



## **Concours interne de lieutenant de sapeurs-pompiers professionnels Annales 2008**



# **DOSSIER TECHNIQUE**

Étude d'un dossier technique en vue de la rédaction d'une note de synthèse suivie de questions s'y rapportant.

(Durée 4 heures - coefficient 4)

### Sujet et corrigé



DIRECTION DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ CIVILES

# **CONCOURS INTERNE DE LIEUTENANT DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS 2008**

*Mercredi 19 mars 2008*

*de 8 h 30 à 12 h 30*

---

## **PREMIERE EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE**

**Etude d'un dossier technique en vue de la rédaction  
d'une note de synthèse suivie de questions s'y rapportant**

(durée 4 heures - coefficient 4)

---

N.B. - Ce document comporte 30 pages ainsi décomposées :

- la présente page,
- 1 page présentant le sujet,
- 1 page récapitulant les documents annexés,
- 27 pages d'annexes (documents 1 à 27)



## EPREUVE DE DOSSIER TECHNIQUE

Les sapeurs pompiers sont régulièrement confrontés, au cours de leurs interventions, à la mort. Certaines situations semblent être plus injustes que d'autres et sont sources d'émotions voire de stress.

### TRAVAIL DEMANDE

#### I - NOTE DE SYNTHÈSE (11 points – 4 pages au maximum)

Vous êtes le Lieutenant ZEN, adjoint au Commandant du Groupement Prévision opération du SDIS 99.

Lors d'une opération sur la commune d'Orin, la découverte du corps carbonisé d'un enfant de 5 ans à la suite de l'incendie d'une habitation, a généré un sérieux trouble au sein du personnel du CIS ORIN. Lors de cette opération, un suivi a été effectué par le médecin de sapeurs-pompiers de permanence auprès des intervenants.

Dans les semaines suivantes, des difficultés persistent au sein de ce centre et interpellent la hiérarchie ; la notion de stress est évoquée.

Votre directeur départemental vous remet le dossier joint à ce propos et vous demande de rédiger une note de synthèse faisant le point sur ce thème et proposant les mesures à mettre en œuvre pour l'avenir.

#### II - REPONSE AUX QUESTIONS (indépendantes de la note de synthèse)

##### QUESTION n° 1

Quelles sont les règles de détection et de désenfumage dans un immeuble d'habitation de première et deuxième famille et quelles sont les évolutions en cours ou souhaitables ?  
(2 points).

##### QUESTION n° 2

Quelles sont les règles générales lorsque vous découvrez une personne visiblement décédée, notamment au regard des règles de police judiciaire.  
(2 points)

##### QUESTION n° 3

Le statut d'expert permet de recruter des psychologues ou des personnes disposant de qualifications pointues, utiles à l'accomplissement de notre mission de service public. Citez les règles générales qui régissent leur recrutement et leur carrière. Quel symbole est utilisé sur leurs uniformes ?  
(3 points)

**Nota :** 2 points sont réservés pour la présentation, l'orthographe, la grammaire, la conjugaison, la lisibilité et la propreté de la copie.

**LISTE DES DOCUMENTS CONCERNANT  
LE SUJET DE NOTE DE SYNTHESE  
« LE STRESS CHEZ LES SAPEURS-POMPIERS »**

**Document n° 1 :**

Faire face au stress sur le terrain **5 pages**  
Mardi 12 avril 2005

**Document n° 2 :**

Gestion du stress traumatique chez les sapeurs-pompiers et **6 pages**  
les ambulanciers  
Erik DE SOIR

**Document n° 3 :**

Les expériences traumatisantes et leurs possibles **4 pages**  
conséquences

**Document n° 4 :**

Le stress chez les sapeurs-pompiers **5 pages**  
Source : urgence.com

**Document n° 5 :**

Soutien psychologique chez les sapeurs-pompiers français **6 pages**

**Document n° 6 :**

Extrait du « Canard Républicain » **1 page**



Secourisme.net

## Faire face au stress sur le terrain

Par Le webmaster

mardi 12 avril 2005

Le stress est normal. C'est une réaction naturelle de l'organisme à une épreuve physique et ou émotionnelle. Le stress peut jouer un rôle positif : il permet à l'individu de mobiliser ses ressources pour faire face à une situation difficile. En revanche, il devient nocif s'il dure trop longtemps (épuisement, réactions négatives...) En outre le stress peut être dû à l'accumulation d'une série de facteurs qui pris séparément sont facilement acceptables, mais ensemble mettent en difficulté l'individu exposé. On pourrait modéliser la résistance au stress comme un contenant qui a une capacité limitée. Chaque personne a son propre seuil et quand le contenant est plein, les signes du stress apparaissent. Plus rarement, l'exposition à une situation extrêmement difficile peut provoquer un état pathologique qui nécessite l'intervention d'un professionnel auprès des individus exposés.

### Différentes sortes de stress

- Le **stress de base** : il se manifeste lors de changements d'habitudes. Par exemple : arrivée sur un site inconnu, travail avec de nouveaux équipiers, mise en oeuvre de nouvelles procédures... Normalement, le stress de base diminue progressivement au cours de la mission.
- Le **stress cumulatif** : il résulte d'une exposition prolongée au stress ou à une série d'événements difficiles. Ce type de stress est réversible.
- L'**épuiement ou « burn out »** : c'est l'épuisement des mécanismes d'adaptation au stress normal. Les sauveteurs ont une grande tolérance aux événements traumatiques, mais cette capacité n'est pas inépuisable. Il existe un point où même la plus forte personne s'effondre et ses émotions prennent le dessus.
- Le **stress traumatique** : provoqué par une situation qui sort d'une situation ordinaire (acte de grande violence, catastrophe). Peut conduire à un état de stress post-traumatique (PTSD), état pathologique, qui nécessite une prise en charge par un professionnel de santé mentale.

### Causes fréquentes du stress

- Les conditions de vie pénibles : froid / chaleur, poussière, intempéries, bruit, absence du confort de base...
- Le manque d'espace ou d'intimité
- La charge de travail importante ou au contraire l'inactivité prolongée
- Les problèmes relationnels et de communication, les conflits de personnes, les différences culturelles entre équipiers ou avec les victimes
- L'insécurité : risques d'agression, de vols, présence de forces armées
- L'absence des activités de loisir ou de vie sociale ou culturelles espérées

- Problèmes de santé
- Situations qui remettent en cause les valeurs, les idéaux, les croyances : exposition à la mort, à la souffrance prolongée des victimes, hostilité des victimes, impossibilité de satisfaire les besoins des victimes, situations ambiguës...
- L'entourage proche et familial : incompréhension de la famille, des amis
- Retour à la vie normale, obligation de quitter des lieux et des gens que l'on a apprécié.

L'accumulation de plusieurs de ces facteurs de stress peut conduire à un stress cumulatif. Il est normal de l'observer lors des interventions d'urgence. Une bonne gestion du stress, individuellement et collectivement, permet habituellement de le maîtriser. Toutefois il faut veiller à ce qu'il ne dépasse pas les limites du raisonnable car il peut se transformer en épuisement (burn -out).

## Les signes de stress

- Physiques : fatigue excessive, troubles du sommeil, troubles intestinaux, maux de tête, mal au dos, modification de l'appétit
- Émotionnels : anxiété, frustration, humeur instable, irritabilité, cauchemars...
- Mentaux : difficulté de concentration, perte de motivation, attitude négative, paranoïa...
- Relationnels : isolement, intolérance, remarques continuelles...
- Modification du comportement : consommation d'alcool et/ou de tabac accrue, changement des habitudes alimentaires, modification du comportement sexuel, prise de risque inconsidérée, hyperactivité...
- Effondrement du système de croyance : sentiment de vide, perte des raisons de vivre, abandon des convictions religieuses, cynisme...



Il importe que ces signes soient repérés (pour soi et auprès des autres membres de l'équipe de secours). Ils ne doivent pas être interprétés comme une faiblesse ou un manque de professionnalisme mais doivent être considérés comme normaux. A partir de là il faut rechercher la cause du stress et, si possible, la supprimer, ou en soustraire la personne concernée.

## Réactions à surveiller dans une équipe

Ces réactions dans une équipe peuvent être dues à un stress cumulatif :

- Ressentiment à l'égard de la hiérarchie

- Manque d'initiative
- Formation de clans
- Conflit entre groupes
- Faible assiduité / participation
- Attitude négative
- Attitude critique
- Recherche de boucs émissaires

A nouveau il faut interpréter ces signes comme la manifestation d'un stress plutôt que comme une hostilité à l'égard de la hiérarchie. Dans une telle situation, le rôle de la hiérarchie (chef d'équipe) est essentiel pour combattre les causes de ce stress. Bien souvent, ce stress est lié à la manière dont l'équipe est organisée et presque jamais aux personnes elles-mêmes. Ce stress peut être évité et il est réversible : le chef d'équipe doit pouvoir le combattre en adoptant une attitude appropriée.

Un tel comportement de l'équipe doit être analysé au regard de l'ensemble des problèmes organisationnels qui peuvent surgir, tels que, par exemple :

- Tâches confiées de manière inadéquate, sans tenir compte des capacités, compétences et aspirations des équipiers
  - Responsabilité inhabituelle confiée à un novice
  - Contraintes administratives excessives et mal perçues ou mal comprises
  - Information insuffisante sur les règles de vie, les règles d'hygiène et de sécurité
  - Information insuffisante sur les finalités et les contraintes de la mission
  - Communication insuffisante, absence de coordination, de coopération entre les membres de l'équipe, de dynamique d'ensemble du groupe
  - Difficulté d'intégration d'un membre du groupe nouveau venu et/ou extérieur à l'organisation
  - Conflits avec d'autres groupes, d'autres organisations, entre membres de la hiérarchie
  - Retour à la normale brutal et non accompagné par l'organisation.

## Rôle du chef d'équipe

- Remédier aux problèmes organisationnels
- Donner l'exemple d'un comportement sain
- Donner l'occasion d'exprimer les problèmes de communication
- Favoriser le repos et la détente quand c'est nécessaire
- Permettre de prendre un repas équilibré si possible
- Ménager des temps de repos et de partage
- S'intéresser aux équipiers et les écouter
- Éviter de critiquer ou de dévaloriser les remarques
- Être attentif aux changements d'humeur
- Partager ses propres émotions, exprimer ses sentiments mais sans jugement ou parti pris
- Pratiquer le briefing et le débriefing

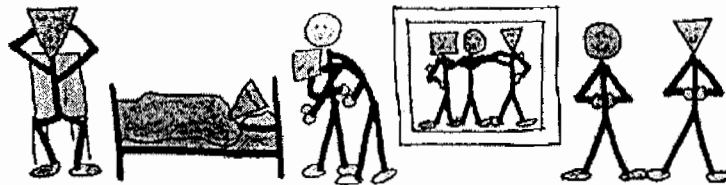
Attention, toutefois, de ne pas sombrer dans une attitude excessive qui consisterait pour le chef d'équipe à vouloir en permanence tout savoir des sentiments de ses équipiers. S'il faut ménager des moments pour partager ses émotions, chacun demeure libre de s'exprimer ou de différer cette

expression à plus tard. Vouloir « tirer les vers du nez » à quelqu'un s'avèrerait pour lui anxiogène, et du point de vue du stress, contre-productif !

## Faire face à son propre stress cumulatif

Un seul mot : communiquez ! Cela suppose que vous utilisiez votre réseau relationnel (amis, parents, proches, coéquipiers) pour parler en confiance, lorsque c'est possible. Dites vos doutes, vos déceptions, vos craintes.

Communiquez aussi avec votre hiérarchie. Exprimez des faits ainsi que vos sentiments et vos émotions, cela mettra votre interlocuteur en confiance. En revanche, évitez d'exprimer vos opinions. Exercez-vous à faire la différence entre sentiment et opinion (exemple : « ces types sont nuls ! » est une opinion, « je ne me sens pas à l'aise dans ce groupe » est un sentiment). Dites à votre chef et à vos collègues quels sont vos besoins, sachez dire « non » si l'on exige trop de vous.



Soutenez-vous mutuellement, montrez à vos coéquipiers que vous vous intéressez à eux, adoptez une attitude d'écoute. Evitez de les critiquer ou de les dévaloriser, prenez le temps de partager vos émotions.

Respectez autant que possible les horaires de travail et les périodes de repos. Consacrez assez de temps à la détente. Prenez des repas équilibrés à heures fixes. Evitez l'abus d'alcool et de tabac. Veillez à votre santé physique.

## Faire face à une expérience traumatique

Dans une situation particulièrement pénible, il est normal d'avoir des réactions plus ou moins importantes pendant quelques jours : cauchemars, tristesse, détachement, nervosité, trouble du sommeil, etc. Peu à peu, ces réactions s'estompent et la vie reprend son cours. Ne vous isolez pas, sollicitez un débriefing, parlez aux personnes en qui vous avez confiance, prenez le temps de récupérer. Si après plusieurs jours, vos réactions demeurent excessives, demandez conseil à un médecin ou à un professionnel de la santé mentale.

## Sources

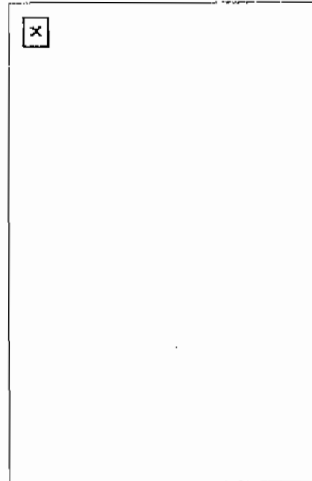
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Gérer son stress sur le terrain. 2001, 20 p. Version papier (anglais, français, espagnol)  
<http://www.ifrc.org/publicat/catalog/autogen/4773.asp> ou version en ligne (anglais)  
<http://www.ifrc.org/what/health/psycholog/stress.asp>
  
- P. Aubry, B.A. Gaüzere. Conseils de santé au retour de mission. 2005. En ligne  
<http://medecinetropicale.free.fr/cours/conseilretour.pdf>
  
- Croix-Rouge française. La gestion du stress, *in* Guide de référence du formateur d'équipier en situation d'exception, 2005, non diffusé.

Retrouvez la dernière version de cet article sur Secourisme.net à l'adresse : <http://www.secourisme.net/article184.html>.

Droits réservés.

Erik DE SOIR

Ecole Royale Militaire - Département des Sciences du Comportement  
Bruxelles - Belgique  
E-mail : [Erik.De.Soir@psps.rma.ac.be](mailto:Erik.De.Soir@psps.rma.ac.be)



# Gestion du stress traumatique chez les Sapeurs-Pompiers et les Ambulanciers

## 1ère Partie : Événements traumatiques

La première partie de cet article traite de l'impact des interventions émotionnellement choquantes ou traumatisantes ainsi que de la façon dont elles sont souvent difficilement exprimables dans le monde des Sapeurs-Pompiers. Elle se poursuivra par une seconde partie consacrée à la façon dont les entretiens de soutien peuvent aider dans le prolongement des expériences traumatiques. Une dernière partie reviendra en détail sur les possibilités de prévention, d'approche et de traitement du stress post traumatique chez les SP et les ambulanciers grâce à la création d'un réseau d'équipes de gestion de crises.

En prenant comme exemple la méthode de travail des **"Firefighter & Medical Emergency Stress Teams"** (FiST), notre but va consister à montrer que l'apport précoce des premiers soutiens aux victimes de traumatismes ainsi que les discussions **"psychologiquement désinfectantes"** des non-professionnels supervisés et entraînés peuvent produire de très bons résultats. Nous nous proposons de relativiser et de démystifier **"l'accompagnement psychologique"** sans pour autant piétiner les principes de base de l'assistance psychologique de crise. Pour cela, nous nous proposons de traiter de manière non-exhaustive des possibilités de débriefing psychologique et de l'organisation d'un réseau supervisé d'équipes de gestion de crises, composées en majeure partie de SP et d'ambulanciers.

### LES EFFETS DU STRESS TRAUMATIQUE DANS LE MILIEU FERMÉ DES SAPEURS POMPIERS ET DES AMBULANCIERS

Dans les paragraphes qui vont suivre nous allons tâcher d'apporter quelques clartés sur la diversité des effets des événements émotionnellement choquants ou traumatisants sur les SP et les ambulanciers.

#### ÉVÈNEMENTS CHOQUANTS ET TRAUMATISANTS :

Par un **"événement émotionnellement choquant"**, nous entendons un événement, qui

fait violemment prendre peur, émeut et, peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné. Nous citons, l'annonce d'un décès douloureux et inattendu, la vue de blessés ou de morts et la vue ou la participation à un accident de voiture.

Un **"événement traumatisant"** en revanche, est un événement qui répond aux quatre critères suivants : **1** l'évènement est soudain et inattendu ; **2** cela donne un sentiment d'impuissance, d'affolement ou de colère ; **3** est lié à des émotions fortes ou des sentiments de peur intense et **4** confronte les victimes de façon directe ou indirecte avec la mort ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de soi-même ou de l'autre. Un événement émotionnellement choquant peut donc également être traumatisant, mais ceci n'est pas obligatoire.

Les événements traumatiques ébranlent les fondements de l'homme : ils s'écartent de l'expérience habituelle et causent chez presque toutes les personnes un dommage certain. Les événements traumatiques sont naturels et, en fait, personne ne peut vraiment se mesurer avec ceux-ci. Se remettre d'un événement traumatique peut être un processus particulièrement douloureux et long. En dehors du sentiment d'être troublé, blessé et pénétré dans sa propre sécurité, suivent des sentiments complexes et souvent destructifs d'incertitude, de faute, de peur et de doute.

### **IMPACT DE CES ÉVÉNEMENTS SUR LES SAUVETEURS :**

Les intervenants mettront incontestablement en question leur rôle de **"sauveur"** et commenceront à douter de leurs capacités. Les victimes d'un événement traumatique se remémorent souvent des souvenirs non désirés de l'évènement en question. Les souvenirs sont alternativement présentés comme, d'un côté des pensées indésirables qui incitent à se tracasser et de l'autre côté, des souvenirs obsessionnels, intrusivement profonds. Les souvenirs spontanés forment en fait, à côté des réactions d'évitement, la signature de l'état de stress post-traumatique (post traumatic stress disorder) comme celui qui a été exprimé pour la première fois dans Diagnostic and Statistical Manual for Disorders-III (American Psychiatric Association, 1980).

### **NOTION DE DÉTERMINISME PROFESSIONNEL :**

Qui va travailler chez les SP peut s'attendre à ce qu'il ou elle, tôt ou tard, soit confronté à un événement émotionnellement choquant ou traumatisant, comme dans d'autres métiers à risques où il est question d'un choix professionnel clairement conscient (personnels de police, transporteurs de fonds, prison, service d'urgence). On espère que les personnes comme l'organisation dans laquelle elles travaillent soient bien armées contre de tels impacts. Devoir travailler avec des victimes vivantes, gravement blessées ou mortes par le feu, un grave accident de voiture, une catastrophe naturelle, un délit de violence, une fusillade,...demande aussi un bon accompagnement psychologique. Selon une enquête (De Soir, 1995, 1996,1997) il semble qu'un peu plus d'un SP ou ambulancier sur dix n'aurait jamais digéré un précédent choc traumatique pendant une intervention. Les effets, à court et à long terme, des stress soudains et intenses qui s'accumulent lentement, semblent vraiment détériorant pour les SP. Le milieu des SP et ambulanciers est vraiment un milieu très spécifique et clos où un étranger ne serait pas admis.

### **PRINCIPE DE COMPARAISON SOCIALE :**

Le principe de comparaison sociale dans la crise psychologique, c'est à dire "je veux être soutenu, écouté et aidé par quelqu'un qui me ressemble le plus possible et qui se trouve dans un milieu de vie semblable" n'est probablement nulle part ailleurs si fort que chez les SP. Le problème de beaucoup de SP est qu'ils souffrent du not-invented-by-engineers'-syndrome. Le fait que la direction de Corps de SP se compose principalement d'ingénieurs qui, pendant leur formation, ont reçu un nombre d'heures insignifiant de relations interpersonnelles, human resources et de leadership, rend visiblement plus difficile l'instauration des **"valeurs douces"** ainsi nommées. Etant donné qu'une bonne partie des cadres, comme les ingénieurs, est directement nommée officier, et s'occupe des questions

techniques, il ne lui est pas toujours facile de se mettre dans le problème purement humain sur le terrain.

Une autre ligne de rupture, qui se retrouve dans beaucoup de corps de SP, se situe entre jeune et vieux : le fait d'avoir un grade ou un certain nombre d'années d'expérience n'est pas toujours synonyme d'une meilleure connaissance professionnelle. Beaucoup de jeunes SP ou ambulanciers détiennent toute une série de diplômes et de brevets fraîchement acquis ; ce qui les rend fort par rapport à leurs collègues plus âgés.

### **RÉPERCUSSIONS CLINIQUES :**

Les interventions émotionnellement choquantes ou traumatisantes peuvent apporter beaucoup de plaintes physiques ou psychiques. Des manifestations possibles de ceci sont, entre autre, de se retirer de la vie sociale, d'éviter des situations difficiles, de l'agitation et de la nervosité, de l'irritabilité excessive ou de l'agressivité directe (même parfois au sein de la famille) mal de dos, de tête et de ventre, pointe au cœur, toutes sortes de souvenirs (rêves tristes, désagréables, flash-back, etc.), problèmes de concentration et de peur. Ce sont tous des symptômes de stress post-traumatique.

En outre, des études (APTEL et al., 1993) montrent clairement qu'il existe une pathologie cardiovasculaire chez les SP qui font considérablement plus de victimes que dans la population moyenne. Les SP semblent montrer plus de facteurs de risques cardiovasculaires comme de l'hypertension artérielle, excès de poids et l'hypercholestérolémie. Ces facteurs de risques médicaux sont à ajouter à la culture virile et machiste qui, la plupart du temps, en couche superficielle et parfois mince comme du papier à cigarette, se retrouvent chez les SP.

### **ATTITUDES COMPORTEMENTALES TYPIQUES :**

Le personnel du Corps des SP se compose essentiellement d'hommes qui, pendant leur formation, ont appris que d'ordinaire, pleurer est un signe de faiblesse. Ils deviennent experts pour réprimer la douleur et pour cacher leurs sentiments avec de l'humour noir et du cynisme comme seul exutoire. C'était souvent ce même exutoire qui permettait aux SP, pendant les interventions, de conserver une distance psychologique opérationnelle par rapport aux victimes. Pendant leur travail, dans beaucoup de situations atroces, ils apprennent à se concentrer sur leurs opérations techniques et à refouler leurs sentiments ou émotions. Ce comportement fut souvent dans le passé considéré à tort comme une insensibilité. La façon dont le SP manie les sentiments semble souvent être très fonctionnelle. Cependant, le comportement John Wayne, cf. le dénommé John Wayne syndrom (Mitchell, 1993 ; Becker, 1989), s'occupe de beaucoup de problèmes, une fois que l'effervescence de l'intervention est passée, l'armure enlevée et les SP de retour.

L'expérience fonctionnelle du tunnel se réveille. Un comportement typiquement masculin et extraverti (fumer, boire, parler fort, prendre beaucoup de place dans le groupe, se vanter de ses propres prestations) est encore visiblement renforcé par le profil spécifique du SP, qui est la plupart du temps dirigé directement dans l'action, dévoué, vraiment motivé, ambitieux et prêt à prendre des risques mesurés. Échouer ne fait pas partie de son vocabulaire. Les victimes qui meurent (ou qui sont mortes) signifient justement "échouer" (ou être arrivé trop tard). L'impuissance surprenante qui va de pair avec l'incapacité pour ne pas évoluer et refléter de façon systématique et structurée les sentiments, font de beaucoup de SP les candidats idéaux pour le burn-out syndrom.

### **BURN-OUT SYNDROM :**

Le "**Burn-out**" a été initialement décrit par Freudenberger (1987) comme forme particulière de dépression des membres d'équipes de médecine sociale. Ne pas pouvoir ou ne pas vouloir parler ainsi que les impressions et émotions acquises étape après étape mènent donc inévitablement à des problèmes à long terme. Certains quittent, après quelques années, toute activité opérationnelle ; effrayés et marqués par ce qu'ils font sur le terrain, physiquement, émotionnellement et mentalement épuisés. Cinq ans de pratique chez les

SP et les ambulanciers semble, surtout pour les SP volontaires, être une période critique. Une fois qu'ils ont réussi pendant ces cinq premières années à trouver un équilibre envers les interventions choquantes et le temps qu'ils investissent dans leur assistance (volontaire), la chance est plus grande qu'ils restent investis dans le corps. Un des premiers obstacles à surmonter est de manier les sentiments de faute et d'impuissance.

### **SAVOIR NE PAS METTRE LA BARRE TROP HAUT :**

Le SP doit apprendre à savoir que dans l'assistance ou l'aide médicale urgente, la barre ne peut pas être mise trop haut. Beaucoup de SP et d'ambulanciers sont des **"accros de traumatisme"**. Leur métier d'assistance leur manque avec un fort sentiment d'insuccès. Chez ces SP, on peut présenter l'échappement physique, mental et émotionnel comme un processus où il est question d'un désordre émotionnel toujours grandissant. Le SP impliqué dans une situation de fuite du stress doit investir toujours plus d'énergie dans **"la non envie d'être confronté"** lié avec leur propre expérience à des interventions traumatiques du passé. L'alcool et l'hyper activité, (qui favorisent souvent l'isolation sociale), restent d'actualité et souvent utilisées pour **"échapper"**. Ils restent beaucoup dans leur caserne, occupés avec tout et rien, jouent aux cartes, boivent ensemble au comptoir discutant sur des interventions passées et tiennent les étrangers à une distance certaine. Ils partagent donc une bonne partie de leur temps. Il ressort des SP de cette sorte une forte solidarité réciproque. Ils restent, même au repos, encore fort impliqués dans tout ce que le corps organise et dans la périphérie de tout ce qui se passe. Le professionnel du psychologique ne peut faire abstraction de ce soutien social tout à fait naturel en s'approchant d'un corps de SP atteint par un événement traumatique. Cependant, certains nient cette réalité !

### **ENQUÊTE CONCERNANT LES EXPÉRIENCES AVEC LE STRESS TRAUMATIQUE SONDAGE D'EXPÉRIENCE D'INTERVENTION TRAUMATIQUE :**

Cinq années, comme coordinateur et entraîneur des FiST à travers la Belgique et la Hollande, dans plus de 80 Corps de SP, toutes sortes d'exercices (de minimum 3 heures) sur le stress traumatique chez les SP, livrent une énorme quantité de données sur la manière dont les SP doivent s'y prendre avec les différentes sortes de stress dans leur pratique. Les exercices de Corps généraux se composent de trois parties : une analyse dirigée sur l'expérience des interventions traumatiques, une discussion dirigée sur la pratique dans la vie réelle et une explication théorique des mécanismes et des phénomènes du stress traumatique.

Les leçons et les soirées de discussion montrent en première place que les SP sont d'abord de **"l'action"**, ensuite de la **"pensée"** et de **"la parole"**. Pourtant une fois qu'ils commencent à parler...

Pendant les dizaines d'exercices de corps avec les SP et les ambulanciers, il est apparu indispensable de connaître l'essentiel de leur monde de tous les jours ou idéalement d'en faire partie de façon idéale, pour en venir à un système sérieux de **"peer support"**. Le SP ne supporte aucun indiscret. L'assistance d'un psychiatre, psychologue, thérapeute ou intervenant social à une victime, donc l'assistance à partir d'une position de force par les connaissances théoriques du diplômé et de **"l'expérimenté"**, ne va pas de pair avec les problèmes de stress des SP. Comme déjà cité plus tôt, il sera important de considérer les membres du groupe de SP et d'ambulanciers comme étant des égaux. Le SP considère que la marge, entre sauver et ne plus savoir sauver et donc entre **"être un héros"** ou **"se sentir également victime"** est très petite. Par définition, les services d'assistance de première ligne doivent donc être dirigés sur le fait que dans une ambiance de confiance, l'on doit savoir parler des sentiments de chacun dans la compréhension et le respect mutuel. Pendant cette discussion, l'accent est clairement mis sur la reconstruction de l'événement, suivi de la légitimation et la normalisation des réactions. Le sens caché des **"réactions normales à un événement anormal"** leur va bien. Dans le groupe, viennent principalement au premier plan, les sentiments suivants : l'impuissance souvent envahissante, le sentiment vraiment haineux d'abandon, la tristesse paralysante envers la

peine des victimes. Le sentiment de culpabilité intense de n'avoir rien pu faire. Avant de s'arrêter aux séquences de l'assistance psychologique, il est important d'aller d'abord plus loin dans les phases qui peuvent être retrouvées dans une intervention de SP et le contexte dans lequel de telles interventions trouvent place. C'est justement ce contexte qui va donner un sujet aux discussions de groupe - le dénommé Supervized Peer Debriefing - comme il a été mené dans la pratique par les membres du FiST.

### **LE PUZZLE DE L'INTERVENTION TRAUMATIQUE :**

L'expression "**Supervised Peer Debriefing**" illustre le caractère multidisciplinaire du traitement choc après une action de grande envergure.

#### **L'expérience psychologique :**

L'expérience psychologique (aiguë et on-scene) d'un événement traumatisant est le sentiment d'une impuissance extrême et d'une perte de contrôle envahissante. La perte la plus lourde pour la victime est sa parole : c'est comme si sa propre volonté était supprimée. En outre, l'impact traumatique apporte dans beaucoup de cas une désorganisation soudaine et inattendue du travail ou de la vie. Rien ne semblera plus pareil.

#### **La menace de mort et l'atteinte de l'intégrité physique :**

En plus, il y a aussi la menace de mort ou l'atteinte sérieuse de l'intégrité psychique ou physique de soi ou de l'autre, impliqué dans l'événement traumatique. Dans des accidents avec des enfants ou des personnes connues, l'illusion d'invulnérabilité - "les accidents n'arrivent qu'avec des victimes imprévues ou inconnues" - est sérieusement atteinte, il est souvent question durant et surtout après les accidents, d'intenses sentiments de culpabilité, honte, colère, rage. L'intervenant touché ne peut plus défendre, dans beaucoup de cas, son image du monde. Les bases et les attentes de la vie ne tiennent plus debout, tout (et même la pratique du métier) est malhonnête, injuste, imprévisible et dangereux. Derrière chaque coin se cache le danger. L'entraînement n'est plus un synonyme de contrôle. Chaque intervention signifie le danger.

#### **L'isolement sensoriel :**

L'équipement des SP les protège contre les impacts mécaniques, les bruits assourdissants, la chaleur par rayonnement ou contact direct. Finalement, cela rend en partie le SP privé de ses sens et de son expérience. Ce sont les vieux SP ou les plus expérimentés qui ont des difficultés : avant ils sentaient mieux leur métier, ils pouvaient alors mieux sentir le feu comme quelque chose de vivant. L'on pouvait figuralemment suivre le feu par la chaleur et le bruit. Maintenant on est en partie emprisonné. Le SP est aussi touché socialement : il opère souvent en individuel et pourtant toute intervention exige un contact direct avec les collègues et un travail d'équipe.

#### **Agitation corporelle et "Easterbrook-claim" :**

Dans la phase initiale d'une intervention et à moins qu'il ne remarque que la charge psychique d'une intervention risque d'être encore plus grande, l'agitation corporelle est très grande. C'est dans la plupart des cas cette agitation qui fera que, aussi bien chez le SP que chez l'ambulancier, l'infirmière, le médecin des urgences, le policier... ne se rappellera qu'une fraction de la réalité. Cette même agitation est responsable du fait qu'ils vont faire plus de fautes, penser ou prendre une décision de manière incohérente. L'agitation corporelle est nécessaire pour être opérationnel et vigilant. Cependant, c'est celle-ci même qui, pendant des interventions traumatisantes, est responsable d'une chute d'attention (rétrécissement du champ perceptuel) et peut amener des faillites humaines. Les SP refusent cependant d'admettre ces données. C'est contre leur code d'honneur.

Ce phénomène de rétrécissement de l'attention se trouve dans la littérature scientifique connue sous le nom de l'Easterbrook-claim (Easterbrook 1959) Selon l'Easterbrook-claim, l'agitation physiologique d'un événement émotionnellement chargé mène à un rétrécissement de l'attention (narrowing of attention). Cette diminution de l'attention mène finalement à une diminution des capacités à prendre les éléments d'information clé d'un environnement où un événement prend place (Bruner, Matter, & Papaner, 1955 ; Easterbrook, 1959 ; Eysenck, 1982 ; Mandler, 1975). L'intervenant impliqué a donc des

difficultés à arriver seul à une reconstruction de toute l'intervention. Ceci est pour lui comme un grand puzzle dont il n'aurait qu'un nombre restreint de pièces. Ce qui rend difficile pour lui d'arriver à une image globale de l'intervention, pourtant c'est une condition sine qua non pour arriver à un développement sain. Bien que nous couplions cette vue aux affirmations a posteriori (l'information d'événements émotionnellement choquants, est souvent mal encodée) nous nous trouvons près du centre du problème : la fantaisie autour d'un événement traumatisant est souvent plus grave que la réalité.

#### **Charge émotive et mémorisation :**

Le problème est surtout que, d'un côté les scientifiques proposent que les événements hautement chargés en émotion diminuent a priori les souvenirs (Kassin, Ellsworth, & Smith, 1989 ; Yarmey & Jones, 1983) et que, de l'autre côté, certains chercheurs prétendent le contraire : les événements émotionnellement choquants mèneraient à des souvenirs plus détaillés (Christianson & Loftus, 1990). Par exemple, les études sur "**weapon focusing**" (Entre Autre Cutler, Penrod, & Martens, 1987 ; Kramer, Buckhout, Eugenio, 1990 ; Loftus, Loftus, & Messo, 1987 En Maas & Kohnken, 1989) montrent qu'un stress déterminé induit les objets comme armes à feu ou couteaux, pendant l'usage des méfaits et peut exiger toute l'attention de l'homme et donc peut améliorer le niveau des détails et sa minutie, ceci au détriment d'autres détails de la situation donnée.

#### **Non reconnaissance de la réalité :**

Il arrive en effet souvent, pendant les débriefings psychologiques, que les intervenants impliqués décrivent l'événement traumatisant comme quelque chose qui arrive comme dans un film, invraisemblable et plein de signes de non connaissance de la réalité. Le bébé blessé est d'abord vu comme une poupée sur le siège arrière.

#### **Travail en "pilote automatique" :**

Les intervenants impliqués l'expriment après comme "**travailler en pilotage automatique**". Donc, la plupart des opérations pendant les premiers moments d'une intervention traumatisante se font automatiquement, instinctivement, appris par exercice, avec peu de paroles, dirigés, et irréels. Les blessés ou les morts sont déshumanisés en partie via l'humour noir, pour pouvoir garder une certaine distance.

Il arrive toujours un moment où le pilotage automatique s'arrête. Après l'intervention, on connaît ce phénomène de "**contrecoup**". Pendant les longues interventions, un stimulus peut parfois déclencher l'arrêt du pilotage automatique : l'impression que la victime ressemble à un membre de la famille, un ours en peluche ou une poupée ou tout autre stimuli qui, instantanément, perfore l'armure de l'intervenant. Ce qui le fait principalement fonctionner comme un homme vulnérable. Une fois l'action intense derrière le dos et le danger écoulé, l'intervenant impliqué a, parfois partiellement, une vision de ce qui s'est réellement passé et de ce qu'il a fait. A partir de là, commence le "**trauma vidéo carrousel**" : à cause du souvenir fragmenté pendant l'intervention, chaque intervenant commence à reconstituer l'intervention (voir ruminer) se demandant en permanence si cela n'aurait pas pu se dérouler autrement et si lui ou ses collègues n'auraient pas pu ou du faire plus. Au plus, l'intervention reste lacunaire, au plus ces questions durent et au plus l'esprit reste occupé à ruminer l'intervention.

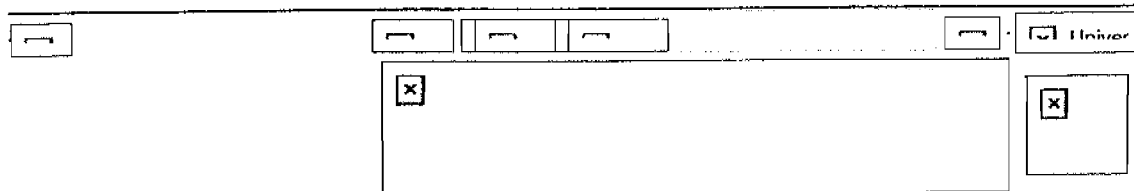
#### **État de stress post traumatique :**

Ici, les victimes tombent directement dans le dialecte du psychotraumatisme : remémorations continues entrecoupées de périodes de dénégation/diminution, d'où ressortent en outre beaucoup de plaintes plus accrues, l'excitation corporelle reste. L'individu impliqué peut très bien s'emurer dans la remémoration ou dans la dénégation avec comme conséquence une augmentation du dysfonctionnement social. A ce moment on parle d'un état du stress post traumatique.

**Erik DE SOIR**

Ecole Royale Militaire - Département des Sciences du Comportement  
Bruxelles - Belgique

E-mail : Erik.De.Soir@psps.rma.ac.be



## INFORMATIONS UTILES

### Catastrophes

Mesures psychologiques  
aux conséquences  
positives sur la santé de la  
population

> Les expériences  
traumatisantes et leur  
possibles conséquences

## **Les expériences traumatisantes et leur possibles conséquences**

### Expériences traumatisantes

#### Les possibles répercussions psychiques

#### Quel type de traitement aide une personne traumatisée ?

#### Très utile - le soutien de la part des amis et de la famille?

### Ouvrages à consulter

#### **Expériences traumatisantes**

Chaque année, des millions de personnes souffrent des expériences traumatisantes. Malheureusement, ceux qui s'y attendent le moins, en souffrent le plus, c'est-à-dire que, par exemple, plus une région est sous-développée, plus graves y sont les retombées de la catastrophe. En outre, de la part du gouvernement, les ressources financières ne suffisent souvent pas pour pouvoir réagir de manière préventive ou, en cas critique, pour pouvoir aider de façon appropriée.

Pourtant, même les pays industrialisés ne sont pas à l'abri des conséquences d'une catastrophe: lors du tremblement de terre à Kobé, Japon, en 1995, le nombre de victimes monte à 5 000 morts, 35 000 blessés et 300 000 sans-abri.

À part les catastrophes naturelles, dans la situation mondiale actuelle, les hommes sont exposés à de nombreux dangers qui pourraient avoir des effets traumatisantes: accidents de travail, chutes d'avions, actes de violence, ainsi que des incidents traumatiques plus courants tels que les incendies de maisons, les accidents de voiture et la maltraitance. D'après des estimations, 50% de la population mondiale est au moins une fois dans la vie victime d'un incident traumatisant.

Les problèmes physiques des personnes affectées sont presque toujours évidentes. Néanmoins, les expériences traumatiques peuvent aussi avoir des conséquences négatives sur la santé mentale ce qui est souvent plus difficile à dépister que les blessures physiques.

#### **Les possibles répercussions psychiques**

Beaucoup de personnes survivent à des catastrophes sans souffrir des répercussions psychiques, mais il y a aussi ceux qui n'arrivent pas à surmonter le vécu, c'est-à-dire qu'ils

sont traumatisés. Des personnes traumatisées mentionnent toute une série de troubles psychiques comme les dépressions, les abus d'alcool ou de drogues, des problèmes dans la famille ou avec le compagnon/la compagne, ainsi que des sentiments persistants d'anxiété et d'horreur qui rendent les conditions de travail et des études très difficiles. Les troubles de stress post-traumatiques (TSPT) et la réaction de stress aigu sont les troubles psychiques les plus connus qui surviennent à la suite d'une expérience traumatisante. Les victimes de TSPT font souvent des cauchemars ou revivent la situation à travers de flash-backs récurrents. Ils évitent tout ce qui éveille la situation traumatisante et présentent des difficultés de reprendre leur train de vie normal. D'autres symptômes très fréquents sont la nervosité, les troubles du sommeil, ainsi que les accès de fureur. Quelques-uns d'entre eux font de graves dépressions et essaient d'oublier les choses vécues en consommant des boissons alcoolisées et des drogues. L'abus primaire peut facilement mener à l'addiction.

Les conséquences d'un traumatisme ne se limitent pas seulement aux personnes ayant vécu une expérience traumatisante, les individus qui en souffrent les conséquences indirectes, les victimes secondaires, sont aussi susceptibles de souffrir de troubles psychotraumatiques. Dans ce groupe rentrent surtout les conjoints ou les membres de famille, les personnes qui ont essayé d'aider les victimes (police, sapeurs-pompiers etc.), les personnes exerçant une profession médicale et qui ont aidé les victimes (thérapeutes, médecins d'urgence) et dans quelques cas, également des journalistes ayant documenté l'incident.

L'anamnèse est souvent un indice utile pour dépister les personnes susceptibles à présenter des problèmes psychiques à la suite d'une expérience traumatisante, puisqu'elle fournit des informations sur la présence d'anciens troubles psychiques. Des recherches sur les conséquences d'événements traumatisants ont montré qu'en général, la probabilité que des symptômes psychiques s'installent, dépend de l'intensité de l'événement. Entre les aspects de la catastrophe ou de l'événement traumatisant qui préconisent les troubles psychiques se trouvent, entre autres, l'absence d'avertissements, les accidents pendant l'événement, la mort d'un proche et les images particulièrement intensives et troublantes (i.e. des corps mutilés).

De même, l'obscurité, la solitude pendant l'incident, la torture et la possibilité que la situation se reproduise, préconisent les troubles.

Il n'est pas prouvé scientifiquement quels types de personnes présentent un risque élevé de souffrir de troubles de stress post-traumatiques.

**Quel type de traitement aide une personne traumatisée?**



Il est important que les personnes ayant vécu une situation

traumatisante réalisent qu'ils puissent présenter quelques-uns des symptômes mentionnés ci-dessus en tant que réaction normale aux choses vécues. Dans plus de 80% des cas, les symptômes se résorbent graduellement. En cas où ces symptômes perdurent et perturbent le sujet dans son fonctionnement normal, il serait préférable de consulter un professionnel. Des pensées suicidaires, des sentiments excessifs de culpabilité ou d'anxiété, ainsi que l'abus de drogues requièrent un traitement psychologique professionnel.

Sur ce domaine, les psychologues et les psychiatres disposent de toute une série de possibilités de traitements très efficaces. Surtout la thérapie cognitive de comportement, mais également les psychothérapies de soutien à visée cognitive, les thérapies individuelles, conjugales, familiales ou la thérapie de groupe peuvent constituer une grande aide. Des psychotropes du groupe des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont très efficaces et sont aussi indiqués si l'on présente des symptômes tels que les dépressions, l'anxiété et les troubles du sommeil. Pourtant, dans les premières 48 heures, il faudrait complètement renoncer à des médicaments, particulièrement à des tranquillisants de la famille des benzodiazépines.

#### **Très utile - le soutien de la part des amis et de la famille**



- Écouter activement, avec patience et sans jugement de valeur est la chose la plus importante qu'un ami, un membre de famille ou un/une collègue puisse faire pour une personne traumatisée.
- Dans les yeux des victimes, les conseils sur comment vivre avec le vécu sont souvent inutiles et même contre-productifs (à l'exception de conseils généraux comme „faire du sport“ etc.). Essayez ensemble de reprendre le train de vie normal, sans pression, projets et sans attentes.
- Il faut s'opposer à tout prix à des stratégies dangereuses pour oublier le vécu, comme par exemple la consommation excessive d'alcool.
- Il est important de réaliser qu'il faut des semaines, des mois ou même des ans jusqu'à ce que le sujet ait surmonté le traumatisme. Parfois, il est possible d'observer une réapparition des symptômes, même si la personne en question les avait déjà estompé avec succès. Une telle réactivation des symptômes arrive surtout en temps difficiles comme la retraite, le divorce ou la perte d'un proche.
- L'impatience de côté de l'entourage est aussi normale que la présentation de difficultés de surmonter le traumatisme. La guérison ne peut pas être poussée et, le cas échéant, de telles tentatives peuvent être contre-productif, c'est-à-dire qu'il va durer plus longtemps jusqu'à ce que le sujet ait surmonté son traumatisme.

La plupart des personnes aimeraient solutionner leurs problèmes d'un seul coup, néanmoins, la meilleure aide est d'écouter le victime de manière active, avec patience et sans jugement de valeur. Il échappe à nos possibilités de contrôler le développement psychique d'une personne traumatisée.

#### Ouvrages à consulter :



Department of Health and Human Services (2003). *Coping with a Traumatic Event*. Online at: [www.cdc.gov/masstrauma/factsheets/public/coping.pdf](http://www.cdc.gov/masstrauma/factsheets/public/coping.pdf) (16 December 2003).

EQE (2003). *The January 17, 1995 Kobe Earthquake*. Online at: <http://www.eqe.com/publications/kobe/kobe.htm> (11 December 2003).

Mitchell AM, Sakraida TJ, Kameg K (2002). *Overview of posttraumatic stress*. In: Disaster Management Response 2002 10-14 September.

National Center for PTSD (2003). *Facts about PTSD*. Online at: <http://www.ncptsd.org/facts/index.html> (11 December 2003).

National Center for PTSD (2003). *What is Posttraumatic Stress Disorder*. Online at: [http://www.ncptsd.org/facts/general/fs\\_what\\_is\\_ptsd.html](http://www.ncptsd.org/facts/general/fs_what_is_ptsd.html) (12 December 2003).

Sabin-Farrel R, Turpin G (2003). *Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?* In: Clinical Psychology Review 2003 May 23(3): 449 – 480.

Schnyder U (2003). *Post-traumatic stress disorders: diagnostic and therapeutic principles*. In: Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 2003 Februar 19 92(8): 337 – 343.

Tucker Phebe (2000). *Helping Adults after Disaster*. In: Disaster Psychiatry Handbook: 20 – 24.

World Health Organization – WHO (2003). *Library and Information Networks for Knowledge*. Online at: <http://www.who.int/library/database/index.en.shtml> (10 December 2003).

Wright KM, Ursano RJ, Bartone PT, Ingraham LH (1990). *The shared experience of catastrophe: an expanded classification of the disaster community*. In: American Journal for Orthopsychiatry 1990 January 60(1): 35 – 42.



## Le stress chez les sapeurs-pompiers

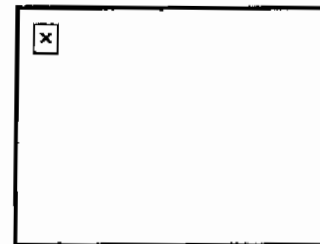
Source *urgence.com*

*NDLR: Cette étude, courtoisie du site web [urgence.com](http://urgence.com), explique quels sont les facteurs de stress qui accompagnent le métier de pompier. Il ne s'agit pas d'un article sur le stress post-traumatique, mais bien d'une recherche sur le stress de façon générale. Urgence.com est un site qui traite des différents métiers de l'urgence.*

**Suite aux nombreux travaux concernant les psychotraumatismes chez les victimes de catastrophes, l'intérêt se porte de plus en plus sur la prise en compte de l'impact psychologique de certains événements qui pèsent sur les sauveteurs et en particulier les sapeurs-pompiers.**

Actuellement il est reconnu que l'impact psychosocial d'un événement catastrophique au sein de ce métier est une réalité. Toutefois, les interventions des pompiers ne sont pas uniquement des situations d'exception. Toute leur activité quotidienne peut être considérée comme génératrice de stress et susceptible de produire des troubles de santé à court et à long terme.

En réponse aux réactions de stress, il existe un certain nombre de méthodes de prévention qui permettent aux pompiers d'effectuer leur métier au maximum de leur efficacité et de leur possibilité. Toutefois, si elle reste incontournable, ne prendre en compte que la notion de stress c'est oublier la dimension individuelle et le vécu émotionnel induit par un état de souffrance psychologique.



*Le stress peut même causer des problèmes de santé importants. (Photo AP)*

### Situations stressantes

Un rapport d'une étude néerlandaise (Groos, 1992), donne une vue d'ensemble des situations types, potentiellement traumatiques, auxquelles peuvent être confrontées les pompiers au cours de leur service (tableau 1). Les situations les plus couramment rencontrées sont entre autres : Accident avec blessures graves, situation entraînant une forte émotion de tristesse, décès de la victime au cours des soins etc...

Une étude française a mis en évidence le sens que la personne donne à son travail et aux pénibilités qui lui sont associées par la méthode de l'auto-évaluation.

Les résultats permettent de constater que les " facteurs perçus de stress " ne se limitent pas aux interventions sur un lieu critique, par exemple la prise en charge d'un enfant, mais s'étendent aux caractéristiques du métier de sapeur-pompier. On peut noter la relation avec les supérieurs, la sonnerie ou l'alarme, le sommeil interrompu et les nuits perturbées, la foule sur les lieux des interventions etc.

### Réactions comportementales et émotionnelles au stress

#### a) Réactions comportementales

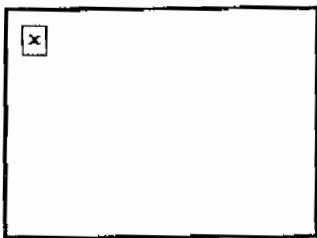
R. Noto parle d'une première phase de désorganisation qui existe dans toute intervention exceptionnelle. C'est " une phase d'improvisation au cours de laquelle chaque sauveteur confirmé risque d'agir plus par pulsions affectives, par altruisme que par souci d'efficacité maximale ". Les comportements observés varient selon le rôle des intervenants. Il distingue :

L'absence de directive de la part de celui qui dirige les secours.

La réaction d'hyperactivité de celui qui exécute, ayant pour conséquence de ne jamais terminer l'action entreprise.

L'étude de Y. Py a mis en évidence, dans le cadre d'une simulation d'un accident grave, l'existence d'une " période sensible initiale ". Il s'agit d'une période brève provoquée par une situation stressante, moins accentuée au fur et à mesure que l'instruction progresse et qui débouche rapidement sur la reprise de comportements adaptés

Les résultats montrent que :



*Plusieurs pompiers affirment être stressés en l'absence de directives. (Photo AP).*

La " période sensible initiale ", de Y. Py, entre dans le cadre d'accident grave caractérisé par la surprise, l'obscurité, le danger pour la vie des pompiers, et la présence de trois victimes.

Moins de 50% des jeunes pompiers sont capables de réaliser un geste pourtant récemment acquis.

Le quart des sujets ne réalisent pas que leurs gestes sont erronés.

35 % des sujets restent immobiles durant les premières secondes de confrontation, 7 % reculent, 10 % fuient.

10 % des sujets persistent dans l'accomplissement d'un geste inutile dès le départ ou d'un geste achevé donc devenu inutile.

" Verbalisation d'impuissance " chez 7 % des sujets.

Il faut noter que la " première phase de désorganisation ", citée par R. Noto, se situe dans le cadre d'une situation dite de

Toutefois, ce type de réaction peut se retrouver lors de situations moins exceptionnelles que les catastrophes. Dans tous les cas le stress peut être source d'hyperactivité, de panique, d'une certaine désorientation et de fatigue intense.

Pour les sauveteurs, ces réactions semblent laisser peu de traces au plan psychologique, mais elles altèrent leur efficacité professionnelle. D'autant que des comportements tels qu'individualisme, inhibition, agitation stérile, irritabilité y sont souvent associés.

#### b) Réactions émotionnelles

Lorsque la personne est " sous le choc émotionnel ", l'émotion dominante est l'angoisse :

60% des pompiers professionnels avouent être angoissés entre le moment de l'alerte et l'arrivée sur les lieux (S.Ponnelle, 1998).

40% des pompiers présentent un certain degrés d'angoisse psychologique (A. Richard, Ph. Bryant).

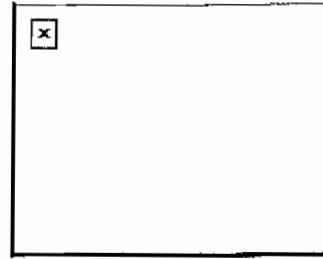


L'effet émotionnel est inéluctable et existe chez un grand nombre de sauveteurs, expérimentés ou non, lors de l'arrivée sur les lieux d'un grave accident.

L'émotion fait suite à la perception soudaine d'une menace, d'un danger. Elle se caractérise par un vécu de peur et par des manifestations neuro-végétatives (sueurs, tremblements, pâleur, tachycardie).

56% des pompiers professionnels disent éprouver de la peur lors de l'arrivée sur une intervention (S. Ponnelle, 1998).

Néanmoins, bien que le sujet soit affecté par ce qui s'est produit, une certaine domination de la peur lui permet de réaliser des mouvements souvent adaptés aux situations.



*Le stress atteint souvent les pompiers à la perception d'une menace ou d'un danger réel.  
(Photo universurf.com).*

Selon L. Crocq, il existe trois types de réactions psychiques dues à un " matraquage émotionnel " sur le terrain.

Le choc émotionnel initial. Immédiat et bref, il entraîne, soit une adaptation efficace après maîtrise de l'émotion, soit une réaction émotionnelle prolongée.

Le choc émotionnel prolongé. État de sidération émotionnelle, le sauveteur est figé sur place, comme " privé de ses forces ". 8 % des sapeurs-pompiers professionnels disent ressentir un blocage lors de l'arrivée sur les lieux (S. Ponnelle, 1998). 6% des pompiers ont connu l'état de choc (A. Groos, 1992).

La réaction émotionnelle différée. Le sauveteur s'est comporté de façon adaptée pendant la période critique, mais quelques heures après survient une décharge émotive lors de la cessation de l'activité, avec épuisement physique et moral.

13,6% des pompiers ressentent un sentiment de vide et de détresse, 25% sont découragés et 21,5% ont envie de pleurer (S.Ponnelle, 1998). 10 à 15% des pompiers interrogés réagissent aux événements graves par de l'angoisse et des symptômes dépressifs. Suite à certaines interventions, des troubles plus durables peuvent apparaître. Une étude australienne montre que dans une population de sapeurs-pompiers volontaires qualifiés, intervenus lors d'un important incendie, la moitié des sujets souffraient de troubles phobiques et d'un grand nombre de troubles anxieux généralisés.

### **La gestion du stress chez les sapeurs-pompiers**

Nous laisserons volontairement de côté le rôle du support social (le cadre professionnel, la vie en groupe, le sport...) pour centrer notre intérêt sur les modes de défense psychologiques ou " coping " utilisés par les pompiers.

Sur le lieu d'une intervention, le sauveteur peut contrôler le flux émotionnel en dissociant l'activité technique de sauvetage sur laquelle il porte toute son attention et la situation environnante agressive qu'il s'efforce de ne pas percevoir. Ce mécanisme se présente sous la forme d'un clivage qui lui permet de fuir l'angoisse (L.Crocq).

Chez les sapeurs-pompiers professionnels les modes de gestion du stress en intervention les plus fréquemment rencontrés sont l'engagement dans l'action, le contrôle de la respiration, des émotions et l'humour. Après une intervention la rationalisation, l'humour noir, un pseudo-détachement font partie des mécanismes les plus courants.

## La prévention

La reconnaissance de l'importance des conséquences du stress a permis de mettre en place un programme de prévention, de plus en plus affiné.

- La sélection.
- L'entraînement. Selon L. Crocq, il est possible d'atténuer les réactions de stress par l'accoutumance et l'entraînement et réduire leur impact en perfectionnant et répétant les gestes techniques au point d'en faire des automatismes ou, du moins, des " frayages de conduite ".
- La technique de gestion du stress ou " préparation à faire face ". Il s'agit d'une préparation à la gestion efficace des capacités psychiques et/ou physiques disponibles pour affronter tous types de fonctionnements comportementaux, cognitifs et mnésiques. Elle consiste à développer chez l'individu, en plus de ses capacités techniques, ses capacités d'évaluation objective de la situation et de ses ressources propres. Le sujet est entraîné à la pratique de techniques de relaxation et formé à différentes techniques cognitives.
- Un important travail en mémoire consiste à désensibiliser la dimension émotionnelle des expériences négatives, à apprendre à traiter d'abord, puis à intégrer chaque expérience vécue.
- Le debriefing : technique abréactive de groupe bien codifiée.  
Cette notion n'est pas développée ici car elle fera l'objet d'un article spécifique.

Cette recherche de prévention tente de codifier, quantifier, classer en s'appuyant sur la sélection, la formation et le soutien, dans le but d'empêcher la survenue de réaction émotionnelle.

## Conclusion

À la vue de ces travaux, nous pouvons dire que les sapeurs-pompiers exercent un métier à risque, les confrontant de manière répétée à des situations susceptibles de provoquer un " choc émotionnel ". Ce dernier est engendré par la rencontre entre un événement et la part de subjectivité que le sujet place dans cet événement.

Face à une victime, lors d'une intervention, l'urgence, la technique, le matériel " obligent " le pompier à rester " objectif " et surtout à distance de la souffrance de l'autre et de ses propres sentiments. Toutefois, on ne peut pas ignorer qu'il y met ou y laisse quelque chose de lui-même et de son histoire. Dans cette perspective, évaluer et quantifier des réactions de stress dans une approche cognitive n'est pas suffisant et laisse en suspend la question du " choix " et du " désir " dans l'exercice de cette profession.

Fréquence et type de faits	
Accident avec blessures graves	84%
Forte émotion de tristesse ou de survie	44%
Décès de la victime au cours des soins	41%
Alcoolisme	40%
Suicide ou tentative de suicide	37%
Découverte de cadavre	28%
Victime gravement brûlée	27%

Mort d'une connaissance	25%
Mort d'un enfant	25%
Enfant gravement blessé	25%
Une connaissance gravement blessée	21%
Tentatives de secours ratées	16%
Devoir faire un choix parmi les victimes	15%
Mort d'un collègue	10%
Collègue gravement blessé	8%
Catastrophe due à un dysfonctionnement technique	4%
Encourir soi-même de graves blessures	2%
Causer un accident durant les secours	1%

Par Virginie Grenier-Boley, [Urgence.com](http://www.urgence.com)

Cet article provient de Swiss Firefighters, le portail Web des sapeurs-pompiers  
<http://www.swiss-firefighters.ch/>

L'URL de cet article est:  
<http://www.swiss-firefighters.ch/modules.php?name=Sections&op=viewarticle&artid=33>

# SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES SAPEURS POMPIERS FRANÇAIS

**Flaujat A., Soldin M.**

**Service départemental d'incendie et de secours de  
l'Hérault, Olonzac, France**

---

**RESUME.** Les sapeurs pompiers et les différents intervenant des services de secours ont besoin d'un soutien psychologique, au moins dans deux circonstances: lorsqu'ils ont frôlé leur propre mort et lorsque, soumis à des stress intenses ou répétés par leur profession, ils risquent de présenter ultérieurement des troubles psychiatriques sévères ou de décompenser un équilibre psychologique antérieur précaire. Il existe des techniques psychologiques de soins immédiats sur les lieux et post-immédiats dans la semaine qui suit, dérivées des thérapeutiques cognitivo-comportementales et mises au point par J.T. Mitchell pour les pompiers de New York. Cependant l'utilisation de ces techniques ne doit pas être systématique mais répondre à des situations d'exception pour garder leur efficacité. Il est nécessaire que l'ensemble des sapeurs pompiers français se dote de personnel compétent apte à les mettre en œuvre.

## **Introduction**

Le soutien psychologique apparaît nécessaire chez les sapeurs pompiers dans deux circonstances:

- quand leur propre vie a été mise en jeu et qu'ils ont échappé de peu à la mort;
- quand ils ont été soumis à des stress psychologiques intenses du fait de circonstances particulières d'intervention.

## **Sentiment de mort imminente**

Dans le premier cas, lors de la vision de sa propre mort, le sapeur pompier se retrouve dans la même position que le rescapé d'un attentat, d'une catastrophe ou simplement d'une prise d'otage et devra donc bénéficier d'un soutien psychologique immédiat, comme cela a été organisé en France dès août 1995 à l'instigation du Général Crocq, à la suite de l'attentat du Métro St Michel à Paris le 25 juillet 1995, officialisé ensuite par la circulaire du 28 mai 1997 (création des "Cellules d'Urgence Médico Psychologiques Régionales" au nombre de sept, avec un psychiatre référent dans chaque département, psychiatre nommé par le préfet).

Dans une faible mesure les sapeurs pompiers peuvent au cours de leur cursus de formation être préparés et armés pour affronter ces circonstances exceptionnelles, mais il y aura toujours une circonstance inattendue pour laquelle il n'auront pas été préparés.

C'est une situation relativement fréquente, que ce soit lors d'incendies: embrasement brutal piégeant les hommes dans un bâtiment en feu, explosions, électrocution; soit lors de secours routiers embrasement et explosion d'un véhicule, véhicule fonçant sur les sauveteurs malgré le balisage.

Le sapeur pompier a pendant et au décours de cette intervention perdu ce sentiment d'invulnérabilité qui nous habite tous ("l'accident ne peut nous arriver à nous, c'est pour les autres, les maladroits, les malchanceux..."), il s'est senti à ce moment-là profondément seul, il en voudra à ses collègues, à la société toute entière de cette solitude face à une mort imminente, apparemment inéluctable; le fait d'en être sorti sans dommages ne va pas pour autant le rassurer, il gardera le sentiment de n'avoir pas été à la hauteur des circonstances, de n'avoir pas su réagir correctement, pas pris les bonnes décisions au bon moment, il peut même se culpabiliser d'avoir mis en danger la vie de ses collègues, avoir honte de la peur et de l'angoisse ressentie, qui ne cadrent pas avec l'image qu'il se fait ou qu'il veut donner du sapeur pompier.

Cette situation relève d'un soutien psychologique immédiat ayant pour objectif:

- de le réintégrer dans une société normale et structurée, avec ses règles et ses rites, lui faire saisir que la situation d'exception qu'il a vécu n'est plus, que la société qui l'accueille est bienveillante et est à son écoute;
- de permettre la parole, le récit, qui va dédramatiser la situation.

Elle relève aussi d'un soutien psychologique post-immédiat qui devra être organisé dans la semaine qui suit l'événement et aura pour objectif:

- d'évaluer la profondeur du traumatisme psychologique subi;
- d'évacuer émotions intenses, sentiments de n'avoir pas été à la hauteur, sentiment de culpabilité;
- de réaliser que dans des situations exceptionnelles il est normal de ressentir des émotions, qu'éventuellement toute l'équipe a eu les mêmes sentiments, qu'il n'y a pas à en avoir honte.

### **Stress intense et accumulation des stress**

Le stress ressenti est une réaction normale face à tout événement soudain et brutal. Il comprend un volet d'adaptation physique de l'organisme (sécrétion d'adrénaline et de cortisol, modification de la répartition du sang dans l'organisme, augmentation de l'acuité sensorielle) et un volet d'adaptation psychique et mentale (hypervigilance, concentration, hyperactivité cérébrale, augmentation des capacités d'évaluation, mobilisation de mécanismes de défense contre l'angoisse et la peur), et tout cela constitue le stress adapté, qui est bénéfique et salvateur.

Le stress intense est:

- soit un stress qui nous met face à la mort de l'autre, nous faisant inconsciemment évoquer notre propre mort, la mort de nos proches, parents, enfants, conjoints, amis membres du groupe ou de l'équipe, face à une mort inhumaine par les mutilations ou l'impossibilité d'identification du corps à un être humain;
- stress par la surprise et l'impréparation;
- stress par le doute et la sensation de ne pouvoir accomplir la tâche demandée;
- stress du à la fatigue et l'épuisement physique;
- stress du à l'inorganisation, aux ordres contradictoires;
- stress du à la persistance de soucis d'ordre privé et personnel;

L'ensemble des intervenants des services de secours peuvent en être atteint, sans compter le risque pour certaines personnalités psychologiquement fragiles de décompenser sous forme d'une maladie mentale classique.

### Mesures préventives

Dans une certaine mesure, l'apparition de ces troubles peut être prévenue par:

- la sélection à l'incorporation et la surveillance lors de la période probatoire précédant la titularisation;
- l'éducation du citoyen par l'école et la famille, le soutien familial étant parfois la meilleure défense contre le stress;
- l'information sur le traumatisme psychologique, ses conséquences, les éléments de vulnérabilité;
- la formation professionnelle initiale et continue, car la tâche à accomplir et le sentiment du devoir nous rendent moins vulnérables;
- l'entraînement, qui renforce le travail collectif et l'esprit d'équipe et permet l'accomplissement automatique de gestes techniques corrects.

Le debriefing doit passer par sept phases:

1. phase d'introduction: l'un des animateurs rappelle les principes et les règles du débriefing;
2. phase de description: chaque participant décrit les événements tels qu'ils se sont déroulés ainsi que son rôle;
3. phase de réflexion: chaque participant révèle ses pensées, ses sensations et ses impressions sensorielles;
4. phase de réaction: l'animateur fait ressortir émotions et sentiments du récit de chacun et les fait comparer à ceux des autres participants;
5. phase des symptômes: chaque participant décrit ses changements de comportement depuis l'événement ainsi que les manifestations somatiques;
6. phase d'enseignement: l'animateur résume les pensées, les sensations, les émotions et le vécu de tous les participants, faisant ressortir les similitudes pour les "normaliser"; il brosse un tableau sommaire des risques psychologiques ultérieurs et en propose le suivi;
7. phase de conclusion: l'animateur répond aux questions du groupe, indique les stratégies de suivi possibles, et propose ensuite une conversation à bâtons rompus autour d'un verre.

### Mesures curatives

Des traitements dérivés des thérapies cognitivo-comportementales ont été proposés par J.T. Mitchell et Bray (Table I) psychologues des pompiers de New York et appliquées dès 1994, sous le nom de traumatic event debriefing.

Ces mesures comprennent deux types de thérapies complémentaires:

- le defusing, qui est un traitement immédiat, informel, consistant simplement en l'écoute du récit fait par les intervenants, s'ils éprouvent le besoin d'en parler, et en le dépistage de ceux qui ne veulent pas parler et paraissent se replier sur eux-mêmes et se réfugier dans le silence; il peut être fait en fin d'intervention, sur les lieux, ou mieux dès le retour dans un lieu sécurisé et convivial; il devrait être pratiqué par n'importe quel membre du service de santé des sapeurs pompiers et même éventuellement par l'encadrement technique, en veillant dans ce cas-là à ne pas donner à ce récit la coloration d'une recherche de responsabilité ou de debriefing technique d'une intervention qui s'est mal passé: il est absolument impératif de bien séparer le côté technique du côté vécu émotionnel et soutien psychologique;

- le debriefing, traitement post-immédiat, beaucoup plus formel et organisé, va consister en une séance collective dans la semaine qui suit l'événement, dans un lieu sécurisé, neutre et convivial, à partir du 3ème jour pour s'éloigner du stress dépassé et avant le 8ème jour, pour garder encore le souvenir du vécu de l'intervention et éviter la pollution de son vécu par celui des autres, réunissant tous les intervenants, en présence de deux membres du service de santé, l'un jouant le rôle d'animateur, l'autre celui d'observateur; le nombre de 12 participants est un maximum - au cas où il y en aurait plus, prévoir deux groupes.

Chaque participant doit faire son récit en entier, ne pas garder, à la fin de la séance, le sentiment de ne pas avoir été écouté. L'animateur l'incite à raconter non seulement les faits, mais au-delà, ce qu'il a ressenti, ses émotions, dans les minutes qui ont précédé l'intervention et aux différentes phases de celle-ci.

L'objectif de la séance va être de:

- transformer le ressenti émotionnel en mots, pour en diminuer l'impact;
- faire prendre conscience à tous les participants qu'il est normal de ressentir des émotions dans certaines circonstances;
- confirmer que "la société" les prend en charge et ne les abandonne pas.

À l'issue de la séance une information est donnée sur le risque de "syndrome psychotraumatique" et, sur ses premiers signes, les moyens de contacter ultérieurement les animateurs sont laissés à tous.

Il existe une polémique sur l'intérêt réel de ces techniques, surtout sur la manière dont elles sont pratiquées aux États Unis, où le debriefing est systématique à chaque retour d'intervention. Il est compréhensible que, devenant alors une routine, elles perdent de leur impact psychologique et n'amènent que des réponses purement formelles et conventionnelles. Ces techniques doivent être des techniques d'exception répondant à des événements exceptionnels.

### Les pièges

Le récit trop parfait identique chez tous - c'est souvent le cas lorsqu'une opération ne s'est pas bien passée. Les hommes craignent que ce debriefing ne soit qu'un prétexte à une recherche de faute technique ou de responsabilité, ils se sont concertés, ils ont bâti un récit commun et le débitent tous à l'identique:

- le porte-parole, le bavard qui prend chaque fois la parole et empêche les autres de s'exprimer - la technique, si elle est une technique collective, nécessite pour être efficace que chacun ait pu s'exprimer et sorte de la séance avec le sentiment d'avoir vidé son sac et d'avoir été écouté;
- le bouc émissaire - si tout est arrivé c'est de sa faute, il n'a pas su réagir correctement au bon moment et tous le groupe fait front et le désigne;
- le choc émotionnel grave en cours de séance - la victime sera prise à part par le deuxième animateur et réintégrera le groupe plus tard;
- l'animateur trop directif - il parle à la place des victimes, détaille leurs émotions avant qu'elles puissent ouvrir la bouche. Il est en général aussi

trop pressé et laissera à chacun le goût amer de n'avoir pas été écouté, il ne doit jamais être fixé de délai et de durée à la séance.

- l'animateur trop compassionnel - les victimes ne demandent rien, si ce n'est de l'écoute et de l'attention, elles ne recherchent pas la pitié, elles se sentent tout à fait ordinaires dans des circonstances un peu particulières.

### **La cellule de soutien psychologique chez les sapeurs pompiers**

*Mission:* Assurer le soutien psychologique des sapeurs pompiers en opération, ce qui entre tout à fait dans le cadre des missions générales et exclusives du service de santé et de secours médical des sapeurs pompiers telles qu'elles sont énumérées dans l'article 24 du décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours (alinéa 4).

*Moyens:* Le personnel du service de santé formé à ces techniques - médecins, psychiatres, infirmiers - en sachant que la plupart des psychiatres de ville ne sont pas formés à ces techniques ponctuelles et brèves reposant sur un unique contact, centrées sur un événement unique, alors que le travail habituel du psychiatre est un travail de longue haleine, d'exploration de la personnalité, nécessitant des entretiens multiples. Ce personnel du service de santé peut être formé par l'université (études de psychologie, DIU de victimologie...) ou au sein du service par formation continue et compagnonnage.

Le personnel extérieur peut être recruté comme expert en application de l'arrêté du 6 mai 2000 - essentiellement des psychologues dont le recrutement n'est pas prévu comme membres du service de santé, mais aussi des psychiatres et plus particulièrement le psychiatre référent départemental de la cellule d'urgence médico-psychologique, pour former et encadrer le personnel du service de santé; en effet ils se retrouveront côté à côté lors des dispositifs de grande ampleur et des catastrophes.

Une information et une formation spécifique doivent être diffusées au sein du service de santé: information et formation sur le defusing à tout le personnel de santé; information et formation d'un groupe de volontaires pour le debriefing.

Fonctionnement opérationnel: établir une liste des situations à risques avec des fiches réflexes pour les stationnaires du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS).

Chaque fois que se présente une de ces situations, la stationnaire alerte le membre de la cellule de soutien psychologique d'astreinte et celui-ci décide soit de se rendre sur les lieux, soit de demander à un membre du service de santé du corps concerné de s'y rendre pour pratiquer un defusing immédiat sommaire et évaluer la nécessité d'un debriefing ultérieur.

En cas de catastrophe de grande ampleur, ce personnel spécialisé du Service de Santé et de Secours Médical se rendra sur les lieux pour assurer le soutien psychologique des sapeurs pompiers en opération et se mettra éventuellement à la disposition de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique et du psychiatre référent départemental pour apporter son aide aux populations.

Il ne s'agit que d'une prise en charge ponctuelle des traumatismes psychologiques d'ordre professionnel dues aux interventions, qui ne devra pas durer au-delà de 15 jours. Toutes nécessités de traitement au long cours et de traitement de troubles majeurs de la personnalité révélés par l'intervention et la révélation de pathologies psychiatriques antérieures méconnues jusque-là devront être rapidement orientées sur les services psychiatriques et médicaux compétents.

18 février 2003

Le 19 janvier 2007

**LE CANARD REPUBLICAIN**

### **UN ENFANT BRULE VIF :**

Cette nuit, à deux heures trente du matin, un dramatique incendie a détruit le pavillon individuel d'une famille de cinq personnes sur la commune d'Orin. Une vingtaine de sapeurs-pompiers était sur place très rapidement après l'appel d'un voisin, réveillé par les cris de la mère de famille. Cette dernière a réussi avec son époux à extraire des flammes deux de leurs enfants qui dormaient à l'étage. Seul le benjamin de la famille, âgé de cinq ans, est resté prisonnier des flammes alors même que ses parents entendaient ses cris d'appel au secours. Les sapeurs-pompiers, présents à ce moment, ont tenté en vain d'atteindre l'enfant au milieu du brasier. Ce n'est qu'une fois le feu maîtrisé que le corps carbonisé a été enfin retrouvé. Le chef de centre du CIS Orin, ainsi que le maire de la commune, gendarmerie et médecin-commandant de sapeurs-pompiers ont témoigné de l'émotion ressentie par les acteurs des services de secours et par tous les habitants de la commune.

**Concours interne de lieutenant de sapeurs-pompiers 2008**  
**Epreuve de dossier technique**  
**Proposition de corrigé**

**Note de synthèse**

La mort d'un enfant de cinq ans lors d'un incendie le 19 janvier dernier a suscité une immense émotion dans la population mais aussi chez les sauveteurs, malgré leur formation aux interventions de toutes natures. Cette situation caractérise l'impact psychologique que peut entraîner de tels événements.

Toutes les situations de crise génèrent un stress plus ou moins fort en fonction de la faculté de chacun à y faire face. Il est important de définir tout d'abord les différentes situations de stress avec leurs causes et leurs conséquences (I), puis de dresser l'inventaire des mesures à mettre en œuvre pour éviter ou traiter le stress, notamment chez les sapeurs-pompiers (II).

**I. Le stress se manifeste sous plusieurs formes avec des origines diverses (A) et ses conséquences peuvent être graves (B).**

*A. Des comportements individuels variables et des causes multiples.*

Face à une situation stressante, chaque individu réagit différemment en fonction de son seuil de tolérance. On distingue le stress de base, lié à l'inconnu, le stress cumulatif (ou Burn Out) face à trop d'émotions accumulées et le stress traumatique face à une catastrophe.

On estime que 50 % de la population mondiale a été victime d'un incident traumatisant. Il existe aussi une forme particulière de stress, dite post-traumatique que l'on rencontre chez les sauveteurs, se traduisant par une rumination ou dénégation de la catastrophe vécue.

Les origines du stress se trouvent dans les conditions de vie (famille, santé, loisirs), dans le travail (charges, relations conflictuelles) et enfin dans l'arrivée d'événements imprévus (divorce, mort....).

Les sapeurs-pompiers sont confrontés quotidiennement à des situations difficiles dans leurs interventions. Leur culture masculine et professionnelle les incite le plus souvent à ne pas extérioriser ces drames, mais parfois l'impact est tel qu'ils ne pourront s'en protéger.

*B. Des effets négligeables ou dramatiques*

Si le stress a parfois des effets positifs (stimulation) il se traduit souvent par des troubles physiques (agitation ou abattement, mal de dos, fatigue) ou mentaux qui sont plus difficiles à percevoir.

Ils vont de la petite insomnie jusqu'aux idées suicidaires, en passant par des comportements traduisant de l'anxiété, de la peur, de l'agressivité ou encore un effondrement des croyances.

Chez les sauveteurs le stress entraîne des angoisses entre l'alerte et l'arrivée sur les lieux d'une intervention (60 % des SPP) et une perte de capacité à réagir ou à effectuer parfaitement un geste technique (50 % des jeunes).

Le plus souvent, les sauveteurs ressentent un sentiment d'impuissance, voire de culpabilité face à la mort des victimes qu'ils secourent. Si leur expérience leur permet de se protéger par un « pilotage automatique » de leurs actions, ils ne sont pas à l'abri d'une réaction post-traumatique qui elle nécessite une thérapie.

## **II. Des mesures permettent d'éviter les effets du stress (A) et d'autres sont nécessaires pour réparer les dégâts psychologiques occasionnés chez les sapeurs-pompiers (B)**

### *A. La prévention du stress au travail*

L'environnement professionnel est capital dans la prévention du stress. Le chef doit donc veiller à définir l'organisation du travail, être à l'écoute de ses collaborateurs, avoir une attitude positive, communiquer et respecter des périodes d'échanges.

Chez les sapeurs-pompiers, en plus de ces règles, il est nécessaire d'être vigilant sur la qualité du recrutement, la formation professionnelle et la préparation aux situations stressantes afin de dissocier autant que possible l'activité technique de l'environnement agressif.

Les « briefings » sur les missions et des informations sur le stress doivent être réalisés régulièrement.

### *B. Des actions curatives adaptées*

Dès lors que des réactions sont susceptibles d'apparaître suite à une catastrophe, il faut envisager l'intervention de professionnels de santé qui pratiqueront le « defusing » : écoute attentive du récit émotionnel de l'intervenant immédiatement après l'événement.

Le « débriefing » qui intervient entre le 3<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> jour du drame, en séance collective a pour but de faire s'exprimer chaque personne sur son ressenti de l'intervention.

Enfin, il est possible de créer au sein du SDIS une cellule de soutien psychologique, composée de membres du SSSM (médecins psychiatres) ou d'experts recrutés selon les termes de l'arrêté du 6 mai 2000, en qualité de psychologues.

Le stress est donc devenu une affaire de santé publique. Il est, de plus en plus, reconnu et pris en charge. Les attentats des années 90 en France ont sans doute été le facteur déclenchant de cette nouvelle politique.

La circulaire du 28 mai 1997 est parue moins de deux ans après l'accident du métro Saint Michel qui a terrorisé la population parisienne. Elle porte sur la création des Cellules d'Urgence Médico Psychiatrique, unités capables de prendre en charge tous les témoins de drames humains et dont la mise en œuvre est aujourd'hui systématique.

On peut donc imaginer que le traitement du stress n'en est qu'à ses débuts. De nouvelles mesures apparaîtront sans doute, notamment pour les acteurs de la sécurité publique qui affrontent quotidiennement la douleur et la mort.

### Questions

**1. Quelles sont les règles de détection et de désenfumage dans un immeuble d'habitation de première et deuxième famille et quelles sont les évolutions en cours ou souhaitables ? (2 points)**

Il n'y a pas de système de détection imposé dans les immeubles d'habitation de la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> famille. Le désenfumage n'est obligatoire que dans les immeubles de 2<sup>ème</sup> famille dont le plancher bas du dernier niveau habitable est situé à plus de 8 mètres.

Un groupe de travail vient de proposer aux pouvoirs publics la mise en place de détecteurs individuels dans toutes les habitations, avec une homologation à transmettre à la compagnie d'assurance de l'occupant du logement.

Il serait souhaitable, en terme de sécurité, d'adopter un dispositif de contrôle des habitations similaire aux établissements recevant du public.

**2. Quelles sont les règles générales lorsque vous découvrez une personne visiblement décédée, notamment au regard des règles de police judiciaire. (2 points).**

La notion de mort évidente répond à des critères précis tels que la décapitation, le sectionnement du corps, la putréfaction ou la calcination.

En présence d'une telle situation notre action doit se porter sur la préparation du travail de la police judiciaire :

- Alerte et attente des services de police ou de gendarmerie qui dépêcheront un officier de police judiciaire ;
- Protection du site en empêchant toute intrusion (voisins, journalistes.....) ;
- Préservation de tous les indices en ne déplaçant aucun objet ;
- Engagement d'un minimum de personnel après reconnaissance ;
- Apporter son témoignage aux enquêteurs.

**3. Citez les règles qui régissent le statut d'expert chez les sapeurs-pompiers (recrutement, carrière). Quel symbole est utilisé sur leurs uniformes ? (3 points).**

L'arrêté du 19 décembre 2006 portant statut des sapeurs-pompiers volontaires, prévoit dans son article 66, l'engagement de personnes ayant des compétences dans le domaine des risques naturels ou technologiques, de l'environnement ou des contraintes psychologiques.

Elles doivent satisfaire aux conditions générales d'accès au volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers.

Les experts sont nommés par un arrêté conjoint du préfet et du président du conseil d'administration du SDIS définissant leur mission de conseiller technique, sur proposition du DDSIS.

Ils doivent lors de leur engagement suivre un module d'observation des pratiques départementales. Leur déroulement de carrière est similaire à celui d'SPV.

Les symboles de galons utilisés sont un X pour les experts et un Y pour les psychologues.