

Au carrefour des cliniques et des territoires

Colloque international

Belgique

23 11 2018

GOUJARD, S. & AUVERT, L.



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

La psychologie au service des intervenants : utopie ou réalité ?



DE L'INTÉRÊT DE LA
PSYCHOLOGIE POUR LES
INTERVENANTS :

Des Psychologies au service des intervenants, quelque soit les territoires géographiques ou de compétences ?



Politie Police



- Psychologie sociale
- Psychologie du travail
- Science du management
- Psychothérapie
- Neurosciences

- Amélioration de l'organisation du travail, prévention des RPS et QVT
- Amélioration de la gestion par l'encadrement des évènements graves touchant les intervenants
- Protection de la **santé** des agents
- **Opérationnalité mentale** et qualité des interventions augmentées

Opérationnalité mentale et prévention I,II & III^{aire} en santé mentale



Au sens de l’OMS, avec un élargissement de la cible santé au sens stricte

Prévention primaire : Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque.

Dans les services d'incendie cette notion de prévention primaire déborde la notion stricte de santé et y associe la notion de l'opérationnalité mentale.

Opérationnel : Qui est prêt à entrer en activité, à fournir le résultat optimal voulu, à réaliser parfaitement une opération.

Opérationnalité Mentale : *Capacité à engager les ressources mentales nécessaires à la réalisation optimale d'une mission.*

(terminologie très présente dans les forces armées Belges – conseiller en opérationnalité mentale)

Statistiques en santé mentale pour les intervenants de l'urgence

Les Blessures mentales sont une triste réalité : ***TSPT, TSA, trouble de l'adaptation, dépression, dépendance, trouble anxieux...***

- 66.66 % des intervenants rapportent avoir été exposés à un événement traumatique en opération (1)
- Le taux de stress post traumatique chez les intervenants de l'urgence dont les sapeurs-pompiers varient de 8 à 37 % (2).
- Nous pouvons ajouter à cela que 3 à 20 % des SP sont à risque de burn-out (3). Certaines études portent ces chiffres à 39,5% (4)

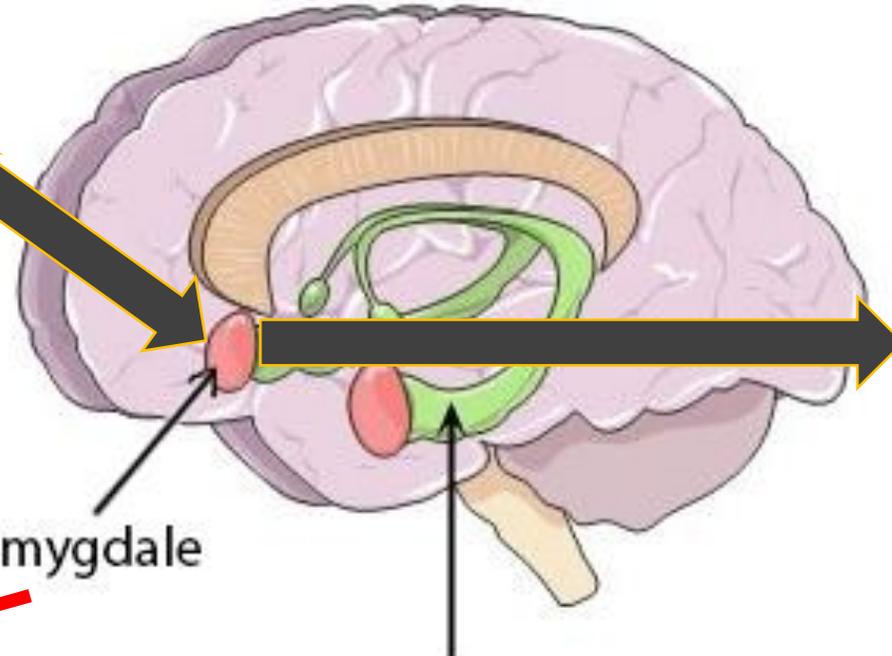
Mal connues, ces blessures sont rarement acceptées par les hommes et par les institutions. Il n'y a pas de **culture de la sécurité sur ce point.**

Apport des neurosciences :

Le centre du contrôle des souvenirs



**Exposition
traumatique**



Souvenirs traumatiques
Réponses conditionnées
Croyances post
traumatique

Mémoire émotionnelle :
émotions rattachées au faits

Amygdale

Hippocampe

Mémoire épisodique :
faits, caractéristiques de l'environnement

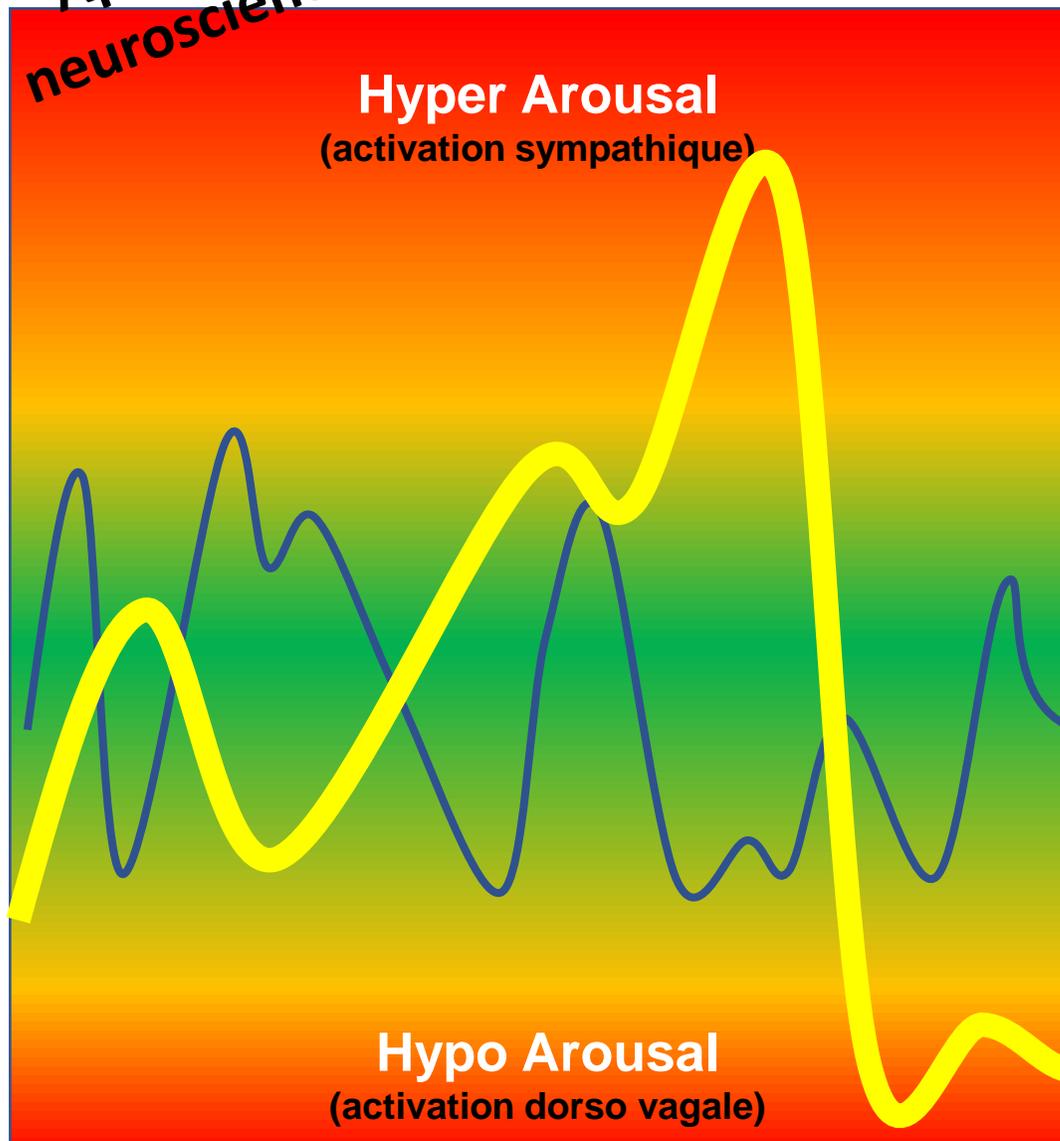
Adrénaline
(augmentation
rythme cardiaque et
tension artérielle)

Cortisol
(augmentation de
la glycémie...)

Effet neurotoxique
entraînant la destruction
cellulaire et atrophie
hippocampique

Modulation Model: Optimum Arousal Zone

Apport des
neurosciences :



« *Fight or flight* » response

Sensations accrues, immersion, réactivité émotionnelle, hypervigilance, imagerie intrusive, flashback, traitement cognitif désorganisé

Optimum Arousal

(activation vagale ventrale)

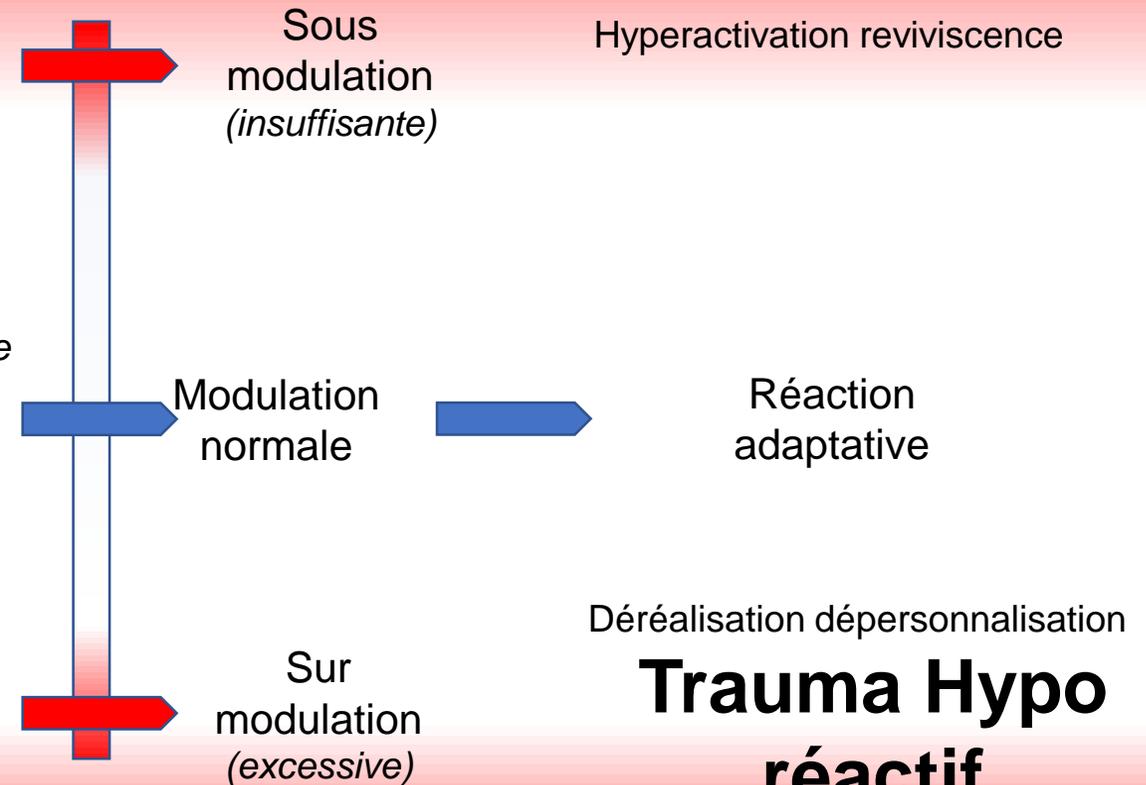
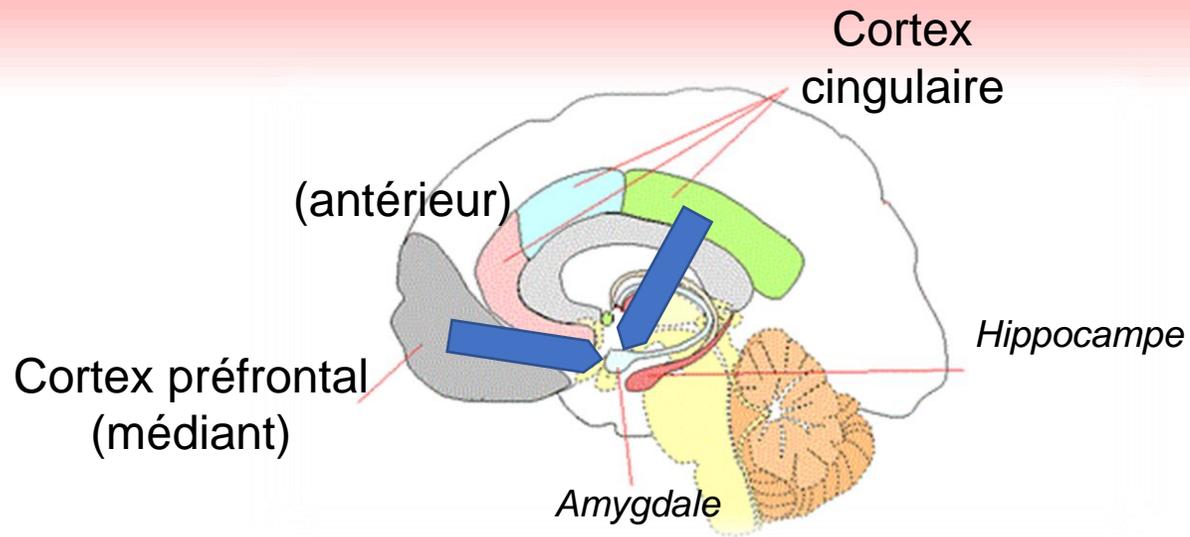
« *Social engagement* » response

Zone où les émotions peuvent être tolérées et les informations intégrées

« *Immobilisation* » response

Absence relative de sensation, engourdissement des émotions, inhibition des processus cognitifs, diminution des mouvements physiques

Apport des neurosciences :



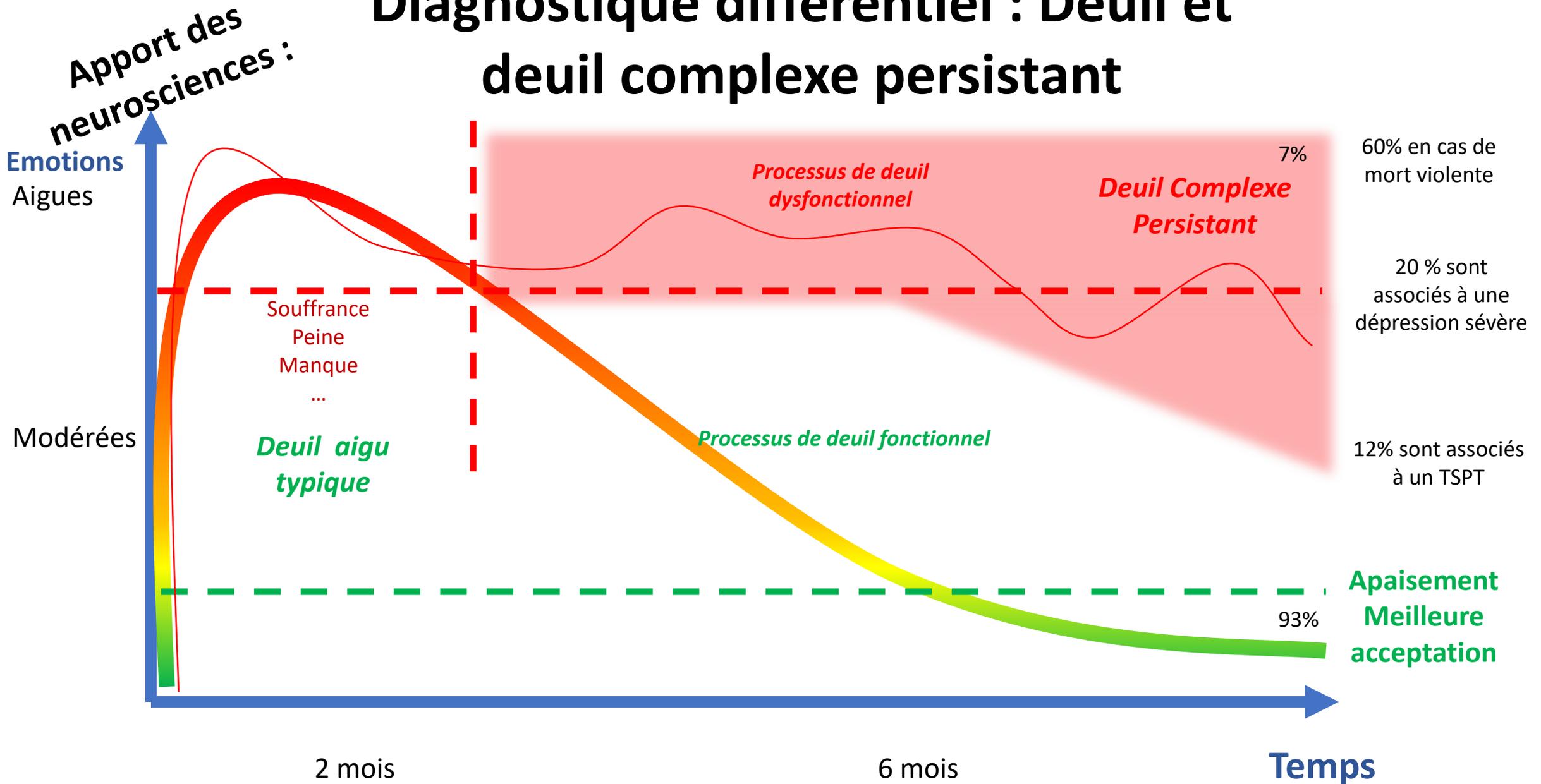
70-85%
Trauma Hyper réactif
Hyperactivation reviviscence

Déréalisation dépersonnalisation
Trauma Hypo réactif
15-30%

Si la sur modulation est présente uniquement en immédiat ou post immédiat alors cela renforce le risque de trauma hyper réactif à long terme

 Inhibition cortico limbique ou modulation

Diagnostic différentiel : Deuil et deuil complexe persistant

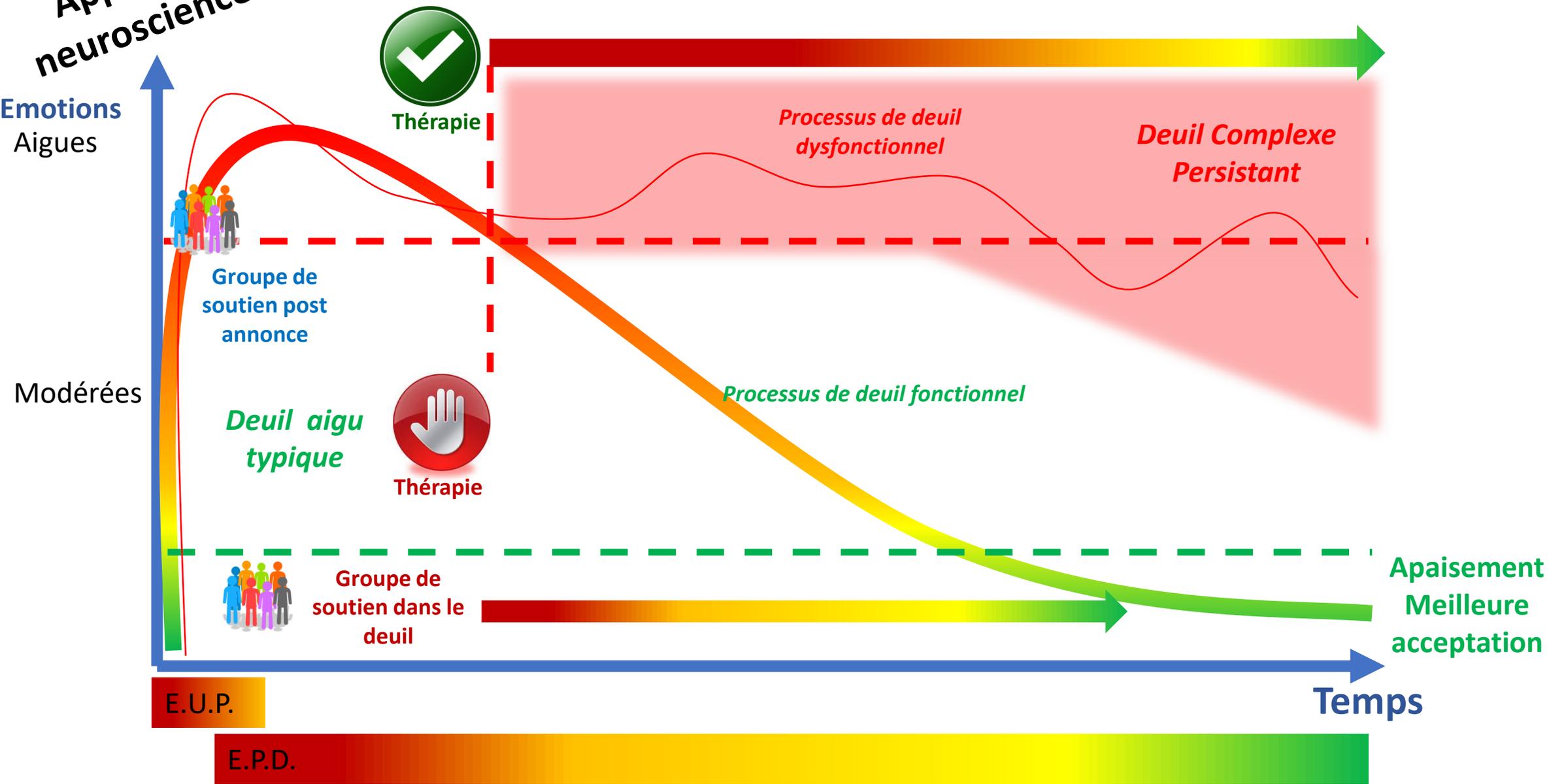


Apport des neurosciences :

Emotions
Aigues

Modérées

Temps



E.U.P.

E.P.D.

Groupe de soutien post annonce

Deuil aigu typique

Groupe de soutien dans le deuil

Thérapie

Thérapie

Processus de deuil dysfonctionnel

Processus de deuil fonctionnel

Deuil Complexe Persistant

Apaisement
Meilleure acceptation

Le processus du deuil fonctionnel permet :

1. Accepter la réalité de la perte
2. Accepter de ressentir la douleur du deuil
3. S'adapter à un environnement où le défunt est absent
4. Relocaliser le défunt dans sa mémoire
5. Continuer à investir la vie



EPD : Evaluation du Processus de Deuil

(Adaptation des critères de récupération de Sauteraud A. sous forme d'auto évaluation, GOUJARD, 2018)

- | | | |
|---|--|-----|
| 1 | J'accepte la réalité de la perte | /10 |
| 2 | J'accepte de ressentir la douleur du deuil | /10 |
| 3 | Je m'adapte à un environnement où le défunt est absent | /10 |
| 4 | Je localise le défunt en moi, dans ma mémoire | /10 |
| 5 | J'investis la vie | /10 |

0

pas du tout

10

Tout à fait

L'évaluation de ces 5 indices durant les entretiens individuels ou à l'issue des groupes collectifs peut constituer un bonne ligne de base de récupération. Elle permet également l'orientation des actions thérapeutiques.

LES BLOCAGES :



Culture des agents



Culture des services médicaux



Histoire de l'institution



Obligations législatives



Les couts financiers

UTOPIE

Les agents

*Culture autour de l'image
que doit avoir l'intervenant*

*Adaptée l'exercice de la
psychologie à la culture des
intervenants*

**Les services de
santé**

*Culture des médecins en
matière de psychologie et
l'absence d'Histoire de
travail avec les
psychologues*

*Informier, former et guider
Produire de la recherche et
des résultats scientifiques*

Les institutions

*Culture de la
responsabilité et du
contrôle*

*Cadre d'emploi
et de pratique
de la
psychologie
dans les
institutions*

**Analyse et
Réponses**

Le législateur

*L'obligation de créer un
cadre légal d'exercice
du secours et du
soutien psychologique*

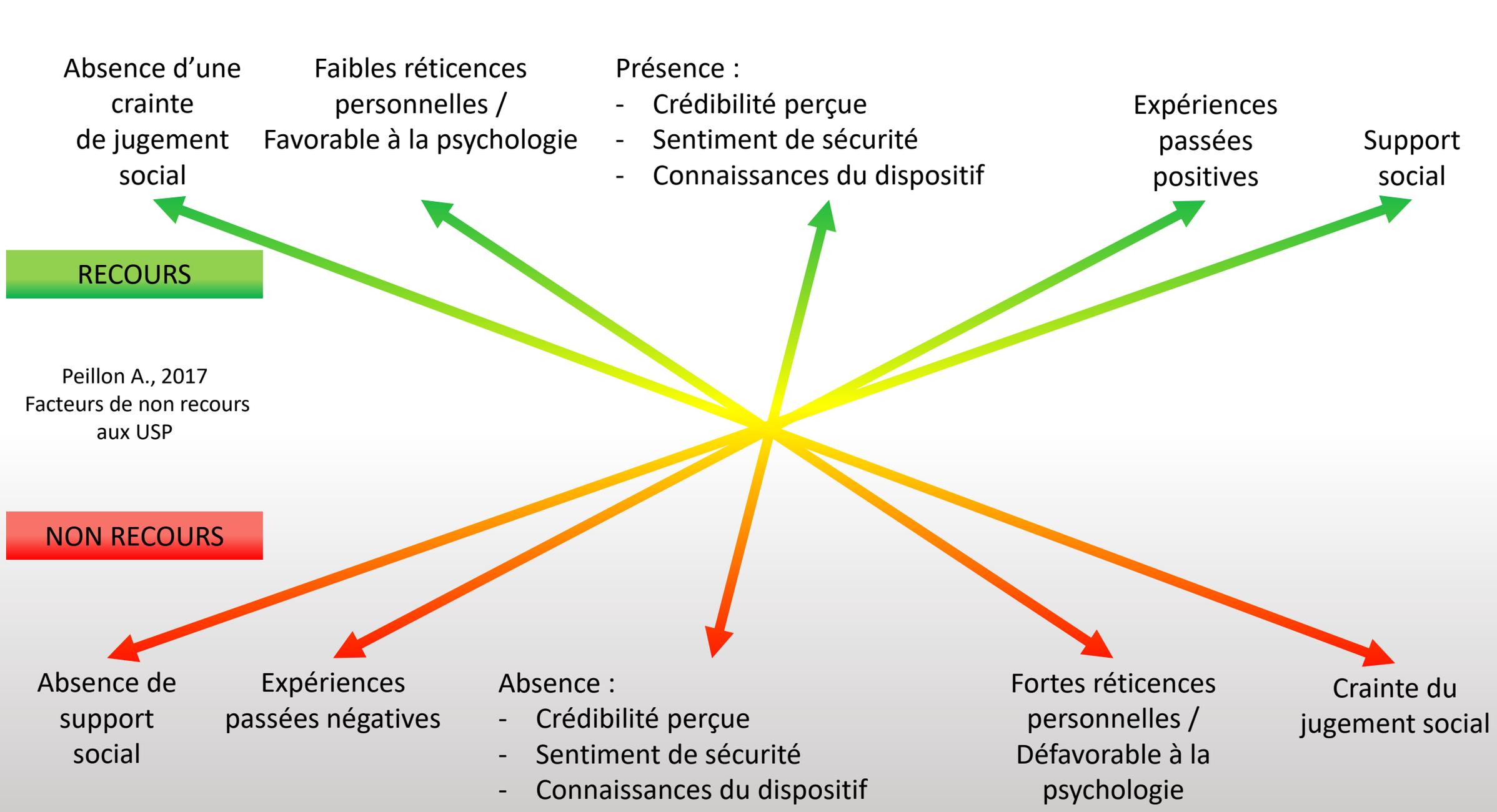
*Plan
d'intervention
psychologique
départemental,
régional,
national et
international*

*Financer des postes de
psychologues dans les
institutions*

Les finances

REALITE





LES RÉALISATIONS

Exemple de l'AEPSP



Exemple en milieu policier



Exemple des sapeurs-pompiers de France





Sur la base du modèle MOSARE (Goujard) et CRASH (De Soir),
conceptualisation du triage psychologique et mise en place de l'EUP (Examen
de l'Urgence Psychologique).

Situations :



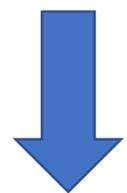
Haut potentiel
traumatique



Haut potentiel de
dépression ou de deuil



Haut potentiel
d'épuisement



Réponses :

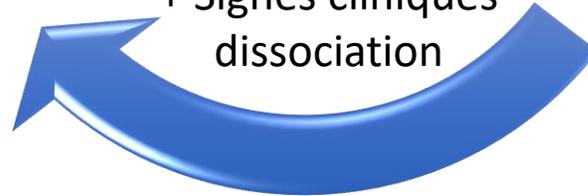


EUP : Examen de l'Urgence Psychologique



Qualitatif **5 Qs** + **BFP** *Quantitatif*
5 Qs mv / 5Qs mvhi

+ Signes cliniques
dissociation



=

Triage psychologique



EUP : Examen de l'Urgence Psychologique

Présentation de l'EUP aux intervenants :

(individuel & confidentiel)

1. Afin de savoir comment accompagner l'équipe, nous avons besoin de faire un bilan d'impact.
2. Ce bilan se fait au travers de 5 questions rapides (5Qs) et trois cotations sur des échelles de type EVA (BFP).
3. Cela prendra 5 minutes par personnes.
4. A l'issue de ce travail, nous pourrons décider de la forme de notre action.





EUP : Examen de l'Urgence Psychologique

Le 5Qs doit être passé rapidement (5 minutes de passation maximum).

Il sert à évaluer la situation. C'est une méthode utilisée pour **mesurer**, ce n'est pas le moment de l'**accompagnement**

Le **BFP** peut être passé **avant** le 5Qs **ou avant** la 4^{ème} question (*voir ci-dessous à l'endroit de l'échelle chromatique*).

5 Qs / BFP Pompiers

1. Qu'est-ce que tu as fait et dans quel rôle ?
2. Qu'est-ce que tu penses de ton action ?
3. Quelles étaient les difficultés les plus prononcées ? (au niveau du vécu ou au niveau opérationnel)
4. A l'instant, comment est-ce que tu vas ?
5. Serait-ce une bonne idée d'enchaîner avec un débriefing psychologique et/ou opérationnel ?



Interprétation des résultats du BFP

Analyse initiale

Tout score supérieur ou égal à 7/10 sur l'une des trois échelles doit entraîner une prise en charge psychologique et sera coté en bilan rouge.

| | | |
|---------------------|------------------------|--|
| 3 à 10 : Bilan Vert | 11 à 18 : Bilan orange | 19 à 30 : Bilan Rouge ou tout score dépassant le 7 |
|---------------------|------------------------|--|

Bilan vert : R.A.S. sans score supérieur ou égal à 7

Bilan orange : Prise en charge psychologique, (réaction urgente à évaluer)

Bilan Rouge : Prise en charge psychologique urgente, secours psychologique immédiat requis.

Bilan BFP

© AEPSP

| Score total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|----|--|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |
| Bilan vert | | | | | | | | Bilan orange : Prise en charge psychologique, réaction urgente à évaluer | | | | | | | | Bilan rouge : Prise en charge psychologique urgente, secours psychologique immédiat requis. | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Si sur 1 ou 2 échelles, un score est supérieur ou égal à 7, alors bilan rouge</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Révision 2018 du Bilan Flash Psychologique

(recherche en cours)

| Bilan BFP (S. GOUJARD) © AEPSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| Score total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
| Bilan vert | | | | | | | | | | Bilan orange : Techniques de reconditionnement psychologique et physique | | | | | | | | | | Bilan rouge : Prise en charge psychologique urgente, secours psychologique immédiat requis. | | | | | | | | | | |
| <i>Si sur 1 ou 2 échelles, un score est supérieur ou égal à 7, alors bilan rouge</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Exclusion des intervenants à scores faibles.
Risque de trauma vicariant.

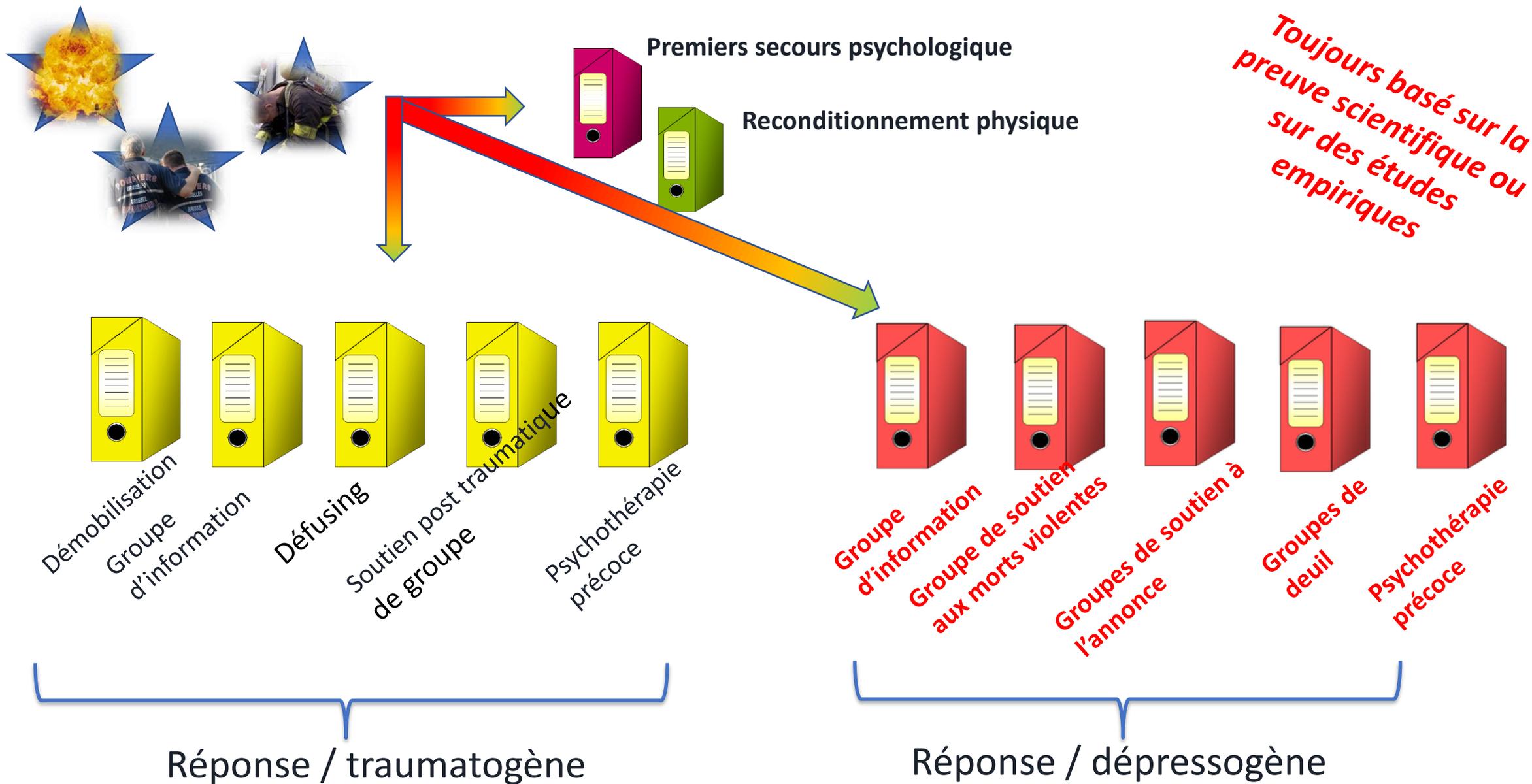


Activation parasympathique
et exercice de focalisation
attentionnelle





Secours et Soutien psychologique (prévention secondaire)





**SERVICE
DE SOUTIEN
PSYCHOLOGIQUE
OPÉRATIONNEL**

POLICE NATIONALE

Police

- **SSPO (service de soutien psychologique opérationnel) :**
- **Créer suite à la vague de suicide de février 1996 ou en un mois 10 policiers se donnent la mort (Eliane Theillaumas, psychologue)**
- **En 2008 :**
 - **13.000 consultations**
 - **Jusqu'à 30 appels par jour.**



L a u s a n n e

Histoire du secours psychologique en SDIS (France)

1991 : le service des Sapeurs-Pompiers du département du Nord recrute des Psychologues comme sapeur-pompiers volontaires pour gérer les impliqués dans les situations de crise : carambolage, évacuation de population, déraillement de train...



Colonel Jacques MOUREAU, initiateur de la première USP

1995 : Attentats terroristes de Paris du 25 juillet.

1997 : Création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe (Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 - N°97/383)



Le constat de blessures mentales en opération est à nouveau fait et la création des CUMP favorise le développement des Unités de Secours Psychologique Sapeur-Pompier

Les USP orientent leur action majoritairement sur la prise en charge des risques psychologiques des sapeurs-pompiers

1997-2003 : Recrutement progressif des psychologues au sein des SDIS.



2003 : Début du rattachement au service de santé des sapeurs-pompiers des experts psychologues, recrutés sur leur compétence en psychothérapie à but de soutien post crise et pour les soins psychologiques. (Circulaire du 23 octobre 2003 - *Indique la possibilité de donner au SSSM l'objectif de prise en compte des détresses psychologiques dans les politiques définies par les CASDIS. Met en évidence que le soutien psychologique des sp est une activité partagée par les emplois de médecin sp, d'infirmier sp et de psychologues cliniciens (emplois optionnels au titre d'expert).*

2004 : Création de l'Association Européenne des Psychologues Sapeurs-Pompiers à l'initiative de **E. De Soir** et début de la formalisation des méthodes de travail en service d'incendie et de secours sur la base des expériences européennes.



2004-2013 : Développement des USP et convergence des méthodes de travail.

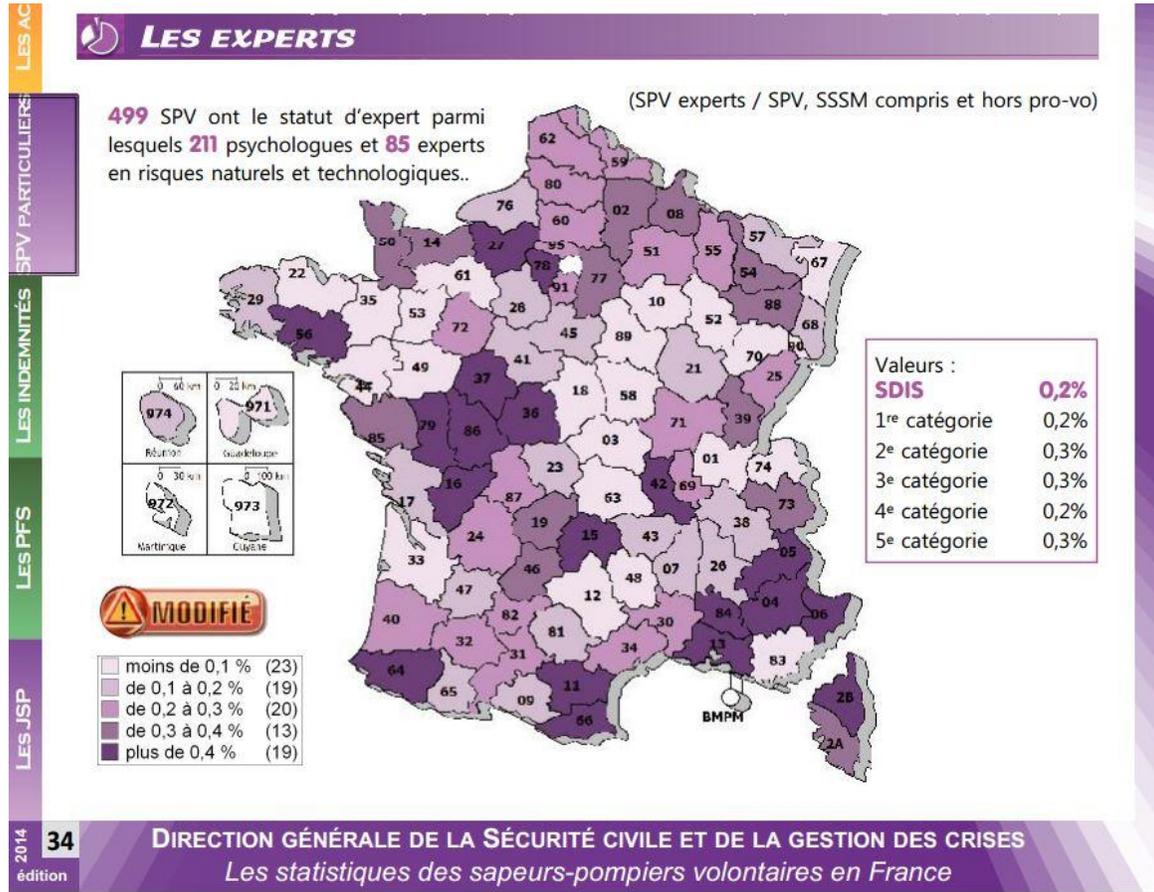
2014 : L'AEPSP, devient l'Association Européenne de Psychologie Sapeur-Pompier.

2016 : Référentiel des Activités et des Compétences du SSSM. Document en lien avec l'activité de psychologue de sapeurs-pompiers volontaires (Validation le 5 juillet 2016 par la CNV (DGSCGC))

2018 : Mise en place de la formation des officiers à l'ENSOSP



Interventions et moyens en France



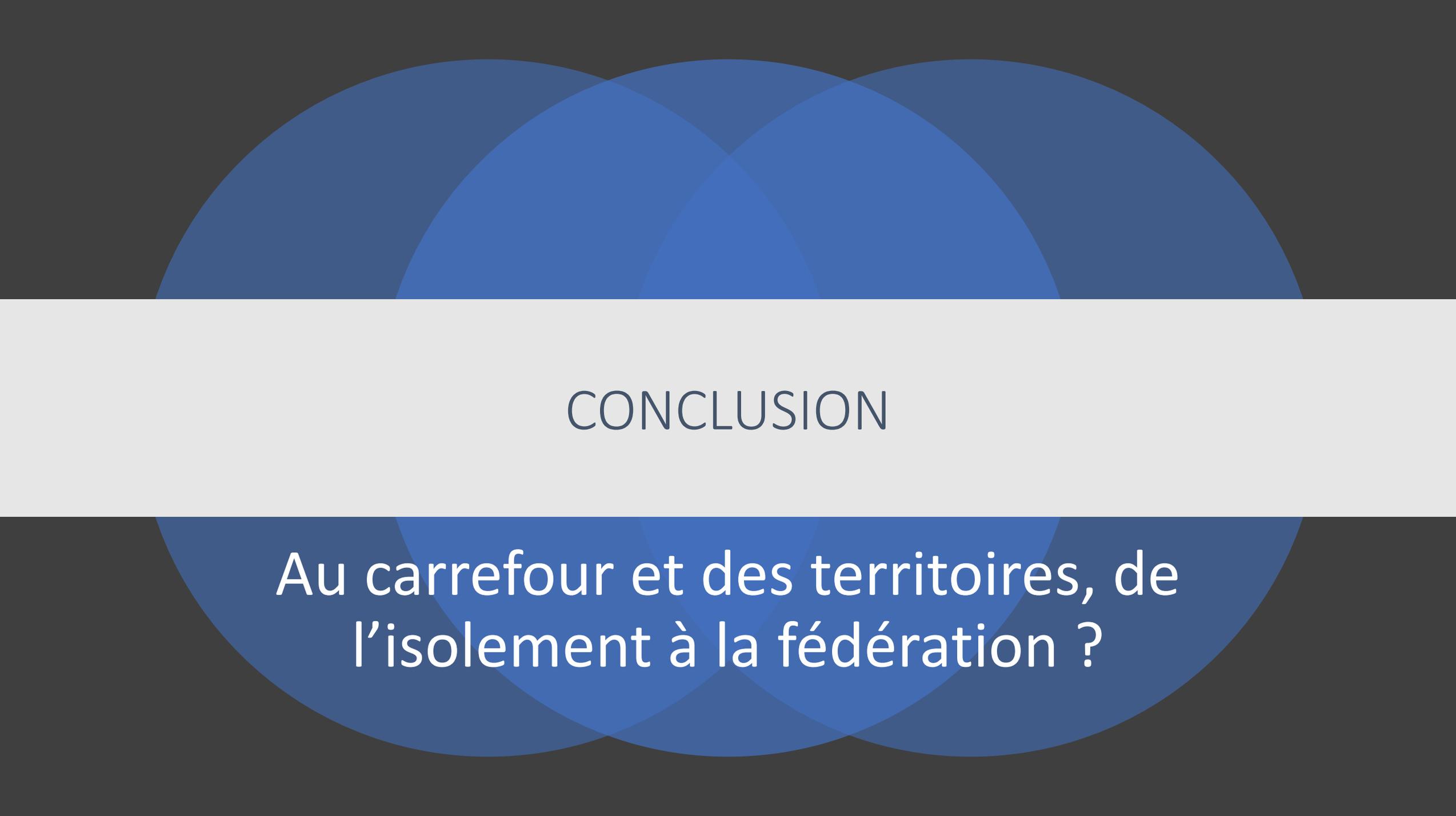
3 (1992) → 246 (2015) → 271 (2016)

Psychologues répartis en 80 (2017) / 76 (2015) USP

1805 interventions au profit des sapeurs-pompiers. (2013)

24 interventions au profit de la population générale (2013)

| SDIS | National | Catégorie A | Catégorie B | Catégorie C | BSPP | BMPM |
|------|----------|-------------|-------------|-------------|------|------|
| USP | 80 | 15 | 35 | 28 | 1 | 1 |



CONCLUSION

Au carrefour et des territoires, de
l'isolement à la fédération ?

Les cultures professionnelles des intervenants de l'urgence, riches et complexes à la fois, demandent à être analysées afin de comprendre leurs résistances.

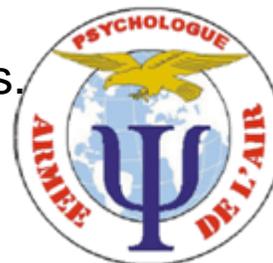
Pour traduire l'utopie en réalité :

- Recherche
- Sensibilisation
- Partage des savoirs
- Fédérations des territoires et des cliniques.



AEPSP
ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Créer une fédération internationale de la psychologie pour les intervenants?



Centres du psycho trauma et universités





AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

MERCI DE
VOTRE
ATTENTION

Avez-vous des questions ?

sylvain.goujard@aepsp.eu

Références supplémentaires

- (1) Traber, D. (2017). Comment et pourquoi prévenir le TSPT ? Conférence Réseau santé sécurité des services d'incendies et de secours de la région Auvergne Rhône Alpes. 12 12 2017, Saint Priest, France.
- (2) Del Ben, K.S., Scotti, J.R., Chen, Y., & Fortson, B.L. (2006). Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. *Work and Stress*, 20, 37-48.
- (3) Katsavouni, F., Bebetsos, E., Malliou, P., & Beneka, A., (2015) The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters *Occupational Medicine*
- (4) Petrucci de Melo, L., & Carlotto, M. S. (2016). Prevalencia y Predictores de Burnout en Bomberos - *Psicol. cienc. prof. vol.36 no.3* Brasília July/Sept. 2016