

# Les comportements inhabituels et la souffrance psychique | 10

Ce chapitre vise à présenter des notions de base en psychologie afin de mieux comprendre les troubles psychiques sous-jacents à certaines conduites rencontrées chez les victimes (agitation, panique, réactions de stress aigu...). Il propose également **des conduites à tenir qui peuvent guider le sapeur-pompier tout au long de ses interventions** et qui doivent être prises comme des principes d'action plutôt que comme une succession de tâches systématiques.

**Il l'informe aussi sur les risques psychologiques auxquels il peut être exposé dans l'exercice de sa profession.** En cela, ce chapitre est en lui-même un outil de prévention.

## 10.1

## Souffrance psychique, stress et comportements inhabituels

### A. La souffrance psychique

**La souffrance psychique est une douleur morale, ne se rapportant pas à un organe du corps** : une sensation de malaise intense pouvant survenir après un événement déplaisant et inhabituel. Elle peut aussi être le fait d'une maladie, d'un traumatisme, d'une prise de toxique, d'un stress important ou encore d'un trouble psychiatrique... **Elle se manifeste parfois par des comportements inhabituels.** La victime ne peut pas toujours l'exprimer et n'en a pas nécessairement une pleine conscience.

Les situations « de crise » s'accompagnent d'une souffrance psychique aiguë. La perception que l'on en a est en partie subjective. Elle est liée à l'état des victimes et à la personnalité des intervenants qui l'appréhendent. Si la victime reste sous l'emprise des émotions, le sapeur-pompier se doit, quant à lui, d'être objectif et rationnel pour la mettre en sécurité.

Par conséquent, **des principes d'action de secours seront définis afin que le sapeur-pompier puisse orienter et adapter sa conduite à chaque situation ou aux victimes rencontrées.**

### B. Le sapeur-pompier et la victime

#### B.1 Généralités

Le choix du métier de sapeur-pompier est un engagement civique, physique et psychologique. Il est le premier intervenant auprès de victimes touchées dans leur corps mais aussi dans leur âme. **Le sapeur-pompier doit faire preuve d'une qualité humaine essentielle : l'empathie.**

**L'empathie** consiste à discerner et percevoir la souffrance d'autrui, pour mieux répondre à ses besoins. Il ne s'agit

certainement pas de se mettre à la place de la victime en se laissant gagner par la contagion émotionnelle des drames rencontrés. Le sapeur-pompier doit faire attention à ne pas confondre la réalité de la victime avec sa propre réalité, avec sa propre vie ou celle de ses proches. Il doit trouver la « bonne distance » (ni trop proche, ni trop détaché) pour être capable d'évaluer sa propre action.

#### B.2 Conduite à tenir générale

Face à cette situation, le sapeur-pompier, souvent premier intervenant sur les lieux, doit adopter une conduite à tenir visant à :

- ❶ **Prendre en compte, par une attitude accueillante et professionnelle**, la victime présentant une souffrance psychique ou un comportement inhabituel, comme pour n'importe quelle autre détresse.
- ❷ **Adopter une démarche d'équipe**, où chacun a une place à tenir et doit pouvoir s'appuyer sur ses coéquipiers.
- ❸ **Soulager la victime et son entourage en assurant ses besoins de base** en matière de sécurité, de soutien, de réconfort et d'informations objectives lui permettant de conserver ou retrouver sa dignité.
- ❹ **Contacteur la coordination médicale.**

### C. Le stress

**Le stress est une réaction normale d'adaptation** physiologique et psychologique, développée en réponse à un événement inhabituel (une agression, une menace, une situation imprévue...). Cette notion comprend les réactions **cognitives** (pensées, vigilance, raisonnement) **et émotionnelles** (peur, tristesse, colère) d'un individu soumis à une situation à laquelle il doit faire face. D'une façon générale, un certain niveau de stress facilite l'adaptation à l'urgence. **Il est une**

**réaction utile d'alarme et de défense** qui peut avoir des effets positifs sur l'individu tels que :

- une élévation du niveau de vigilance et une focalisation de l'attention sur le danger;
- une clarification de l'esprit, une augmentation des capacités d'évaluation et de raisonnement;
- un désir impérieux d'agir (qu'il s'agisse de conduite de fuite ou de défense);
- un sentiment de confiance en soi, un contrôle sur ses émotions.

Lorsque l'exposition à une situation stressante est prolongée ou répétée à de trop brefs intervalles de temps, **la réaction de stress peut s'accompagner d'un cortège de signes gênants** tels que sueurs, oppression thoracique, tachycardie, spasmes digestifs, tremblements, lenteur ou maladroitness...

Les signes du stress et ses répercussions peuvent être différents d'un individu à l'autre. **Le stress est très coûteux en énergie**. Il est suivi d'une sensation d'épuisement physique et psychique, d'un sentiment de soulagement **et nécessite un temps de récupération plus ou moins long** avant la reprise d'activité.

**On peut rencontrer** chez les victimes, face à une situation inhabituelle, **trois formes distinctes de réactions de stress** :

- **le stress adaptatif** ou adapté qui permet de réagir avec rapidité et efficacité face au danger. Il permet à la victime de gérer ses réactions émotionnelles et physiologiques et de maintenir, dans l'urgence, sa capacité à prendre les bonnes décisions. Il peut également s'accompagner également de sentiments d'appréhension, de peur ou de colère;
- **le stress différé** qui se manifeste quelques heures ou plus à distance de l'événement causal, par des crises de larmes, un abattement, une dépression brève, une irritabilité passagère... Il s'agit ici pour la victime d'une décharge visant à libérer les tensions émotionnelles accumulées pendant l'événement;
- **le stress dépassé** qui se produit dans certaines circonstances extrêmes (choc émotionnel, danger paralysant...). Les capacités d'adaptation à des situations critiques sont alors dépassées et inopérantes. Cette réaction **est le signe que la victime est en détresse psychologique aiguë immédiate**. Dans cette situation, la personne n'est pas consciente de son état et peut donner à voir différents comportements inhabituels qui sont :
  - **la sidération** : la personne est dans un état de stupeur, saisie, paralysée dans ses capacités d'action et dans sa volonté (elle est dans une sorte d'état second). Son état de sidération est autant physique (corps figé), que psychique (elle ne peut plus penser). Elle présente un regard vide et une expression d'incompréhension totale,
  - **l'agitation désordonnée** : la personne est dans un état d'excitation, de gesticulation non coordonnée, avec une incapacité à prendre une décision. La relation aux autres est aussi altérée (elle ne les reconnaît pas toujours et ne les écoute pas),
  - **la fuite panique** : la personne réagit par une fuite éperdue. Ses capacités de jugement et de raisonnement sont inhibées. Elle peut se mettre en danger ainsi que l'entourage,
  - **les actions automatiques** : la personne semble avoir un comportement normal mais présente des gestes

mécaniques, répétitifs, parfois inutiles, sur lesquels elle focalise toute son énergie. Cela l'empêche de faire une évaluation plus globale de la situation.

Ces 4 types de comportements doivent être identifiés, en vue d'adresser rapidement la personne à une structure de soins médico-psychologiques.

**Il est important** pour tout sapeur-pompier **de (re) connaître les signes du stress** (adaptatif, différé ou dépassé) **et ses répercussions, autant chez les victimes que chez les personnes impliquées**.

## D. Les comportements inhabituels

### D.1 Généralités

**Les comportements inhabituels sont les témoins d'une souffrance ou d'une détresse psychique ou physique qui traduit une altération, voire une rupture, du contact habituel entre la victime et la réalité commune**. Elle traduit surtout une modification psychologique de la victime elle-même. L'entourage l'exprime souvent ainsi « On ne le reconnaît plus », « Il n'est plus lui-même », etc.

Des comportements inhabituels peuvent survenir secondairement au cours de la prise en charge d'une victime. Par exemple une personne âgée jusque-là bien orientée, victime d'une fracture du col du fémur suite à une chute, peut décompenser psychiquement et avoir un comportement inhabituel (agitation verbale...). Cet état peut apparaître au cours de la prise en charge de la victime (transport par exemple). Les causes peuvent en être multiples (douleur, perte des repères habituels, décompensation d'une maladie mentale préexistante, angoisse liée à la crainte de ne plus pouvoir rentrer chez elle...).

**Un comportement inhabituel peut s'exprimer par une perturbation de la communication et des troubles de la relation** aux autres sous la forme :

- **d'une altération du langage** (par exemple un discours incohérent, un mutisme ou à l'inverse un flot de paroles incontrôlable...);
- **de gestes, des mouvements inappropriés** (par exemple un comportement inhibé, ou à l'inverse une agitation psychomotrice...).

Ces difficultés sont souvent difficilement tolérées par la victime elle-même ou par son entourage, car la personne à secourir peut avoir une conduite inadaptée et enfreindre les règles d'usage et les conduites habituellement admises par le groupe social auquel elle appartient.

**Le sapeur-pompier doit** bien évidemment **se garder d'avoir une telle attitude de rejet ou d'émettre un jugement négatif**. Il doit, au contraire, veiller au respect et à la dignité de la personne en difficulté et assurer sa sécurité ainsi que celle de son entourage.

Le plus souvent, les causes d'un comportement inhabituel ne seront retrouvées qu'après l'intervention.

## 10.1 Souffrance psychique, stress et comportements inhabituels

### D.2 Causes

Les comportements inhabituels trouvent leur origine dans :

- **les maladies :**

- hypoglycémie du diabétique pouvant aller jusqu'aux troubles de la conscience voire au coma ;
- hypoxie ;
- hypo ou hyperthermie ;
- déshydratation (nourrisson, personnes âgées...) ;
- tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral...

- **les traumatismes et leurs conséquences :**

- traumatismes crâniens ;
- hémorragies graves ;
- douleurs intenses générées par le traumatisme...

- **les prises de toxiques ou de médicaments (volontaires ou involontaires) :**

- l'alcool (intoxication aiguë ou sevrage) ;
- les stupéfiants ;
- les médicaments (arrêt brutal, surdosage, interactions médicamenteuses en particulier chez les personnes âgées).

Les prises de toxiques sont souvent associées entre elles (alcool et cocaïne, par exemple) ;

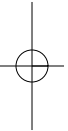
- **un état de choc suite à un stress inhabituel :**

Les différentes formes d'expression de stress intense peuvent se rencontrer lors des interventions pour des événements critiques, que ce soient des catastrophes de portée collective ou de dimension plus restreinte à un petit groupe d'individus, voire à une seule personne en situation de détresse psychique ;

- **des troubles psychologiques ou psychiatriques qui peuvent être :**

- des états aigus : ce sont des états transitoires, néanmoins certains peuvent être un mode de révélation d'une maladie psychiatrique (par exemple, une dépression en réaction à un deuil ou à une séparation, un état d'agitation temporaire, une bouffée délirante aiguë, une attaque de panique, etc.),
- des états chroniques : ce sont des troubles plus profonds de la personnalité comme les psychoses, les démences ou d'autres pathologies. Ces personnes ont une altération sévère du rapport à la réalité commune, qu'ils transforment par leur délire ou leurs hallucinations.

Ces états se caractérisent, entre autres, par une impression de bizarrerie ou d'étrangeté que le sapeur-pompier peut ressentir lors du contact avec la victime.



## 10.2

## Identifier et gérer les comportements inhabituels

Les comportements inhabituels les plus fréquents sont :

- l'angoisse ;
- l'agitation ;
- l'état de stupeur (sidération du stress dépassé) ;
- l'agressivité ou la violence.

**L'évaluation de l'état psychologique d'une victime**, qu'elle soit saine d'esprit ou non, **est difficile à faire dans l'urgence**. Néanmoins, l'étrangeté ou les bizarreries ressenties dans le contact, ainsi qu'une altération de la communication (langage inapproprié, agressivité, propos incohérents...) peuvent laisser supposer que la victime est en difficulté. Son comportement apparaît alors comme insolite et inadapté à la situation. La personne ne sait plus distinguer ce qui est dangereux pour elle ou pour son entourage. Elle peut être dans un état d'incurie (incapable de prendre soin d'elle) et avoir besoin d'aide tout en s'opposant et en refusant les soins ou le transport en milieu hospitalier. En effet, les troubles mentaux rendent parfois impossible le consentement.

**Le sapeur-pompier doit se rappeler qu'une hospitalisation sans consentement** (cf. chapitre 1) **a pour finalité de protéger la victime et son entourage**. Elle aura, après coup, un effet positif (reprise d'un traitement parfois arrêté, mise en place d'un suivi spécialisé...). Dans tous les cas, **les secours doivent en informer immédiatement la coordination médicale pour mettre en œuvre les mesures adéquates**.

### A. L'angoisse

La souffrance psychique peut devenir aiguë et se manifester par de l'angoisse se traduisant par un fort sentiment d'insécurité, de danger immédiat, de peur de devenir « fou » ou de mourir prochainement, avec ou sans raison apparente. La tension interne est telle que la personne présente les signes suivants :

- agitation ou, à l'inverse, inhibition voire incapacité à réagir ;
- tachycardie, dyspnée, sueurs ;
- ...

Une victime angoissée présente deux risques majeurs :

- un geste auto-agressif (blessures, comportement à risques, tentative de suicide...);
- la décompensation d'une maladie sous-jacente (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, asthme, pathologie psychiatrique connue).



10

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**

- 1 Favoriser l'expression verbale** par une écoute sincère et attentive.
- 2 Rassurer et ne pas alarmer** la personne pour ne pas augmenter son angoisse.
- 3 Apaiser la victime par des gestes de secours** (tels que prendre le pouls, toucher le bras...) qui permettent de contenir et d'atténuer la tension interne générée par l'angoisse.
- 4 Ne pas s'engager par des promesses** faussement rassurantes au-delà de ce qu'il peut et doit maîtriser sur le moment.



## B. L'agitation

**L'agitation se traduit par une hyperactivité** (physique ou psychique) de la victime, **d'intensité et de durée variable**. La personne peut tenir des propos incohérents, parler beaucoup et bouger dans tous les sens. Elle ne parvient pas à fixer son attention ou à se contrôler. Dans les cas extrêmes, elle peut aller jusqu'à ne plus avoir conscience de ses actes ou de ses paroles.

**Cette agitation suscite souvent une réaction d'intolérance de l'entourage.** La personne peut présenter des actions désordonnées, irréfléchies et incontrôlables. Dans ce cas, elle risque d'être dangereuse, pour elle-même et pour les autres. Le sauveteur doit se rappeler que les causes d'agitation peuvent avoir une double origine :

- physique (déshydratation d'une personne âgée, intoxication...);
- psychologique.



Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :

- 1 **Prévenir tout danger** pour la victime ou son entourage.
- 2 **Adopter une conduite vigilante, non oppressante**, afin de ne pas se mettre en danger et d'éviter un passage à l'acte soudain de la victime contre elle-même, contre un de ses proches ou contre les intervenants (surveiller les fenêtres, éloigner tout objet potentiellement dangereux).
- 3 **Contrôler l'agitation** de la victime en lui montrant que l'on a pris en compte ses émotions et le lui dire « Vous êtes agité et en colère car vous ne vous sentez pas bien et vous avez l'impression de ne pas comprendre ce qu'il vous arrive. Je vais vous expliquer ce que nous allons faire... ».
- 4 **Faire appel aux forces de l'ordre si une contention physique** est nécessaire. Dans l'attente, cette contention doit être :
  - provisoire ;
  - coordonnée, à plusieurs, ferme mais rassurante et non brutale.

Celui qui dirige la manœuvre doit être déterminé et calme. Il doit aussi empêcher les comportements brutaux, les attitudes de défis physiques, les « railleries »

**La reformulation** (prononcer les mots que la victime a employés) est une technique qui **facilite la communication**. Elle permet de renforcer les liens **avec une personne en lui**

**témoignant de l'empathie** et en lui donnant le sentiment d'avoir été comprise.

Dans le cas d'hallucinations ou de délires d'origine psychiatrique, il est important de ne pas contredire la victime, de ne pas lui donner le sentiment qu'on porte un jugement négatif sur ses propos et de garder une attitude empathique et apaisante, quel que soit son discours.

## C. L'état de stupeur

**L'état de stupeur est une des formes aiguës que peut prendre l'angoisse lorsque les capacités d'adaptation de la victime sont dépassées** par une situation inhabituelle et brutale. La victime n'est pas consciente de son état.

**La stupeur est l'opposé de l'agitation.** Ce que la victime nous donne à voir et à « entendre », c'est son silence. Son incapacité à réagir, son regard fixe et son mutisme sont l'expression de sa souffrance psychique intense. La sidération est autant physique que psychique : la personne n'arrive ni à bouger, ni à penser, ni à parler.

**Si la prise en charge d'une victime en état de stupeur paraît moins difficile** pour le sapeur-pompier que celle d'une victime agitée, la souffrance psychique et **la gravité de cet état n'en sont pas moindres**.

La victime doit (re) trouver sa lucidité à travers la présence du sauveteur. Il doit la guider pour qu'elle prenne conscience que l'événement qu'elle vient de subir est terminé. Il y a urgence à la faire « émerger » de son état de stupeur pour prévenir l'apparition d'un traumatisme ultérieur. Lorsqu'elle reprend contact avec son environnement, et qu'elle arrive à discerner l'ampleur des dommages, la victime peut se laisser dépasser par ses émotions. Il faut lui laisser le temps de les exprimer tout en assurant une présence capable d'en contenir les éventuels débordements.



## 10.2 Identifier et gérer les comportements inhabituels

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**

- 1 **Être directif, protecteur et apaisant** en même temps. La victime doit se rendre compte qu'elle est accueillie avec humanité, entourée et protégée par les secours qui l'aident à se ressaisir et qu'elle est désormais en sécurité : « Je suis là pour vous aider, regardez-moi, comment vous appelez-vous ? ».
- 2 **Être proche de la victime** (gestes de soutien jusqu'à le toucher physiquement, main sur l'épaule ou l'avant-bras) et lui montrer de la compassion (les gestes, la voix et les regards doivent être intenses et soutenus dans la durée).
- 3 **Maintenir le contact avec la victime**, lorsqu'il a pu être établi, jusqu'à la prise en charge par un relais (hôpital, tiers...) Une fois qu'elle a pu se ressaisir et reprendre partiellement ses esprits, la victime accepte en général la présence et le soutien que les sapeurs-pompiers lui apportent.
- 4 **Ne jamais laisser seule une victime en état de stupeur.**

### D. L'agressivité et la violence

Les sapeurs-pompiers peuvent se trouver en situation de prendre en charge une personne violente ou qui montre des signes d'agressivité envers l'entourage ou les sauveteurs.

**Cette violence peut se manifester** au début **par une certaine agitation ou une instabilité dans son humeur ou son comportement**. La victime a du mal à rester en place ou assise, présente un discours inadapté, bizarre et parfois obscène, bien souvent sur un ton élevé et injurieux.

Il ne faut jamais oublier que **l'agressivité peut être favorisée ou provoquée par des causes différentes** et qu'il s'agit pour la victime d'un état transitoire qui la dépasse elle-même.



**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**

- 1 **Dire clairement que les secours sont là pour apporter aide et assistance.**
- 2 **Maintenir un lien privilégié** avec la victime, préférentiellement par un seul et même intervenant.
- 3 **Rester calme et essayer d'entrer en contact verbal.**

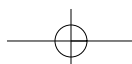
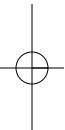
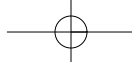
- 4 **Rester vigilant** vis-à-vis de la victime, lui faire face et se tenir suffisamment loin pour ne pas être agressés physiquement (éloigner tout objet potentiellement dangereux à proximité). Il est essentiel de toujours **prévoir la possibilité de s'écarter rapidement.**

- 5 **Savoir se dégager de l'impact psychologique** destructeur d'une situation d'agressivité **et ne pas riposter** « en miroir » **à la violence** par de la violence verbale. Ce comportement risquerait d'accentuer l'agressivité de la personne.

Dans les situations de violences urbaines, ce n'est pas le sapeur-pompier qui est directement visé mais plutôt l'institution qu'il représente.

- 6 **Ne pas prolonger, ni soutenir le regard** de la victime lors du contact visuel pour que celui-ci ne soit pas interprété comme une agression. Il est préférable de fixer un point névralgique du corps comme le menton, la gorge si l'on est proche de la victime ou l'abdomen si la distance est suffisante.

S'il existe des facteurs déclenchant ou favorisant l'agressivité de la victime, identifiés comme tels par les sapeurs-pompiers (présence d'un tiers, sapeurs-pompiers en trop grand nombre...), il faut, si possible, modifier ces facteurs afin de diminuer le niveau de tension psychique de la victime.





## 10.3

## Identifier et gérer certaines situations particulières

### A. Les réactions immédiates face à un événement potentiellement traumatisant

**Un traumatisme psychique est**, en quelque sorte, **une confrontation avec l'imminence de sa propre mort**.

Pour celui qui le subit, **cet événement** présente de façon quasi systématique, les caractéristiques suivantes :

- **il est soudain et inattendu** ;
- **il génère des sentiments d'impuissance** car il est subi sans possibilité de réaction ;
- **il génère une frayeur, un sentiment de solitude et d'abandon extrême** ;
- **il confronte les personnes avec le réel de la mort** de façon directe (soi-même) ou indirecte (son semblable).

**Les victimes en détresse vitale** (polytraumatisées par exemple) **ne sont pas protégées d'un éventuel traumatisme psychique** par leurs blessures physiques. **L'abord psychologique doit toujours être pris en compte pendant les gestes techniques** (par « l'écureuil » en présence d'une victime incarcérée...). La qualité de la relation instaurée entre le sapeur-pompier, souvent le premier à croiser son regard, et la victime prend une place importante dans le souvenir qu'elle conservera de son accident.

**Un événement traumatisant est susceptible d'engendrer** une souffrance et une détresse psychique immédiate mais aussi, **à plus long terme**, une véritable maladie connue sous le nom de « **syndrome psycho-traumatique** ». Cette maladie peut apparaître précocement ou de manière différée.

**Un individu**, confronté à un événement marquant **va passer par différentes phases de réactions**, le plus souvent « normales » suite à un événement inhabituel.

**La perte de connaissance** : « Oh, je me sens mal ! »

L'évanouissement peut être la première réaction à un événement insurmontable. C'est une manière de se soustraire à une réalité invivable.

**Le refus** : « Pas à moi ! », « Je n'y crois pas ! », « Ce n'est pas vrai ! »

La personne refuse et rejette ce qui vient d'arriver. Cette phase sert à se protéger de la situation. Cette réaction fréquente n'est pas anormale.

**L'incompréhension** : « Je ne comprends pas ! »

La victime est dépassée par un événement qui n'a pas, dans un premier temps, de sens pour elle. C'est un peu comme si la nature et la soudaineté de l'événement ne pouvaient pas être prises immédiatement en compte par les capacités psychiques habituelles d'assimilation et d'adaptation de la personne.

**La colère** : « Pourquoi moi ? », « C'est la faute de... »

Cette étape doit permettre au sapeur-pompier de comprendre pourquoi dans certaines circonstances, la victime ou la famille de la victime éprouvent de l'agressivité envers les secours. Cette agressivité est une réaction normale à la situation qui, elle, est anormale. C'est une forme de projection sur l'extérieur de sa propre culpabilité, insupportable, en vue de se protéger d'une forme d'accablement massif.

Il faut bien comprendre que cette projection de type inconsciente ne s'adresse pas vraiment aux sapeurs-pompiers, mais qu'ils sont pris temporairement pour cibles, dans leurs attitudes ou dans leurs actions liées à la mise en œuvre des secours : « Vous arrivez trop tard ».

**La culpabilité (éventuelle)** : « Je n'aurais pas dû... », « Tout est de ma faute », « Si j'avais su, si j'avais prévu... »

La culpabilité peut être à l'origine de la colère, mais de façon sous-jacente ou inconsciente. La pensée d'avoir pu commettre une faute s'exprime, le plus souvent, une fois la colère un tant soit peu apaisée et une fois que la capacité à raisonner réapparaît. L'individu peut alors commencer son travail d'assimilation de l'événement.

Les trois dernières phases ci-dessous vont se dérouler le plus souvent à distance de l'intervention des secours. L'évolution dépendra des ressources propres à la victime et du soutien de son entourage proche.

**La tristesse** : « D'accord, mais j'aurais pu avant... »

C'est une confirmation du retour progressif à la réalité modifiée par l'événement. L'événement n'est plus un bloc écrasant d'émotion empêchant de penser et d'agir. Il peut commencer à être perçu et pensé comme ayant un début, un milieu et une fin. C'est souvent à partir de là que la victime peut l'appréhender plus objectivement et en parler plus facilement. Cette phase de tristesse se caractérise par une forme a minima de mélancolie, par des silences intermittents. Cette phase montre que la personne commence à accepter la nouvelle situation.

**L'acceptation** : « D'accord, alors... »

Cela ne signifie pas que la victime est satisfaite de la situation, mais cela veut tout simplement dire qu'elle a accepté de continuer à vivre même si la souffrance est toujours présente. Cette étape nécessite souvent beaucoup de temps.

**La transformation**

La personne concernée retrouve une certaine stabilité, cela ne sous-entend pas que l'événement est oublié, mais au contraire qu'il s'inscrit dans l'« expérience de la vie ».

Elle cherchera parfois à modifier son mode d'existence pour s'adapter à sa nouvelle situation : la vie peut continuer, différemment, malgré le deuil ou l'accident grave, car le monde n'a pas perdu son sens.

Si un soutien psychologique adapté et temporaire peut être nécessaire pour faciliter ces étapes, **il importe que les sapeurs-pompiers soient capables de repérer ces différentes phases chez une victime afin d'adopter une conduite à tenir adéquate et de provoquer la prise en charge.**

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**

- 1 **Garder ses propres capacités** réactionnelles pour mettre en sécurité les victimes.
- 2 **Garder présent à l'esprit que la victime n'a pas une conscience pleine** de ce qui lui arrive ou de ce qui vient de lui arriver et qu'elle peut même en nier l'impact.
- 3 **Identifier et prendre en compte les comportements inhabituels**, souvent inadaptés à la situation d'urgence (ex : stress dépassé...).
- 4 **Reconnaître la traduction de la souffrance psychique** liée à l'impact de l'événement.
- 5 **Respecter les différentes phases « réactionnelles »** dans leurs expressions parfois dérangeantes ou inquiétantes ; savoir que ces réactions sont « normales » sur l'instant (c'est la situation qui n'est pas normale) et qu'elles sont reliées au contexte déstabilisant.
- 6 **Contrôler la phase de colère** de la victime et ne pas se justifier. Son énergie doit, en effet, être essentiellement orientée vers la réussite de sa mission de secours. De plus, il arrive que les victimes ou les impliqués oublient qu'ils ont traversé cette phase.
- 7 **Éviter sur le moment de déculpabiliser une victime qui se croit responsable d'un drame** : c'est une tentative pour s'approprier la situation en s'y impliquant directement, elle considérera la question sous un autre angle plus tard.

**En cas de catastrophe avec de nombreuses victimes**, les Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) de la Samu prennent en charge dans des locaux distincts des PMA, les personnes présentant ces types de réaction. Néanmoins, **les sapeurs-pompiers sont en première ligne dans leur prise en charge avant leur orientation vers ces structures de prévention ou de soins.**

## B. Les situations particulières

### B.1 La crise suicidaire

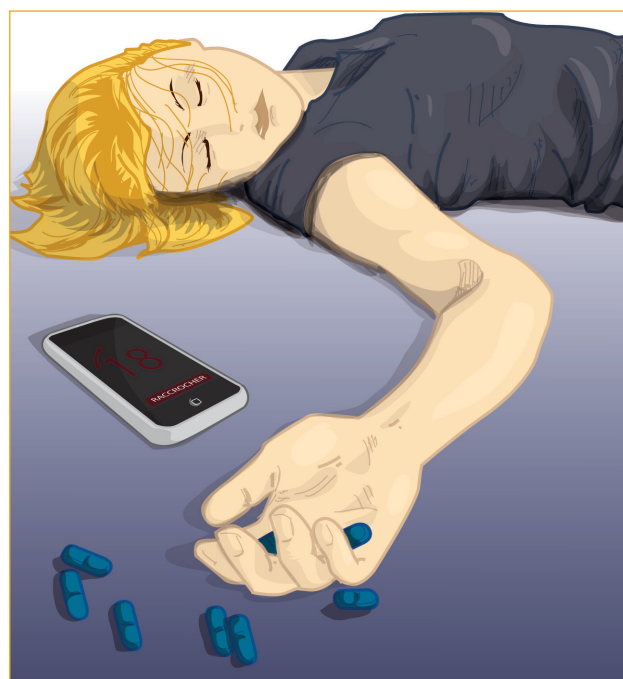
Il s'agit d'un état de « **crise psychique** » évolutive **accompagnée d'idées suicidaires** dont le risque majeur est la tentative de suicide ou le suicide : **elle est réversible et temporaire** (quelques jours à quelques mois).

**La personne**, en état de souffrance psychique aiguë, **se retrouve en rupture** avec son propre équilibre émotionnel antérieur et le plus souvent **avec son environnement**. Elle a le sentiment d'être dans l'échec et l'impasse avec l'impossibilité d'en sortir. **L'idée suicidaire** devient progressivement persistante et **s'impose comme la seule issue possible à cette souffrance**. Il n'y a plus de véritable

communication et il n'y a plus de projets autres que le suicide : **la planification de l'acte suicidaire remplace la recherche de solutions**. Il peut également exister des « raptus suicidaires » où l'idée conduit à l'acte immédiat, sans qu'il y ait eu apparemment cette évolution de la crise dans le temps. Les tentatives de suicide les plus fréquentes sont réalisées par absorption de médicaments, par pendaison ou par plaies, notamment au niveau des poignets...

**Une tentative de suicide n'est jamais un acte anodin**. Quels que soient le geste et ses conséquences, **la victime doit toujours être accompagnée à l'hôpital**, sauf avis contraire de la coordination médicale (cf. chapitre 1).

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**



- 1 **Considérer qu'il s'agit pour la victime d'une situation de crise psychique temporaire** : dans certaines situations, notamment lorsque la personne menace directement de mettre fin à ses jours, l'instauration d'un dialogue peut permettre d'atténuer cet état de crise et pourrait l'aider à envisager une autre issue par la suite.
- 2 **Prendre en compte la souffrance** d'une victime et lui montrer que l'on ne reste pas indifférent (« Vous êtes triste, qu'est-ce qui vous rend si triste ? »).
- 3 **Identifier les risques potentiels** pour protéger la victime : fenêtres ouvertes, objets dangereux, etc.
- 4 **Recueillir les boîtes ou les flacons de produits absorbés** (même vides) lorsqu'il s'agit d'une tentative de suicide médicamenteuse ou par toxique, afin de les remettre au personnel des urgences.
- 5 **Apporter un soutien aux proches** de la victime présents sur les lieux de l'intervention.
- 6 **Ne jamais donner d'avis personnel** sur le geste réalisé par la victime.
- 7 **Reconnaître les critères d'une urgence élevée** quand la victime :

## 10.3 Identifier et gérer certaines situations particulières

- rationalise et planifie clairement le passage à l'acte ;
- est coupée de ses émotions ou au contraire très émotive angoissée et agitée ;
- montre une souffrance omniprésente ou à l'opposé inaccessible ;
- a le sentiment d'avoir « tout fait », « tout essayé » ;
- présente un ou plusieurs éléments de « vulnérabilité » :
  - antécédents connus de tentatives de suicide, maladie psychiatrique connue, rupture de traitement,
  - alcoolisme ou toxicomanie,
  - isolement, contexte de rupture socio-familiale,
  - difficultés d'insertion sociale,
  - personnes âgées,
  - jeunes adultes et adolescents,
  - période d'anniversaire d'un événement marquant ;
- a accès à un moyen direct et immédiat pour se tuer.

### B.2 L'agression sexuelle

**La prise en charge d'une victime d'agression sexuelle est particulièrement délicate** pour les équipes de sapeurs-pompiers.

**Une agression sexuelle induit toujours une souffrance psychique importante** pour la victime. Cette dernière (une femme, un homme, un enfant ou une personne âgée) a été blessée dans son corps et dans son esprit. On parle parfois de mort psychique. Cette perception de l'anéantissement de l'intimité la plus privée de la victime, que le sauveteur peut entrevoir, est la source du malaise qu'il ressent dans ce type de situation.

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à restaurer l'intimité physique et psychique de la victime, tout en la réconfortant :**

- 1 Se souvenir que la victime a été humiliée.** Elle est dans l'angoisse que la situation se reproduise et il est important qu'elle se sente en sécurité.
- 2 Toujours laisser une personne avec elle.** Il peut parfois être difficile pour la victime de communiquer avec une personne du même sexe que son agresseur. Il est alors préférable, quand cela est possible, que le sapeur-pompier en charge de la victime, et en communication directe avec elle, soit du même sexe que celle-ci.
- 3 Réconforter la victime.** Le plus souvent, elle est en état de stupeur. Il faut l'amener sans brusquerie à reprendre pied dans la réalité.
- 4 Éviter d'allonger** complètement la victime lors de sa prise en charge ou de son transport.
- 5 Éviter de se rassembler trop nombreux** autour de la victime.
- 6 Maintenir l'intimité** de la victime en la recouvrant par un drap ou une couverture.
- 7 Éviter de questionner intensivement sur l'événement** mais assurer lors de la réalisation des gestes de secours, un réconfort moral à la victime.
- 8 Expliquer à la personne** qu'elle va être conduite aux urgences où elle sera prise en charge (expertise médico-légale).

**L'agression sexuelle est un crime.** Il est donc important de veiller à ne pas déshabiller la victime, sauf si les gestes de secours l'imposent, et à ne pas déplacer les objets aux alentours. Si la victime désire se laver, lui demander d'attendre l'avis du médecin dans l'intérêt de ses droits.

**La demande de police est obligatoire seulement si le viol est perpétré sur une victime mineure ou vulnérable.** Dans les autres cas (personne majeure non protégée), la police est requise seulement si la victime y consent.



10

### B.3 La mort inattendue du nourrisson

**La mort inattendue du nourrisson (MIN), dite aussi « mort subite du nourrisson », est définie comme une mort survenant brutalement et de manière inattendue chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir. La limite supérieure de l'âge des enfants concernés a été fixée à 2 ans.** Les victimes sont âgées de moins de 5 mois dans 95 % des cas.

**La mort d'un enfant** pour ses parents **est un drame contre-nature** et inacceptable, même si parfois, et après-coup, on peut en comprendre l'origine.

La mort brutale de l'enfant entraîne, pour l'entourage familial, **une perte des repères** et un décalage avec la réalité quotidienne dans laquelle l'enfant avait une place depuis bien avant sa naissance.

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**

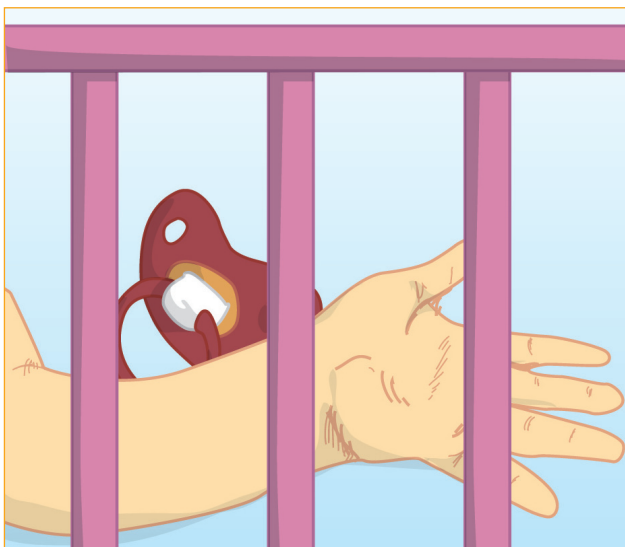
- 1 Contacter la coordination médicale,** obligatoirement.
- 2 Accepter la présence des parents lors des manœuvres de réanimation,** s'ils le souhaitent. Dans le cas contraire, ne pas les laisser seuls et les informer des gestes pratiqués.



- 3 **S'assurer**, lorsque le décès survient **chez une tierce personne** (nourrice par exemple), **qu'elle bénéficie d'une prise en charge** avec la même attention que les parents.
- 4 **Veiller à ce que les autres enfants** présents soient pris en charge.
- 5 **Transférer systématiquement le corps de l'enfant vers un centre de référence** où des investigations médicales seront menées afin de rechercher la cause du décès.
- 6 **Proposer aux parents d'accompagner le corps de leur enfant** dans le véhicule.
- 7 **Ne pas évoquer de diagnostic potentiel** à un stade aussi précoce.

**En cas de mort inopinée du nourrisson, et en présence d'un médecin, il n'y a pas de demande systématique de la police. En revanche, s'il existe des signes évocateurs de maltraitance, l'autorité judiciaire doit être alertée.** Dans les autres cas (y compris en cas de refus de transport), la situation est évaluée au cas par cas, en fonction des premiers éléments recueillis (un signalement pourra être effectué à l'hôpital dans un deuxième temps, si nécessaire). Donc, sauf contexte évident de maltraitance, **il n'y a pas de demande systématique de la police en cas de mort inopinée du nourrisson.**

Le vécu d'une telle intervention pouvant être difficile, un soutien psychologique pour les sapeurs-pompiers peut être mis en place ultérieurement pour favoriser la reprise d'une distance émotionnelle vis-à-vis de l'événement.



#### **Prise en compte de la mort inattendue du nourrisson**

Il est souvent difficile d'arrêter les gestes de réanimation (fréquemment symboliques) dans le contexte d'angoisse des proches qui n'acceptent pas la réalité du décès.

Les intervenants se retrouvent en présence de l'enfant mort, face à leur propre impuissance à le réanimer et à la détresse des parents et de l'entourage. La capacité à supporter les tensions émotionnelles et affectives ainsi

que l'impuissance sont particulièrement mises à l'épreuve.

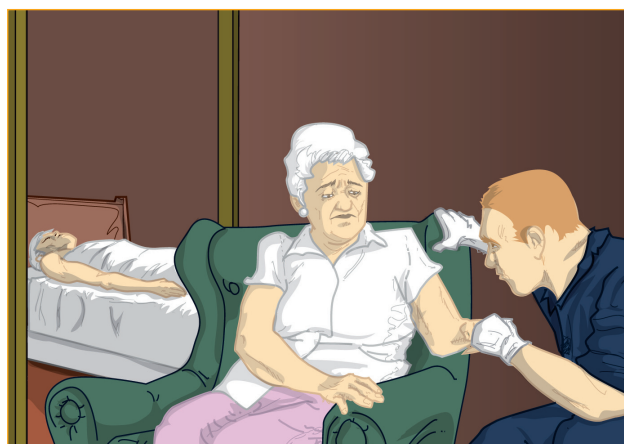
Le sapeur-pompier ne doit pas être surpris que les parents ou l'entourage se croient responsables (par exemple, de ne pas avoir tenu compte de signes précurseurs: « Il a toussé hier... »). Il convient de respecter l'expression de cette culpabilité, car c'est une façon indirecte de prendre conscience du drame.

Il faut faire preuve d'empathie envers les parents. Ils peuvent être révoltés, désespérés, en état de stupeur, ou en état de choc. Il faut respecter l'expression, parfois spectaculaire, de leur douleur et respecter leurs rituels (vêtements, prendre l'enfant dans les bras...).

## **B.4 La mort**

**Les manifestations d'ordre émotionnel présentées** par les membres de la famille à l'annonce d'un décès **sont l'expression d'une douleur morale**, d'une souffrance psychique: elles sont naturelles **et leur abord ne relève pas nécessairement d'un professionnel de la santé mentale**. Une assistance empreinte d'humanité, proche, simple et discrète peut reconforter celui qui vient de perdre un des siens.

Sur intervention, **l'annonce du décès est toujours le fait du médecin** sauf dans les cas de décès certains (cf. chapitre 1). C'est un moment difficile car on appréhende les réactions émotionnelles de l'entourage de la victime.



**L'acceptation du décès d'un proche constitue ce que l'on appelle le travail de deuil.** C'est un processus psychologique qui s'inscrit progressivement dans le temps, dont l'évolution passe par plusieurs phases et dépend, pour beaucoup, de la qualité du soutien apporté par l'entourage proche de la victime.

**Face à cette situation, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :**

- 1 **Ne pas s'engager sur le pronostic vital** de la victime auprès des proches pendant une réanimation mais ne pas occulter la gravité de la situation.

## 10.3 Identifier et gérer certaines situations particulières

- 2 **Participer au réconfort** moral de la famille et des proches, une fois que la décision médicale d'arrêter la réanimation a été prise.
- 3 **Adopter une attitude respectueuse** vis-à-vis de la personne décédée. C'est un facteur de réconfort notable pour la famille ou son entourage.
- 4 **Assurer le déplacement du défunt**, et son installation dans un lit, après l'aval de la famille. Les rituels culturels et religieux peuvent être utiles pour pacifier et réguler les émotions. Il convient donc de les respecter.
- 5 **Ne pas laisser un proche seul** avec le corps, sauf à sa demande. S'assurer qu'un relais est pris par la famille, les amis ou les voisins.

**Dans le cas particulier où le décès survient sur la voie publique, il convient de recouvrir entièrement le corps** dès que possible, afin de ne pas le laisser exposé. Cela permet à chacun de se détacher des effets d'horreur ou de fascination que la mort peut exercer. S'il y a lieu (par exemple, quand la victime est défigurée), il faut prévenir l'entourage de la possibilité de visions difficiles à supporter. **La demande des services de police est obligatoire.**

### B.5 L'attroupement, la foule et les mouvements de panique

La bonne gestion d'un attroupement ou d'une foule peut permettre de diminuer l'anxiété d'une ou des victime(s) et des impliqués.

Être pris dans un mouvement de foule peut entraîner chez tout individu des comportements inhabituels. Le sentiment d'appartenance à la foule procure à certains une impression de toute puissance et d'impunité, une perte des repères habituels.

L'anonymat et la tendance au mimétisme, la contagion des émotions favorisent une certaine impulsivité et permettent à l'émotion de l'emporter sur la raison. Des comportements primaires prennent le devant de la scène. Une panique ou une grande violence peuvent alors en résulter.

La panique est une peur collective intense déclenchée par la perception d'un danger réel ou imaginaire. Elle peut se traduire par des comportements collectifs inadaptés (fuite éperdue, bousculades, piétinement des plus faibles...). La panique accroît le danger et le nombre des victimes.

Face à ces différentes situations, le sapeur-pompier doit adopter une conduite à tenir visant à :

#### Dans le cas d'un attroupement

- 1 **Demander à toute personne présente de s'écarter**, afin de ne pas gêner l'organisation des secours ou incommoder la (les) victime(s).
- 2 **Confier des tâches** à accomplir aux victimes en état de le faire, aux personnes impliquées ou aux témoins les plus agités (téléphoner, porter du matériel...). Ceci a pour effet, en général, de diminuer leur angoisse.

#### Dans le cas d'un mouvement de panique

- 1 **Être facilement identifiable** dans sa fonction de sauveteur, afin de pouvoir enrayer plus aisément un début de panique.
- 2 **Agir de façon coordonnée** avec calme.

- 3 **Faire preuve d'autorité** en donnant des informations et des directives brèves et claires (anticipation).

- 4 **Neutraliser les personnes** susceptibles de réenclencher un mouvement de panique, une fois celui-ci enrayé.

Garder présent à l'esprit que ce type de contexte génère, pour une grande partie des impliqués, une régression des comportements dans le sens de l'individualisme.

### B.6 Les situations d'exception

De par sa fonction de sauveteur, le sapeur-pompier peut être amené à intervenir lors de « catastrophes » ou de situations d'exception. Ces conjonctures comportent une violence extrême de l'homme sur l'homme, de la nature sur l'homme ou de la technologie sur l'homme. Ces situations laissent voir destructions, souffrances, humiliations, dégradations...

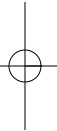
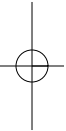
**Lors des catastrophes, c'est l'organisation même de la communauté qui est touchée :** victimes, sauveteurs, décideurs...

**Une catastrophe**, qu'elle soit d'origine naturelle ou humaine, est définie par 4 critères :

- **l'événement** est le plus souvent **soudain et brutal** ;
- il cause un **grand nombre de victimes** (morts, blessés, rescapés et impliqués) ;
- il provoque de **nombreuses destructions** : communications et habitations détruites, routes et ponts coupés, etc. ;
- il entraîne une **désorganisation sociale** : de nombreux réseaux qui assurent la vie de la société sont altérés ou détruits (eau potable, nourriture, soins, etc.).

Les sentiments de frayeur et de désarroi liés aux catastrophes vont avoir tendance à faire oublier à la population les connaissances acquises (et parfois les règles de bonne conduite). **Les victimes peuvent être en état de choc ou de stress dépassé et ainsi présenter des comportements inhabituels et une grande détresse psychologique.**





## 10.4

## L'exposition du sapeur-pompier aux risques psychologiques professionnels

Le choix du métier de sapeur-pompier peut amener à vivre des situations difficiles engendrant parfois un « stress psychologique » déstabilisant. Celui-ci est lié au contact soutenu ou répété à des événements qui impliquent le sapeur-pompier émotionnellement : **la gestion de ces interventions particulières et de ses propres réactions fait partie de l'initiation au métier et de l'exercice de la profession.**

Le sapeur-pompier est en première ligne pour constater l'arbitraire des accidents de la vie, et ce qu'il rencontre tous les jours peut venir modifier ses idées sur l'existence, sur la justice, sur ses choix...

Le sentiment d'impuissance à ne pas pouvoir réparer la fatalité, l'arbitraire et l'injustice est souvent ressenti lors des décès, surtout s'il s'agit d'une mort accidentelle et brutale ou de la mort d'un enfant. Un décès, même celui d'un inconnu, confronte à sa propre condition d'être mortel : cela génère parfois une sensation désagréable, de l'angoisse ou un ressenti d'isolement. Un soulagement est souvent éprouvé à travers le sentiment d'appartenance à un groupe, familial, social ou professionnel.

Chacun perçoit une même intervention différemment selon son état d'esprit du moment, sa fatigue, son niveau de préparation, son seuil de tolérance, son expérience ou la résonance de la situation avec son histoire personnelle passée ou présente.

**Le sapeur-pompier est ainsi exposé à certains risques psychologiques professionnels qu'il se doit de connaître afin d'être à même de les identifier.** Il s'agit principalement :

- de formes particulières de réponses « défensives » sur intervention qui sont une forme mineure de stress dépassé ;
- du syndrome psychotraumatique ;
- d'épuisement professionnel.

**Les réactions peuvent se manifester immédiatement, de façon post-immédiate ou à plus ou moins long terme.**

### A. Les « réponses défensives » sur interventions

**En phase immédiate d'une intervention, il est** très rare mais pas impossible :

- **de ne plus pouvoir réaliser les gestes ou les conduites apprises**, de rester comme paralysé ;
- **d'avoir des gestes inutiles et inefficaces** sur le terrain masquant mal un comportement automatique ;
- **d'être dans un état d'agitation ou de fuir dans l'action** en prenant des risques inconsidérés ;
- ou encore **de s'agglutiner à ses collègues** sous l'emprise massive d'une situation émotionnellement éprouvante.

**Ces réactions particulières** sont des tentatives d'adaptation imparfaites au stress important généré par la situation et **entraînent un comportement inapproprié. Elles doivent faire l'objet de mesures préventives ou thérapeutiques pour le groupe ou la personne concernée.**

Les réactions immédiates individuelles ou les caractéristiques propres à l'événement lui-même ne permettent pas de prédire si une personne développera ou non par la suite un « syndrome psychotraumatique ».



#### La réponse différée

Face à une situation inhabituelle, une « période sensible initiale » s'observe parfois durant laquelle le sapeur-pompier (du plus jeune au plus endurci) peut se trouver comme paralysé, comme s'il perdait momentanément ses moyens et sa capacité à réagir. Il s'agit le plus souvent d'une réaction temporaire (quelques secondes) : le psychisme doit traiter des informations n'ayant pas de sens immédiat pour la raison avant d'ajuster ses propres réponses. S'il faut être attentif à l'évolution de ces réactions dans l'après coup, il ne faut pas systématiquement voir dans ce « temps de réaction », une marque de « choc traumatique » dans la mesure où il y a eu une réponse adaptée bien que légèrement différée.

10

### B. Le syndrome psychotraumatique

Par définition, le syndrome psychotraumatique est une maladie apparaissant au-delà de trois mois (parfois elle se montre des années après) suite à un ou des événements, reconnus toujours après-coup comme étant la source des troubles, et donc responsables d'un « traumatisme » avéré.

Même une intervention d'apparence routinière peut se transformer en une confrontation soudaine à la perte de l'intégrité physique, à la mort, à l'effroi ou à l'impuissance. Alors que pour le stress, le malaise disparaît en même temps que la situation de danger ; lorsqu'il y a eu un traumatisme, il persistera des perturbations notables et une souffrance psychique parfois très invalidante.

**Un traumatisme survient lorsqu'un événement imprévisible, subi dans l'effroi et souvent l'impuissance, laisse une marque, « une blessure invisible » dans le psychisme sans que la personne en soit obligatoirement consciente.** Elle est restée incapable d'agir, de parler, de penser, sans possibilité d'attribuer un sens à quelque chose qui n'en a souvent pas.

Cette affection est accessible à des traitements spécialisés, d'autant plus efficaces qu'ils sont précoces après l'installation des premiers signes. Elle **ne doit plus actuellement être source d'un sentiment de culpabilité ou de honte et de stigmatisation** car il s'agit d'un risque connu et reconnu comme tel, même s'il reste rare en regard de toutes les situations difficiles que croisent les sapeurs-pompiers.



### Les manifestations du syndrome psychotraumatique

Elles sont :

- la **répétition d'épisodes, reproduisant l'événement traumatique**, avec intensité, contre la volonté et hors contrôle de l'intéressé. Ils sont faits d'émotions, d'images, de perceptions sensorielles et des signes physiologiques éprouvés la première fois (terreur, angoisse, agitation, pleurs, tachycardie, hypersudation, tremblements...). Ces moments surgissent spontanément ou lorsqu'il y a un contexte qui « rappelle » l'événement ou bien encore quand il y a un « fléchissement de la conscience » (par exemple au moment de l'endormissement ou dans des états comme l'ivresse...). Cette répétition de l'événement initial est spécifique du syndrome psychotraumatique;
- des **conduites d'hypervigilance** (alerte, sursaut ou raidissement) comme si l'événement allait se reproduire de façon imminente, ou des conduites d'évitement développées pour ne pas revivre la détresse psychologique qu'il avait générée;
- un « **réaménagement** » **psychologique** pour faire face aux répétitions intrusives de l'événement traumatique: la personne est alors amenée de manière insidieuse ou radicale à modifier ou à réorganiser son rapport au monde ou le cours de sa vie;
- apparition de **modifications importantes et durables des traits de caractère**: irritabilité, repli agressif, perte de motivation, difficultés à éprouver des sentiments positifs, attitude de retrait, isolement avec le sentiment de ne pas être compris par les proches, angoisse (permanente ou évoluant par crises aiguës), plaintes psychosomatiques (corps douloureux, surtout quand il y a eu un traumatisme physique associé), dépression...
- survenue de **troubles des conduites** (suicidaires, addictives comme avec l'alcool ou les médicaments, de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs...);
- les **relations interpersonnelles** (professionnelles, familiales et amicales...) s'en trouvent **modifiées**, il y a un « avant » et un « après » événement avec, le plus souvent, le sentiment de n'être ni compris ni reconnu par les proches (« Il est différent depuis... »).

Il ne faut pas confondre une intervention marquante et une intervention traumatisante. Des images ou des pensées rappelant une intervention peuvent resurgir dans les jours qui suivent. Elles gênent souvent l'endormissement, « reviennent » de jour, en s'imposant à l'esprit, ou de nuit, à travers des cauchemars ou des rêves. Ces « images » sensorielles ont leur source dans

les perceptions en jeu pendant l'intervention (bruit, odeurs...). Habituellement, elles s'épuisent en quelques jours. Parfois elles s'imposent à la mémoire quand quelque chose du présent évoque l'événement. Elles n'ont alors, même des années après, rien d'anormal et ne sont pas le témoin restant d'un « choc traumatique » ancien quand elles n'ont pas conduit aux signes décrits ci-dessus (syndrome psychotraumatique): elles sont devenues des souvenirs (pas toujours agréables) et font partie des expériences dont on peut parler, qui se partagent et se transmettent entre sapeurs-pompiers.

On ne parle pas de psychotraumatisme dans les cas où l'événement, même s'il a dérangé et déstabilisé temporairement, n'a pas entraîné cette reviviscence spécifique de l'événement « comme s'il se reproduisait » et s'il n'a pas installé des perturbations durables dans le fonctionnement social ou professionnel, ni altéré la capacité de la personne à mener à bien ses obligations.

## C. L'épuisement professionnel

L'**épuisement professionnel** n'est pas une maladie (les Anglo-Saxons utilisent le terme de « burn-out » signifiant « brûlure » ou « combustion interne »). C'est **un état physique et psychologique résultant d'une sorte « d'usure » à moyen ou long terme**. Il est assez caractéristique des professions dites de « vocation », en particulier celles dont le but est d'aider les personnes en souffrance ou en danger (physique, psychique ou social).

Le **vécu de situations émotionnellement intenses**, lorsqu'il est répété à de trop brefs intervalles de temps et particulièrement lorsqu'il est à l'origine de fortes réactions ou de tensions (tristesse, révoltes, incompréhension...), ou lorsque le temps de récupération n'est pas respecté, peut conduire progressivement à l'épuisement professionnel du sapeur-pompier.

Il se caractérise par :

- un « **détachement** » **émotionnel** et une **perte de l'empathie**;
- une **dépersonnalisation conduisant à des attitudes négatives vis-à-vis des victimes**; par exemple une tendance exagérée à faire preuve de cynisme systématique pour se préserver de tout impact émotionnel (elles sont devenues des objets plus que des personnes);
- une **diminution du sentiment d'accomplissement** personnel avec autodépréciation, perte de l'estime de soi et sensation qu'il n'y a plus d'avenir dans le métier.

Les conséquences peuvent être :

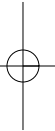
- une **diminution du seuil de tolérance au stress** et des capacités d'adaptation;
- une **fatigue psychologique mais aussi physique** avec une sensation de perte de motivation ou d'incompétence;
- l'**impression de ne pas être reconnu pour son travail** entraînant un mécontentement durable et l'agressivité qui en résulte vis-à-vis de ses collègues, de ses proches ou des victimes;
- des **troubles du sommeil et des facultés intellectuelles** perturbant la vie courante et les relations;
- de l'**anxiété et des troubles somatiques** (migraines, gastralgies, lombalgies, hypertension artérielle...);
- un **absentéisme**...

## 10.4 L'exposition du sapeur-pompier aux risques psychologiques professionnels

Cet état peut entraîner une dépression avec fatigue, tristesse, ralentissement psychomoteur et « idées noires », mais ces signes peuvent se dissimuler sous leurs formes contraires comme le surinvestissement dans le travail, une grande excitation psychique, une prise de risques inconsidérés...

**Un certain nombre de signes doivent alerter et conduire à une consultation médicale :**

- colère, irritabilité, insomnies, angoisse persistante ;
- sensation de malaise, d'insécurité ou de tristesse ;
- conduites addictives (consommation accrue de tabac, d'alcool, de médicaments...) entraînant progressivement une dépendance, plus que la détente recherchée initialement ;
- perte de l'appétit ou de l'intérêt dans les activités extraprofessionnelles ;
- tendance exagérée à un cynisme systématique et déplacé ;
- apparition de maux, de signes somatiques, sans « raison » ou cause apparente.





## 10.5

## Gérer les situations stressantes

**Les situations « stressantes » font partie du quotidien du sapeur-pompier.** Aussi, **il est nécessaire** pour lui **de connaître les moyens d'action** afin d'en prévenir, **d'en réduire** et d'en traiter **les conséquences** gênantes voire nuisibles avant, pendant et après l'intervention.

L'enquête sur le stress et le traumatisme réalisée en 2005 à la BSPP a montré que les situations vécues avec le plus de « stress » sont celles où le sapeur-pompier se trouve :

- en présence d'enfants en détresse ou morts ;
- témoin impuissant de la souffrance aiguë des victimes ;
- en présence de morts violentes et de cadavres mutilés ;
- confronté à des victimes proches de lui : collègues, famille, amis, etc.

### A. Prévenir les situations stressantes

Il existe des facteurs sur lesquels une action est possible afin de diminuer les sources de stress.

#### La sélection, la formation et l'entraînement

Elle **doit conduire à** :

- **l'acquisition « réflexe » des gestes de secours** afin de rester « mentalement » actif pour une compréhension et une coordination de chacun vers un même but défini par le chef d'agrès. Cet « automatisme » du geste facilite une « prise de distance » en protégeant le sapeur-pompier d'une inhibition prolongée ou d'une éventuelle « captation » par des scènes choquantes ;
- **l'apprentissage et la connaissance** des plans d'action, **des principes d'action et des conduites à tenir**. L'entraînement pendant les exercices et les retours d'expériences ont un effet protecteur. Ils permettent d'atteindre et d'ajuster son propre niveau optimal de « stress » positif qui facilite une adaptation plus rapide, plus efficace, laissant moins de place à l'improvisation et aux réactions émotionnelles ;
- **la connaissance et la reconnaissance des risques psychologiques professionnels**, pour soi et ses collègues, qui permettent de différencier les réactions habituelles de stress qui ne dureront pas, de celles que l'on peut considérer comme préoccupantes du fait de leur intensité et de leur durée. Il est important d'y rester attentif avant, pendant et après l'intervention.

Des réactions comme des difficultés à s'endormir ou des flash-back survenant après une intervention, comme lors d'une première confrontation à un cadavre, ne sont pas des réactions anormales. Chacun doit être attentif à ce que des signes gênants ne s'installent pas durablement dans sa vie. Les plus expérimentés sont souvent à même d'accompagner

les plus jeunes dans ces « rencontres » avec les aspects les plus difficiles du métier.

#### La confiance en soi et en ses chefs, le respect de l'organisation et de la distribution des tâches

En effet, le sentiment d'appartenance à un groupe cohérent partageant les mêmes valeurs morales et éthiques permet de maintenir un bon niveau de réactivité face au stress. Cette cohésion optimise les capacités de chacun lors de situations critiques. Elle repose sur la confiance en soi et en ses chefs, sur l'estime et la considération réciproque et implique dans l'action le respect de l'organisation et de la distribution des tâches. Se savoir reconnu par ses pairs a un effet protecteur. Un groupe soudé a une fonction de soutien et d'accueil quand l'un de ses membres est en difficulté.

#### L'hygiène de vie

**C'est un facteur** très important dans la gestion quotidienne du stress, **essentiel à l'activité professionnelle** et au bien-être **du sapeur-pompier**. On la retrouve dans le fait :

- d'accepter le changement des postes de travail pour réduire et régulariser les niveaux de tension ;
- de respecter des périodes de repos et de récupération psychologique en dehors des gardes ;
- de rechercher des moments privilégiés de relaxation et de détente, rechercher l'équilibre entre sa vie professionnelle, ses loisirs, sa vie familiale et sociale ;
- d'entretenir sa forme physique et mentale ;
- d'avoir une alimentation équilibrée, une hydratation régulière ;
- d'éviter la consommation d'excitants notamment avant la prise des gardes.

Chaque sapeur-pompier se doit, pour la collectivité, pour lui-même et pour ses proches, de rechercher et de trouver ce qui lui correspond et lui convient le mieux en termes de bien-être, de satisfaction et de récupération physique et psychologique.

### B. Réduire les effets du stress

Dans certaines situations difficiles, il est nécessaire de « désamorcer », « d'ennayer » rapidement les tensions apparaissant dans un groupe de coéquipiers car c'est le signe que chacun est aux prises avec une expérience qu'il a du mal à assimiler. **Ne pas intégrer dans son expérience une situation pénible**, c'est s'exposer à ce qu'elle laisse des souvenirs plus imaginés que réels et le plus souvent plus effrayants que ce qui s'est réellement passé.

**Une des meilleures manières de se dégager** rapidement de l'emprise qu'aurait pu laisser une intervention plus « choquante », « angoissante » ou « déprimante » qu'une autre, **est de prendre rapidement, après-coup et en groupe, un moment pour partager son vécu avec ses coéquipiers.** C'est une pratique ancienne des sapeurs-pompiers qui a fait ses preuves, à la fois ressource collective et ressource individuelle. Le but est de dissiper malaise et confusion en retrouvant le « sens de son action ». Il s'agit de mettre en commun les informations objectives et les impressions (réactions), car le champ de perception habituel d'un seul individu se réduit considérablement pendant ces moments vécus souvent dans une activité intense. **On appelle cette pratique « désamorçage » ou « defusing ».**

**Face à ces différentes situations, le chef d'agrès doit évaluer si l'impact émotionnel de l'intervention sur son équipe nécessite un « désamorçage ».** Il existe des éléments d'évaluation d'une situation à risques psychologiques :

- si **l'intervention concerne un « secteur sensible »** (enfants, proches ou collègues en danger...);
- lorsque **l'intervention possède le potentiel d'un événement traumatique** (soudain et inattendu, sentiment d'impuissance, effroi, confrontation à l'imminence de la mort...);
- **s'il existe des manifestations émotionnelles intenses pendant ou dans les suites immédiates ;**
- **s'il a existé une ou des réactions défensives** du groupe ou d'un seul, **non adaptées à la situation** pendant l'intervention ;
- **s'il existe des réactions somatiques inaccoutumées ;**
- **s'il existe une tension inhabituelle au sein de l'équipe,** voire une gêne ou un malaise (isolement de certains, silence, regards fuyants, ou au contraire agitation avec flot de paroles incontrôlables, trop plein d'excitation ou de colère, désarroi voire abattement).

Sur intervention, le chef d'agrès doit, dans la mesure du possible, relever temporairement les personnels montrant des comportements inhabituels sans pour autant les laisser isolés. Les plus expérimentés doivent aider les plus « dépassés » à se ressaisir et à remettre un pied dans la réalité qui les entoure.

Il peut être nécessaire, dans certaines situations sous tension, de regrouper les intervenants pour les réengager dans leurs actions afin de remobiliser à la fois la cohésion du groupe et chacun d'entre eux.

**De retour au centre de secours,** dans le cadre d'une démarche à visée préventive, **le chef d'agrès doit,** s'il le juge nécessaire :

- **prévoir et organiser un temps de répit** ainsi qu'un climat favorable pour provoquer une communication entre tous les équipiers présents lors de l'intervention après avoir assuré un confort de base (propreté, hydratation...);
- **ne pas laisser s'isoler les personnels** « débordés » par les émotions ou un trop plein d'excitation ;
- **réunir tous ceux qui ont participé** à l'intervention ;
- **animer le groupe en prenant la parole en premier et en concluant.** Cela doit se faire rapidement après l'intervention de manière brève et limitée dans le temps, sans jugement, sans honte non plus. C'est un moment différent de celui de l'évaluation des pratiques opérationnelles ;

- **continuer à évaluer le comportement** de son équipe **les jours suivants ;**
- **passer le relais ou faire d'emblée appel à l'équipe de psychologues** de la BSPP.

## C. Traiter les effets perturbateurs du stress

**Chaque sapeur-pompier peut** faire appel à l'équipe psychologique de la BSPP pour **bénéficier d'une prise en charge spécialisée.**

Celle-ci relève à la fois de la prévention ou du traitement immédiat, post-immédiat ou différé, en fonction des signes ou de la souffrance se dévoilant à l'occasion d'un événement particulier ou de ses conséquences à plus long terme.

Lors d'interventions particulièrement difficiles pour le groupe sur le plan émotionnel, la cellule médico-psychologique doit être rapidement avertie pour évaluer la situation et décider du mode de ses interventions. Celles-ci reposent sur des techniques d'entretiens et d'échanges de paroles.

### i

#### Le débriefing

Le « **débriefing** » après une situation potentiellement traumatique est une technique particulière **d'entretiens psychologiques** relevant à la fois des soins et de la prévention des risques psychologiques. Il est effectué par des professionnels spécialisés formés à cette pratique (psychologues, psychiatres...). Il est toujours focalisé sur un événement ou une situation précise ayant généré des réactions importantes. Il peut être pratiqué en individuel ou en groupe et permet de se dégager de l'emprise de l'événement.

Le débriefing se réalise toujours en phase post-immédiate car il faut un peu de recul et de temps (quelques jours) pour que la ou les personnes puissent (ré) examiner l'événement avec la conscience retrouvée (ce qui n'est pas possible dans l'immédiat où l'émotionnel l'emporte sur le rationnel).

Le débriefing ne doit pas être considéré comme une finalité en lui-même, qui effacerait l'événement mais au contraire comme un point de départ. C'est le moteur d'un processus psychologique individuel visant à rétablir au plus tôt (avant que des signes de souffrance ne s'installent durablement) un équilibre et un lien à soi-même et aux autres. Il nécessite le plus souvent par la suite un ou plusieurs entretiens pour renforcer le processus enclenché car chacun traite l'événement différemment avec sa propre expérience passée.

Le débriefing individuel permet souvent d'aller plus loin, plus rapidement et plus efficacement vers ce qui a été la source de la souffrance.