

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation du système de soins
Bureau O 2
Direction générale de la santé
Sous-direction santé et société
Bureau 6 C

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

NOR : SANH0330241C
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Arrêté du 28 mai 1997 modifié portant création d'un comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe ;

Circulaire DH/EO 4/DGS/SQ 2 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 ;

Circulaire DHOS-O-F 2/DSS-1 A n° 609/2002 du 19 décembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2003 des établissements sanitaires financés par dotation globale ;

Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes ;

Circulaire DHOS/HFD/DGSNR n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique ;

Circulaire n° 89-21 du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes, dénommés « plans rouges ».

Textes modifiés : circulaire DH/EO 4/DGS/SQ 2 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.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution])

La présente circulaire a pour objet :

- de présenter les modalités de renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe ;
- de conforter l'action des équipes de l'urgence médico-psychologique pendant leurs interventions mais également en amont et en aval de celles-ci.

1. Le renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

1.1. Rappel de l'organisation du réseau définie par la circulaire du 28 mai 1997

Ce réseau repose actuellement sur une organisation à trois niveaux (national, interrégional et départemental) :

- il est coordonné et animé par le comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, créé par arrêté du 28 mai 1997 et placé auprès du ministre chargé de la santé. Ses principales missions consistent à définir les objectifs à poursuivre en la matière, à veiller à la cohérence du dispositif mis en place, à préciser les méthodes d'intervention des équipes, à superviser leur formation et à évaluer les actions entreprises ;
- à l'échelon interrégional, le réseau repose sur 7 cellules permanentes (rattachées aux SAMU de Marseille, Toulouse, Nantes, Lille, Lyon, Nancy et Paris) composées d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une secrétaire nommés à mi-temps. Outre leur fonction de cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) départementale et de centralisation des listes départementales, les cellules permanentes interrégionales ont un rôle de formation, de soutien scientifique et technique et de soutien opérationnel du réseau interrégional ;
- dans chaque département non pourvu d'une cellule permanente, un psychiatre référent est nommé par le préfet et rattaché au SAMU. Il établit une liste de volontaires (psychiatres, infirmiers, psychologues) susceptibles d'intervenir en cas de déclenchement de la CUMP. Il définit un schéma type d'intervention et organise les formations spécifiques des volontaires du département. Les CUMP sont régulées et déclenchées par le SAMU, sous la responsabilité du préfet (dans le cadre des plans relevant de sa responsabilité : plan rouge, plan Orsec...).

1.2. Le principal constat après cinq ans de fonctionnement du réseau : l'augmentation du nombre des interventions des équipes de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

Les premières années de fonctionnement du réseau national de l'urgence médico-psychologique attestent de la mobilisation croissante du réseau dans les situations :

- de catastrophes (tempêtes, inondations, explosion de l'usine AZF de Toulouse...);
- d'accidents collectifs (accidents d'autocar...) ou d'attentats;
- d'événements à fort retentissement psychologique (prises d'otages, suicides en établissements scolaires...)

L'action des cellules d'urgence médico-psychologiques se caractérise par l'intervention rapide de personnels de la psychiatrie formés au psycho-traumatisme visant à réaliser une prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes et des impliqués. Elles s'inscrivent dans un objectif de prévention, de prise en charge précoce et d'orientation vers le dispositif de soins spécialisés (public ou libéral) si nécessaire. Le nombre des interventions augmentant de façon importante, il convient de renforcer ce dispositif et de prendre toutes mesures visant à faciliter l'action de ces personnels.

1.3. L'objectif, pour faire face à cette augmentation des besoins d'intervention, est de renforcer le réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe en dotant l'ensemble des régions d'au moins une équipe de permanents

La montée en charge de la mesure sera étalée sur deux ans.

L'objectif est de disposer, à ce terme, dans chaque région, d'au moins une équipe stable et formée, en mesure :

- d'aider, à leur demande, les psychiatres référents départementaux de leur région à calibrer et organiser les interventions des CUMP départementales, ces dernières s'appuyant sur les volontaires inscrits sur les listes départementales;
- de venir en aide auprès d'une CUMP départementale et de mobiliser les moyens nécessaires au plan régional voire national, lorsque le niveau de la catastrophe dépasse les capacités d'intervention de cette CUMP;
- de former, en lien avec les psychiatres référents départementaux, les volontaires de l'urgence médico-psychologique et de sensibiliser l'ensemble des acteurs de santé de leur région susceptibles d'être concernés;
- de centraliser au niveau de la région les listes départementales de volontaires.

Les équipes régionales permanentes sont implantées dans le chef-lieu de région. Au fur et à mesure de l'implantation dans chaque région d'une équipe permanente, une organisation régionale se substituera à l'ancienne organisation interrégionale.

Les départements autres que ceux de la préfecture de région, comptant une population supérieure à un million d'habitants et présentant un risque potentiel de catastrophe élevé, sont également dotés de moyens stables.

Les moyens octroyés dans chaque région et département concerné sont identiques à ceux qui avaient été mis en place au niveau interrégional, à savoir 0,5 équivalent temps plein de psychiatre, 0,5 équivalent temps plein de psychologue ou d'infirmier et 0,5 équivalent temps plein de secrétariat.

1.4. Une action de formation viendra compléter le renforcement du dispositif

L'action de formation concernera les intervenants du dispositif et leurs partenaires.

L'ensemble des intervenants du dispositif sont visés, qu'ils aient été formés lors de la création du dispositif expérimental, qu'ils participent actuellement à ce dispositif ou qu'ils participent à son renforcement. Cette formation permettra une mise à niveau des connaissances et des pratiques ainsi que la constitution d'emblée d'une culture commune de tous les intervenants du dispositif à un niveau national.

Les partenaires concernés du dispositif nécessitant une sensibilisation ou une formation adaptée sont les professionnels et bénévoles amenés à intervenir lors de catastrophe ou d'événement à fort retentissement collectif : professionnels du SAMU, pompiers, secouristes, bénévoles d'associations assurant un soutien des victimes, psychiatres et psychologues libéraux, médecins généralistes, infirmiers libéraux, équipes de médecine du travail, équipes de santé scolaire... Un groupe de travail sera mis en place afin de définir le contenu et les modalités de formation de ces différents partenaires.

1.5. Les critères nationaux d'attribution des moyens en 2003 et 2004

La circulaire du 19 décembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2003 précise (tableau 3) les régions bénéficiaires de mesures fléchées intégrées dans les dotations régionalisées pour l'urgence médico-psychologique.

Les régions concernées en 2003 sont prioritairement celles comportant un département non doté d'une équipe de permanents dont la population est supérieure à un million d'habitants, ainsi qu'un certain nombre de régions qui ne répondent pas au critère de population et qui ne disposent d'aucune équipe de permanents.

Le renforcement de la région Ile-de-France, dont tous les départements doivent être dotés eu égard à l'importance de leur population et des risques potentiels, a été réparti sur les deux années (4 départements en 2003). Il en est de même pour les DOM, les deux départements les plus peuplés, la Réunion et la Guadeloupe étant renforcés dès 2003. L'effort devrait être poursuivi en 2004 afin de couvrir l'ensemble des régions et des DOM. Au terme de ces deux années, 30 nouvelles équipes en métropole et 4 dans les DOM devraient donc être créées (cf. tableau en annexe).

1.6. La mise en oeuvre au niveau régional et l'amélioration du niveau départemental

La mise en place du réseau régional des CUMP

Il appartient aux ARH d'assurer la montée en charge du dispositif en fonction de l'attribution des moyens. Ceux-ci sont fléchés spécifiquement sur l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

Dans chaque région, le médecin psychiatre responsable de la CUMP du chef-lieu de région est le coordonnateur de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe de la région. Les missions de la CUMP régionale sont celles précédemment dévolues au niveau interrégional (cf. le paragraphe 2.1 de la circulaire du 28 mai 1997). La CUMP régionale assure dans son département d'implantation, le rôle de CUMP départementale.

La généralisation des conventions définissant les modalités d'intervention des CUMP

Il est demandé aux ARH, en lien avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, de veiller à la mise en oeuvre, lorsque cela n'a pas encore été réalisé, des dispositions de la circulaire du 28 mai 1997 (paragraphe 1.3.2) relatives à l'élaboration, dans chaque département, d'un schéma type d'intervention précisant les modalités de déclenchement et d'engagement des volontaires de l'urgence médico-psychologique, par convention entre les établissements de santé concernés et l'établissement de santé siège du SAMU.

1.7. Suivi national de réalisation des objectifs

Un suivi national de réalisation des objectifs sera effectué dès la fin de l'année 2003 et sera poursuivi en 2004. Il portera sur les indicateurs suivants :

- mise en place dans chaque région d'une (ou des) équipe(s) de permanents ayant fait l'objet de crédits fléchés
- signature dans chaque département des conventions entre les établissements de santé concernés et l'établissement de santé siège du SAMU définissant le schéma type d'intervention des volontaires de l'urgence médico-psychologique.

Le bilan sera communiqué au comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

Par ailleurs, un rapport annuel type d'activité sera mis en place au niveau national afin de disposer d'un outil de suivi du dispositif et d'éléments en vue de son évaluation.

2. Conforter l'action des équipes de l'urgence médico-psychologique pendant leurs interventions mais également en amont et en aval de celles-ci

Le réseau des CUMP repose sur les professionnels du secteur public. Cependant, au regard des constats réalisés lors des catastrophes de très grande ampleur, tant en ce qui concerne le nombre de victimes et d'impliqués que la durée des effets, comme celles de Toulouse (explosion de l'usine AZF) ou du Gard (inondations), il apparaît que le nombre de volontaires figurant sur la liste départementale de la CUMP est insuffisant pour faire face à l'ampleur de la tâche et que des renforts et des relais doivent rapidement être mis en place grâce à la participation d'autres CUMP et d'autres professionnels de santé publics ou libéraux (1), la coordination de l'ensemble des acteurs revenant à la CUMP locale. Dans ces situations, il paraît également important que le psychiatre référent puisse se consacrer uniquement à son rôle de régulation et de coordination, sans s'impliquer sur le terrain, et être lui-même relayé dans ce rôle.

En outre, indépendamment des cas de catastrophe majeure, les professionnels de l'urgence médico-psychologique sont parfois trop peu nombreux et donc souvent sollicités. Cette situation génère des difficultés de fonctionnement au sein de leurs établissements de santé et/ou des phénomènes d'usure, d'où des défections parmi les volontaires. C'est pourquoi, outre le renforcement régional décrit ci-dessus, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant de volontaires formés et motivés et par conséquent d'élargir leur recrutement afin de pouvoir répartir le poids des interventions sur le plus grand nombre possible de professionnels et d'établissements de santé.

Pour atteindre cet objectif, il convient de faciliter l'action des équipes de l'urgence médico-psychologique, pendant leurs interventions et en dehors de ce cadre, et de garantir l'attribution des compensations prévues en cas de mobilisation telles que décrites ci-dessous.

Développer un travail en réseau en amont et en aval des situations de catastrophe

La prise en charge de l'urgence médico-psychologique ne peut s'exercer efficacement que dans le cadre d'un travail en réseau construit en amont des événements, avec l'ensemble des partenaires sanitaires et sociaux concernés. Il repose sur une connaissance préalable et une sensibilisation des professionnels et des dispositifs mobilisables pendant ou après la catastrophe, qu'il s'agisse des équipes de secteur, des psychiatres et psychologues libéraux, des équipes de secouristes (Protection civile, Croix-Rouge, Secours catholique), des médecins de santé scolaire, des médecins du travail, des médecins conseil, des médecins généralistes, des structures mises en place dans certains organismes privés (banques, industrie...), des équipes sociales...

Le renforcement de ce réseau de prise en charge des victimes de catastrophe fait partie intégrante des missions du responsable de la CUMP départementale. Cela suppose un travail préalable de reconnaissance et de définition des collaborations, tenant compte des fonctions et des missions de chacun, et pouvant être formalisé par convention. Ce travail d'identification et de coordination présente des garanties en termes de qualité des interventions en situation de catastrophe et de prévention d'éventuelles actions sectaires, en évitant le recours à des personnes non connues et non formées.

En aval, il s'agit de sensibiliser à la symptomatologie du psycho-traumatisme, permettant une prise en charge ou une orientation adaptée des personnes, les professionnels de santé concernés (médecins du travail, médecins et infirmiers

de santé scolaire, pédiatres, médecins généralistes...), par le biais de rencontres et d'informations. Les CUMP non dotées de personnels permanents ne pouvant répondre seules à l'ensemble des besoins en ce domaine, l'information et la formation des professionnels susmentionnés constitue une mission essentielle de l'équipe permanente régionale, en lien avec les CUMP départementales.

Améliorer les conditions d'intervention dans les situations de catastrophe

Dans ces situations, les besoins matériels des CUMP en matière de communication (téléphone, fax), de locaux, de transport, d'hébergement, de secrétariat... doivent systématiquement être pris en compte dans l'évaluation des moyens nécessaires à l'ensemble des personnels à mobiliser. L'identification de ces besoins matériels et la définition des moyens d'accès devront être réalisées en amont afin d'éviter des difficultés en ce domaine au moment de l'intervention.

Améliorer l'attribution des compensations prévues en cas d'intervention

La circulaire DH/EO4/DGS/SQ2 n° 97-383 du 28 mai 1997 prévoit au point 4 que soient accordées aux personnels ayant participé à des interventions dans le cadre de l'urgence médico-psychologique, en dehors des heures de présence fixées par leur tableau de service, des périodes de récupération et exceptionnellement une indemnisation. Compte tenu des difficultés à pourvoir les postes médicaux et non-médicaux rencontrés actuellement par les établissements de santé et de l'évolution de la réglementation relative à l'aménagement et à la réduction du temps de travail, le recours à l'indemnisation, selon les textes en vigueur, doit dorénavant être la règle. Cet élément doit figurer dans le schéma type d'intervention des volontaires.

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la plus large diffusion possible de cette circulaire et de son annexe auprès des établissements de santé et de prendre les mesures nécessaires pour en mettre en oeuvre les instructions. Nos services (sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau O2, Mme Evelyne Bonnafous, tél. : 01-40-56-43-16 et sous-direction santé et société, bureau 6 C, Mme Sylvia Guyot, tél. : 01-40-56-42-15) sont à votre disposition en cas de difficultés rencontrées dans son application.

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty
Le directeur général de la santé,
Pr L. Abenheim

Tableau de montée en charge de la création de cellules permanentes en 2003 et 2004

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS (en gras ceux dont pop.sup. à 1 million d'hab.)	CHEF-LIEU de région (ou préfecture)	DÉPARTEMENTS dotés en 1997 (interrégion)	RENFORT 2003 en milliers d'euros	RENFORT prévisionnel 2004 en milliers d'euros	NOMBRE DE CUMP par région et par DOM
Alsace	67	Strasbourg		88,42		1
Aquitaine	33	Bordeaux		88,42		1
Auvergne	63	Clermont- Ferrand			88,42	1
Bourgogne	21	Dijon			88,42	1
Bretagne	35	Rennes		88,42		1
Centre	45	Orléans		88,42		1
Champagne- Ardenne	51	Châlons-en- Champagne			88,42	1
Corse	24	Ajaccio			88,42	1
Franche-Comté	25	Besançon			88,42	1
Ile-de-France	75	Paris	75	353,68	265,26	
	77	Melun				
	78	Versailles				
	91	Evry				
	92	Nanterre				
	93	Bobigny				
	94	Créteil				
	95	Cergy-Pontoise				
Languedoc- Roussillon	34	Montpellier		88,42		1
Limousin	87	Limoges			88,42	1
Lorraine	54	Nancy	4			

	57	Metz		88,42		2
Midi-Pyrénées	31	Toulouse	31			1
Nord - Pas-de-Calais	59	Lille	59			
	62	Arras		88,42		2
Basse-Normandie	14	Caen			88,42	1
Haute-Normandie	76	Rouen		88,42		1
Pays de la Loire	44	Nantes	44			1
Picardie	80	Amiens			88,42	1
Poitou-Charentes	86	Poitiers			88,42	1
PACA	13	Marseille	13			
	6	Nice		88,42		2
Rhône-Alpes	69	Lyon	59			
	38	Grenoble		88,42		2
Sous-total France métropolitaine	22 régions (20 dépts + 1 M.hab.)			1 237,88	1 061,04	33
Guadeloupe	971	Pointe-à-Pitre		88,42		1
Guyane	973	Cayenne			88,42	1
Martinique	972	Fort-de-France			88,42	1
Réunion	974	Saint-Denis		88,42		1
Sous-total DOM	4 DOM			176,84	176,84	4
Total national	22 régions 4 DOM			1 414,72 Soit 16 nouvelles équipes	1 237,88 Soit 14 nouvelles équipes	37 CUMP (7 équipes préexistantes et 30 nouvelles)

(1) Le bilan de l'action de la CUMP du Gard indique qu'au total 200 soignants (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues cliniciens, cadres infirmiers, infirmiers) publics et libéraux sont intervenus, en se relayant du 9 au 22 septembre 2002. Neuf CUMP ont été mobilisées pour prendre en charge au moins 1 853 victimes (directes ou indirectes).