

Protéger la santé psychologique des intervenants en situation d'attentat



*Sylvain GOJJARD,
Psychologue Sapeur-Pompier, SDIS 42, Président de l'AEPSP*



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Version avril 2016

La blessure invisible des sauveteurs

Les années 80 : catastrophes technologiques et naturelles marquantes

1985 : tremblement de terre de Mexico, 10000 morts et plus de 30000 blessés.

1988 : accident ferroviaire de la gare de Lyon, 56 morts et 57 blessés.

1988 : tremblement de terre en Arménie, entre 25 000 et 30 000 morts

Constat :

- Existence de séquelles pour les sauveteurs sans prise en charge psychologique.
- Absence de dispositif spécifique de soutien avant 1990.



Depuis 20 ans (1995, attentats du GIA) les décideurs adaptent les modèles de prise en charge des crises et les plans de secours.

Depuis plus de 10 ans les intervenants de l'urgence multiplient les exercices multi attentats afin de faire face aux nouveaux risques d'attentats tel ceux de Madrid (2004, 191 morts, 2000 blessés) et de Londres (2005, 56 morts, 700 blessés)

En France, les plans rouges ont évolué en plan NOVI, les stratégies et méthodes de commandement et de gestion ont évolué pour s'adapter au risque.

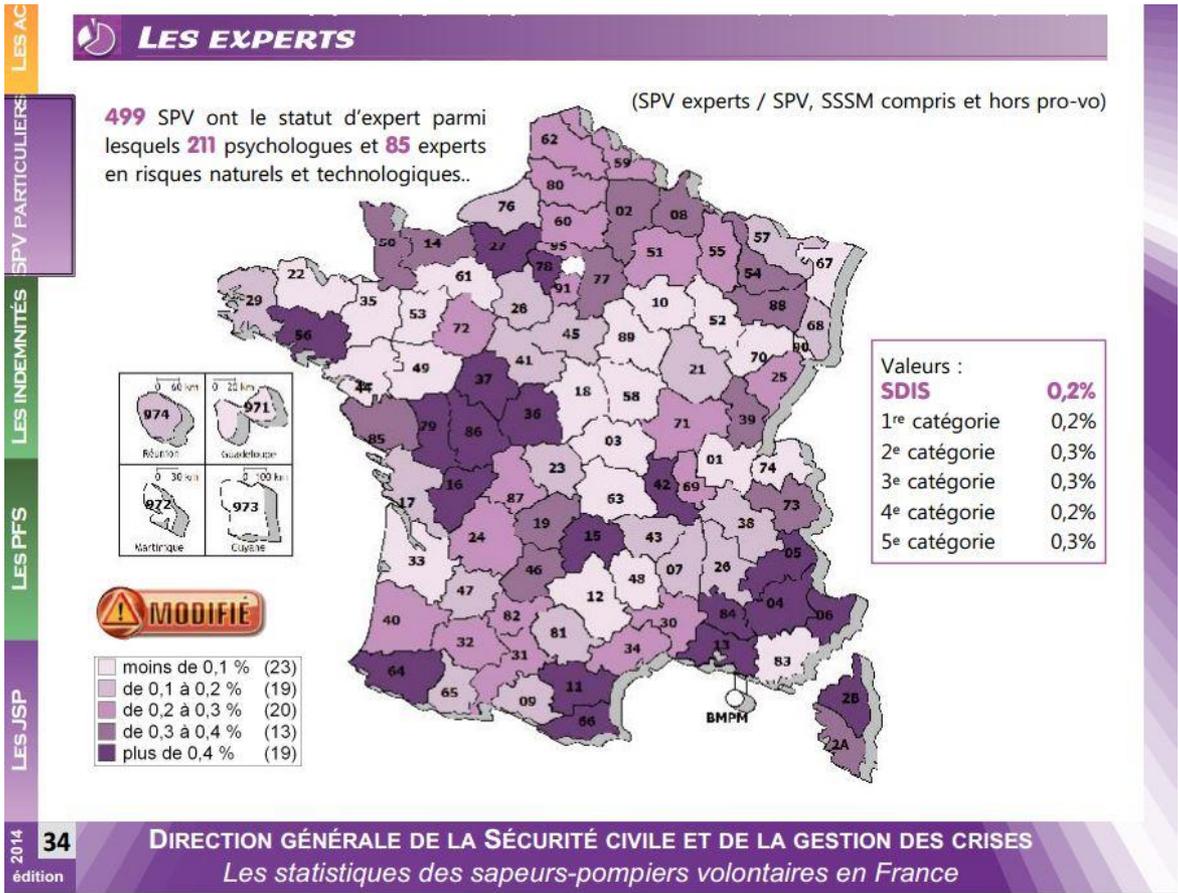
Mais au niveau de la protection et de la prise en charge de la blessure mentale des intervenants de l'urgence, avons-nous vraiment évolué ?

La blessure invisible des sauveteurs

Savons nous mieux prendre en charge les risques psychologiques des policiers, des sauveteurs, des soignants exposés ? (*Attentats de Madrid, gare d'Atocha, 2004*)



Chez les SP 1991, 1 USP - 2013, 72 USP



211

Psychologues répartis en 72 USP

1805 interventions au profit des sapeurs-pompiers en 2013.

24 interventions au profit de la population générale (2013)

SDIS	National	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5	BSPP	BMPM
USP	72	18	20	14	11	7	1	1



En théorie, nous avons donc augmenté notre capacité à travailler le problème de la blessure mentale en situation de catastrophe.

En pratique, 2015 fut une année traumatogène pour les sauveteurs.

7 janvier 2015 :

17 morts, 27 blessés, 140 « exposés civils »

13 novembre 2015 :

130 morts, 150 blessés, 4500 « exposés civils »

Combien de sauveteurs ont été exposés à ces événements critiques ?



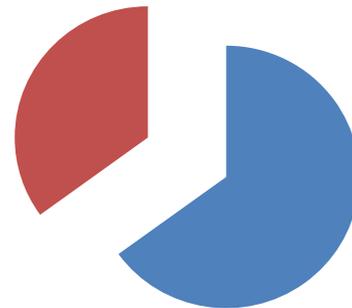
AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Le facteur de gravité principal du psycho traumatisme reste la **malveillance humaine ou la responsabilité humaine** dans les événements critiques.

Bien que toutes les personnes exposées ne souffrent pas de TSPT suite à leur exposition à un événement critique, le TSPT s'évalue en général à un taux variant **entre 25% et 35 %**.

Pour 400 sauveteurs exposés, les statistiques affichent une probabilité de traumatisme pour 100 à 140 intervenants.



Combien d'intervenants ont-ils été exposés, combien ont été évalués psychologiquement, combien savent comment réagir face aux premiers symptômes, combien seront réellement pris en charge à court, moyen et long terme ?



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Dans un souci de réponse aux besoins en matière de psychologie d'urgence et de santé au travail en situation d'attentats, et de risque d'attentats, l'Association Européenne de Psychologie Sapeurs-Pompiers (AEPSP) formule les recommandations suivantes aux ministères concernés et aux services d'incendie et de secours européens.

RECOMMANDATIONS AEPSP

- Trois versions ont été rapidement transmises le 14, le 17 et le 19 novembre 2015 aux autorités françaises (DCSCGC, FNSPF, SDIS) et à nos partenaires européens.
- Sous la direction de S. GOUJARD, avec le concours direct de E. DE SOIR (Belgique), V VERLINE (France), A. ZANGER (France), M.L. SOUCARRE (France), F. DAUBECHIES (Belgique), P. BRILLON (Canada).



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Primaire :
En amont des
attentats

**3 axes
d'actions**

Tertiaire :
Suivi et soins

Secondaire :
Gestion post
immédiate



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Axe primaire :

- Se doter d'une Unité de Secours Psychologique (USP) ou renforcer ses effectifs.
- Communiquer sur les missions, compétences et méthodes des USP
- Accentuer les formations à la prévention du stress professionnel (Techniques d'Optimisation des Performances) à destination des agents
- Renforcer la capacité d'identification des symptômes traumatogènes, dépressogènes et d'épuisement, et des syndromes clés (Trouble de Stress Aigu - Trouble de Stress Post Traumatique)
- Renforcer la capacité de prise en charge des troubles ou l'orientation vers des centres de soins spécialisés.

Axe secondaire : dans les 72 premières heures

1. Réalisation d'un EUP (Examen de l'Urgence Psychologique : 5QS + BFP (*Bilan Flash Psychologique*)) pour chaque intervenant.



2. Groupes de psychopédagogie, de désamorçage, de gestion de l'anxiété et de rappel sur le TSPT. Attention à ne pas exacerber les émotions en groupe.
3. Engagement de techniques de groupe de soutien pour événement traumatogène (PEGS) et/ou dépressogène (GSMV), en fonction des résultats aux EUP.
4. Engagement de techniques individuelles de soutien pour événement traumatogène et / dépressogène. En fonction des résultats aux EUP.

Axe secondaire : dans les 7 premiers jours



1. Comme le recommande l'OMS et la HAS : Pratiquer une TCC-CT (Thérapie cognitive et comportementale centrée sur le Trauma) pour toute détection de TSA
2. En phase post immédiate, l'usage de l'hypnose peut être également recommandé si elle est dispensée par un(e) psychologue ou un(e) psychiatre spécialisé(e) en psychotraumatologie.
3. Pour toute détection de trouble dépressogène post exposition aux morts violentes, prise en charge associée de TCC et d'IRT (Krakow) en cas d'image intrusive.
4. Maintien des groupes de soutien et d'entretiens individuels, afin d'évaluer la persistance des signes cliniques.

A partir de 15 jours :

Quantification par testing IES-R qui quantifiera les symptômes de stress post traumatique selon les classifications DSM IV et IV TR.



Axe tertiaire :

1. Fournir une psychothérapie centrée sur le trauma pour les intervenants diagnostiqués précédemment ou pour les intervenants à déclenchement différés.
2. Accompagner au retour à l'activité en sortie de soins
3. Instaurer un suivi global des agents exposés avec prise de mesures quantitatives répétées par IES-R / STAI / BDI, ou d'autres tests évaluant les impacts traumatiques, anxieux, ou déprimant.
4. Constituer une matrice de suivi afin d'évaluer la récupération des agents, d'affiner la prise en charge et de disposer de données de référence à but d'amélioration des modes de prise en charge.
5. Organiser une supervision technique et psychologique des USP afin d'éviter les traumatismes vicariants.

Principe du suivi matriciel

	h+2	J+2	J+7	J+15	J+30	m+1	m+3	m+6	m+12
1	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
2	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
3	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
4	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
5	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
6	Yellow	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
7	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
8	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
9	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
10	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
11	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
12	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green



Transversalité :

- Les USP départementales doivent pouvoir renforcer les départements touchés dans lesquels les ressources vont être débordées.
- La mutualisation des moyens et méthodes de travail doit être anticipée.
- Les USP doivent également être en capacité d'interagir et de collaborer avec les CUMP du SAMU.
Les USP de France disposent d'environ de plus 200 psychologues sapeurs-pompiers, et d'un grand nombre d'Infirmiers SP formés.



- L'AEPSP recommande que dans les crises majeures, générant des milliers de victimes primaires secondaires et tertiaires, que les USP puissent venir intervenir en renfort des CUMP.



Conclusion initiale

« les taux de TSPT sont plus élevés parmi les vétérans et d'autres personnes dont la profession augmente le risque d'exposition traumatique (p. ex. policiers, pompiers, personnel médical de secours). »

En situation d'attentat, les services et associations de secours risquent de :

- Ne pas chercher à dépister le problème des traumatismes, de minimiser le risque psychologique et de créer une urgence clinique à court, moyen et long terme.
- Se trouver débordées au niveau de leurs ressources internes de soins ou de saturer les services de santé.



Conclusion à 2 mois et demi des attentats

- Aucun renfort d'USP n'a été activé face aux attentats, pour les civils ou les sauveteurs.
- La mutualisation des moyens et des méthodes de travail n'est encore qu'une idée. (complexité de maintenir les dispositifs de suivi dans le temps et d'évaluer la qualification des intervenants volontaires.)
- Les échanges avec les CUMP sont microscopiques, aucune politique d'échange n'existe. Il en est de même pour les liens avec les associations de secours.
- Les attentats ont été l'occasion d'une démonstration du conflit existant entre les différentes structures de prise en charge des impliqués et des sauveteurs.

Nous sommes face à une absence de consensus et un défaut de coordination. Nous devons aller plus loin !
Ne pas attendre qu'il soit trop tard et que nos ressources soient débordées.

Nous devons :

Nous rassembler entre structures
d'accompagnement des intervenants
de l'urgence,

Nous coordonner,

Réfléchir à poser un cadre de
pratiques solides, afin d'optimiser
les ressources,

Afin que les blessures invisibles des
sauveteurs ne soient plus laissées sans soins.



MERCI DE VOTRE ATTENTION

Rejoignez nous aux **Journées Sapeur-Pompier et Psychologie**

Le Puy-en-Velay, Jeudi 20 et vendredi 21 octobre 2016



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER