gars qui est là depuis même pas 5 ans, et tout ça parce qu'on lui a demandé, qui est très gentil d'ailleurs, j'ai beaucoup de respect pour lui, mais qui se retrouve aussi face à gérer une zone de défense. Alors oui à un moment faudrait que je fasse, 5 'fin 6 heures de voyage, pour aller faire une p'tite réunion et revenir. Mais ça va quoi ! J'ai aussi un boulot à côté ! [rires]

Ça semble compliqué. Si c'était une mission à temps plein ce serait peut-être possible mais là en effet c'est difficile.

Ben oui voilà ! Et puis la seule mission à temps plein, à part CROCQ et DUCROQ qui sont des gens vraiment, plus enthousiastes que moi encore, qui font ça à temps plein, mais ceux qui sont passés à Paris, CREMNITER et compagnie, ils ont pas rigoler ! C'est un boulot, enfin moi je les connais amicalement, c'est des amis de longue date, c'est vraiment super dur ! Vous devez être sur place au SAMU et évidemment quand vous êtes là, on vous fait sortir sur n'importe quoi. Forcément parce que vous êtes dans votre bureau. Donc si vous attendez, c'est pour ça aussi, parce qu'il y a une veille des CUMP, à partir du moment où on a mis des gens à temps plein, ou même à temps partiel au SAMU, ben forcément, les gens du SAMU ils sortent sur un suicide. Et ben si j'attends la catastrophe, on

considère que je fous rien, tiens, le psychiatre est en train de glander ! Donc les CUMP ça les fait sortir sur n'importe quoi. Un incendie dans un immeuble, hop la CUMP ! Parce qu'il faut rendre des comptes, parce que c'est un CHU etcétéra ! Mais en province, je pense, à Dijon je ne sais pas, mais dans les hôpitaux périphériques, on est protégés. Moi je suis à l'hôpital psychiatrique, je ne suis pas au SAMU en fait, mais si on m'avait dit : « *faut prendre le mi-temps au SAMU* » j'aurais dit « *non merci* ». J'ai plein de copains au SAMU, j'y vais souvent, c'est des potes, mais moi, me retrouver tous les jours à faire des sorties, je serais devenu dingue.

Parce que là aussi où ils comprennent pas c'est qu'on s'investi pour les CUMP pour des événements exceptionnels, pour rendre service à la société. Mais pas pour se retrouver tous les jours accrochés à un SMUR ! Avec maintenant ils veulent qu'on ait notre propre voiture ! Avec des portables, 'fin des ordinateurs, comme si on allait faire la guerre ! Non mais ça franchement, ça devient hallucinant quoi. Et c'est pas bon pour la santé !

Donc je suis peut-être un peu critique, c'est parce que je trouve qu'il y a une accélération, alors p'têt qu'il y a eu des attentats machin mais en fait j'ai eu une réunion là dernièrement qu'on ne détaillera pas ou on dit : « *oui les volontaires il faut qu'ils aient le service* » il faut le diplôme de soins d'urgences, comment ça s'appelle dans les hôpitaux, 'fin. Ben j'ai dit : « *pourquoi ?* » « *ben oui pour qu'ils puissent poser des perf' machin* »

« euh vous voulez des anesthésistes réanimateurs ou vous voulez des psychothérapeutes ? » « oui mais on sait jamais sur le terrain, ils auront peut-être des plaies à gérer » mais j'ai dit « on part au Kosovo ? On part au Vietnam ? Mais c'est quoi là ?! ».

Vous savez vous avez aussi des super passionnés un peu limites hein [rire].

Les volontaires quand on leur dit ça : « ben écoutez non, moi je veux bien donner un coup de main s'il y a des gens qui ne vont pas bien, de là à me retrouver à crapahuter en première ligne... »

Tout en disant après qu'il ne faut pas mettre en danger les volontaires. Ben j'trouve que là aussi en termes de responsabilité, on a une responsabilité de protection des personnes. Moi en tant que chef de service en tout cas, j'ai pas envie d'envoyer des personnels qui me reviennent cassés 3 jours après. Y a une psychologue qui avait géré une fois un hold-up pour rendre service elle m'a dit après : « J'arrête Monsieur [son nom] c'est trop dur, j'ai eu peur, j'étais pas bien ». Ben oui, je respecte. Parce que moi aussi une fois je me suis pas senti bien. Et j'ai encore quelques images traumatisantes de mecs qui ont eu la tête coupée dans un accident grave. C'est pas très très bon pour la santé quand même, le syndrome du vieux sergent qu'on raconte sur les militaires. C'est pas la peine que nous on l'attrape aussi hein. [blague et rires]

Entretien « psychiatre 6 »

Durée de l'enregistrement = 25 minutes 41 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors euh, je dépends d'un CHS, et en fait je suis à temps plein sur un hôpital général ou je m'occupe d'urgences psychiatriques et de psychiatrie de liaison.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Non pas spécialement. Moi je fais des thérapies comportementales oui. Voilà, mais bon en pratique d'urgence, je suis pas forcément dans le suivi quoi.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Depuis qu'elles existent [rires] donc 9... 98 CUMP [numéro du département] 1998.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Euh ben, c'est parce que déjà j'avais fait de la CUMP, comme un Monsieur Jourdin de la prose, sans le savoir [rires]. Déjà, en pratique d'urgence, et avec mes collègues, on était un peu des candidats naturels lorsqu'il y a eu

les attentats de 95. Les textes sur la CUMP de 97 sont parus, euh voilà. On était... on était des candidats naturels quoi. Voilà.

Donc ça vous a paru évident de vous impliquer ?

Oui, oui c'était assez évident. Bon après c'est vrai qu'après, il y avait une dynamique intéressante autour du professeur CROCQ qui s'était beaucoup investi euh... qui était venu me rendre visite aussi, voilà, on était dans cette dynamique-là.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Deux psychiatres. Et j'ai 52 volontaires.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Euh d'abord, c'est une responsabilité d'organisation. Au-delà du temps de l'intervention.

Une intervention, ça se prépare, au calme, et donc il y a tout une structuration à... euh, de formation d'abord d'équipe, de plan de déclenchement, pour le jour ou la minute où ça survient, on soit opérationnel quoi. Donc c'est d'abord la constitution de toute cette organisation-là quoi.

Après c'est aussi le maintien d'une certaine émulation parce qu'il n'y a pas de catastrophe tous les jours. Il faut que les volontaires qu'on n'a pas

appelé, qu'on appellera tous les 2 ans, tous les 3 ans, ben faut quand même qu'ils restent impliqués quoi.

Après c'est aussi être en relation avec l'ensemble des intervenants, pompiers, police, euh voilà hein. La préfecture... Voilà déjà il y a cette structuration. Et avec le SAMU aussi d'ailleurs, qu'il puisse nous donner les moyens d'intervenir dès qu'il y a besoin.

Et après on peut intervenir ! [rires] Et donc c'est la question de la régulation de l'intervention. Donc en relation avec le SAMU, c'est dire oui ou non. Et ça se justifie. Parce qu'on peut avoir des pressions, notamment préfectorales, pour intervenir, alors que bon, il n'y en a pas forcément nécessité je dirais, par rapport à l'action sur le stress post-traumatique quoi. Donc là, la responsabilité c'est aussi dire non. Comme parfois, les décideurs cochent une case « psychologique » et puis règlent le problème comme ça. [Blague et rires]

Donc effectivement, les décideurs de la préfecture, donc maintenant il y a des parts aussi de pression médiatique, donc ils vont dire : « *il faut à tout prix la cellule d'urgence médico-psychologique* ». Alors qu'il n'y a pas toujours l'utilité. Je crois qu'il faut qu'on se situe, c'est un canal de prise en charge, euh, une tentative de prévention du stress post-traumatique, c'est pas forcément la prévention qu'on a. Donc il y a parfois confusion, donc il faut savoir aussi dire non. Certaines fois c'est pas toujours bien vécu par la préfecture. [Silence]

Bon aussi en termes de responsabilité, c'est aussi être efficient sur le terrain. C'est savoir s'adapter à des euh... à des milieux très divers. Savoir où on débarque, sur qui on peut s'appuyer euh... quels sont les gens qui sont en capacité de décider et qui sont pas... impliqués. C'est pas toujours évident. Et puis après il faut s'occuper aussi des volontaires. Quoi il s'agit pas de les mettre en danger. Que ce soit physique ou psychique.

[Demande d'une pause de quelques secondes, car l'hélicoptère du CHU se pose, on ne s'entend plus - induit des blagues et des rires]

Vous me parlez de ne pas mettre en danger les volontaires, ce genre d'interventions ça pourrait être sujet à des difficultés sur ce plan ?

[Problèmes de réseau] Ouais, donc ne pas mettre en danger les volontaires !

Il y a une demande, c'est par exemple d'aller dans les morgues. OK. C'est-à-dire, ça c'est posé lors des attentats de Paris, de Nice. Où on a demandé à la cellule médico-psychologique de faire l'accueil des familles qui venaient récupérer les corps. Euh, je pense qu'effectivement, c'est mettre en danger les volontaires. Ils ont rien dit, ils ont rien fait, ils étaient là. Les familles étaient certes contentes, mais c'est pas un rôle de cellule médico-psychologique. Donc je sais qu'à [nom de ville], là bientôt, [nom d'un médecin] va organiser une journée de réflexion, je ne vois pas effectivement ce que nous allons faire là. Je crois que ça peut mettre en danger la santé psychique des volontaires.

Vous avez l'impression que c'est un glissement.

Oui bon, vous savez le glissement... il y a toujours des glissements. Le glissement initial de la psychiatrie de liaison c'était « *vous parlez donc vous vous pouvez annoncer les décès* » d'accord ? Donc c'est pas notre rôle.

Mais qu'on puisse secondairement repérer des personnes qui sont en situation de fragilité ou susceptibles d'engager un deuil pathologique, qu'on les prenne en charge s'il y a des réactions un peu exagérées, ok ! Mais on n'est pas là pour annoncer les décès ni être associés à cette annonce initiale. Voilà, donc c'est un peu ça hein. C'est : « *qui c'est qui parle ? Qui c'est qui peut prendre en charge ? Ah y'a les CUMP ! Allez on va les mettre partout.* » Mais si on les met dans les morgues, on ne pourra pas les mettre ailleurs. Y a pas quand même pléthore de psychiatres, de volontaires, pour que s'il arrivait une catastrophe, on puisse se positionner partout.

Voilà ! Donc je crois que c'est aussi savoir dire non et ça protège les équipes quoi. Après c'est anticiper quoi. Je crois que le rôle d'un référent c'est avec son expérience d'anticiper un certain nombre de situations, de savoir ce que ça va donner... Alors ça peut effectivement... ça passe aussi par la connaissance de chaque membre de l'équipe, hein, on sait que peut-être certains seront plus en difficulté dans telle ou telle situation, bon, faut éviter de les envoyer sur telle typologie de drame.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Hum hum... Alors euh... je pense qu'on ne peut pas voir tout le monde ! [rires] On est dans des situations exceptionnelles et là il est important de pouvoir faire confiance aux équipes avec lesquelles on travaille. Donc si effectivement euh... on a une équipe qui est soudée qui à l'habitude de travailler ensemble, moi si j'ai une infirmière ou un infirmier qui me dit : « *c'est ça et j'ai relevé tout ça* » moi je vais le signer sans aucun problème. Si c'est quelqu'un que je connais pas, ce sera autre chose !

Et si c'est quelqu'un que vous ne connaissez pas du coup ?

Et bé, va falloir qu'on apprenne à se connaître rapidement ! [rires] Et que je vois si effectivement je peux compter sur lui ou pas quoi.

Euh, bon, à la lumière des expériences récentes, donc là je vous parle de Saint Martin par exemple, euh... donc le choix a été fait de faire partir 5 membres de la même CUMP. Faire partir un groupe de 5 quoi, c'est-à-dire du même hôpital, ce qui a pu poser un certain nombre de problèmes pour dégager des volontaires. Dégager un nombre suffisant de volontaire. C'est-à-dire que les hôpitaux n'ont pas toujours suivi. Euh... mais en même temps, faire partir 5 personnes d'une même CUMP, qui se connaissent, qui ont déjà travaillé ensemble, qui vont pouvoir être efficaces d'emblée sur le terrain, plutôt que de piocher 1 d'un hôpital, 1 d'un autre, un 3^{ème}, un 4^{ème} et à tout ça euh... ajouter un psychiatre d'un autre établissement quoi. Donc là ça posera des problèmes, je dirais de confiance.

Donc voilà prendre la responsabilité de gens que je connais ou avec qui j'ai l'habitude de travailler ça pose aucun souci. Bon certes je verrais le patient rapidement hein, jeter un coup d'œil, quand même on supervise hein, c'est quand même être au courant un peu de tout sur le terrain. Donc voilà, ça passe par là aussi quoi.

Bon pour la prescription c'est un peu différent du coup. [Silence]

C'est-à-dire ?

Ben faut avoir vu la personne. Ou mettre en place des protocoles.

[Silence]

Quel type ?

Ah ben au niveau des médicaments qu'on utilise quoi ! En pratique d'urgence, chacun a ses...a ses habitudes. Moi j'ai les miennes. Du coup les infirmiers ils ont les mêmes aussi ! [rires] Donc quand ils me disent on devrait mettre ça, pour telle raison, je dis : « *oui ok* » et voilà après j'ai pas besoin de rentrer dans le détail de combien on leur met, ni sur combien de temps on va le mettre.

Le fait que vous vous connaissiez aide beaucoup la pratique.

Bien sûr, c'est la question de la confiance. C'est pour ça qu'il est important, bon il y a une charte des volontaires qui a été signée, euh c'est que ces volontaires s'engagent effectivement à se mettre dans le dispositif CUMP et euh à obéir aux instructions quoi. Bon vous savez bien que évidemment certaines catastrophes ça peut susciter plein de bonnes volontés, la plupart bien intentionnées mais pas toujours bien formées, et puis certaines, pas toujours bien intentionnées. Donc effectivement, prendre la responsabilité de ces gens-là, c'est non !

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

[Silence] De prescrire, oui, oui bien sûr. 'Fin moi à partir du moment, je fonctionne avec les équipes donc voilà. Ils connaissent leurs limites quoi. Et ils savent à quel moment il faut faire appel au psychiatre. Donc là ça pose pas de souci.

Mais bon voilà hein, si on travaille avec des équipes différentes, il faudra un temps d'adaptation que permettra pas toujours le timing d'une catastrophe.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Alors bon, il faut qu'il y ait un dossier médical, c'est normal. Je crois qu'il faut qu'on garde une trace de la personne qui a été rencontrée.

Après euh, on se rend compte en situation catastrophique, il y a un certain nombre de vrais entretiens et y'a énormément d'entretiens informels qui participent aussi à la prise en charge. C'est incontournable, donc bon voilà.

Et effectivement, des certificats médicaux établis pour des entretiens formels oui. Pour des rencontres informelles qui sont parfois la majorité, ce sera difficile. Après il s'agit, c'est chronophage, donc peut-être au niveau des outils qu'on utilise, va falloir se simplifier la tâche. [Silence] Il faut qu'on y réfléchisse. Parce qu'on rédige à la fois l'examen initial, puis le certificat médical initial à côté, ça fait une double rédaction, 'fin ça peut-être énorme quoi.

Et quelle est l'utilisation qu'on peut faire de ces certificats ?

Alors c'est déjà que les personnes soient reconnues comme étant des victimes. Euh, qu'elles puissent être tracées et éventuellement, qu'elles

puissent être indemnisées ensuite. C'est quand même ça l'objectif quoi. Donc ça, ça passe par le réseau national, 'fin c'est le principe de SI-VIC, le logiciel SI-VIC, qui a été mis en place, hein. Le certificat médical il doit quand même attester que la personne est victime. Ça évitera aussi que certains margoulins se prétendent alors qu'ils ne le sont pas. Mais enfin, ça c'est une minorité. La majorité des personnes euh, elles vont dans l'immédiat se dire : « *ouais aller ça va, c'est pas grave, j'en suis quitte pour la peur, je vais rentrer chez moi, y a pas de soucis* ». N'empêche que si elles ont été vues, il y aura une trace, et lorsqu'elles seront un peu plus mal, on peut continuer, enfin, on peut faire reconnaître le trouble. Ça c'est quand même essentiel.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Souvent, euh, on en a fait quelques-uns. Alors moi je ne suis pas allé à Nice, je ne suis pas allé à Paris. On est allés aux Antilles... Euh aux Antilles, donc un certain nombre quoi. Sur Nice on a vu quelques personnes qui étaient au 14 juillet et qui sont revenues. Donc on a fait les certificats, secondairement.

On n'a pas eu, enfin, un membre de mon équipe est allé à Barcelone, mais ça c'est très vite arrêté et il y a pas eu de retours sur le département quoi.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Alors il y a un certificat type. Vous l'avez peut-être ? Ben c'est celui là ! S'il est fait, je le coche, je le rempli. Ce qui m'embête, c'est qu'il y a deux papiers, c'est de devoir remplir les deux papiers qui se ressemblent fortement. [NDR. certificat médical type et fiche de dossier patient]. On va essayer d'harmoniser ça ! Je sais pas si faut un système de papier carbone ou quelque chose qui permet d'avoir une partie qui soit le dossier et une autre partie qui soit le certificat médical, parce que finalement, ça se ressemble beaucoup. [Silence]

Et déjà, ne serait-ce que de relever le nom, le prénom de la personne et de mettre qu'on l'a rencontrée même de manière informelle, bon ça on peut déjà faire un faire un certificat basique : « *j'ai rencontré cette personne à telle occasion* » voilà point. Ça prouve déjà qu'elle était là. Après la symptomatologie elle met parfois un peu de temps avant de se déclarer.

D'ailleurs c'est effectivement, si vous faites des rencontres informelles comme ça, bon les gens ils sont un peu circonspects, ils peuvent être même un peu suspicieux : « *pourquoi vous me demandez mon nom, qu'est ce qui va se passer ?* » je leur dis : « *ben voilà si vous me rappelez je sais qui vous êtes. D'accord ? Et il y a trace que vous étiez là, ça peut vous aider par la suite* ». Ils acceptent sans problème. [Silence]

Le certificat c'est quelque chose que vous proposez ou vous le faites que si le patient pose la question ?

Euh pff, ça va dépendre de la demande du patient, ou je peux le proposer. Ca va dépendre des circonstances effectivement.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Euh après c'est tout le statut des référents hein. Ou les psychiatres qui s'engagent dans ce genre de démarches quoi. Euh, disons que ça a bien fonctionné, c'est quand même basé sur le volontariat de professionnels... Mais au niveau départemental, il y a eu aucun temps spécifique de dégagé euh pour, enfin bon pour les psychiatres quoi !

Donc on fait ça en plus, en essayant de se rendre disponible au maximum. En pratique, j'ai un téléphone catastrophe tout le temps dans la poche. Après je suis là ou je suis pas là. Mais au niveau continuité, forcément ça peut pêcher. Et en même temps, on fait ça en plus de notre travail habituel. Et si effectivement il y a un événement catastrophique, on va se détacher du travail habituel. Et on n'a pas de temps dédié pour euh, à l'organisation générale : quand je vous parle de protocole, de manier les déclenchements, de formations des volontaires, de tout ça, on n'a pas de temps dédié. C'est déjà bien que les hôpitaux jouent le jeu, mais ça ne doit pas être le cas partout.

[Silence]

Vous pensez que ça peut-être un risque le fait que ce soit basé sur le volontariat ?

Alors euh, pfff, t'façon on peut pas maintenir un équilibre en permanence des équipes pour des situations exceptionnelles. Ça c'est pas...en tout cas au niveau départemental. Peut-être qu'à un niveau régional ce serait possible. Le risque, c'est de pas... un 15 août si y a un gros problème. Je sais pas moi, on est à côté de [nom d'un lieu] [rires] donc ça peut-être une cible potentielle. Voilà un 15 août, [type de manifestation] des dizaines de milliers de personnes, il peut y avoir un problème. Le 15 août, et ben je trouverais les volontaire qu'il y a ! J'aurais très rapidement besoin de demander de l'aide en extra départemental. Voilà hein. Donc effectivement, dans la mobilisation initiale, on risque d'être un peu dépassés. C'est là le risque.

Entretien « psychiatre 7 »

Durée de l'entretien = 12 min 46

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

CHG, un seul secteur à l'hôpital général.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Moi, j'ai une triple formation, et les collègues ça dépend. Y a pas de chapelle... y a pas de chapelle à l'hôpital, chacun utilise les outils qu'il connaît le mieux le mieux.

Vous me dites une triple formation ?

Moi j'ai eu à la fois une formation sur [nom de l'hôpital] chez les Lacaniens, tout ça, et puis également une formation plus chimiothérapeutique sur [nom de ville] et hôpitaux généraux.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Euh depuis mon arrivée à [nom de sa ville] c'était en 2001.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Je suis pas devenu volontaire. C'est comme j'étais le médecin chef de secteur ça m'est tombé dessus. [rires] C'est comme ça.

Ça faisait partie du poste que vous avez pris ?

Euh non, c'était un collègue qui l'avait mais qui souhaitait pas le garder.

Donc euh j'ai dit : « *pourquoi pas* ». [souffle]

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Et ben tous les psychiatres hospitaliers du département sont par définition dans la cellule.

C'est pas sur la base d'un engagement volontaire ?

Bah on est pas très nombreux, on est une petite dizaine donc euh bon...

Et il y a combien de volontaire en tout ?

OHHH ! [Silence] Je dirais une trentaine. En fait [nom du département] c'est un département, ou y a trois secteurs de psychiatrie, chacun étant rattaché à l'hôpital général.

Donc euh le secteur 1 est rattaché à [nom de ville], le 2 à [nom de ville] et le 3 à [nom de ville].

Donc en fait, quand y a une CUMP qui est censée se déclencher ou pas, c'est le psychiatre qui est d'astreinte sur les lieux qui déclenche le dispositif ou qui déclenche pas.

Si ça se passe à côté de [nom de ville 1] c'est le psychiatre d'astreinte à [nom de ville 1] qui voit avec le SAMU s'il faut déclencher ou pas. Si ça se passe sur [nom de ville 2] c'est celui de [nom de ville 2] et si c'est [nom de

ville 3] celui de [nom de ville 3]. Après c'est moi qui suis prévenu si vraiment il faut mettre en place quelque chose. Et le cadre de santé qui s'occupe plus particulièrement de ça.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Ben ! Comme la responsabilité de médecin habituelle. Pas plus ni moins. 'Fin je pense pas qu'il y ait de responsabilité particulière parce qu'on fait de la CUMP. [Silence] Ca fait partie de notre pratique et pis voilà.

Puis faut dire qu'on est pas si souvent... on fait pas si souvent des interventions. C'est quand même relativement rare sur le département. [Silence]

Quand vous me dites rare ? C'est... je ne sais pas, une fois tous les mois ?

Ah naaan ! C'est une fois par an les jours où y'en a beaucoup. Et par contre, il nous arrive de donner des coups de main au niveau national. [Silence] Donc, sur le territoire, depuis 2001 que j'y suis, la CUMP a dû être déclenchée 5 ou 6 fois quoi. Et par contre, on continu à s'entraîner pour des trucs qui sont pas des CUMP mais plutôt des traumas type hold-up dans un magasin ou des choses comme ça. C'est pas de la CUMP mais pour continuer à garder un petit peu l'habitude et de traiter les gens on y va quand même. Ou dans des lycées, 'fin des choses comme ça, mais c'est pas des vraies CUMP. C'est des interventions en post-traumatique quoi qu'on continu à faire.

Pour vous « vraie CUMP » ça sous-entend quoi ?

Ben « vraie CUMP » c'est dans le cadre d'un plan blanc, déclenché officiellement par le préfet, le SAMU, machin tout ça. Où faut mettre des trucs en place. Et les autres c'est on déplace 2 ou 3 personnes pour écouter un groupe ou des personnes qui ont été impliquées dans quelque chose mais qui est pas de l'ordre des grand plans blancs.

Et vous me disiez « j'envisage ma responsabilité comme celle d'un médecin habituel » est-ce que vous pouvez détailler un peu ?

Ben on est responsable des gens qui traite, des gens qu'on traite en général. [rires] C'est marrant ça. On est censés les traiter selon les données acquises de la science, arriver à les soulager, ce genre de choses. C'est pas parce que c'est une CUMP que c'est des patients différents.

Et après dans des lieux comme chez nous où il y a une grande identification médicale où on est obligé de priori..., priori, comment on dit, prioritahh ! Je suis fatigué. Prioritiser, nan, prioriti... 'fin donner la priorité c'est ça que j'veux dire !

Prio...riser peut-être ?

Prioritiser ou un truc comme ça ! [rires]

Donc, donc, voilà, la CUMP c'est des choses éventuellement à faire en plus qu'on a pas la capacité de faire.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Ben je pense qu'il faut plutôt déléguer les choses. Plutôt que de réduire les psychiatres à un rôle de rédacteur et de prescripteur.

Je veux dire, y a des traitements qui sont administrés par les infirmiers à l'hôpital tout les jours sans qu'il y ait une vraie prescription. Les traitements « si besoin » et ce genre de choses où c'est déjà les infirmiers qui jugent si le patient a besoin de ce traitement. Ou bien y'a des protocoles aussi dans nos équipes. Où c'est pas les psychiatres qui prescrivent. Le plus simple en terme d'égalité, c'est qu'on autorise les, les psychologues à faire des certificats médicaux et les infirmiers à prescrire des traitements si besoin.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Non parce que on a pas eu de gros... La dernière vraie CUMP, vous voulez que je vous la raconte ?

Allez-y !

La dernière vraie CUMP, c'était... chez nous c'était les inondations de juin 2016, où ya des villages qui ont été remplis de flotte, des choses comme ça, avec des gens qui étaient... un peu choqués. Alors la préfecture nous a demandé d'organiser en urgence une CUMP euh ce week-end-là. Donc on a mis en place une CUMP avec des infirmiers, des psychologues, un docteur, dans une salle prêtée par la municipalité, on a fait un appel à la population, on a eu zéro personne. Parce que, y sont... Donc on a fait ça le lendemain, dimanche, de 9 heures à 18 heures, et on a eu zéro personne. Donc on a rien eu à machiner. Par contre on avait détaché des gens qui allaient sur [nom du département] où ça avait été pire à [nom de ville] tout ça, et en fait les gens ils attendaient plutôt des assureurs, les, les, ... La CUMP a servi à empêcher les conflits entre le maire et les gens qui avaient acheté des terrains inondables. La CUMP, enfin voilà.

On a des gens qui ont été à Saint Martin, ils ont été détachés sept jours et y ont passé une demi-journée en tant que CUMP. J'ai un peu de recul dans mon expérience sur l'utilité et la manière dont les choses s'organisent.

Pareil quand y a eu le Bataclan, tout ça, y a des gens de chez nous qui sont montés et voilà, l'organisation c'était tel que pff, ils se sont pas sentis très utiles. [Silence]

Vous me dites « l'organisation était telle... » c'est-à-dire, comment ça s'est passé ?

En gros quand y a une vraie CUMP, ou une vraie catastrophe, c'est le bordel quoi qu'il arrive. Et les choses ne vont jamais exactement comme on voudrait. Et ça se passe pas comme les gens ont organisé. Donc c'est pour ça.

Mais ça c'est parce que je suis un vieux ronchon ! J'ai 60 ans et je fais ça depuis 15 ans et puis voilà ! [rires] Vous, vous êtes jeune et pleine d'espoir faut pas écouter ce que je dis ! [rires].

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ben parce que toujours c'est mieux quand y a un psychiatre qui est docteur machin. Mais un psychologue, ben il fait aussi des certificats ! Et puis après c'est une question de... d'indemnités à aller récupérer là derrière c'est des histoires de gros sous derrière. Et c'est pour ça qu'il faut que ce soit un médecin qui constate, parce qu'on est censés être sérieux, experts, et pas faire de certificats de complaisance.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

De complaisance ? Jamais !

Non pas de complaisance ! [rires]

C'est enregistré en plus enfin ! [rires]

Euh non, moi dans le cadre de CUMP auxquelles j'ai participé sur le département, les vraies CUMP plan rouge tout ça, j'ai jamais eu à faire un seul certificat. Ou peut-être 1 fois ou 2 mais réclamés par des gens pour des histoires d'assurance. C'était toujours derrière des histoires d'assurance. Pour avoir des indemnités, des choses comme ça, il leur faut un docteur...

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Ah ben c'est « je soussigné... certifie que, que, Monsieur Machin a été suivi régulièrement de telle date à telle date pour des troubles relevant de ma spécialité, qu'il déclare en lien avec tel truc ou tel truc » à peu de choses près.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Non.

Si le truc important qui est un truc qui va jouer, enfin qui va avoir son rôle, parce qu'il y a de moins en moins de psychiatres et que les psychiatres ils faut pas qu'ils soient que des rédacteurs juridiques de certificats.

[Problème de réseau]

Donc de certification médicale et qu'on demande au psychiatre de plus en plus de certificats dans le cadre de la loi de 2011 maintenant et tout ça, je pense qu'on va arriver de toute façon, même dans la mission générale à une mission de délégation de tâches vers les infirmiers qui auront plus de responsabilité ou les psychologues, mais faut arriver à définir ce qu'est un psychologue, un psychothérapeute et on a un petit peu de mal. C'est un peu dans cette optique qu'avait été créée l'ordre des infirmiers à l'époque, pour qu'ils aient une responsabilité devant un ordre par exemple. Comme y a l'ordre des médecins pour nous. Mais ça c'est en général hein.

Entretien « psychiatre 8 »

Durée de l'entretien = 39 min 31 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors euh...je suis, enfin j'étais parce que j'ai démissionné fin février, j'étais chef de pôle, au CH de [nom de ville 1] et j'ai créé le service de psychiatrie d'urgence et de liaison qui est au CHR de [nom de ville 2] [nom de l'hôpital]. Euh alors que je dépends du centre hospitalier spécialisé de [nom de ville 1] j'exerce depuis 1995 comme psychiatre au service des urgences au SAU. Et depuis 97 dans les CUMP. J'ai fait l'inauguration des CUMP, je dois être un des plus vieux CUMPiste de France. On doit être 2-3 a être je crois euh... [silence] Donc les CUMP, pour moi la CUMP était étroitement liée à... au SAU, le service d'accueil des urgences où j'exerce.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Donc j'ai fait une formation qui était plutôt psychanalytique et un DU de TCC [NDR. Thérapie Cognitivo-Comportementale] quand même [rires].

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

1997, [mentionné spontanément plus tôt]

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Ben, comme j'étais le seul psychiatre à m'occuper des urgences sur [nom du département] j'ai été désigné d'office. Grosso modo c'est comme ça que ça c'est fait, si vous voulez. Donc en [nom du département] plus d'un million d'habitants, y'avais comment ça s'appelle euh... un seul service d'urgence psychiatrique au CHR de [nom de ville] euh à proximité immédiate bien sur, du SAMU, avec qui on travaillait déjà étroitement. Donc voilà naturellement, j'étais... les deux étaient étroitement liés, urgences psychiatriques. Comme j'étais le seul, à cette époque-là, j'étais le seul aux urgences, pour l'ensemble de [nom du département] donc j'ai été désigné de façon naturelle si vous voulez. Depuis j'ai toujours continué à m'occuper, après les renforts qui a pu avoir, le développement des différents urgences qu'il y a pu avoir sur [nom du département], j'ai continué à coordonner le réseau CUMP sur [nom du département].

Donc je viens de démissionner donc de ma chefferie de pôle. Donc, j'étais CUMP volontaire bénévole si vous voulez en 97. C'était une simple CUMP dépendant de l'inter région qui était dirigée par [nom de ville 1] à l'époque. En 2003 la CUMP [numéro du département 1] est devenue une CUMP renforcée avec un demi-poste, avec un demi-poste euh....donc dédié comme psychiatre. Mais bon en même temps comme je faisais à peu près 5 demi-postes voilà. J'ai décidé là de démissionner de ma chefferie de pôle et de revenir à 2 demi-postes, et donc je suis passé de la

CUMP [numéro de département 1] à la CUMP [numéro de département 2] qui est zonale. Donc si vous voulez avant [nom de ville 2] était préfecture de zone, il y a eu une petite discussion sur est ce que [nom de ville 2] est zonale ou pas et puis donc, en 2017, en mai 2017 c'est donc le SAMU de [nom de ville 1] qui a été considéré comme SAMU de zone, et la CUMP de zone a été rattachée au SAMU de zone. Donc voilà, comme je voulais démissionner pour de multiples raisons, j'ai été mis à disposition du centre psychothérapique de [nom de ville 1] pour faire ce demi-poste de CUMP [numéro du département 2] et zonal [nom de la grande région].
[Blague et rires]

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Vous parlez de quelle CUMP ? De la CUMP [numéro de département 1] ou de la CUMP [numéro de département 2] ? Je sais plus sur laquelle je dois répondre.

Sur la CUMP [numéro de département 2] y a un peu plus d'une centaine de personnes et sur la CUMP [numéro de département 1] y'en a 80 ; y'en avait une centaine aussi, on a préféré réduire le nombre, on est à 80 à peu près.

Donc tous personnels confondus ?

Oui, sur la CUMP [numéro de département 2] y'a encore un peu moins d'une dizaine, y a une dizaine de psychiatres et dans la CUMP [numéro de département 1] j'avais a peu près une dizaine de psychiatres jusqu'en 2014 et depuis je n'avais plus personne. J'avais des correspondants, mais je n'avais plus de, comment ça s'appelle, de volontaires psychiatres dans la CUMP [numéro de département 1], J'avais que des infirmiers et des psychologues.

Pour des raisons multiples. Par exemple là sur le [numéro de département 2], à [nom de ville 1] comment ça s'appelle... l'idée était, l'idée que le psychiatre qui travaille aux urgences psychiatriques du CHU de [nom de ville 1] est désigné volontaire si vous voulez pour la CUMP. C'est-à-dire que ça fait partie du profil de poste. Si vous voulez travailler aux urgences, automatiquement vous devez travailler sur le psychotraumatisme et automatiquement vous devez être volontaire désigné pour la CUMP.

Sur le [numéro de département 1] c'était, ça allait de soi si vous voulez au départ et puis, en 2014 quand les textes sont ressortis, qui insistaient bien sur le volontariat, j'ai joué la carte du volontariat. Tous mes collègues des urgences de [nom de ville 2] ont démissionné. Et j'avais des correspondants sur les différents hôpitaux, y'a 4 hôpitaux psychiatriques sur [nom du département]. Sur les 4 hôpitaux j'avais des correspondants, mais qui ne font pas partie de la CUMP.

Donc voilà, on est, je pense que j'ai eu le tort de suivre à la lettre le texte [rires] qui dit que font partie de la CUMP que les volontaires. En fait j'ai pas désigné les collègues comme volontaires obligatoires. Mais peut-être qu'il faudra le refaire, parce que c'est pas possible de faire une CUMP sans qu'il y a suffisamment de médecins psychiatres.

Au-delà du volontariat, c'était pas un désintéret si vous voulez par rapport aux CUMP, c'était plutôt une charge de travail, des collègues qui estimaient que vue la charge de travail qu'on a aux urgences, la CUMP se rajoutait, donc voilà on a un débat sur... sur... euh... sur... la trop grande charge de travail qu'on a aux urgences.

C'est vrai qu'on était à l'époque, j'ai longtemps travaillé seul aux urgences alors qu'on est dans un CHR, c'est-à-dire qu'on est à peu près un nombre de passages équivalent à un gros CHU. Donc c'est vrai qu'on a été un peu plus nombreux à une certaine époque, on est de nouveau nombreux maintenant, mais a une époque on était... pour les urgences de [nom de ville 2] on était que 3 PH hein en ayant d'autres missions comme la liaison, l'addictologie. Donc c'est vrai qu'on avait une grosse charge de travail et on avait des postes non pourvus. Donc ça faisait partie du mécontentement, et de la raison pour laquelle les collègues ne voulaient plus continuer à travailler sur 36 missions alors que les postes n'étaient pas pourvus. Moi par exemple, j'ai euh, c'est vrai que c'est vrai que le demi-poste CUMP [numéro de département 1] bon, il faisait partie de 5

autres demis postes [rires] sur lesquels j'exerçais. Donc il y avait beaucoup de postes non pourvus sur une zone en sous-effectif médical, et donc effectivement, voilà, y'avait cette revendication de la part des collègues. Que n'a pas [nom de ville 1] parce qu'en temps qu'universitaires ils sont quand même mieux pourvus quoi. Même s'ils peuvent se sentir aussi menacés maintenant.

C'est un des problèmes des CUMP qu'on a depuis le début, voilà. On a pris ça en plus de ce qu'on faisait sans que nos administrations perçoivent ce cumul de charge. On a accepté de le faire mais en même temps... voilà quoi, en termes de charge de travail et de responsabilité justement, on était, on a quand même pas mal compensé les manques d'effectifs.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Alors euh, j'ai longtemps été très, comment dire... [silence] la phrase de Lacan, m'autoriser que de moi-même ? Y'a une phrase célèbre là. J'ai été chef de service, ensuite chef de pôle. J'ai été responsable de la CUMP, bon on avait un travail qui était plutôt participatif, y'avait pas vraiment de comment ça s'appelle, de hiérarchie, c'était plutôt un travail d'équipe et un travail de gens qui se connaissent, qui se cooptent et qui travaillent ensemble parce qu'ils s'apprécient. On était un peu dans ce domaine-là. Et puis là maintenant... Ce qui fait que j'étais investi, à la fois responsable

au niveau du service public, une intervention individuelle, mais aussi une mission euh, une mission de service public.

Donc les choses on quand même pas mal évolué en 20 ans et là on se retrouve plus un peu comme des subordonnés. Tout à coup on devient... Si vous voulez avant j'intervenais par moi-même, j'étais respecté par le préfet, respecté pour mon expertise psychiatrique, là maintenant, on se retrouve dans des fonctionnements, des protocoles qui sont gérés par l'administration, par l'hôpital, par des conventions qui nous lient, et où ma responsabilité me paraît de moins en moins, comment dire [silence] sur le plan clinique, et aussi sur le plan administratif, on devient un espèce de pion qu'on déplace un peu comme ça. Enfin voilà.

Avant j'étais responsable, mais si vous voulez plutôt comme animateur d'un réseau hein et euuuh, voilà, j'avais pas besoin de rendre de comptes. Je pouvais faire mon petit bricolage dans mon coin, j'ai beaucoup bricolé. J'ai fait beaucoup de bricolage, parce que je n'avais pas les moyens, parce qu'on faisait ce qu'on pouvait avec les moyens du bord. Mais on le faisait parce qu'on le faisait si vous voulez dans des missions qu'on avait accepté. Là maintenant, on a l'impression d'être voilà... On a l'ARS qui a pris les choses en main, ce qui est une bonne chose, ce qui va permettre de sortir du bricolage, mais je me retrouve maintenant avec comment ça s'appelle, des entraves. Je me retrouve quand même pas mal embuché dans mon travail, c'est une des raisons pour laquelle j'ai démissionné hein

mais au niveau de la CUMP c'est un petit peu pareil. Avant je téléphonais à un correspondant, je demandais s'il était disponible pour une CUMP. Là maintenant faut que je demande à la garde administrative s'ils veulent bien libérer le personnel de leur choix, en fonction de leur critères à eux. Moi avant, je savais qu'il y avait tel psychologue sur tel CMP et euh j'allais privilégier si vous voulez plutôt la proximité du terrain, aujourd'hui, euh, je passe par le directeur des soins qui va décider lui qui il va m'envoyer. Donc voilà, ma responsabilité a été... autant je comprends bien si vous voulez qu'au niveau du directeur des soins, au niveau de responsabilité, de respecter la législation, de respecter les plannings des services, si vous voulez, de faire en sorte de pas démunir un service pour pouvoir partir sur une mission d'urgence. J'entends bien ça, je veux bien me soumettre... aux exigences de fonctionnement de l'hôpital, mais là maintenant, il y a vraiment, voilà, une espèce de... de perte de responsabilité, si vous voulez si avec la direction du centre 15... on décidait d'une mission CUMP eu voilà, c'était moi qui donnait la légitimité de l'intervention et qui officialisait l'intervention CUMP, et après on était si vous voulez un peu libre de travailler et de travailler selon notre éthique et notre... notre savoir-faire si vous voulez et notre entraînement, nos doctrines. Là on se retrouve avec effectivement, comment ça s'appelle, de devoir passer par les autorités administratives, de demander, 'fin voilà c'est compliqué, ça devient plus compliqué. C'est un sentiment de perte de responsabilité

justement. J'avais l'habitude d'être mon propre chef et là je me retrouve un peu comme un subordonné de l'administration, ce qui est fort désagréable [rires]. C'est un vieux psychiatre qui vous dit ça.

Moi j'ai été nommé par le ministre si vous voulez. En tant que chef de service, je suis chef de service depuis 99, j'ai été nommé par le ministre. J'avais de comptes à rendre qu'au préfet, si je faisais des bêtises, c'était le préfet qui pouvait me passer un savon au niveau si vous voulez, sur le plan disciplinaire. Là aujourd'hui je me sens subordonné d'un directeur, il est pas bien méchant mon directeur actuel [rires] mais le précédent était plus difficile... Donc on se retrouve... Voilà ! Si vous voulez, en termes de responsabilité, je me suis retrouvé, j'ai la sensation que j'étais libre et responsable de ce que je faisais, aujourd'hui, je suis dans des contraintes administratives avec le sentiment d'être un subordonné.

Et dans la CUMP en particulier puisque j'ai eu, comment ça s'appelle, des conflits assez rudes sur la CUMP [numéro du département 1] avec la directrice des ressources humaines qui, ... une psychologue à mi-temps qui travaille dans un service de psychiatrie de liaison, qui était, donc que j'ai recruté, la précédente étant partie à la retraite, j'ai recruté en faisant un profil de poste dans lequel le mi-temps CUMP était décrit, qui a été publié par la directrice des ressources humaines. Et après coup, la directrice des ressources humaines, conteste, conteste, voilà quoi. Alors moi je dis que la psychologue doit travailler à mi-temps sur la CUMP et la directrice des

ressources humaines dit « *ah ben non la CUMP ne fait pas partie de l'hôpital de [nom de l'hôpital] c'est une unité fonctionnelle qui dépend du SAMU et du CHR, et le... c'est votre responsable fonctionnel qui vous demande de faire ce travail là, mais moi, directrice des ressources humaines du centre hospitalier, je ne vous reconnait pas ces compétences-là. Vous travaillez sous l'autorité du chef de service, donc vous faites ce que le chef de service vous dit de faire mais moi, je ne suis pas d'accord, et par exemple je ne vous accorde pas d'ordre de mission permanent.* »

On a eu une mort subite chez le préfet euh... en... septembre 2017, le SAMU nous a demandé de faire une intervention à la préfecture. Moi j'étais absent, mais cette psychologue prévient son administration qu'il y a une CUMP, et on lui dit : « *vous avez le droit d'y aller mais il faut que vous soyez rentrée à 17 heures parce que y a pas de, vous pouvez pas faire d'heures supplémentaires* ».

Alors voilà, en termes de responsabilité, vous ne pouvez plus rien faire, vous êtes pieds et poings liés ! Alors la psychologue, elle sa responsable hiérarchique est la directrice des ressources humaines.

Donc voilà en terme de responsabilité, moi j'ai encore, en tant que médecin une certaine responsabilité, mais clairement, la psychologue est soumise à une hiérarchie plus contraignante.

Alors je ne sais pas si ça va dans le sens de la responsabilité telle que vous l'entendez ?

Si je pense que ça en fait partie.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Alors... Le problème pour moi se posait peut être différemment puisque je me suis retrouvé tout seul en 2014. Si vous voulez j'étais un peu sur tous les fronts. A la fois j'étais le régulateur, le coordonnateur, sur le terrain et effectivement à travailler sur [téléphone qui sonne] excusez-moi.

Donc le fait qu'on exige de nous un travail spécifique. Bon ça été surtout le cas sur Nice ou sur... enfin surtout sur Nice ! Après les attentats de Paris, avec des circulaires interministérielles, qui dictaient aux, comment ça s'appelle, aux psychiatres, de faire un certificat de lésions initiales.

Donc on s'est retrouvés finalement tout d'un coup... bon moi j'ai pas été à Nice, euh pour des raisons personnelles. J'ai 17 infirmiers qui sont partie à Nice, 17 infirmiers et psychologues de [nom du département] et y'avait pas de psychiatre [nom des habitants du département]. Et y étaient... y à le collègue [nom] de [nom de sa ville] qui était là, y a [nom] du [numéro de département] qui était là, et qui accompagnait également. Enfin ils se sont retrouvés avec d'autres équipes et avec des médecins.

Mais c'est vrai que les médecins ont été accaparés, pour faire que ça. Au départ c'est assez pénible de faire que des certificats, je pense qu'en plus avec le côté répétitif, c'est presque en terme de traumatisme vicariant, voilà je trouve... Passer la journée à entendre certaines choses et à répéter ces certificats était quelque chose d'assez pénible. Et je trouve qu'on sortait totalement à mon avis du cadre des missions CUMP.

Les missions CUMP c'est quand même une mission de soins, et là tout à coup, on nous demande de... euh bon, je pense que faire un certificat de passage... un certificat de lésions initiales ça me paraît tout à fait euh légitime. Souvent avant ce qui était fait c'était le psychologue ou l'infirmier qui pouvait faire une attestation de ce qu'il avait constaté. Eventuellement ce qu'on faisait avant, après coup, on validait si vous voulez cette attestation médicale par un certificat, même pour des patients qu'on n'avait pas forcément examiné. Et là tout d'un coup on nous demande d'être comme les urgences médico-judiciaires ! Avec en

plus les urgences médico-judiciaires qui font pas leur boulot. Parce que je suis désolé, faire, donner une ITT pour un préjudice psychologique, c'est le travail des urgences médico-judiciaires. Donc tout d'un coup on a demandé, comment ça s'appelle, aux psychiatres de faire ce travail d'urgence médico-judiciaire, où d'ailleurs y a les psychologues qui font du soin. Alors voilà, le psychiatre se retrouve à faire un médico-judiciaire, alors que le psychologue de l'UMJ fait du soin. Alors effectivement on n'était pas dans nos missions. Alors effectivement, on doit remettre tout certificat que l'état du patient justifie... Donc que les psychiatres sortent du soin pour se retrouver uniquement sur ces aspects médico-judiciaires, ne m'apparaît pas être une bonne chose. Et donc effectivement on s'est retrouvé avec effectivement sur le plan clinique, les infirmiers et les psychologues. Alors qui sont tout à fait, bon ! Qui ont la même formation, et dans l'urgence, je pense qu'on est... je pense que, ils travaillent sous la responsabilité si vous voulez, euh du psychiatre, y pas de... y'a un transfert de charge, y'a comment ça s'appelle, une responsabilité... comment ça s'appelle, y'a un terme, je cherche, ça va me revenir, lorsque vous faites un travail, lorsqu'un infirmier fait un travail sous la responsabilité du médecin...

La délégation ?

La délégation de tâche voilà merci ! Je ne retrouvais plus ce terme.

Moi par exemple aux urgences, lorsque y'a psychotraumatisme, les patients ne sont pas forcément vus par un psychiatre. Ils sont vus par euh un infirmier ou le psychologue et qui peuvent en référer, qui sont supervisés par le psychiatre. Mais donc effectivement, si vous voulez sur le plan, y'avait pas de hiérarchie. Psychiatre, infirmier, psychologue, y'avait, en terme de CUMP on avait le régulateur, le coordonnateur sur le terrain, et le coordonnateur sur le terrain pouvait être un infirmier ou un psychologue. Donc y'avait pas de hiérarchie. Et là tout d'un coup, avec ce certificat, euh on réintroduit une hiérarchie et si vous voulez on a privé le terrain clinique de psychiatres pour les mettre uniquement sur cet aspect médico-judiciaire. Bon. Quelqu'un qui a été vu, on peut faire un certificat comme quoi il présentait tel et tel état, donc c'est vrai, ils veulent un certificat médical. Un psychologue est tout à fait capable de faire une attestation, qui a mon avis a une valeur clinique tout à fait... identique. C'est vrai que dans le cadre des urgences, on avait souvent travaillé ça par le passé, c'est-à-dire que, un patient qui avait été examiné par exemple par une personne, pouvait se retrouver avec un certificat qui était fait dans un deuxième temps par un médecin des urgences qui n'avait pas vu le patient. Bon ça maintenant c'est plus possible. C'est des pratiques qui se faisaient. Avec l'ouverture des urgences médico-judiciaires, voilà. Le certificat, il faut dire qu'on a bien examiné ce patient là. Moi ce que je faisais avant, si vous voulez j'ai longtemps fait ça, je disais « *patient qui a*

été examiné par telle personne, telle fonction » et en tant que chef de service supervisant le travail de cette personne qui avait une délégation de tâche, j'attestais par ce certificat médical, en précisant bien que c'était pas moi qui avait examiné le patient, et que le patient avait été vu par l'infirmier, et je pouvais noter dans le certificat, ce que l'infirmier avait constaté.

Donc effectivement, ça c'est complètement remis en cause et complètement apparemment obsolète. Mais du coup, ça fait que les psychiatres qui sont partis sur les dernières missions, 'fin les grandes missions, parce que le problème se pose moins je dirais dans une CUMP... je dirais, les catastrophes à effet limité, que sur les grands attentats Nice ; ou les Antilles où les choses se passaient un peu différemment. Là, le grand nombre de victimes faisait... [silence]

Là aussi en termes de responsabilité avant on était dans un travail très dynamisé avec une relation de, voilà on reçoit des victimes, on essaye de les accueillir en humanisant leur prise en charge, et là tout d'un coup, on se retrouve pris dans un mouvement pseudo administratif où il faut étiqueter la victime avec SI-VIC, il faut lui mettre un numéro, il faut lui produire un certificat. On sort de la relation intersubjective, entre deux sujets, et on se retrouve là tout d'un coup, on nous demande un travail, [silence] de collectionneur, de collectionneur de papiers, de

collectionneur administratif. Qui fait perdre du sens au soin et aux missions qu'on avait avant.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Je l'ai fait par le passé. C'est-à-dire, je répète, j'attestais en tant que responsable du service que telle personne de mon service avait examiné telle personne et avait constaté ça. Donc voilà. Donc là maintenant, on donne un certificat fait par le médecin qui a examiné le patient. Donc, c'est vrai que ça change un peu les choses. Surtout quand vous êtes tout seul pour l'ensemble d'un département...

Je sais pas pour Nice, j'ai eu des dizaines et des dizaines de gens qui sont venus me voir, non pas pour des soins, mais parce que j'étais LE responsable CUMP de [nom du département] et qu'ils avaient, que l'officier de police judiciaire a l'obligation d'avoir, leur, leur, comment ça s'appelle, leur certificat pour déposer plainte. Leur certificat de lésions initiales et leur ITT.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Boh parce que d'une part les urgences médico-judiciaires ont refusé de les faire. On était censés faire du soin, et là tout à coup on nous demande

de faire un travail euh... Qu'on fasse un certificat pour un patient qu'on a vu, oui. Qu'on le fasse, ensuite dans l'urgence, suite aux attentats, ça me paraît... Bon voilà. Est-ce qu'on demande en urgence au médecin du SAMU de faire ces certificats ? Les certificats d'ITT, ils sont faits après coup et pas par les gens du SAMU.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Je vous dis, suite à Nice, où je n'étais pas, 'fin j'étais pas sur place à Nice. Je sais que [nom] de [nom de ville] qui est le régional ici de [nom de la grande région] il faisait que ça toute la journée ! Les infirmiers / psychologues faisaient le travail clinique et lui envoyait les gens. Alors il était obligé de recommencer un minimum d'entretien même s'il avait quand même la fiche de remplie ou de pré remplie par l'infirmier. Il passait son temps qu'à ça, au lieu d'être plutôt dans un rôle, de voir des gens d'une part, et de superviser d'autre part. Ça l'a embolisé, il passait son temps qu'à ça. Je pense que c'est pas le rôle, c'est pas le rôle des psychiatres CUMP de faire le travail des urgences médico-judiciaires.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

J'utilise le modèle national qui a été proposé suite au RETEX [NDR. retour d'expérience] de, comment ça s'appelle, de Paris. Avant on avait encore des certificats un peu variable d'une région à l'autre. Donc à Paris les

choses se sont un peu uniformiser et à Nice... Donc j'utilise le modèle national effectivement. Donc je le fait ! Donc je râle après mais je le fait ! [rires] Moi je le fait.

Là j'ai vu, je dois en faire un ou deux, j'ai une réquisition d'un officier de police judiciaire, pour des gens qui étaient à Nice et qui n'ont pas été vus depuis Nice. Je viens de découvrir, là, y'a un mois ou deux. Donc j'ai toujours pas fait le papier d'ailleurs, l'officier de police judiciaire s'impatiente. Donc il m'a fait une réquisition, mais j'avoue que j'ai pas tout de suite, j'ai pas fait tout de suite le certificat.

Des gens sont venus me voir que pour ça. Je sais pas c'était quand, en 2015 ?

En 2016

2016, donc ça fait deux ans, quasiment. Donc un an et demi après, euh, je les vois, donc, je les vois en tant que responsable de la CUMP.

Donc je râle après, mais je le fait [rires]. Je pourrais très bien dire, « *c'est pas à moi de le faire* ». Je comprends, si j'avais été à Nice et que j'avais examiné quelqu'un à Nice, je lui aurais fait un certificat, mais c'est vrai que de me retrouver sollicité pour faire le travail que les urgences médico-judiciaires refuse de faire, je trouve ça scandaleux. Et d'autant plus que je ne suis pas content envers les urgences médico-judiciaires du CHR qui elle fait du soin. Et qui euh, a développé la consultation de psychotraumatisme à 50 mètres de ma fenêtre. [rires] Donc c'est quand

même fou, vous avez les urgences médico-judiciaires qui font du soin et on demande à la CUMP qui est faite pour faire du soin de faire de l'UMJ. Ca a peut-être pas beaucoup de rapport avec votre sujet, quoique...

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

En termes de responsabilité ?

Oui, ou à propos des missions du psychiatre en général au sein de la CUMP.

C'est vrai qu'en termes de responsabilité, lorsqu'on intervient par exemple, on demande toujours aux gens, voilà, « *on se met à votre disposition, mais y'a rien d'obligatoire. Vous avez la possibilité de participer on vous incite à participer, c'est important. Même si vous vous sentez bien, si vous pensez que vous en avez pas besoin, c'est important pour vous et aussi pour les personnes avec qui vous avez vécu tout ça* ».

Donc on est plutôt dans une approche proactive mais en respectant quand même le volontariat de chacun. C'est vrai qu'en termes de responsabilité, j'ai eu pas mal, j'ai eu plusieurs fois des situations un peu désagréables, où souvent j'ai appris après coup... Si vous voulez, les gens avaient accepté de participer aux soins, ou alors aux soins de prévention, au travail de prévention qu'on pouvait leur proposer, sous l'injonction de leur assurance. Je me rappelle d'une grosse intervention qu'on a fait,

avec, comment ça s'appelle l'association [nom] il faut être volontaire, et l'assurance de l'association [nom] leur disait : « *vous devez participer à ce travail sinon, nous récusons toute responsabilité sur les préjudices qui se développeraient ultérieurement* ». Donc voilà en termes de responsabilité, j'ai eu un peu ce genre de situations qui se sont posées un peu sous ces termes-là. Avec cette dimension d'assurance. Comme si le fait de refuser une prise en charge médico-psychologique dans l'urgence, euh, allait aggraver le risque de... 'fin comme si le fait de ne pas participer à un travail de prévention, mais où la prévention se veut bon forcément limitée, euh, là aussi, voilà, les assurances retiraient toute responsabilité si les gens n'acceptaient pas ce travail préventif. Donc voilà, sur le plan éthique, ça m'a mis en difficulté à plusieurs reprises mais je l'ai appris qu'après.

Entretien « psychiatre 9 »

Durée entretien = 19 min 36 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Ben écoutez j'ai pratiquement balayé tous les plans de la psychiatrie quoi. Donc là actuellement, je suis en addicto, addictologie. Hôpital de jour d'addictologie.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Oh ben écoutez, je... là aussi on évolue. Je suis, j'ai fait le cumul en point retraite la maintenant. J'ai été formé à [nom de ville] donc c'était plus d'inspiration analytique, puis on s'ouvre à tous les autres champs. La maladie mentale est suffisamment compliquée pour avoir recours à différentes références quoi.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Ola ça fait longtemps ! Écoutez, c'est pas... J'étais référent, pendant une dizaine d'années quoi.

Donc avant moi, donc au moment de la constitution, y'avais mon collègue [nom du collègue], qui s'occupait de ça pour tout le département quoi.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Ben écoutez, on va dire volontaire désigné, parce que je ne m'étais pas d'emblée désigné pour ça quoi.

Donc comment ça s'est passé ?

Donc bon après, je pense que c'est une relation personnelle qu'on noue avec les différents intervenants du champ d'urgence donc qu'il fallait construire. Et donc autant on était un peu au début des sortes d'esquimaux atterrissant sur la banquise, autant maintenant, notre présence est totalement acceptée et voir souhaitée quoi. Il y a eu une grande évolution depuis le début et jusqu'à maintenant.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors j'en avais un certain nombre, mais c'est vrai que là, on est peut-être moins nombreux mais les gens qui, les gens c'est des gens impliqués. Et je crois qu'au début on avait de grandes listes d'intervenants, et là on est plus, sur un nombre plus réduit, mais de personnes engagées qui viennent aux formations, donc c'est devenu euh, beaucoup plus professionnel on va dire.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Euh, là vous me posez un peu une colle !

Ca oblige, quand on intervient sur un chantier, on est toujours un peu obligés de se définir par rapport à notre mission, à notre place quoi. Donc je crois que c'est toujours cet exercice réflexif absolument indispensable. Parce que sinon on est toujours entraîné dans une sorte de, de, d'hyperactivisme ou de mouvement brownien qui participe de la déstabilisation liée à l'urgence quoi.

Je ne sais pas si ça réponds à votre question ?

Si si !

Voilà, donc, on travaille toujours avec le psychologue et quand on avait un coup de fil, on leur disait de préciser ceci-cela, on leur disait par exemple au SAMU : « *bon écoutez on vous rappelle dans 10 minutes* ». Donc ça permettait, le psychologue, le psychiatre, de déjà penser un peu le dispositif qui paraissait utile et donc on rappelait le SAMU et on disait voilà, soit on intervenait, soit on n'intervenait pas. Si on n'intervenait pas, dès le lendemain, quelque chose était prévu. Disons qu'on, on, on, on avait pensé déjà des éventuels soins psychologiques et ça nous permettait d'organiser un peu les moyens aussi quoi. Parce que là, il y a toujours la notion d'urgence, phase immédiate.

Ce qu'on voulait éviter aussi, ce qu'on s'était rendu compte, par rapport aux écoles, que c'était aussi une façon de démissionner des adultes significatifs, les enseignants quoi. Donc, nous on a été plus en suite, de faire en sorte d'utiliser les moyens, que les enseignants puissent tenir leur

place. Si par exemple, il y a un suicide dans une école, de voir avec les médecins scolaires. C'est pas une intervention immédiate, c'est une intervention qui est pensée quoi. Et souvent, dans les 48 heures ou 72 heures pour la réponse à donner. Enfin ! Les réponses pratiques sur place. C'est pas dans l'urgence absolue quoi.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Bon là ça pose plusieurs questions.

On a pas à répondre non plus à tout appel, on n'a pas à répondre dans les faits on va dire, à tout appel d'urgence. Les faits méritent d'être réfléchis et de voir sous quelle forme on intervient. Ca peut-être une urgence différée. Je dis ça par rapport aux psychiatres quoi. On n'a pas un psychiatre pour se déplacer immédiatement. 'Fin je ne sais pas quelle est

la situation, boh, Dijon ça ne doit pas être très différent de chez nous !
Donc, euh, voilà, donc euh...

Après l'histoire des certificats, c'est vrai que ça pose la question de l'organisation. De l'organisation des dispositifs. Nous dans [nom du département] on a pris le parti d'une organisation très transversale. Surtout, on n'a pas un nombre très important mais des gens qui sont rôdés quoi. Donc les infirmiers, ils ont une certaine autonomie. Ils disent « *tiens là il faudrait ceci-cela* » et on se met d'accord sur le dispositif, euh voilà. Donc voilà, du coup le psychiatre, il est pas non plus en première ligne quoi. Des infirmiers qui se débrouillent, qui ne s'affolent pas, qui savent comment faire, qui ont été formés. Et donc, ça soulage le psychiatre.

L'histoire des certificats et des ordonnances, ça reste quand même marginal. Par contre, l'histoire des certificats, je... ça pose une vraie question sur le fond. Parce qu'on a l'impression que le soin, et la demande d'un certificat comme expertise d'un statut de victime, les problèmes de réparation, dépassent le problème du soin. Et on n'a pas nous intérêt à rentrer d'emblée là-dedans. C'est une réponse que la société demande, mais nous on est d'abord médecin. On est d'abord là pour soigner les victimes.

Alors je sais pas si c'est ça le sens du certificat que vous me demandiez, puis, euh, voilà, je veux dire, quand on prend les coordonnées, on peut rappeler un médecin traitant, puis y'a plein de choses.

Je sais pas, j'ai pas vraiment été euh, on fait rien de systématique non plus hein. Les arrêts de travail et les choses comme ça, je veux dire, ça, il faut que le médecin l'ai vu quoi. La personne est d'abord vue par les infirmiers qui donnent une première appréciation, et après, je ne vois pas faire un certificat sans avoir vu la personne quoi.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Euh, ben, quand on se retrouve tout seul, on est un peu obligé de penser le dispositif en fonction des moyens qu'on a. Et donc, ce qui nous a poussé aussi à beaucoup travailler sur les ressources : quand il y a des secouristes, quand il y a une famille, quand il y a ceci-cela. Le premier truc c'est d'abord ne pas faire à la place des autres. On est là pour poser, disons, une façon de penser notre place, et pour autant, on n'est pas là pour faire la place des professeurs, on n'est pas là pour ceci pour cela. Et quand y a plein de solidarité de voisinage sur une catastrophe, il faut aussi pouvoir les utiliser. Donc, le, ça même les infirmiers le font. Donc le médecin, il reste dans son rôle. On ne va pas voir d'emblée, euh, au lieu d'être accaparé par le premier et après le dispositif va un peu à volo quoi.

Il faut d'abord qu'on soit là pour l'organiser quoi.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ca je pense que c'est la loi, la loi... on va dire que le statut de victime ouvre droit à une réparation, mais avec toute l'ambiguïté aussi que ça donne. Si y a demande de réparation, ça va aller à contrecourant de la dimension thérapeutique, et justement lui permettre d'en sortir. La réparation va figer la symptomatologie quoi. Et donc, nous ce qui nous a paru important, c'est le post-immédiat. C'est les consultations. On a pu obtenir une psychologue pour les consultations de suivi, pour qu'on reste d'abord dans notre champ de thérapeute. Bien sûr on va faire les certificats, mais c'est pas la priorité. On a pas nous, on n'est pas dans un rôle d'expert, on est dans un rôle de soin psychologique.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Moins, mais j'en faisais pas des masses.

Ca je pense aussi, c'est l'évolution sociétale qui fait que, de plus en plus, on va être amenés à ça.

Et donc il y a une sorte de paradoxe où il faut d'abord qu'on épuise les moyens de la thérapie avant de parler de handicap de figé donnant droit à réparation quoi.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

En situation d'urgence, on peut juste dire « *a été vu* » on peut dire éventuellement, si c'est un truc d'urgence, c'est un truc d'urgence. On va pas dire, ... Et puis de toute façon, la personne peut venir à la consultation par la suite et demander un certificat. Dans ce cas-là, ça sera sûrement quelque chose de plus approprié quoi. Comme tout autre patient quoi.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben écoutez, moi l'histoire de la responsabilité, ça ne m'a jamais vraiment posé de problème particulier, parce que, en fait, voilà, on organise... Parce que sinon, les personnes les plus atteintes c'est pas celles qui se manifestent le plus quoi. Et donc dans l'organisation du dispositif, il faut pas non plus que le dispositif soit accaparé par, par, par des personnes, qui, qui, on peut pas faire le même travail qu'on fait en cabinet hein ! On peut pas consacrer $\frac{3}{4}$ d'heure à un patient, je veux dire, il faut d'emblée, on a repéré ceci-cela, et on le confit à une infirmière. Je veux dire voilà, si l'infirmière est inquiète pour un patient, elle va voir le médecin quoi. C'est un travail d'abord pluridisciplinaire quoi. Où chacun se respecte et connaît la façon de travailler de l'autre. Moi je suis suffisamment en confiance, 'fin j'ai remarqué qu'entre des gens qui étaient jamais sur un chantier

d'opération et des gens qui ont pris l'habitude de, on travaille complètement différemment.

Donc l'importance de savoir travailler ensemble et de se connaître.

De se connaître et de se former, d'être disponible. Et y a des gens qui sont motivés pour ce type de travail. Mais je craignais au départ de pas...

Oui, qu'est-ce que vous craignez au départ ?

Oui, de pas... euh, des grandes listes, mais des gens quand ils étaient sur chantier, ils paniquaient, et ça va pas quoi ! Le fait aussi de travailler sur l'émotion, dès qu'on est à un endroit de pas mélanger le corps social et la CUMP.

Ne pas mélanger le médico-social et la CUMP ?

Voilà, voilà, voilà ! Et en même temps que les gens... La croix rouge le fait très facilement quand ils sont débordés par un truc, ils viennent chez nous quoi. Au début, il y a avait des situations de concurrence, parce que chaque dispositif voulait répondre à tout quoi. Et là, maintenant, au fil du temps qu'on s'est rencontrés, on est plus dans des enjeux de terrain quoi. On se rend compte qu'on a besoin des uns et des autres. Ce qui concerne l'accueil est très bien fait par la croix rouge. Mieux que nous, autant leur laisser.

La question du savoir travailler ensemble toujours.

Oui, ça je trouve que c'est prépondérant. Aussi avec le SAMU quand on fait un PUMP quoi. Voilà !

Entretien « psychiatre 10 »

Durée de l'entretien = 17 minutes et 7 secondes.

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Et ben alors... actuelle ou antérieure ?

Actuelle.

Bon, actuelle ! Alors, je suis CMP et je supervise quand le PH de l'hospitalisation en pédiatrie est absent.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Euh, ben moi j'ai fait à peu près tout ce qu'on pouvait faire en psychiatrie.

Oui, c'est-à-dire ?

De la thérapie comportementale, de la thérapie familiale, j'ai fait psycho avec les Lacaniens à[nom de ville], j'ai fait un DEA de neurosciences, j'ai fait du Balint, enfin j'ai à peu près fait tout ce qu'on pouvait faire, voilà.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Euh, ben je pense depuis que ça a été créé. De toute façon, j'intervenais déjà aux urgences avant. Avec les pompiers et tout avant que ce soit formalisé. Et depuis que ça a été créé, bon c'est en 95 que CROCQ a fait, mais je sais pas quand est-ce que ça a été formalisé, et j'ai été tout de

suite mis dedans. Euh, pour faire les interventions sur le terrain. Alors j'ai pas été le premier responsable de la CUMP [numéro du département] ça été [nom] mais c'est moi qui me tapait le boulot. Voilà. Puis après j'ai été responsable et là maintenant c'est [nom] mais on se partage le boulot, moi [ville 1] lui [ville 2] quoi la zone, le département.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Ben ça me paraissait assez logique, parce que j'interviens quand même assez souvent aux urgences, les médecins urgentistes m'appelaient. Ça correspond de toute façon à une pratique qui me paraissait logique donc voilà quoi. Puisque j'ai fait quand même pas mal d'interventions en urgences, même si c'était pas tout formé voilà quoi. Ça a simplement formalisé ce qui était déjà fait quand il arrivait quelque chose sur l'hosto, voilà quoi.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Euh ben y'en a pas tant que ça... Je pense qu'au niveau du département... le dernier recensement, je vais essayer de le trouver... à mon avis, y a pas... tac... régional... [cherche] quand est-ce qu'on a mis à jour les trucs... tac... ah, merde je les ait pas ! A mon avis doit y'en avoir 3-4 quelque chose comme ça, sur un département.

Ah attendez ! Liste des volontaires, je l'ai trouvée. Voilà tac, je vais vous dire ça tout de suite. Ah ! [cherche] Ah oui, ils mélangent, ils mettent pas les métiers, c'est con ! Evidemment. [nom] ça en fait 1, 2 [nom], [nom] ça fait 3, 3... 4, ouais, ça doit être ça, on doit être 4 sur le département, psychiatres.

Y a beaucoup plus d'autres métiers. Il faut dire que nous on est bénévoles, on est pas comme les planqués des CHU !

Hum ! C'est-à-dire ?

Dédiés qu'à ça ! Voilà. Nous c'est en plus de notre boulot. Donc voilà.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Alors pour moi y'a deux types de responsabilité.

Y a la responsabilité du responsable de l'organisation de la CUMP. Donc là, la responsabilité c'est calibrer les moyens, la coopération, la coordination avec le directeur des opérations médicales euh, le débriefing après en général à la préfecture. Voilà, donc ça c'est une responsabilité, je dirais plus, de mise en œuvre des moyens et d'adéquation des moyens avec la mission qui change à chaque fois et c'est un peu compliqué.

L'une des responsabilités aussi c'est de savoir si on gère seul ou si on appelle à l'aide d'autres CUMP. Donc, euh il faut pas se planter parce que si on met toute l'équipe d'emblée et que après ils sont épuisés, ça marche plus et voilà hein. Et est-ce qu'on fait, un point important en

responsabilité médicale, c'est est-ce qu'on fait une intervention immédiate ou pas, est-ce qu'on fait une réponse sur place ou on organise ça à l'hosto, sur plusieurs hôpitaux, 'fin voilà. Donc toute cette partie-là est extrêmement importante pour le responsable. Et c'est ce qui fait que ça marche ou que ça marche pas.

Après, la responsabilité je dirais plus clinique c'est le fait de faire le bon tri, comme toujours quand on est en situation d'urgence, c'est de savoir, si une personne a besoin d'être hospitalisée ou pas, si euh alors qu'elle veut pas être prise en charge son état nous inquiète, fin voilà quoi. [Silence]Et puis est-ce qu'on doit donner des médicaments, ce qui est quand même assez rarement le cas. Voilà.

Et puis après y a la responsabilité de, mais ça aussi c'est quand on est responsable, de gérer tous les médias. Voilà, donc il faut neutraliser les médias pour pas qu'ils fassent chier, qu'ils filment les victimes, les trucs, machin, 'fin voilà. C'est, moi je considère que c'est notre responsabilité de devoir aller au-devant de la télé et tout ça, pour protéger un peu les victimes. Organiser le plan média quoi. Voilà. Ça c'est aussi très très important. Selon les opérations qu'on a, ça peut prendre des proportions extrêmement importantes.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Alors moi je trouve que ça c'est une connerie parce que, mais bon, c'est mon point de vue.

La rédaction de certificat de toute façon, elle peut se faire dans un deuxième temps, c'est pas en urgence absolue, il suffit de prendre les coordonnées des gens, voilà.

Les prescriptions médicamenteuses, moi pour mon expérience, depuis plus de 20 ans que j'en fais, c'est rarissime hein. Et il vaut mieux renvoyer, si on a des doutes au médecin généraliste et prendre contact avec lui, ou envoyer aux urgences si y'a vraiment besoin. Et par contre, moi, je considère que notamment quand je fais des débriefings avec tous les intervenants professionnels et pas simplement les impliqués psychiques,

quand je récupère les pompiers, les gendarmes, les ambulanciers, les gens du SAU et tout ça, là il faut que ce soit... Je pense qu'il y a une vraie plus-value à être un médecin parce qu'il y a des choses que je connais que un infirmier et surtout les psychologues ne connaissent absolument pas. Donc quand on fait du débriefing à la fois psy et technique, euh la plus-value d'un vrai médecin est indispensable. Donc je pense que c'est ça serait, pour moi c'est une erreur parce que c'est une vision d'organisation qui n'a pas de, de, de souplesse, voilà. Alors après, dans certains coins, ça peut peut-être poser des questions.

Mais encore une fois c'est une question que le responsable de la CUMP doit-être là pour organiser les choses. Moi je délègue beaucoup aux infirmiers et aux psychos, d'ailleurs, beaucoup plus aux infirmiers qu'aux psychos, euh... ils ont l'habitude de travailler avec moi, je crois qu'ils savent que s'ils sont dans la panade ils m'appellent, euh, et puis, voilà. Mais ça serait une erreur de cantonner les psychiatres qui ont été formés à la CUMP. De toute façon tout personnel qui n'a pas été formé, à gérer les situations de CUMP, ils font des catastrophes. On l'a bien vu à [nom de ville] c'était des psy pas formés, c'était une catastrophe, ça a surajouté du traumatisme hein. Donc il faut vraiment des gens formés. Mais pour moi, les arguments que vous avancez me paraissent si peu fréquents que ça me paraît pas recevable. Voilà.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

De rien foutre ? [rires] Oh ben non c'est plutôt... [rires] De toute façon c'est moi qui organise donc, ça m'étonnerai qu'on ne dicte mon comportement. C'est moi le chef. Donc euh voilà. Et je vous assure, mon personnel n'a jamais voulu que je reste dans un coin. Au contraire, ils sont très contents, que ça soit moi qui organise, qui donne les consignes. Et ils savent qu'ils peuvent s'appuyer sur moi quoi, voilà.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ah ben oui mais ça, ils nous font chier avec leur SI-VIC et tout machin. Derrière ... Avant c'était pour rendre service aux gens et maintenant c'est de la bureaucratie pour avoir des indemnités. Donc c'est un détournement complet de, de ce qui est la mission de la CUMP. C'est-à-dire que pour moi, si les gens ont besoin d'indemnités et tout, ils vont voir des experts, qui sont là pour faire leur boulot et évaluer l'impact de telle ou telle chose. Mais il faut pas détourner la mission de la CUMP pour en faire un truc qui sert de base à une indemnisation. Ça, ça c'est vraiment un détournement du ministère pour se faire bien voir des victimes. C'est pas le rôle de la CUMP.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Ah moi non, non, non. Je fais, je fais des certificats disant qu'ils ont été vus par la CUMP, ça voilà, ça peut arriver, même s'ils le demandent. De toute façon, en général on leur remet euh, un papier comme quoi ils ont été reçus par la CUMP quand on fait des interventions, et puis, euh, en général c'est à peu près tout, euh voilà.

Puis, moi je leur explique que s'il y a des séquelles ou des choses comme ça, c'est pas la CUMP qui peut les évaluer. Puisque si c'est un accident, ils devront voir un expert avec la compagnie d'assurance etcétera. Euh le certificat de la CUMP, étant un certificat initial qui a globalement pas plus de valeur que celui des urgences, hein donc euh voilà.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben euh, si vous voulez, moi ce qui me paraît important, c'est que quand même au niveau des CUMP, que ça repose sur des bénévoles sauf dans les CHU. Voilà.

Et que c'est quand même très compliqué parce qu'en gros, on a l'expérience, c'est que en gros, les emmerdes arrivent toujours, euh en gros pendant les périodes de fériés ou y'a pas les bénévoles, où c'est très compliqué de trouver des gens, voilà hein.

Et ça me paraît plus utile que de remplir 36 tonnes de paperasse comme on fait là, ce qui fait que à certains moments, je préfère intervenir sans déclencher la CUMP pour éviter toutes les paperasses. Voilà. Faire le boulot avec les urgences, en direct, pour éviter les paperasses. Parce que sinon pfff, on s'en sort pas. Y faut faire un rapport, après, dire qui on a vu, tout.

Les gens qui pondent ça s'imaginent qu'on a le temps de faire ça. Nous on est cliniciens. Moi quand je rentre de la CUMP, il faut que je fasse tout mon boulot parce que personne l'a fait à ma place !

Donc c'est une vision très grande ville parisienne où des gens sont payés à temps plein à ça, donc effectivement, il faut qu'ils montrent qu'ils sont utiles. En province, dans les départements, où c'est que des bénévoles, nous hein, si on peut éviter de la bureaucratie c'est pas plus mal !

Finalement un certain risque qui serait lié à toute cette bureaucratie...

Ah ouais, ouais, ouais ! Complètement !

Et le deuxième risque c'est qu'on fait appel à la CUMP pour tout et n'importe quoi. Y a des fois où faut aussi hiérarchiser quoi. Maintenant on déclencherait la CUMP pour un petit coup de vent...

Là où c'est plus compliqué pour moi, c'est euh, quand il faut savoir si y'a des offres par les employeurs qui sont organisés par eux même. Par exemple, quand y'a un braquage dans une banque, y'a, les banques se sont organisées pour avoir des réponses, donc c'est plus compliqué parce

que, est-ce que c'est que pour leur personnel ? Est-ce que c'est pour tout le monde ? Euh, y'a une profonde inégalité selon les employeurs. Y'en a qui sont couverts par des contrats d'assurance, y'en a qui le sont pas, bon euh... Si vous voulez par exemple la police est censée avoir des psychologues pour faire ce boulot, euh, mais comme ils sont, les psychologues sont plutôt au niveau régional, moi je vois les policiers euh sur place parce que, encore une fois, le délai de prise en charge, la réponse, il faut une réponse surtout rapide et qui soit en lien avec les gens du local. Donc cette coordination-là, elle est un peu compliquée et on la maîtrise pas du tout.

Entretien « psychiatre 11 »

Durée de l'enregistrement = 20 min 6 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors moi je suis un ancien généraliste, j'étais attaché de psychosomatique depuis 30 ans, au CHS de [nom] et aujourd'hui, je suis psychiatre, je suis deux fois chef de service et psychiatre référent de la CUMP et responsable de la consultation psychotrauma.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Euh, pff, celui du psychotrauma aujourd'hui qui correspond assez bien... Après sur le plan thérapeutique moi je travaille surtout sur la souffrance dans un travail émotionnel.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Ola ! Je sais même pas. Ça doit faire... Je suis devenu référent il y a 5 ans, mais j'ai travaillé sur le psychotrauma avant que ça s'appelle psychotrauma. Moi j'étais, j'ai fait le... en 99, sur le tremblement de terre en Turquie j'ai fait des groupes de débriefing. Et on parlait pas encore très très clairement de psychotrauma.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Alors je suis un ancien généraliste, je suis médecin lieutenant-colonel des sapeurs-pompiers volontaires. Je suis un ancien généraliste, urgentiste, régulateur au SAMU, donc je suis un médecin de l'urgence qui est passé à l'urgence médico-psychologique.

Donc ça c'est fait assez naturellement ?

Oui, oui, je connais très bien tous ces systèmes et, donc les CUMP sont qu'une application d'un système qui existait déjà.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

On est sept. On est deux vraiment très présents, et après, j'ai un peu du mal à les faire sortir. La principale difficulté pour eux c'est de se libérer au moment où je le demande.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Ben, y'a une responsabilité de référent, y a une responsabilité du médecin qui est responsable de l'intervention, et y'a la responsabilité clinique-thérapeutique, y' a la responsabilité du suivi à distance qu'on a du mal à, à bien mettre en place. C'est-à-dire qu'on intervient très ponctuellement, je trouve qu'on n'est pas bons sur le suivi, donc cette responsabilité-là, je trouve qu'elle est mal assumée.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

C'est scandaleux ! C'est scandaleux !

Réduire le psychiatre à la prescription médicamenteuse, moi je travaille assez peu avec la prescription, donc réduire le psychiatre à la prescription... Moi je suis en train de militer actuellement pour que le débriefing... J'ai participé aussi à Irma, j'ai fait le crash de l'A320 dans les Alpes, le post-attentat sur Paris, le post attentat pendant 10 jours sur euh, sur Nice où on a mis en place le PUMP téléphonique, ou on a mis en place le débriefing de l'hôpital [nom] qui a subi des états effroyables. Et moi je suis en train de militer actuellement pour qu'on remédicalise le débriefing.

Le débriefing, à complètement été galvaudé. J'ai rencontré un responsable des secouristes de la croix rouge qui m'a dit : « *mais mes secouristes sont formés au débriefing* » donc voilà où on en est aujourd'hui sur le débriefing. On fait le débriefing des équipes, ça c'est assez habituel, les CUMP sont habituées à faire le débriefing des équipes. Et quand j'étais sur Irma moi j'ai parlé du débriefing de la population, chose que j'ai faite en Turquie et tout le monde m'a dit : « *mais c'est impossible ! Y'en a trop, tu peux pas constituer des groupes etcétera* ».

Donc on débrieife des gens qui sont des soignants, qui sont on va dire dans un traumatisme secondaire. Et on fait pas le débriefing des primaires. C'est ça ma responsabilité médicale ! C'est pas la prescription médicale ni les arrêts de maladie. Les arrêts de maladie je peux les faire à distance, je peux me débrouiller autrement.

Je refuse qu'on réduise le travail de l'urgence médico psychologique, dans les CUMP y'a un truc qui s'appelle la lettre M qui veut dire que ce truc-là est médical. Et elle doit redevenir, rester médicale, c'est évident. Et je milite pour des groupes médicaux de thérapie psychotrauma. Voilà, je pense qu'il faut qu'on mette et qu'on réfléchisse sur des groupes médicalisés.

Voilà c'est une, pour moi une intervention de débriefing c'est l'équivalent d'une intervention chirurgicale : ça se fait dans une équipe, dans un PUMP, dans une zone dédiée à ça. Je pense qu'il faut... Mais quand

j'entends de réduire le rôle du psychiatre à de la prescription, je veux dire, on est en train de détruire complètement le boulot médical du psychiatre !

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Qu'on me mette à l'écart, c'est... c'est [rires] Ça risque d'être compliqué pour celui qui va essayer !! [rires] Mais non, mais je le sens pas du tout, parce que pour moi c'est très clair que c'est une action médicale, quand même hein.

Je vois hier [NDR. m'a dit lors de l'échange informel de début d'entretien avoir fait un exercice « grande catastrophe » la veille avec déclenchement CUMP], les responsabilités décisionnelles, médicales qu'il faut, qui doivent-être prises par le psychiatre. Moi j'étais animateur, observateur, j'ai vu ma collègue qui a dû répondre à un certain nombre de décisions opérationnelles médicales. Et donc, je suis pas du tout d'accord pour qu'on [rires] se débarrasse des psychiatres. Mais par contre, il faut peut-être que les psychiatres se réveillent. [Silence]

Oui, c'est-à-dire ?

Je veux dire que leur présence sur l'urgence médico-psychologique, elle doit être accrue. Effectivement, j'ai des psychiatres qui ne veulent pas quitter le travail qu'ils sont en train de faire pour aller faire l'urgence.

Le psychotrauma est à la mode, et il nous permet, j'ai fait une enquête sur l'hôpital de [nom] pour savoir quels étaient les antécédents de psychotrauma dans la population générale de l'hôpital. J'ai trouvé 72%. La population générale, c'est 30%. Et là 72% qui ont eu des antécédents de psychotrauma, plus de 50% ils étaient exposés à au moins 2 expositions et plus de 35% entre 3 et 6 expositions différentes. Donc le psychotrauma est sans doute le principal fournisseur de la pathologie psychiatrique. Voilà.

Donc si les psychiatres ne s'engouffrent pas dans le psychotrauma, je dirais, le psychotrauma facile c'est sans doute celui des CUMP, c'est-à-dire c'est du psychotrauma frais, il est identifié, on a un lien direct entre l'exposition et la pathologie clinique qui va se développer au cours des mois, donc c'est clair, c'est facile.

Je milite beaucoup moi, sur le psychotrauma complexe qui remplit nos hôpitaux. Donc pour moi, les psychiatres doivent se bouger les fesses pour réinvestir le boulot médical et peut-être voir se danger de réduction de leur fonctions à signer des arrêts de maladie et signer des prescriptions d'ATARAX quoi. [Silence] Je, je, il est très clair que moi je signe les ordonnances à l'avance et c'est l'infirmière qui décide si oui ou non elle va mettre un ATARAX. C'est pas moi. Je suis pas là pour ça.

Et pour l'arrêt c'est pareil, j'veux dire, j'ai une totale confiance en mon équipe je veux dire, on discute suffisamment, y'a des séminaires

psychotrauma tous les mois, euh voilà, donc je veux dire j'ai confiance en mon équipe. Quand elle me dit : « *y'a besoin d'un arrêt maladie* » je la crois, je signe.

C'est, c'est, c'est une perte de temps ce travail là quelque part. Il a déjà été évalué par des personnels compétents.

Parce que la plupart du temps si vous observez, quand on appelle le psychiatre pour lui dire : « *faut un arrêt maladie* » dans combien de cas il ne va pas le donner ?

Très rarement je pense.

Donc ça sert à rien d'être présent finalement. Donc la décision infirmière, la décision soignant, psycho ou infirmière abouti à faire signer le psychiatre. Autant signer avant que de signer après !

Donc voilà, ça je ne sais pas si on peut le dire, mais c'est comme ça que je fonctionne. Parce qu'il m'arrive de, il m'est arrivé de laisser mon équipe sans médecin. Moi je suis allé m'occuper de l'organisation d'un nouveau PUMP sur [nom d'un lieu], j'ai participé à une écoute téléphonique parce que j'ai fait beaucoup de régulation, donc j'ai laissé mon équipe. Ce qui pose quelques problèmes effectivement. Donc ils téléphonent pour valider les prescriptions.

Donc si vous publiez ça sous mon nom je vais aller en prison !

Mais ce sera anonymisé ! Donc y'a pas de soucis ! [rires]

Donc j'irai en prison, mais anonyme, d'accord !

Il y a que moi qui sais que c'est vous, je ne le dirai à personne !

Bon très bien !

Non mais, je veux dire que oui bon je l'assume, parce que je veux dire on est toujours des CUMP volontaires. C'est-à-dire que peut-être, moi j'ai eu des psychiatres qui m'ont dit : « *mais le poste c'est un poste de PH ? Temps plein ? Mi-temps ?* » « *Non y'a rien !* » euh c'est vrai que, si on veut, si on veut développer l'école psychotraumatique, parce qu'il faudra une école psychotraumatique de psychiatre, euh, faut y mettre les moyens financiers.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ah ben c'est l'indemnisation c'est clair.

Alors après, c'est nécessaire parce que, donc moi j'ai mon, mon enquête : psychotrauma en moyenne 25 à 30 ans après la primo-exposition hein. Euh c'est très difficile de faire un lien ensuite, un lien légal. Donc il est important ce certificat initial.

Après, il est mal fait. Je dois clairement dire que mon certificat initial il est rempli à partir de la fiche que mes infirmières et mes psycho vont faire. Il est nécessaire. Si on, si on, c'est nécessaire. Alors c'est clair pour le psychotrauma dans le cadre des interventions CUMP, ça l'est beaucoup moins dans le cadre des abus sexuels, des agressions physiques, des

accidents de la voie publique, ça l'est mais pas pour le plan psy. Enfin je veux dire qu'il y a encore beaucoup de travail à faire sur ces certificats.

Après ces certificats, nos fiches CUMP elles sont pas bonnes. Nos fiches cliniques CUMP elles sont probablement pas bonnes. Euh, moi j'ai pas vraiment eu le temps de m'y pencher, on a pris la fiche nationale, euh sur euh, sur euh, Irma, Saint Martin, on a rempli des fiches en QUATRE pages, enfin je veux dire c'était n'importe quoi. Y a une vraie réflexion à avoir sans doute avec l'AFORCUMP sur ces fiches. Je pense que ce serait bien.

Et donc c'est ces fiches cliniques qui débouchent sur, j'ai par exemple des demandes de certificats par exemple de Nice, de gens que j'ai vu, et qui me demandent un certificat initial, 3 mois après. C'est la fiche CUMP qui me sert à établir ce certificat initial, moi je m'en rappelle plus de la personne. Donc oui le certificat initial est nécessaire.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Euh ma signature en fait beaucoup. [Silence]

Euh alors dans les certificats initiaux, il y a deux types de certificats : il y a la population qui est sur le feu d'artifice à Nice par exemple et y'a les soignants de [nom de l'hôpital]. Les soignants de [nom de l'hôpital], j'ai vu le médecin de l'ARS à Nice, j'ai vu le codirecteur de l'hôpital [nom] et on a mis en accident du travail. Si ces gens n'étaient pas venus à l'hôpital ce jour-là, ils n'auraient pas été traumatisés. Et ces soignants-là étaient

totallement traumatisés puisque l'hôpital [nom] c'est un hôpital pédiatrique qui est [localisation] et les SMUR étaient [lieu = très proche de l'hôpital]. Donc les gens ont jeté les blessés dans les coffres des voitures et les ont livrés aux urgences de l'hôpital [nom], complètement dépassées puisque c'est un hôpital avec du matériel pédiatrique. Ils étaient complètement traumatisés, dans une chirurgie de guerre, dans laquelle... c'était, c'était surréaliste... Donc c'était bien un accident de travail. Il faut penser à ça aussi. Les soignants qui sont traumatisés ensuite le sont dans le cadre de leur travail. On a quand même des gens qui n'ont pas repris leur boulot. Des gens qui ont abandonné les urgences. Je veux dire on a des répercussions sociales qui sont effectives et qui correspondent aussi à ce que moi je trouve dans le psychotrauma complexe des patients hospitalisés à l'hôpital. [Silence]

Si on s'interroge sur le devenir du psychotrauma, on peut aussi le faire dans l'autre sens et rembobiner tous nos patients, tout-venant, CMP, hôpital de jour, hôpital de nuit et voir leurs antécédents psychiatriques et ça nous donne une idée de l'évolution des psychotraumas complexes.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Je sais pas si c'est vraiment moi qui les remplis. Je dis que c'est moi qui les signe. J'ai pas vraiment en tête le modèle national de certificat. J'ai l'impression, bon c'est vrai que c'est mon secrétariat, on a un secrétariat

qui est compétant à la CUMP qui s'occupe de tout ça. J'ai l'impression que ça varie. C'est vrai que je ne suis pas pointu là-dessus.

Donc c'est vos collègues qui les rédigent, et vous, vous apposez votre signature.

Voilà.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben hier, on a vu, c'était très intéressant cet exercice parce que c'est la première fois qu'on se pose cette question-là, c'est le comptage. Parce que le préfet il veut savoir combien il y a d'urgences absolues, d'urgences relatives et d'impliqués. Et donc le SAMU qui était très embêté pour compter à dit : « *les urgences et les UR c'est pour nous, les impliqués c'est pour la CUMP* ». Et donc y'avait des UR qui arrivaient qui étaient très psychotraumatisés, qu'on n'a pas pu voir. Donc ça pose problème parce que c'est, uniquement pour la comptabilité du préfet. Donc ça s'est lié à la comptabilité du préfet qui est prioritaire aujourd'hui par rapport à consultation psy. Voilà.

Donc c'est un détail qu'on est en train de résoudre, le logiciel SI-VIC va nous aider à résoudre ce problème-là, y'avait... Mais ça c'est quand même les grosses interventions CUMP uniquement. C'est-à-dire celles où on met des bracelets là où y'a tout le monde qui intervient, voilà.

Sinon la question c'était ? Redites-moi la question.

Concernant les missions et la responsabilité du psychiatre au sens large dans les CUMP.

Alors la responsabilité légale c'est aussi la formation. Euh... et je veux dire, je crois qu'il faut aussi faire beaucoup de formation. Moi j'essaye de stimuler tout ce qui euh, abouti à la prise de conscience de l'importance du psychotrauma en psychiatrie. Donc toutes les formations. Je veux dire il faut former à l'intérieur. J'ai moi des formations, à une époque quand on a fait l'enquête, j'ai fait des formations pendant deux mois tous les vendredis, une formation aux soignants pour qu'ils puissent faire l'enquête. Ca a beaucoup sensibilisé.

On va faire l'enquête cette année en pédiatrie, je pense que je vais refaire la formation. Il faut faire la formation des internes, il faut faire, il faut refaire la formation des collègues. Je veux dire, moi j'ai deux collègues chefs de pôle qui vont venir à la CUMP et qui m'ont demandé une formation. Donc ça c'est en termes de formation. Euh...

En terme de délégation moi j'ai 65 ans, je vais encore travailler pendant 3 ans, mais je suis en train de préparer le relai. Mais c'est pas facile. Parce qu'on peut être dans de la CUMP et être inefficace. Parce que je veux dire, ça ronronne, c'est pas facile.

Tiens je vais le dire, la responsabilité, pour moi, c'est, y'a un consensus sur les thérapeutiques du psychotrauma qui sont euh, EMDR, hypnose,

thérapie dynamique et euh TCC avec en commun un ciblage sur les émotions et un travail émotionnel. Ce qui est thérapeutique, ce qui est thérapeutique, c'est le travail émotionnel. C'est le triptyque amygdale, hippocampe, thalamus. C'est là qu'on travaille. Donc cette conscience-là, cette conscience, de on travaille à cette endroit-là et le travail thérapeutique est aussi un travail émotionnel, pour moi c'est ma responsabilité de transmettre ça. Parce qu'on peut tchatcher sur un plan intellectuel avec quelqu'un pendant des heures sans toucher à l'émotion et faut arrêter ça. Y'a des choses qu'on ne doit plus écouter. L'écoute tranquille tout azimut et permanente : non. Il faut travailler sur une écoute corporelle et émotionnelle.

Donc ça c'est ma responsabilité de transmettre ça et de l'organiser. Alors l'EMDR est pratique pour ça, presque trop. Presque trop, parce que j'ai plus que ça : toutes les psychos sont en train de se former à l'EMDR. Moi je travaille sur les thérapies dynamiques, la relaxation, le travail émotionnel face à un miroir voilà tout ça ; qui sont des déclencheurs et des contourneurs des défenses du patient. Euh, je pense que ça serait dommage de se priver de ça.

Entretien « psychiatre 12 »

Durée de l'enregistrement = 16 minutes 44 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

D'accord, tout à fait. Alors moi mon statut est un petit peu particulier. Donc je suis jeune diplômé puisque j'ai commencé en tant que praticien hospitalier contractuel au CHU de [nom de la ville] en novembre 2016, il y a un an et demi, et j'ai occupé pendant 6 mois un poste entre les urgences et la cellule d'urgence médico-psychologique de [nom du département] à 50% de chaque, CUMP et urgences, pendant 6 mois. Maintenant je travaille en hospitalisation classique mais je conserve un lien avec la CUMP puisque je fais toujours des astreintes, 'fin je partage les astreintes quotidiennes avec ma collègue [nom] qui est la psychologue coordinatrice, donc ça fait entre 10 et 15 astreintes par mois et donc bien sûr, je reste assez actif au sein de la cellule puisqu'elle m'adresse également quelques consultations parfois. Voilà.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Oui, oui, oui tout à fait. Je dirais que j'ai plutôt une formation classique avec des références plutôt pour la psychanalyse.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Depuis novembre 2016, ma date de prise de fonction en tant que PH contractuel donc un an et demi.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Alors c'était une proposition du chef de pôle qui me proposait de compléter mon temps aux urgences avec un temps CUMP. Donc faut savoir que la CUMP à [nom de ville] elle a réouvert en juin 2016 après avoir fermé pendant environ un an et demi ; avec je dirais un dispositif renforcé. Donc j'avais déjà un intérêt pour la problématique du psychotraumatisme puisque effectué un séminaire durant mon internat. Et puis bon, c'est une problématique qu'on rencontre sur, très fréquemment notamment aux urgences, qui peuvent être également des motifs de consultation de patients qui ont rencontré un événement important et qui peuvent consulter pour cela. Donc, c'était, voilà, ça m'apparaissait être euh, en complément des urgences quelque chose d'intéressant. Voilà.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors, suite à mon départ pendant 6 mois y a pas eu de psychiatre qui m'a remplacé. Là je suis remplacé par une collègue à hauteur de 30% donc elle

a trois demi-journées par semaine à la CUMP, en plus de la psychologue qui est à 50%, une secrétaire à 50% aussi, donc il y a moi qui ait un statut un peu particulier aussi, parce que je suis pas tout à faire volontaire simple si on peut dire, parce que je fais aussi les astreintes. Et puis nous avons aussi des médecins qui sont volontaires, qui travaillent à l'hôpital des armées hein puisque nous on est un département maritime. Donc il y a 3 psychiatres qui sont volontaires en plus mais qui participent assez activement aussi même sans les astreintes et avec lesquels on a quand même un lien assez privilégié aussi du fait de leur pratique eux aux armées et de leur accueil fréquent des militaires qui reviennent des zones de combats et donc des problématiques de psychotraumatisme.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Alors je dirais que la responsabilité du médecin psychiatre elle vient en complément, euh de celle du psychologue ou de la psychologue coordinatrice. Alors après ça dépend des cellules je crois. A [nom de ville] étant donné qu'il n'y a pas de psychiatre vraiment qui a pris les commandes de la CUMP, c'est plutôt la psychologue coordinatrice qui est la responsable, pour parler de responsabilité, la référente, voilà, là ou dans d'autres cellules psycho, d'autres CUMP y'a vraiment un psychiatre référent, qui est, qui peut être responsable.

La responsabilité à la CUMP [nom du département] pour l'instant c'est plutôt la psychologue coordinatrice.

Alors après le psychiatre il intervient euh, également à ces côtés, notamment pour la partie médicale, hein psychiatrie et notamment la prescription des médicaments. L'important c'est aussi l'abord clinique qu'il peut avoir de par ses connaissances, euh, euh médicales, euh dans le domaine, notamment lors des formations qui peuvent être apportés, et puis lors des interventions bien sûr, lors des interventions, son regard clinique, euh général je dirai, sa connaissance du psychotraumatisme sur le plan de la clinique psychiatrique, et puis également de la clinique psychiatrique en général puisque bien sûr il peut y avoir des, des décompensations, ou comorbidités psychiatriques chez les personnes qu'on rencontre hein.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et

d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Euh, je dirais que je suis pas tout à fait d'accord avec cette idée notamment pour ce qui est de la rédaction de certificats. Euh, puisqu'elle engage quand même des connaissances cliniques, effectivement que les soignants, notamment les infirmiers puisque c'est la majorité des corps de métier qui constitue les volontaires, en tout cas chez nous. Euh, ça engage quand même des compétences et des connaissances médicales. Donc là ça rejoint la question de la responsabilité.

Après il m'est arrivé... euh de prescrire euh, sur la demande d'infirmiers des... des... en accord avec eux des médicaments pour le sommeil mais des médicaments assez légers ou classiques je dirais type IMOVANE ou ATARAX pour des... des personnes qui avaient été rencontrées et pour lesquelles je n'avais pas pu me déplacer.

Mais pour le reste, pour la rédaction de certificats, pour moi ça reste des certificats médicaux, des certificats de constatation, euh... ou descriptifs, circonstanciés, mais pour moi, j'ai du mal à concevoir, je suis pas, je serai pas favorable comme ça à ce que ce soit délégué et qu'effectivement le psychiatre soit écarté. Je pense que c'est son rôle euh, prise en charge qui

implique certificat médical, il doit voir les patients. Oui. Je serai assez affirmatif là-dessus, voilà, pour répondre à la question.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Effectivement, au sein de la cellule médico-psychologique, il y a eu une prise en charge assez exceptionnelle, vous avez peut-être entendu parler de l'attentat de Londres, il y en a eu plusieurs mais du 22 mars dernier, 'fin il y a un an, il y avait des lycées du lycée européen du département de [nom], 90 lycéens qui étaient en voyage scolaire à Londres et une soixantaine d'élèves qui étaient présents sur le pont où y a eu, où un terroriste a foncé sur la foule, c'était un après-midi du 22 mars donc ça fait pile un an d'ailleurs, c'est la date anniversaire cette année. Et où donc il y a eu une intervention très importante, notamment à la demande des autorités pendant plusieurs jours suivant l'événement où les lycéens ont été rapatriés et donc y'avait une demande, euh des autorités euh, notamment judiciaires de rédaction d'un certificat de reconnaissance de victime euh, pour les circonstancier en vue d'une indemnisation éventuelle pour les lycéens présents sur place. Et donc, chacun des lycéens, environ une soixantaine, ont rencontré un des psychiatres de la cellule pendant ce temps-là. Donc dans la semaine qui a suivi voilà.

Là il y avait en plus un enjeu de reconnaissance du statut de victime etcétéra, là de la même manière, ça me semblait important que ce soit un psychiatre qui fasse ce travail. Ça été quelque chose d'évidemment assez fastidieux, et qui venait en plus du reste, mais bon.

Ca permettait aussi d'avoir une idée précise de l'état psychiatrique et psychologique des victimes hein, des impliqués. Hum.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Alors ouais. En dehors de cet événement on n'a pas été sollicités pour ça. Après je trouve que c'est une question délicate parce que ça... après ça renvoi aussi à l'utilisation qu'on peut faire aussi de, de cette demande et de cette possibilité à avoir un certificat. C'est-à-dire, c'est, dans le cadre de cet évènement exceptionnel c'est-à-dire l'attentat, ça pouvait s'entendre, bon. Ça implique déjà beaucoup de choses : quelles sont les conséquences d'avoir une reconnaissance pour certains, de symptômes etcétéra. Le fait de le demander systématiquement ça pose des questions, notamment après de ce qu'on peut mettre dans les certificats, des conséquences que ça pourrait avoir. Parce que le problème ça serait le détournement de ces certificats de constatation à des fins exclusivement euh financières d'indemnisation etcétéra. Donc ça reste une question un

peu délicate effectivement. C'est aux psychiatres après, à la fois de pouvoir s'en détacher un peu, et.... Bon.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Non, non, non. Non, non.

En dehors de cet évènement que je vous décrivais, j'ai pas... j'ai eu des demandes alors, euh, après, un peu en dehors de la CUMP puisqu'il m'arrive dans le service de recevoir des patients migrants, qui ont des problématiques psychotraumatiques ou de demandes d'asile, et là effectivement, ils ont pu me demander euh, un certificat euh, établissant les symptômes qu'ils présentaient et donc qui comprennent des symptômes psychotraumatiques. Et donc dans ce cadre-là, çam'est arrivé de la faire, je dirais sans la pression de, de qui que ce soit, mais pour étayer une demande d'asile. Mais en dehors de ce cadre-là, au cours d'interventions, non.

En dehors de l'intervention de l'attentat de Londres il y a un an, c'est pas si fréquent que ça.

Et la tendance serait plutôt... je m'attendrais plutôt à ce que cette tendance devienne, euh, de plus en plus importante. Ça me surprendrait pas oui.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Et cette fois où vous en avez rédigé, comment vous vous y êtes pris ?

Alors moi j'en avais pas rédigé. Parce que j'étais euh... c'était, j'avais une intervention pendant une dizaine de jours et moi travaillant aux urgences j'avais pas pu me déplacer à chaque fois. J'étais intervenu pendant le week-end, pour rencontrer les familles. Mais c'est d'autres collègues qui étaient présents sur place, dans le sud du département, qui rencontraient... et donc, ils ont effectivement rencontré chacun, ils faisaient passer un questionnaire euh... euh, l'échelle, voilà de psychotraumatisme. Et donc ils ont retrouvé chez plusieurs des, des lycéens impliqués, ils ont retrouvé des symptômes de psychotraumatisme. Et donc ça leur permettait aussi d'objectiver un petit peu l'impact de, euh, de cet évènement, oui.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Au sujet de la place du psychiatre ?

Oui tout à fait.

Peut-être, oui, oui ! Je dirais la difficulté de la problématique du psychotraumatisme et des CUMP c'est qu'on est dans une... zone... frontière entre je dirais le normal et le pathologique après ou le psychiatrique. C'est-à-dire, donc on rencontre après, c'est ce qui

m'intéresse aussi, des personnes qui sont indemnes de trouble psychiatrique mais qui vont vivre un événement tout à fait exceptionnel qui va les bouleverser dans leur quotidien de par l'intensité de cet événement.

Donc, il y a quelque chose qui est un peu différent de la psychiatrie habituelle où on rencontre des patients souffrant de pathologies plus ou moins graves. Mais, mais là c'est l'idée d'être en contact avec ces personnes je dirais normales. En tout cas indemnes de pathologies psychiatriques, et qui après un événement exceptionnel vont nécessairement être en difficulté sans que ce soit nécessairement pathologique. Donc on est euh, parfois à la frontière je dirais entre la psychologie et la psychiatrie. C'est ce qui est aussi intéressant. Et il faut parfois, on est aussi parfois hors cadre. Mais voilà, je crois que ça fait partie aussi de notre travail. On dit, voilà on dit souvent que notre intervention ne se justifie pas parce qu'elle n'est pas psychiatrique, parce qu'il n'y a pas de raisons psychiatriques, mais je trouve que là, la frontière est parfois un petit peu mince. Quand quelqu'un est confronté à un événement important, qu'il développe beaucoup d'anxiété, des réactions importantes. Euh, il est important de... c'est aussi le cas, on est aussi sollicité pour des événements, des accidents, etcétera et on est aussi, toujours un petit peu hors cadre de ce qui est fixé des interventions sur un collectif, des événements qui impactent beaucoup de monde. Euh bon,

donc c'est aussi je dirais, un peu le danger, toujours de, des cellules d'urgence médico-psychologiques et de la façon dont elles sont perçues. C'est-à-dire qu'on peut très rapidement englober, solliciter pour des événements, euh, certes dramatiques, mais qui n'entrent pas dans le cadre de nos interventions. Voilà c'est des annonces de décès, etcétera. Bon voilà. Donc de la même façon, quand on parlait de certificats tout à l'heure, on peut aussi se retrouver dévoyés de nos fonctions, et venir euh supplanter à quelque chose où on n'a pas... enfin voilà c'est une des difficultés, aussi de, de notre quotidien. C'est d'avoir à intervenir pour des annonces de décès, ou des accidents où on anticipe déjà une détresse psychologique chez beaucoup de personnes ; mais détresse psychologique qui est normale. C'est-à-dire où l'on attend de nous, des CUMP, quelque chose d'un peu magique ou d'exceptionnel qui viendrait répondre à une détresse qui est normale. Donc, la difficulté, c'est dans ces moments là, c'est de dire non, de pouvoir dire non. De le justifier et de pouvoir avoir quand même le retour de personnes qui ne comprennent pas toujours notre refus, et le fait que ben, les réponses qui sont apportés ou les réactions des personnes sont normales. Et qu'elles doivent être supportées si je puis dire. Je trouve que c'est l'une des plus grosses difficultés, on euh, parfois, on sent bien qu'on laisse un petit peu dans la panade nos interlocuteurs et à la fois il faut tenir cette position quand même parce que sinon, on peut être sollicité et repéré dès qu'il y a euh,

un évènement euh dramatique, mais qui ne justifie pas de nos interventions. Et à la fois je pense qu'il faut aussi avoir une certaine souplesse. C'est-à-dire que si on dit non à chaque fois... Le cadre doit avoir une certaine souplesse sous peine d'être trop rigide, et de laisser de côté certaines personnes qui pourraient avoir besoin de, euh, d'un soutien quoi. Oui.

Entretien « psychiatre 13 »

Durée de l'enregistrement = 19 minutes et 3 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Euh... ça c'est une question ouverte.

Oui, oui, c'est que des questions ouvertes.

Ah, d'accord.

Euh, donc, moi je suis alors, psychiatre d'adultes, psychiatre d'enfants et d'adolescents. Voilà. J'ai eu un parcours, vous voulez grosso-modo mon parcours ?

Oui, et surtout votre pratique actuelle.

Euh, donc, alors, moi mon parcours il est surtout marqué par la prévention du suicide depuis 35 ans. Euh, la psychiatrie d'urgence : j'ai créé les urgences psychiatriques au CHU de [nom de ville] en janvier 1989, j'y intervins toujours une semaine par mois, je suis toujours urgentiste si vous voulez, donc là où on voit aussi beaucoup de gens psychotraumatisés. Euh... j'ai créé les, les consultations médico-psychologiques en 1992, je crois, quelque chose comme ça, maintenant je ne m'en occupe plus, la psychiatrie de liaison hein. Bon j'ai fait pas mal de psychiatrie de liaison etcétera, bon ça je passe là-dessus.

J'ai fait un peu de psychiatrie pénitentiaire, mais quelques mois seulement, voilà. C'était un peu épisodique. Voilà.

Ensuite, donc j'ai continué à être référent prévention du suicide, depuis toutes ces années, parce que nous on a une structure dédiée, avec un poste de temps plein et un mi-temps de psychol..., euh un mi-temps de secrétaire, voilà. Et moi j'ai un temps financé, 0,10 là-dessus. C'est particulier parce qu'en France on doit être les seuls en [nom de région] à avoir ça, parce que ça existe dans les trois autres départements de [nom de région]. Cette structure-là de prévention du suicide.

Donc voilà, j'ai créé une unité d'hospitalisation mère-bébé, en 1996, voilà, donc je m'en occupe toujours mais moins qu'avant, voilà. J'ai un collègue PH qui le fait plus régulièrement. Moi je reste le patron mais enfin bon, voilà.

Euh, j'ai créé une équipe mobile de psychiatrie précarité, avec cinq psychologues, sur l'ensemble du département, de [nom du département] donc là je peux vous dire que le psychotrauma on connaît ! [rires] Je vous fais pas l'article.

Euh voilà, bon je m'occupe de la CUMP depuis sa création, voilà ça fait 20 ans, voilà, j'étais responsable départemental, régional et maintenant je suis responsable de la CUMP renforcée puisque la région c'est [nom] et que c'est zonal uniquement, comme vous le savez.

J'ai une consultation de psychotrauma depuis 20 ans, voilà.

Voilà, je suis chargé de cours à la fac, dans le service hospitalo-universitaire de psychiatrie. Voilà. Et moi à la fac, les cours essentiels, je fais pas que ça mais je suis enseignant essentiellement au laboratoire de simulation. Voilà, je ne sais pas si vous savez ce que c'est ?

C'est-à-dire ?

Laboratoire de simulation ça existe depuis quelques temps, en psychiatrie c'est depuis cette année, euh, mais, y'a un laboratoire de simulation pour les chirurgiens, les médecins et pour la psychiatrie et la psychologie médicale/psychiatrie que j'assure. Moi je suis responsable de l'unité de simulation psychologie médicale/psychiatrie pour les troisièmes années de médecine et les premières années de DES de psy pour lesquels c'est obligatoire depuis cette année dans la maquette, hein. Vous avez pas eu ça mais bon, maintenant c'est obligatoire, c'est validant. Voilà, et donc là j'ai été amené à leur présenter des cas de psychotrauma, 'fin bon, ils ont joué psychotrauma puisque voilà. C'est essentiellement pour la psychiatrie des jeux de rôle. Voilà.

Euh est-ce que j'ai oublié quelque chose.... Oui ! J'ai fait un peu d'addiction entre guillemets tout au long de mon parcours et j'étais responsable d'un CSAPA pendant onze ans, je viens de démissionner là du CSAPA de [commune]. Voilà, et j'ai quelques connaissances là-dessus, ce qui peut aider quand on prend des gens qui ont des psychotraumatismes qui sont à risque de suicide et d'addiction.

Oui tout à fait.

Vous êtes d'accord avec moi ?

Oui tout à fait.

Vous m'auriez dit non ça m'aurait contrarié. [rires] Non je plaisante.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Est-ce qu'il y a un courant en psychiatrie ?

Alors moi j'ai été formé surtout en pédopsychiatrie pas mal, donc moi je suis plutôt d'approche psychanalytique, mais bon, pas que. Bon voilà, pas que. Je... je suis assez ouvert quand même, voilà, à d'autres approches psychocomportementales, 'fin bon, voilà. Et parfois ça peut être utile en psychotrauma. Donc moi ma consultation, c'est une consultation de psychotrauma, et, qui s'appelle psychotrauma, mais aussi de deuil pathologie et santé au travail, puisque, voilà, j'ai toute une partie de ma clientèle qui sont des gens qui ont des soucis au travail. Alors en bout de course, parce qu'en général ils sont envoyés par les psychiatres, les médecins du travail, après un certain temps, 'fin bon voilà, pas en première intention. Et un peu la même chose avec les deuils pathologiques puisque j'ai été pendant longtemps, euh président de la fondation européenne « vivre son deuil ». J'avais créé « vivre son deuil » [région] j'ai été élu au niveau international, si vous voulez, j'ai fait ça

pendant quelques années, là j'ai démissionné il y a un an et demi à peu près.

Après j'ai été président du groupement d'étude et de prévention du suicide, le GEPS. Je ne sais pas si vous connaissez ?

Un peu.

C'est très bien !

Voilà, maintenant, je suis le président fondateur de la fédération nationale trauma, suicide, liaison, urgence. Vous ne connaissez peut-être pas la FTSLU qui regroupe l'AFORCUMP [NDR. Association de Formation et de Recherche des Cellules Médico-Psychologiques], le GPES, psychologie médicale et la FERUP.

La FERUP... redites moi

C'est les urgences psychiatriques. Vous ne vous intéressez pas aux urgences, c'est dommage ! [rires] Voilà, donc, voilà.

Donc je suis président de ces quatre sociétés, donc voilà, en fédération se vous voulez, donc je regroupe, voilà.

Voilà, et sur le plan régional je suis président d'une structure qui s'appelle ARIA, c'est l'association régionale des intervenants d'addictologie de [nom de la région]. Voilà ça c'est ma valence si vous vous addicto. Alors qu'est-ce que c'est ? Ca regroupe, ça fédère un peu les actions hors hôpital. Médecins libéraux, psychologues libéraux, pharmaciens libéraux. C'est une structure qui dépend de l'ARS.

Voilà je vais arrêter là. Donc vous voyez, j'ai une carte de visite assez longue.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

1985 [mentionné ensuite]

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Volontaire CUMP ?

Oui, comment vous en êtes venu à vous impliquer dans le réseau ?

Ben parce que je m'occupai déjà de gens qui avaient des psychotraumatismes aux urgences. Voilà.

Depuis les années 1985, voilà, donc j'avais un peu de recul. [rires] Parce que je suis un vieux Monsieur. Voilà, voilà, voilà.

Ensuite ?

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Euh, je ne me souviens plus si c'est 4 ou 5. Je crois que c'est 5. Moi compris.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

C'est-à-dire ? Comment est-ce que ? Qu'est-ce que vous voulez que je vous réponde là ?

La responsabilité du médecin dans le cadre de la CUMP, sous quelles formes ça peut être trouvé ? Comment est-ce que vous l'envisagez ?

Ben je peux vous répondre simplement : je suis le chef d'orchestre.

On peut pas faire plus court.

Ça veut dire ce que ça veut dire. Voilà. Ça veut dire qu'on a tout une structure à manager, toute l'année. Beaucoup en dehors des actions, et on fait beaucoup de formations, beaucoup de mise en situation, nous on est très actifs.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Je suis contre.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Oui.

Moi je vois tous les patients. [rires] C'est-à-dire que je vois certains patients en premier, en direct. Et puis, et quand y beaucoup de monde, par exemple à Nice ou ailleurs, j'ai fait beaucoup de missions en France et à l'étranger, tout au long de ma carrière. Et, euh si vous voulez, il peut y avoir des infirmiers, des psychologues qui voient les patients, et moi je les revois. Alors au lieu de les voir ¾ d'heure je le vois 5 minutes ou 10 minutes, mais je le vois, je fais le bilan et je fais le certificat. Voilà.

C'est pas aux infirmiers, aux psychologues de faire le certificat médical. Et le médecin c'est pas simplement un mec qui appose sa signature sans rien savoir. Voilà. Moi j'estime qu'on ne peut pas engager sa responsabilité sans avoir vu... Mais en faisant confiance aux autres puisque c'est les autres qui l'on vu longuement avant ! Et ensuite, bon ça va vite. Quand on a l'habitude, ça va vite. On vérifie deux ou trois trucs, on voit que c'est cohérent etcétera. Si y'a un truc oublié, ben on le rajoute, et on signe le papier. Et y'a pas de soucis.

Et dans ce cas-là, vous revoyez le patient en binôme avec celui qui l'avait vu ou pas nécessairement ?

Ça peut se faire, mais ça on n'a pas toujours le temps hein !

Quand on était à Nice, je peux vous dire qu'il y avait des milliers de patients ! [rires] Cinq lieux de consultation, ça dépote quand même ! Voilà.

Donc on essaye de faire au mieux. Quand on était à Paris, après le Bataclan à l'institut médico-légal, je peux vous dire qu'il y avait 120/130 patients, 120/130 patients par jour... On faisait pas des certificats à tout le monde bien sûr, mais bon, il faut bien s'organiser et savoir qui fait quoi.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

C'est une question candide ou une question... Réellement candide ou vous connaissez le résultat ?

J'ai déjà des réponses ... [rires]

Pourquoi fait-on un certificat ? Si vous voulez y'a 20 ans on faisait pas ça. C'est depuis 3-4 ans que c'est comme ça, mais voilà. Euh ensuite on le revoyait on faisait le certificat après. Bon mais là c'est pas plus mal. Ça c'est pour le réseau SI-VIC et pour le, aider les victimes. Ca d'accord, je le comprends très bien. Mais bon. Mais autant le faire correctement. Voilà, si on le fait pas correctement on le fait pas ! Voilà, à ce moment-là, ça

peut très bien être fait 24, 48 heures, 15 jours après. Parce que quand ça a été mal fait par exemple dans certains lieux. Bon je vais pas vous dire qui les a mal faits, mais bon j'ai les noms ! [rires] Il a fallu qu'ils soient refaits 1 mois, 1 mois et demi, 2 mois après, convenablement. C'est tout. Donc, il faut que ce soit fait correctement. Voilà. Pour que ce soit fait correctement il faut qu'on prenne quand même un petit peu son temps et que ce soit validé. Si on peut pas le faire, on le fait pas, c'est tout. On dit : « *on n'a pas le temps, vous reviendrez, vous serez revu par quelqu'un d'autre dans 3 jours, 4 jours* ». Un certificat médical initial, c'est pas forcément le jour même hein. [Silence]

Vous le savez ?

Oui

Voilà. Donc vous connaissiez déjà la réponse, mais vous vouliez voir si je répondais bien.

Non, c'est pas pour vérifier vos connaissances, c'est... Non, non, je plaisante !! [rires]

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

J'en fais à chaque fois qu'il faut en faire. S'il faut en faire oui. [Silence] On a eu assez de mal à mettre en place un grille commune. J'ai fait partie du groupe de travail et ça nous a pris des années.

Ça vous le savez peut-être pas mais ça a pas été simple. Ça a pas été simple parce qu'on avait pas mal de réticences de la part de certains collègues, enfin etcétera. Ça c'est un peu accéléré ces derniers mois, enfin, ces dernières années, mais. 'Fin depuis un an ça c'est un peu maintenu, c'est un peu mieux. Mais ça nous a pris 3-4 ans avant de le faire hein !

Le modèle national c'est moi qui l'ai écrit avec mes collègues. Ça a été compliqué. Ça a été au moins 15 ou 20 réunions, échelonnées sur 3-4 ans avant qu'on arrive à se mettre d'accord sur un truc, enfin voilà.

Qu'est ce qui a posé des difficultés ?

Ben parce que c'est pas simple de se mettre d'accord, c'est tout ! [rires]

Peut-être que vous trouvez que ça va de soi quand vous le voyez mais on n'est pas arrivé à ça comme ça.

Qu'est-ce qu'on prend comme références, etcétera, comme ci comme ça, y'a des tas de questions qui se sont posées.

Après ?

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Euh, on pourrait dire... je sais pas, y'a plein de choses qu'on pourrait rajouter mais euh, je sais pas comment vous... Qu'est ce qui est important pour vous ? Pour votre travail.

Moi j'aborde plutôt les choses sur le plan de la responsabilité du médecin, et des missions qui sont propres aux psychiatres.

[Silence] Euh... la responsabilité sur un mode quoi ? Médico-légale vous voulez dire ?

Oui.

Donc, moi je pense que c'est beaucoup centré sur le certificat surement, parce que c'est ce qui va valider le fait d'avoir vu ce patient et d'avoir retenu certains signes cliniques importants. Ça c'est sûr, c'est pour ça que je crois qu'il faut le faire bien. Et si on peut pas le faire bien on le fait plus tard. Soit nous ou soit quelqu'un d'autre. Mais il faut que ce soit fait par quelqu'un qui engage sa responsabilité. [Silence] Donc, d'où l'importance de. Voilà.

Après sur le plan de la responsabilité, euh, il y a bien sûr, je dirais... la responsabilité de l'équipe avec laquelle on part. Donc là, y'a de nombreuses choses auxquelles il faut penser. C'est quand on part, briefer correctement l'équipe, voilà, pour nous ici, ils signent systématiquement un papier quand on part : voilà on part, tel jour telle heure etcétera, ils signent le papier, ils signeront un autre papier au retour. Ca sur le plan médico-légal c'est important. Voilà. Qu'ils aient les bonnes tenues pour bien se faire repérer, enfin voilà c'est, voilà qu'ils prennent pas de risques inconsidérés, enfin bon, d'où l'importance nous, d'installer un PUMP au bon endroit, enfin bon voilà.

Entretien « psychiatre 14 »

Durée de l'enregistrement : 8 minutes 20 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors moi je suis sur les urgences et la liaison, et sur la maison d'arrêt. Voilà. Et puis la CUMP en plus.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Euh non, pas spécialement, j'utilise un petit peu de tout, un peu d'hypnose, euh de... pas spécialement, un peu de tout.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Depuis, oui depuis le début, depuis 95. [rires] Pas toujours dans la même région au départ j'étais à [nom du département 1] le [numéro du département] et maintenant je suis dans le [numéro du département].

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Euh ben tout simplement parce que j'ai eu un prof à [nom de ville] qui était très impliqué dans les CUMP, et donc il nous a passé le relai, fin voilà. C'est comme ça tout simplement. Et après j'ai fait, après j'ai fait des choses, des formations par rapport au psychotrauma. Et euh, et voilà.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Euh ola, pas mal. Pas mal, parce que y'a... ben moi sur [nom de ville 1] on est 2, après y'a sur [3 noms de villes]. On est, on est pas mal, je sais pas, on doit être une quinzaine je pense.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Euh, alors, ma, ma responsabilité bon c'est déjà l'organisation. L'organisation des relais éventuellement, si ça dure sur plusieurs jours. Bon la clinique évidemment, voir les patients. Et puis euh, et puis aussi les certificats, les arrêts de travail et éventuellement les ordonnances, les médicaments. Voilà.

Parce que souvent on part avec des infirmiers ou des psychologues et on est parfois seul médecin, donc, c'est vrai que notre rôle c'est pas tellement la clinique là du coup. La clinique est faite par les infirmiers et les psychologues qui font ça très bien ; et nous on fait les certificats, les ordonnances, 'fin les cas les plus, les plus grave quoi.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Ben oui, c'est vrai. C'est vrai parce que, moi je vois par exemple, bon ça dépend un peu des interventions. Si c'est des petites, petites interventions, on peut voir le patient, mais si c'est des grosses interventions comme ça a été le cas euh, sur Nice quand il y a eu l'attentat, on fait essentiellement des ordonnances, des certificats et des... oui, oui tout à fait.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Oui.

Les collègues nous font la transmission de la clinique, et on fait, à partir de là on fait le certificat. En sachant que c'est un premier certificat initial de toute façon, et après on les oriente sur des consultations éventuellement spécialisées. Hum. Des consultations de psychotrauma.

Nous ici, sur le département on en a deux. On a [nom de ville] et chez nous à [nom d'une autre ville].

Et donc où ils peuvent avoir des suivis ?

Voilà, hum.

Et dans ces cas-là, vous revoyez le patient en binôme avec le collègue ou pas nécessairement ?

Euh oui, en général oui, oui.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ben, c'est pour des raisons administratives et légales, tout simplement. Pour qu'ils puissent ensuite porter plainte et ... que, la reconnaissance quoi.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Euh alors sur Nice, on nous imposait d'en faire pour qu'ils puissent aller déposer plainte. Donc là oui.

Euh ou sinon, en CUMP, banale j'ai envie de dire, ça dépend. Pas forcément, pas forcément. J'en fais pas forcément.

Ca dépend de quoi ?

Ben, si c'est une catastrophe naturelle, par exemple où, je sais pas, un... euh... 'fin... ouais, des CUMP d'accident ou quoi je vais pas forcément en faire.

Je le fait en fait si la personne me le demande. Hum.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Moi j'utilise le formulaire qu'on a. Qu'on a dans les CUMP normalement. Que vous devez avoir je pense.

Oui, le formulaire national ?

Oui, oui, oui ! Oui, oui.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Euh, alors, moi, je suis partisante pour qu'il y ai des cadres [NDR. cadres de santé] dans toutes les CUMP. Parce que je pense, qu'ils auraient un rôle d'organisation, 'fin dans les CUMP de grande ampleur je parle, qui durent plusieurs jours, euh, je pense qu'un cadre serait bénéfique parce qu'il pourrait faire des plannings d'intervention de personnels, justement pour qu'il puisse y avoir à chaque fois un médecin, euh, des infirmiers et des psychologues, naturellement, euh... Parce que nous, on est souvent utilisés à ça, à faire des plannings, et je pense, que c'est du temps perdu quoi. Hum. Voilà. [rires]

Entretien « psychiatre 15 »

Durée de l'enregistrement = 20 minutes 20 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors je travaille plus, dans... je suis censé être à la retraite. J'ai d'ailleurs de ce point de vue là un statut assez spécial. J'ai commencé à m'occuper de la CUMP, j'étais dans un CHU, dans un CHS, enfin c'est un CH de nos jours, c'est un CH. Euh, donc j'étais chef de pôle, ce qui était pas forcément un statut euh, qui me permette de facilement me déplacer notamment, hein sur les situations. Bon je l'ai quand même fait un certain nombre de fois parce que j'avais la CUMP à cœur, mais, euh, bien sur c'est pas sans difficulté hein. Alors maintenant je suis à la retraite donc c'est moins ennuyeux, je continue de garder une activité salariée euh, à temps partiel dans un CMPP. Voilà.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Euh, un courant psychiatrique ?! Olala !

Quand j'ai commencé, quand j'ai commencé mon exercice, je me sentais proche de la psychanalyse mais plus maintenant, plus maintenant du tout même.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Alors depuis le début, depuis le début, depuis que ça existe. Ma toute première formation ça été avec le général CROCCQ. [Silence] Donc c'est pas d'hier, c'est juste après les attentats de Saint Michel quoi. [NDR. 1995]

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Au départ, l'idée d'être présent sur un peu toutes les modalités d'exercice qu'on peut, qu'on peut trouver dans la profession. Et en fait, euh, maintenant, au point où en sont les choses, je me demande, si les ¾ de la pathologie, enfin à part ce qui est lié à la génétique, si les ¾ de la pathologie ne sont pas reliées par un lien ou par un autre à la psychologie post-traumatique.

Soit, soit, dans ses effets trans-générationnels, soit dans ses effets directs sur les personnes victimes de blessures psychiques. Voilà.

J'ai l'impression qu'il y a une zone fortement, fortement sous dépendance génétique, enfin bon, une dépendance génétique importante et une zone dans laquelle ou il y a éventuellement pas de participation génétique, qui reste lié à des influences relationnelles parmi lesquelles celles des effets trans-générationnels de syndromes post-traumatiques, et puis les syndromes post-traumatiques eux même.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Alors au départ on était 2. On est toujours 2. Y'en a un qu'est mort et qui a été remplacé par un autre.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre à la CUMP ?

Alors, bon, en tant que référent de la CUMP, on se tourne vers moi d'abord pour vérifier le bienfondé de mon déplacement. Euh, quand je participe aux déplacements, bon ben, j'interviens. Pas forcément en première ligne, j'interviens quand on me le demande. Et euh, quand je participe pas aux déplacements, ben je reçois éventuellement dans un second temps, mais qui reste dans le post-immédiat et qui reste pour faire du dispatching, les personnes que les autres membres de la CUMP peuvent m'adresser.

Alors on a une CUMP parmi lesquelles dans [nom du département] c'est un département qui est un peu sinistré sur le plan psychiatrique, donc, euh, on n'est pas nombreux, et moi j'essayai d'avoir recours au maximum au personnel des autres établissements. Et on a du coup, un psychologue de l'hôpital de [nom de ville 1], un psychologue de l'hôpital [nom de ville 2] et de l'hôpital de [nom de ville 3]. Et les infirmiers sont pratiquement tous par contre, euh, sont pratiquement tous du CH [nom].

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

A ben, oui, je veux bien que les médecins en effets soient un peu indispensables pour rédiger les certificats et tout ça, mais euh en effet, il me semble qu'ils ont, même au-delà d'un rôle de prescription, ils sont quand même confronté, par leur pratique tous les jours, à la prise en charge relationnelle de leurs patients, et, je vois pas pourquoi on les exclurait totalement hein.

Je vois pas pourquoi, alors qu'on les mette en réserve. Peut-être on peut pas faire autrement parce qu'effectivement on manque de psychiatres, ça se comprend qu'on les mette en réserve. Mais quand même je crois que sur un plan théorique, il faudrait pouvoir se dire que dès qu'on en a en suffisance, assez pour ça, et ben on n'hésite pas à les mettre en ligne

également, notamment pour des patients, euh pour lesquels on pense qu'il y aura peut-être besoin d'hospitaliser ou de prescrire, ou d'un renfort.

Moi ça m'arrive de voir en seconde intention, avec l'infirmier qui a reçu la victime en seconde intention, de le recevoir à deux, hein. Et je trouve que c'est pas inutile du tout, et que se priver de ça, ce serait aussi se priver d'une part des fonctions professionnelles du médecin moi je trouve !

Maintenant effectivement, ça me paraît évident que quand on a trop peu de médecin, quand on est sur une situation qui va générer euh, un, un travail de certification, de prescription important et que finalement on ne pourra pas faire autrement que de, de réserver le médecin à ces tâches-là, effectivement.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agi ?

[Déjà évoqué spontanément auparavant]

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

[Silence] A ben y'a, moi je crois que ça c'est en relation avec le caractère non professionnel d'une certaine manière de la CUMP. La CUMP reste

encore, euh, attachée à ses origines. Et ces origines il faut pas l'oublier ça repose sur le bénévolat.

Alors y'a à la fois du bénévolat et à la fois des textes qui normalisent la CUMP. Et du coup, pour l'administration, la CUMP, c'est un objet assez peu manipulable, assez peu intéressant pour l'administration parce que ça n'est pas un objet classique. C'est un objet qui comporte une part de bénévolat, une part de... D'ailleurs sur le terrain, regardez par exemple le dernier attentat, moi j'ai été frappé de voir que les journalistes ne sont pas au courant de ce que c'est que la CUMP. Ils ont dit que c'était une cellule d'urgence organisée par la mairie sur une chaîne hein.

Parce que probablement, probablement la CUMP avait été placée dans des locaux d'origine municipale alors ils ont dit : « *c'est une cellule, une cellule médico-psychologique organisée par la mairie* ». Ben non c'est pas organisé par la mairie ! Et quand ils ont voulu interroger quelqu'un, ils ont interrogé le président de l'association de victimes qui s'était agrégé à la CUMP, et pas du tout un membre de la CUMP ! Et effectivement, on voit bien que la CUMP a du mal à trouver sa place sur le plan administratif et donc sur le plan médiatique aussi. Ça va ensemble. Je pense qu'on va nous demander ce travail de certification un peu pour nous demander de rentrer dans un moule un peu administratif, qui actuellement échappe. Et moi je pense, que ce serait une bonne chose de professionnaliser

d'avantage la CUMP. Parce qu'actuellement, ça repose beaucoup trop, la CUMP repose beaucoup trop euh, sur des mécanismes fragiles.

Et dès qu'il y a quelque chose d'un peu important, on voit bien qu'on est obligés de rameuter un peu toutes les CUMP de France et de Navarre. On l'a vu pour Nice. Moi je suis allé à Nice. Je suppose que vous aussi. Tout le monde est allé à Nice un petit peu. Moi chaque fois que je rencontre des gens, je m'aperçois qu'ils y sont allés ! Je m'aperçois que dès qu'il y a quelque chose d'important, il faut rassembler des CUMP au niveau de la région, hein, ça peut aller même très loin.

Il y a lieu moi je pense de personnaliser tout ça et d'obliger, de rendre obligatoire.

Parce que, pourquoi n'avez-vous pas beaucoup de médecins vous, notamment à Dijon ? Parce que vous êtes une ville universitaire. Nous si on en a deux, c'est parce qu'on est en province. [Silence] En province, à la campagne, on a une bien meilleure qualité de vie. On a d'abord des tas de moyens de gagner notre vie, qu'on a pas à Dijon, parce qu'à Dijon tout le monde se marche sur les pieds, et donc les psychiatres ont des tas d'autres centres d'intérêt que la CUMP. Euh, ils vont là où ils peuvent se marcher sur les pieds mutuellement, ils vont là où ils peuvent entrer en compétition les uns avec les autres, et euh la CUMP ça les intéresse pas.

Nous, on a des tas de moyens de gagner, de faire de la gratte, de se faire des tas de sous, on s'enrichit beaucoup en province [rires] sans blagues !

Un jour quelqu'un va s'en apercevoir, et la province va, va, va, y'a des postes vacants qui ne le seront plus ! A mon avis ça va se, ça va se, un jour quelqu'un va se rendre compte de ça. Que notamment, les expertises médico-légales, ben on peut quasiment faire le triple, que finalement, les activités d'intérêt général y'en a partout. Là où à Dijon, je suppose que les activités d'intérêt général, quand on, quand on a un petit morceau d'activité générale on est contents. Donc euh voilà, nous finalement, quand on a besoin d'un centre d'intérêt supplémentaire, on va à la CUMP facilement. Mais dans des grandes villes, où y'aurait finalement d'avantage de potentiel médical, en réalité, euh, non y'en a pas pour la CUMP. Et le jour où on va professionnaliser tout ça, en fait même, potentiellement, je sais pas, une spécialité, dans la spécialité ou quelque chose comme ça, on va obliger, nommer, désigner des postes, mais on ne peut pas obliger quelqu'un à occuper un poste à mi-temps sur la CUMP ce genre de choses.

Alors là, là l'administration saura ce que c'est que l'objet CUMP. Et manipuler l'objet CUMP, ça rentrera dans les, dans les, dans l'accréditation, ça rentrera dans tout ça. Alors qu'actuellement la CUMP vous ne la trouverez pas dans l'accréditation, on en fait ce qu'on en veut. Vous voyez ?

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Non pas systématiquement hein. J'en fais quand je pense qu'il y aura des suites. Si je pense qu'il y aura pas de suites, euh, que c'est pas la peine j'en fait pas. Je fais pas systématiquement un certificat pour dire d'en faire un, sous couvert de l'avenir hein, je fais pas ça. Mais effectivement, la question peut se poser. La question peut se poser du fait qu'après tout, même quand on pense qu'il y aura pas de suite, euh, la plupart du temps, on sait ce qu'on dit et on a raison, mais on sait jamais hein. C'est vrai qu'on pourrait, euh faire un certificat systématique aux gens, pour leur dire, non seulement vous êtes passés à la CUMP, ça ils ont un papier hein ; mais euh, mais effectivement, on fait un certificat sur le fait qu'il y a pas de suites immédiates, sous réserve de celles qui pourraient apparaître à l'avenir.

Moi, je pense que ça a un effet, que ça risque d'avoir un effet incitatif et que ça va pas aider les gens à se redresser en fait, de faire ça. Moi je pense que le mieux c'est de faire un certificat quand on pense qu'il va être utile. [Silence]

Ceci dit, ceci dit, j'ai été très choqué, à Nice justement, de voir les gens du ministère passer partout en disant : « *pas plus de 11 jours ! Pas plus de 11 jours !* », d'arrêt de travail.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Ah, ce que je mets dedans, je mets les symptômes que j'ai cochés sur la fiche. Je mets les symptômes que j'ai cochés sur la fiche et euh, voilà, je ne prédis pas l'avenir.

Donc la fiche, le modèle national ?

Voilà tout à fait.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben... concernant la responsabilité... euh... [Silence] On a dit beaucoup de choses quand même, on a dit beaucoup de choses.

Je pense que concernant la responsabilité, le fait de mettre les infirmiers en première ligne, ça suppose qu'ils soient, mais ils sont bien formés actuellement. Actuellement, avec l'AFORCUMP, avec les formations dont ils bénéficient, ils sont bien formés. Mais le problème de mettre les infirmiers en avant, euh, ailleurs que dans la CUMP, on le voit aux urgences pas exemple. Vous avez vu ce qui est arrivé à [nom de ville], ce qui est arrivé à [nom de ville] : une dame très âgée, qui serait sans doute morte si elle avait été soignée, est arrivée avec une septicémie en route, ça été, ça été vu avec négligence parce que, du point de vue des symptômes présentés, l'infirmière à pas réagit. Elle pouvait pas. Euh, elle avait pas la formation pour. Donc elle l'a pas signalée comme

particulièrement urgent au médecin. Et le médecin était trop occupé pour voir cette dame là, ce symptôme-là, tel qu'il lui était décrit par l'infirmière. Donc effectivement, si, si euh, la dame en question avait été vue il aurait fallu des perfusions d'antibiotiques, les perfusions d'antibiotiques ça met 48 heures à agir, elle serait probablement morte quand même. Hein, en fait, elle serait probablement morte quand même. Mais c'est vrai que c'est choquant le fait que cette dame avec une pathologie extrêmement grave n'a pas été...

Bon, je pense, je vois pas trop dans quelles circonstances à la CUMP ça pourrait être la même chose. Mais euh, on pourrait théoriquement au moins, se poser la question de ce que ça peut donner. Moi je pense, que étant donné les informations et l'expérience aussi, que les infirmiers qui interviennent dans les CUMP ont actuellement, le problème se pose pas vraiment. Pas comme dans les urgences.

Sinon, qu'est-ce qu'on pourrait... on pourrait discuter de la place également des psychologues, qu'on pourrait aussi mettre en deuxième intention.

Et on pourrait aussi se poser un autre problème, qui est celui de la prise en charge, de, des membres des CUMP eux même, qui est pour l'instant au petit bonheur la chance. Euh, je pense qu'il y a lieu, enfin, on a tous vécu des situations traumatogènes quand même au contact des victimes, et je pense qu'il y a un moment donné ou il peut y avoir un burnout, ou il

peut y avoir des conséquences psychologiques qu'on gère plus ou moins bien et pour lesquelles on est pas forcément soutenus. Et ce serait bien, notamment dans une optique de professionnalisation des CUMP, euh que ça soit envisagé très solidement ça.

Entretien « psychiatre 16 »

Durée de l'entretien = 11 minutes et 32 secondes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Habituellement, je suis praticien hospitalier temps plein, dans un hôpital général.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Euh ben c'est de la psychiatrie polyvalente. Alors j'ai une formation un peu éclectique euh de psychanalyse, de thérapie à médiation corporelle, euh, voilà c'est essentiellement mes courant. Plus l'hypnose, euh voilà.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Ouh la CUMP j'y suis depuis [silence] depuis 2003. J'ai été adjointe de la CUMP du [département] depuis 2004 et je suis référente de la CUMP depuis 2014.

Comment êtes-vous devenu volontaire ?

Dans un premier temps parce que, parce qu'il y avait besoin de personnes et que ça m'intéressait et ensuite, je m'y suis investie de plus en plus régulièrement, puisque, mon hôpital général est un hôpital

intercommunal. Donc il y a le siège du SAMU, donc, euh la CUMP a toujours été... le référent a toujours été dans mon établissement. Donc, j'ai travaillé de manière proche avec celui qui était le référent à l'époque, le Docteur [nom] et ensuite, j'ai pris sa succession. Donc adjointe d'abord et ensuite j'ai pris sa succession.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Oh ! Y'en a un certain nombre ! Parce qu'on a fait une coopération. J'ai des volontaires de tous les hôpitaux de [département], euh donc ça doit être une bonne quinzaine. Entre pédopsy et psy adulte.

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre dans les missions CUMP ?

Ben, nous on a, on est une CUMP qui est à moyens constants, c'est-à-dire on a pas de subventions, on n'est pas CUMP renforcée, on n'est pas CUMP interrégionale et voilà. Donc on n'a pas de moyens alloués à ça. Donc ma fonction est de coordonner quand il y a besoin d'intervenir, en tout cas sur [région], je vais coordonner toutes les demandes d'interventions, je vais en même temps être, je veux dire, quand le SAMU se pose la question d'une intervention CUMP ou pas, je suis conseil, j'oriente, je, je dirige, je passe des conventions avec les différents

interlocuteurs et partenaires soit d'amont, soit d'aval, que ce soit la croix rouge, la protection civile, euh ou l'aide aux victimes ou avec les différents hôpitaux. Donc je fais à la fois tout ça, à la fois, euh, je me coordonne avec l'inter région, nous au niveau de notre département c'est [ville] qui est notre référente, à la fois zonale et interrégionale, c'est la même personne.

Donc et ensuite, soit j'interviens directement sur le terrain et à ce moment-là je vais tout coordonner et je vais intervenir directement ; euh soit je vais orienter et diriger les équipes en fonction, en fonction du lieu et de la nécessité d'intervention ou pas. [Silence]

Et je m'occupe du relai de l'aval. C'est-à-dire, une fois que l'intervention CUMP est faite, vers qui on adresse les personnes qui ont éventuellement besoin d'un suivi plus prolongé que juste de la CUMP

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et

d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

A ça moi je suis contre, et on pratique pas du tout comme ça dans [nom du département]. Je suis contre parce que rédiger un certificat médical initial, ça engage une responsabilité et il est pas question, même légalement, on n'a pas le droit de faire un certificat médical sans avoir vu la personne. S'il y a le moindre problème, le moindre litige, euh surtout avec, quand il y a, souvent, enfin, les certificats médicaux initiaux sont demandés beaucoup pour avoir des droits à réparation, euh donc en fonction on ne peut pas faire un certificat comme ça en l'air. Non, ça moi je suis formellement contre. Et il est pas question... Alors c'est vrai, je me débrouille toujours pour qu'il y ai un minimum d'un ou deux psychiatres par intervention, même des petites, euh, justement pour pouvoir faire ça, mais on ne fait pas que ça. Il y a toujours un psychiatre dans chaque cellule, dans chaque PUMP, mais ils ne font pas que rédiger les certificats médicaux.

C'est-à-dire que même quand moi j'y suis, je vois les personnes et je fais le certificat médical. Alors si y'a besoin ! Parce que pas forcément tout le monde a besoin d'un certificat médical initial.

Une attestation de passage et de prise en charge oui, ça tout le monde peut le faire mais un certificat médical initial, si y'a besoin, à ce moment-là, les personnes on me les envois.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

Euh, non, parce que j'ai pas formé mon équipe comme ça, donc même pas ils y ont pensé ! [rires] Très clairement non.

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Ben ça me parait, le problème... Ce qui s'est passé quand on était intervenus à Nice, c'est que tout le monde voulait un certificat initial de prise en charge pour pouvoir avoir droit à une ouverture de droits au niveau du fond d'indemnisation des victimes. Sauf qu'à ce moment-là, c'était le copain de la copine du copain qui avait entendu dire que. Donc là, ça c'est pas possible ! Il est pas question qu'on fasse, c'est pas possible. Encore une fois, une attestation de prise en charge oui, ça on le fait, mais le certificat médical initial qui décrit les symptômes cliniques, euh non, ça c'est pas possible. Avec les taux, alors le problème c'est qu'il y a les taux d'ITT, moi j'ai vu des taux tout à fait aberrants passer avec des ITT de 30 jours, euh nan ! Il faut une formation pour, et déjà qu'on n'a pas de

barème officiel au niveau des ITT psy, si on peut dire, et si en plus c'est en fonction des personnes et en fonction de leur non qualification c'est pas possible ! Parce qu'il y a des conséquences juridiques derrière. Un ITT supérieur à 8 jours, voilà c'est pareil. On ne peut pas dire comme ça en l'air.

Mais effectivement, c'est, c'est, tout le monde essaye de prendre des grands parapluies voir des grands parasols, mais ça ne gère rien. Mon avis c'est, c'est, c'est pas... Moi je me refuse à ça. Et alors la pression que... C'est vrai que les pouvoirs publics essayent de pousser à ça pour qu'il y ait une reconnaissance. Vu qu'on n'est pas nombreux puisque de toute façon pas toutes les CUMP de France sont pas subventionnées, c'est ça le problème qu'il y a derrière aussi. C'est que, si les CUMP de France étaient toutes euh, logée à la même enseigne, en tout cas en partie, avoir des subventions ce serait différent. Là c'est du volontariat pur, donc euh, non. On ne peut pas faire n'importe quoi sous prétexte qu'on est volontaire quoi. Ça pose trop de problèmes médicaux légaux.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Oh, j'en fais régulièrement, effectivement, de plus en plus souvent. Ça ne faisait pas partie disons de la valise obligatoire, maintenant ça fait partie des documents obligatoires qu'on doit avoir. Avant on n'avait pas de certificats médicaux, là comme ça, ça ne se faisait pas ça. Là maintenant

c'est très formalisé, c'est euh, y a quelque chose de très formalisé. Ça c'est une décision nationale.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Modèle national.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben... Chaque, chaque mission, chaque intervention est très différente, mais euh, je pense que la chose la plus importante c'est qu'on reste extrêmement adaptable, même au niveau doctrine.

Dans le sens où quand on est intervenus à Saint Martin, euh après Irma, euh après Irma, après l'ouragan quoi. On a fait certes du psychotraumatisme, mais la CUMP n'a pas fait que ça. On, on s'est adaptés, on a fait aussi de la psychiatrie de secteur qui était complètement détruite au niveau de Saint Martin. On a du aussi s'occuper de ça, soutenir les équipes, euh, fin, on est, on est un peu polyvalent au niveau de la CUMP et c'est ça qui est bien. On ne fait pas que du poly, que du psychotraumatisme. 'fin, il ne faut pas qu'on ait des œillères à vouloir faire que ça. Parce qu'en fonction des missions, ça n'a pas forcément de sens de faire que ça. On est aussi psychiatres, et psychologues, infirmières psy à la base.

Entretien « psychiatre 17 »

Durée de l'enregistrement = 11 minutes

Prise de contact

Quelle est votre pratique « habituelle » de la psychiatrie ?

Alors ma pratique habituelle de la psychiatrie [rires], je sais pas trop comment comprendre cette question là. Moi je fais de la psychiatrie générale. Voilà je ne sais pas trop si ça réponds à la question.

Si, vous travaillez dans un CHU ? Dans un CHS ?

Oui, moi je travaille dans un EPSM, un établissement public de santé mentale donc c'est un hôpital psychiatrique, et donc j'y travaille depuis un peu plus de 10 ans. Et avant j'ai travaillé 10 ans dans un CHU.

Y a-t-il un courant psychiatrique duquel vous vous sentez proche ?

Alors je dirais éclectique ! [rires] Avec multi-outils psy, euh, de, de, de l'approche cognitivo-comportementale, systémique, de l'hypnose Ericksonienne, et une sensibilité mais sans approche particulière au niveau de la psychodynamique, mais pas de pratique de psychothérapeute de psychanalyse.

Depuis quand participez-vous à la CUMP ? (Date)

Euh, alors, euh exactement, depuis décembre 98, dans le département de [nom du département] parce que j'étais premier référent de la CUMP du [département] en décembre 98. Comment êtes-vous devenu volontaire ? [rires] Euh alors c'est une très bonne question ! Euh si je réfléchis, la réflexion je l'ai déjà eu par le passé. A un moment j'ai hésité pendant mes études à faire anesthésie réa pour faire du SAMU et psychiatrie. Donc c'était quand même assez éloigné. Et donc j'ai retrouvé ça au moment de, ou la question s'est posée des CUMP dans les années 95 – 98. Parce que j'ai longtemps pris des gardes au SAMU quand j'étais étudiant en médecine.

Combien de psychiatres volontaires participent à l'activité de votre CUMP ?

Euh alors, à l'heure actuelle, on est en train de refaire la mise à jour des volontaires... Je regarde... [Silence, recherche] Alors il y a un certain nombre de médecins qui sont volontaires mais ça veut pas dire qu'ils sont forcément très très actifs, euh, non plus. Mais, sur le principe ils sont d'accord pour pouvoir être sollicités. Alors euh... je dirais 10 – 12 mais je vais vous donner le chiffre exact. Parce que justement, je viens de faire, bon faut que le... [Silence] Bon, j'ai mon ordinateur qui... Ah ! Donc, euh,

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. 17 ! Je disais 10 – 12 mais en fait c'est 17 !

Comment envisagez-vous votre responsabilité de psychiatre dans les missions CUMP ?

Ben, les missions d'animation, de coordination avant tout. Euh, et puis ben, les spécificités liées à l'exercice de la médecine donc les possibilités de prescription bien entendu hein, pour les traitements qui peuvent être éventuellement administrés dans le cadre des missions.

Retour d'expérience : j'ai constaté lors de ma participation à la CUMP, un manque de psychiatre confrontant les équipes CUMP à des difficultés de prise en charge mais surtout de prescription et de rédaction de certificats médicaux.

Partant de l'hypothèse que chaque membre de l'équipe CUMP dispose des mêmes compétences, il est proposé une « mise à l'écart » du psychiatre afin qu'il soit rédacteur de certificats médicaux et d'ordonnances sans avoir vu le patient, en se basant sur les constatations faites par leurs collègues CUMPistes IDE ou psychologues.

Que pensez-vous de cette situation ?

Euh, alors moi je peux pas moi, être uniquement certificateur sans avoir vu la personne. Même si je fais confiance, dans les professionnels qui interviennent.

Alors la question s'est posée à un moment, lorsqu'on est allés en renfort à Nice notamment, où effectivement, il y avait une demande importante de production de certificats. Dans l'amphithéâtre [nom], là où on a tenu une permanence pendant deux jours. Moi je me suis uniquement cantonné à faire des certificats, mais les personnes étaient déjà rencontrées par un soignant et après moi je les revoyais avec leurs notes, euh, pour me faire une idée avant de faire le certificat. Voilà, donc c'est pas forcément très confortable, pour personne, euh tant pour le médecin qui arrive en deuxième, parce que les choses se font assez rapidement, que pour le patient ou la personne rencontrée, que pour le soignant qui, 'fin qui voit qu'on refait tout. Donc c'est pas forcément très confortable mais y'a pas d'autre solution.

Avez-vous déjà été confronté à cela ? (O/N) Si oui, comment avez-vous agit ?

[Evoqué spontanément avant]

D'après vous, pour quels motifs les recommandations exigent-elles un certificat médical pour toute personne vue en CUMP ?

Oui, dans les situations extrêmes dans des cas exceptionnels où on fait de plus en plus de certificats. Je dirais en routine dans les interventions, on ne fait pas forcément de certificats médicaux.

Dans les situations d'attentats, parce que c'est avant tout ça qui est ciblé, ça permet d'entamer le processus de reconnaissance du statut de victime, et de l'indemnisation, c'est le certificat médical initial. Qui... permet d'attester que la personne était bien là et qu'elle présentait des troubles. Donc c'est, c'est, euh, la porte d'entrée dans la procédure d'indemnisation des victimes. Donc il faut qu'ils aient ce certificat, et que le certificat soit rédigé par quelqu'un qui ait les connaissances de psychopathologie. C'est quand même mieux. Euh, après on a tout vu, des certificats où il y avait des ITT standardisées pour tout le monde, moi ça ne me conviens pas du tout. Ça doit être forcément individualisé.

Faites-vous beaucoup de certificats en CUMP ?

Alors ça m'est arrivé dans le cadre des interventions de la CUMP sur Paris après le 13 novembre puis à Nice. En dehors, non rarement. Alors sauf, par rapport aux personnes que je vois en consultation, alors c'est des consultations euh de psychotrauma individuel ou très régulièrement, je fais des certificats par rapport à des procédures judiciaires qui sont

engagées euh, et c'est important oui pour les personnes d'avoir des certificats à ce moment-là.

Que mettez-vous dans vos certificats ?

Oh ben, euh moi je reprends les éléments cliniques que j'observe. 'Fin c'est un, c'est une dimension descriptive, le certificat je le fais toujours à partir de mes notes que je prends pendant les entretiens, et je le relis toujours, systématiquement avec la personne, pour savoir ce qu'elle en pense et si elle est d'accord avec la manière dont il a été formulé. Voilà.

En sachant que les patients ont accès à leur dossier médical donc qu'ils peuvent avoir accès à toutes les informations. Alors autant les, rédiger le document qui correspond à ce qu'on peut observer, à ce qui apparaîtrait.

Y a-t-il des points qui vous semblent important et que nous n'avons pas abordé ?

Ben alors, la question qui se pose actuellement c'est la question des astreintes. Euh, au niveau régional ou moi il me semble important que cette question soit abordée, un peu standardisée au niveau national et malheureusement il n'y a pas de réponse, et chacun se débrouille un peu dans son coin. En sachant que la régulation des appels, parce que l'astreinte c'est ça, c'est la régulation des appels, moi depuis 20 ans, je sais à peu près comment je pratique, comment je réponds favorablement

ou défavorablement toujours en se proposant à ce qu'on ait une alternative de réponse, euh, dès lors qu'on intervient pas sur le terrain. Après c'est comment va se mettre en place l'astreinte qui n'existe pas encore dans notre région, avec qui : des médecins, des psychologues, des infirmiers ? Donc ça c'est pas encore clair et ça c'est une question qui est pour moi préoccupante, sur la formalisation d'une astreinte et d'une réponse la plus uniforme possible.

C'est-à-dire ce qui relève de la CUMP ou pas ?

Voilà tout à fait ! Tout à fait ! Comme dirais mon collègue [nom] de [ville] c'est les règles du « go, no go » c'est on y va, on y va pas, qu'est-ce qu'on répond ? Et essayer d'avoir une approche qui soit superposable, que ça ne soit pas personne dépendant mais en lien avec des critères. Euh, les plus objectifs possibles, ce qui n'est pas simple, c'est pas simple.

Donc oui, ça pose la question de définir c'est quoi une catastrophe, impliquant un grand nombre de personnes...

Tout à fait, tout à fait !

