

**Diplôme Inter-Universitaire des Services de Santé et de Secours
Médical des Services Départementaux d'Incendie et de Secours**

Santé Publique – Santé Travail

Travail d'Application Tutoré- année 2013

EAD 7è PROMOTION



**Pistes de développement de l'Unité de
Soutien Psychologique du SDIS 87, en termes de rôle
opérationnel et de prévention.**

Dr Surget Marie

**Service Départemental D'Incendie et de Secours de la
Haute-Vienne**

Tuteur universitaire : Dr Vincent AUDFRAY

Référent sapeurs-pompiers : Infirmier Claude MELCHIADE

Référent SSSM : Dr Phaly CHUM

REMERCIEMENTS

Au Dr V. Audfray, mon tuteur universitaire,

Pour sa disponibilité et sa rigueur scientifique, qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

A l'infirmier C. Melchiade,

Pour son accompagnement tout au long de ce mémoire et ses précieux conseils.

Aux Dr P. Chum et D. Mathé,

Pour ma participation à ce DIU, qui m'a permis de mieux connaître le rôle du médecin SPV.

Aux membres de L'U.S.P,

Qui m'ont accueilli dans leur équipe et contribué à la validation de ma plaquette.

Aux sapeurs-pompiers des cis de Châteauneuf et St Germain,

Pour leurs participations à mon enquête.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	p. 5
1. Comprendre le stress et l'humain	
2. Etat des lieux au SDIS 87	
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	p. 7
III. METHODOLOGIE.....	p. 7
1. Description du cadre de l'enquête	
2. Population d'enquête :	
a) Echantillon	
b) Critères d'inclusion	
3. Méthode d'analyse et de recueil des données	
IV. RESULTATS.....	p. 8
1. Taux de réponse	
2. Analyse sociodémographique et niveau de formation	
3. Questions centrées sur leur exposition au stress.	
4. Questions autour du débriefing.	
5. Intérêt et besoins ressentis.	
V. DISCUSSION.....	p. 11
1. Mission opérationnelle de l'USP en cas d'évènement : revue de littérature :	
2. Prévention secondaire et formation : propositions concrètes basées sur notre étude	
VI. CONCLUSION.....	p. 15
Annexes.....	p. 17
Bibliographie.....	p. 22
Glossaire.....	p. 24

RESUME

Contraintes physiques, thermiques, émotionnelles : les facteurs de stress sont prédominants chez les sapeurs-pompiers...

Un état des lieux sur la gestion des évènements traumatisants par les sapeurs-pompiers nous a paru nécessaire : mode de réalisation des débriefings, impact sur leur santé et activité pompier, besoins ressentis.

Les différentes études nous montrent que le rôle d'une Unité de Soutien Psychologique ne se limite pas à la gestion d'un évènement difficile. Elle doit pouvoir proposer un véritable suivi des agents exposés.

La détection des pathologies liées au stress, par les membres du SSSM mais également par les chefs de centres et chefs d'agrès fait aussi partie des mesures de prévention à développer.

A travers la création d'une plaquette d'information, l'unité sera mieux représentée.

Enfin, la majorité des agents sondés soulignent un intérêt pour le développement de la formation continue. L'USP devra donc répondre à leurs attentes...

Mots clés : stress- prévention- unité de soutien psychologique

I. INTRODUCTION

1. Comprendre le stress et l'humain.

Le stress est « l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques » qu'un individu va mettre en œuvre pour s'adapter à une situation donnée. En 1962, Hans Selye chercheur endocrinologue, a été le premier à s'intéresser au mécanisme du stress. Selon lui, c'est une « Réponse Physiologique Adaptative. » Il décrit les trois phases du stress dans sa « théorie générale du syndrome d'adaptation » :



-une réaction d'alerte : perception avec état de choc puis développement de moyens de défense.

-une phase de résistance : ou l'organisme répond aux contraintes de façon adapté.

-une phase d'épuisement : apparition de troubles somatiques.

- **Les facteurs de stress chez les sapeurs- pompiers :**

Ils existent tout d'abord dans la phase d'alerte, on retrouve le caractère soudain et non prévisible du déclenchement et le manque d'information sur l'intervention.

Puis dans l'opérationnel, il s'ajoute les contraintes :-physiques (poids des tenues, ARI, échelle...), -thermiques (exposition au feu, à la chaleur, en milieu aquatique), -émotionnelles (détresse des victimes, confrontation à la mort), etc.

- **Les conséquences du stress professionnel :**

Elles sont à la fois somatiques : majoration des affections cardio-vasculaires chez les agents avec facteurs de risques, et psychosomatiques : exacerbation des maladies de peau et des troubles digestifs (colites, etc...).

Il y a également une pathologie spécifique des soignants : Le Burn-Out ou syndrome d'épuisement professionnel. C'est Maslach en 1980 qui définit cet état comme l'effet d'un stress mental et émotionnel prolongé. Dans son échelle de mesure la M.B.I. (Maslach Burn out Inventory), il rassemble les trois principaux critères à rechercher : l'épuisement, la dépersonnalisation (insensibilité au monde extérieur) et l'absence d'accomplissement personnel. [1]

On s'intéresse depuis une vingtaine d'années aux effets psychologiques du stress chez les agents. L'état de stress post traumatique ou PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) est un trouble anxieux de l'adaptation [2]. Sur le plan clinique, il se compose initialement d'un syndrome de répétition : souvenirs du traumatisme sous forme d'images et de cauchemars répétés, flash-back, ainsi qu'un état d'hypervigilance. Il s'accompagne aussi de symptômes aspécifiques : troubles du sommeil, asthénie, troubles mnésiques, évitement social, anhédonie. L'évolution naturelle chronique est plus ou moins invalidante et peut se compliquer de dépression, de conduites suicidaires ou addictives (alcoolisme, toxicomanie). [3,4,5]

2. Etat des lieux au SDIS 87.

L'Unité de soutien Psychologique (U.S.P.) a été créée en 2007 sous l'effet d'une prise de conscience locale (2 suicides de SP) et d'un constat au niveau national (levée du « tabou » et reconnaissance de « l'impact psychologique » du métier).

- **Mode de fonctionnement (cf. Annexe1)**

Il a été créé une convention entre le SDIS et le centre Hospitalier Psychiatrique D'Esquirol avec le partage et le détachement de son personnel. La structure est déclenchée par le Médecin-Chef en corrélation étroite avec deux médecins référents dont un psychiatre. L'organisation se compose au total de 3 médecins psychiatres SP, et d'infirmiers volontaires formés aux techniques de débriefing/defusing (cf. Annexe1). La cellule est centrée sur la détection des problèmes liés au stress, à leur phase initiale, avant que ne se développent de véritables pathologies psychiatriques.

Le rôle des infirmiers psychiatriques est essentiel car ils assurent un premier suivi sur un agent exposé et déclenchent, si nécessaire, une consultation auprès du psychiatre. En fait, la plupart du temps leur rôle est suffisant et permet d'améliorer la situation et d'empêcher ainsi toute escalade sur le plan thérapeutique et médical.

- **Facteurs de risques individuels et collectifs**

Il est important de connaître les facteurs favorisant à rechercher chez un agent. Ce sont bien sûr les antécédents psychiatriques, l'existence de traumatismes anciens ainsi que l'épuisement psychique et physique. Le sexe féminin semble également plus à risque. [6,7]

Des études récentes montrent cependant que le risque de développer un PTSD est surtout relié à la durée d'exposition et à la sévérité du stress ainsi qu'à l'absence de support social (professionnel et familial) dans les suites directes du traumatisme. [8]

Partant de ce constat, nous nous sommes intéressés à la gestion du stress chez les sapeurs-pompiers volontaires. Quels sont les acteurs du défusing après des événements marquants ? Comment le pratiquent-ils ? Sont-ils efficaces ? Comment l'USP peut-elle intervenir sur le plan opérationnel mais également en matière de prévention et de formation ?

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le but de notre étude est de recueillir les expériences et attentes de SPV en matière de prévention du stress, afin d'adapter notre action au niveau de l'U.S.P. Il s'agit également de faire connaître l'unité.

III. METHODOLOGIE

1. Description du cadre de l'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive. L'outil utilisé est un questionnaire d'autoévaluation à réponse binaire.

2. Population d'enquête :

a) Echantillon :

Notre population cible est les sapeurs-pompiers volontaires de deux centres de secours en milieu rural : les CIS de Châteauneuf la Forêt et Saint-Germain Les Belles. Deux centres de la Haute-Vienne auxquels je suis rattachée en tant que médecin de sapeurs-pompiers.

b) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion choisis sont les sapeurs-pompiers en activité sur les deux CIS soit 20 agents par centre.

3. Méthode d'analyse et de recueil des données

Notre outil se compose d'un questionnaire d'autoévaluation composé de 14 questions [Annexe2]. Il est fait d'une première partie centrée sur le niveau de formation et d'ancienneté des SPV, leur exposition et leur pratique face à des interventions marquantes. Une deuxième partie est axée sur la connaissance de l'USP et les besoins ressentis en termes d'action et de prévention du stress.

Un pré-test est réalisé sur deux sapeurs-pompiers pour s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire.

L'objectif de cette étude est présenté aux agents sondés avant la distribution de l'enquête. Le recueil se fait lors de deux soirées de formation (une par centre) où j'étais disponible pour répondre aux éventuelles questions. Une analyse statistique est réalisée sur logiciel informatique grâce au programme Microsoft Excel.

IV. RESULTATS

1. Taux de réponse

Le nombre de réponses obtenues est de 32 sur les deux centres. Le taux de réponse est de 80% avec 100% des questionnaires exploitables.

2. Analyse sociodémographique/ Niveau de formation.

Le sexe féminin représente moins de 10% des agents. Le niveau d'ancienneté est assez homogène, 44% des agents ont moins de 10 ans d'engagement, 25% ont entre 11 et 15 ans d'expérience et 31% : plus de 16 ans d'expérience. 1/3 des SP ont réalisé la formation de chef d'agrès et 2 seulement celle de chef de groupe. Les autres sont équipiers ou chefs d'équipe.

Lorsque l'on réalise une comparaison au niveau de l'ensemble des agents du SDIS 87: on y retrouve 26% de chef d'agrès et 8% de chef de groupe. La majorité des agents étant équipier ou chef d'équipe. Les niveaux d'ancienneté sont relativement

similaires. Le ratio homme/femme est de 13% d'agents féminins. On peut donc conclure que notre échantillon est globalement représentatif de notre département.

3. Questions centrées sur leur exposition au stress.

-66% ont été sensibilisés lors de formation, au problème du stress professionnel et la plupart d'entre eux (84%) connaissent l'existence de l'USP.

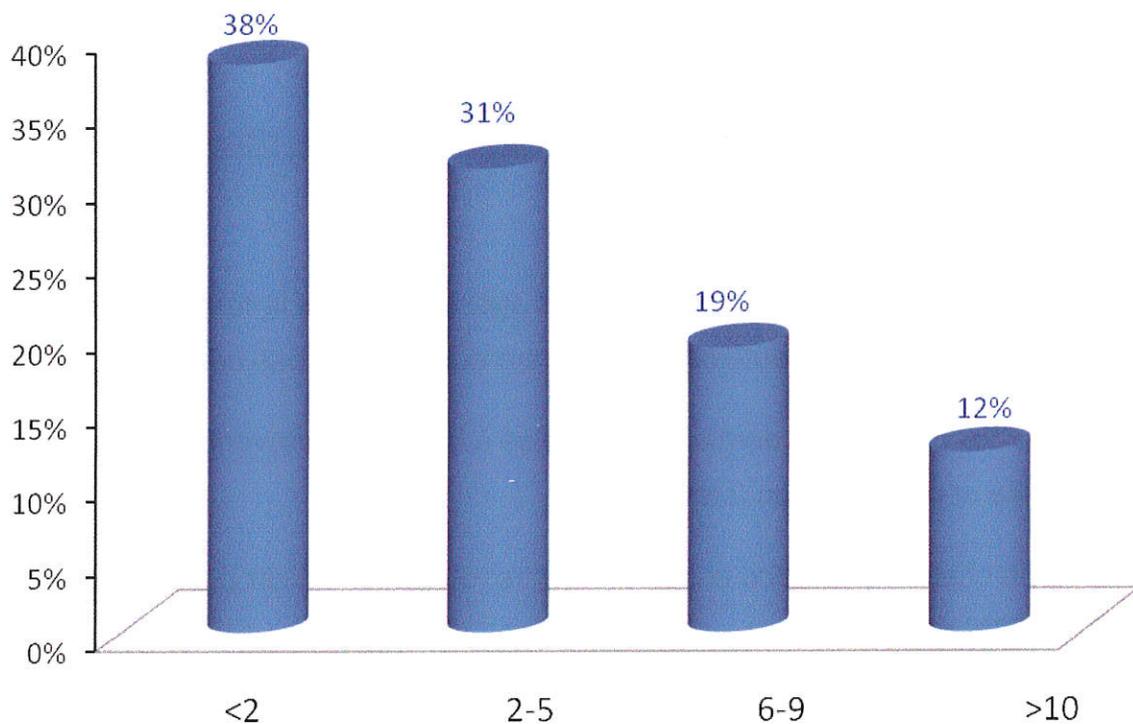


Fig.1. Nombre d'interventions à charge émotionnelle forte par agent.

-53% signalent un impact sur leur vie quotidienne (cauchemars, flashback), 13% notent un retentissement sur leur santé (troubles du sommeil, asthénie, baisse de moral) et 9% un effet négatif au sein du centre (envie d'arrêter). Pour 37% des SP, ces interventions n'ont eu aucun effet néfaste.

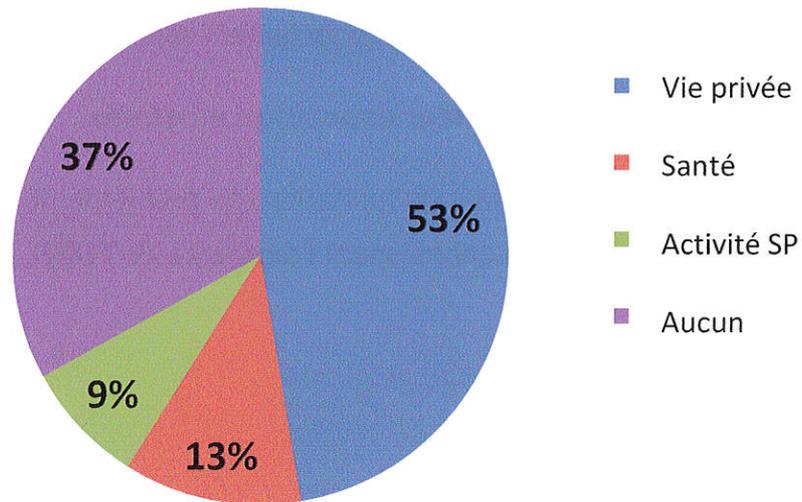


Fig.2.Retentissement clinique et social des interventions « difficiles » :

4. Questions autour du débriefing.

Lors d'évènements marquants, 75% des agents signalent la réalisation d'un débriefing efficace et seulement 9% d'entre eux n'en ont pas bénéficiés.

Dans 73% des cas, ce dernier a été réalisé à la fin de l'intervention, dans 10% à distance et pour 17%, en 2 temps.

C'est le chef d'agrès et/ou le chef de centre qui va le réaliser pour respectivement 72 et 63% des cas.

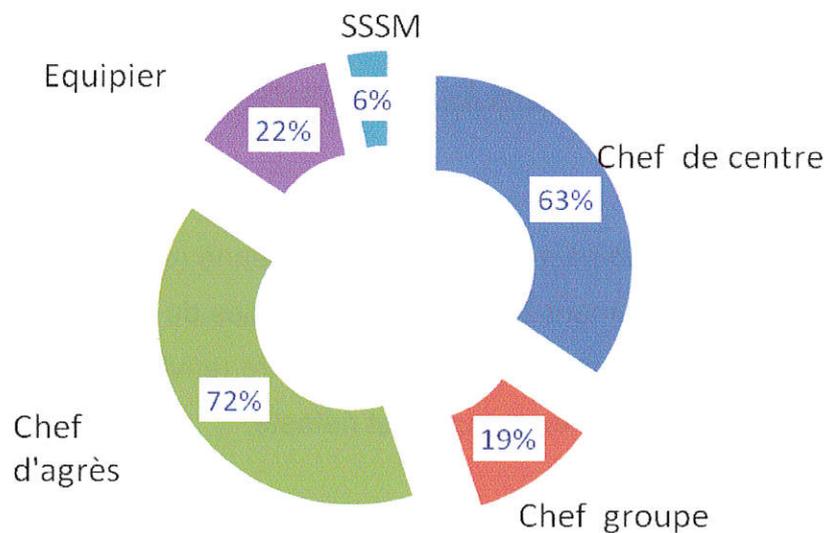


Fig.3 . Agent initiateur du débriefing

A distance, les agents se tournent majoritairement vers leur chef d'agrès (97%) pour rediscuter des interventions, 28 % vers leur chef de centre. Seulement 3% d'entre eux en ont parlé avec un membre du SSSM et 6 % dans leur famille.

5. Intérêt et besoins ressentis.

69% des agents se disent mal préparé à affronter ces cas difficiles.

78% sont intéressés par une formation sur ce thème.

Le moment de la visite de maintien en activité, est pour 72% d'entre eux, un moment privilégié pour rediscuter de ces évènements marquants.

V. DISCUSSION

1. Mission opérationnelle de l'USP en cas d'évènement : revue de littérature :

a)Réalisation du débriefing : « Primum non nocere »

Basé sur le modèle de Mitchell [9], le débriefing est une technique largement utilisée dans de nombreux pays [10,11]. Des études complémentaires [12, 13,14], soulignent l'intérêt de la non précocité du débriefing ; il s'agit de respecter la phase de « choc » initiale. En effet, l'agent ne sera pas réceptif en post évènement immédiat. Il est essentiel également que cette étape soit effectuée par du personnel formé (psychiatre, psychologue et médecins expérimentés et rompus à cet exercice) .En l'absence de quoi, ce débriefing peut avoir un effet délétère sur les participants.

En fait, l'idéal serait de le scinder en deux parties distinctes :

-Une première phase de récupération ou désamorçage : on permet une récupération tant sur le plan physique (vêtement chaud, alimentation, abris) que mental. L'équipe exposée se retrouve et chacun aborde son rôle et les difficultés rencontrées dans l'évènement traumatisant. On laisse évoluer le groupe, il n'y a pas encore d'intervenant extérieur.

-Une seconde phase de découplage émotionnel : il y a l'intervention de l'USP à ce moment là, avec une reconstitution précise des évènements et une ventilation des émotions. On développe du soutien et on normalise les comportements secondaires.

On termine par une partie centrée sur la psychoéducation. C'est-à-dire que l'on travaille la capacité à assimiler de futurs évènements traumatiques chez le SP.

b) Phase secondaire :

Après un stress, il est important de ne pas limiter notre action au simple débriefing initial. Il faut proposer un véritable suivi de l'agent en se basant sur une psychothérapie de soutien. Savoir écouter les émotions de chacun avec empathie et lui apprendre à réagir de façon adaptée. Cela nécessite plusieurs séances avec une organisation conséquente de l'USP.

Le support social est aussi essentiel. L'évènement stressant doit être un moteur pour le groupe exposé, une nouvelle dynamique pour renforcer sa cohésion. L'esprit de groupe prend ici tout son sens. Ainsi un agent qui interagit et échange avec ses collègues se sentira protégé en cas de futur stress.

La structure familiale joue également son rôle pour aider la personne en souffrance à travers un soutien direct.

Dans les cas les plus sévères, la psychothérapie comportementale paraît supérieure à celle de soutien [15,16]. Elle utilise entre autre, la psychoéducation. Apprendre à comprendre et normaliser ses émotions permet de développer un « coping » adapté. Il s'agit aussi d'éviter les réactions d'évitements. [17]

Les techniques de relaxation sont également une aide complémentaire comme le montre l'étude réalisée au sein du SDIS 87. [18]

2. Prévention secondaire et formation :

Faire de la prévention est essentielle : « **Plus tôt l'entreprise prend en compte les remontées du terrain, plus les marges de manœuvre sont grandes et mieux la prévention fonctionne.** » [19]

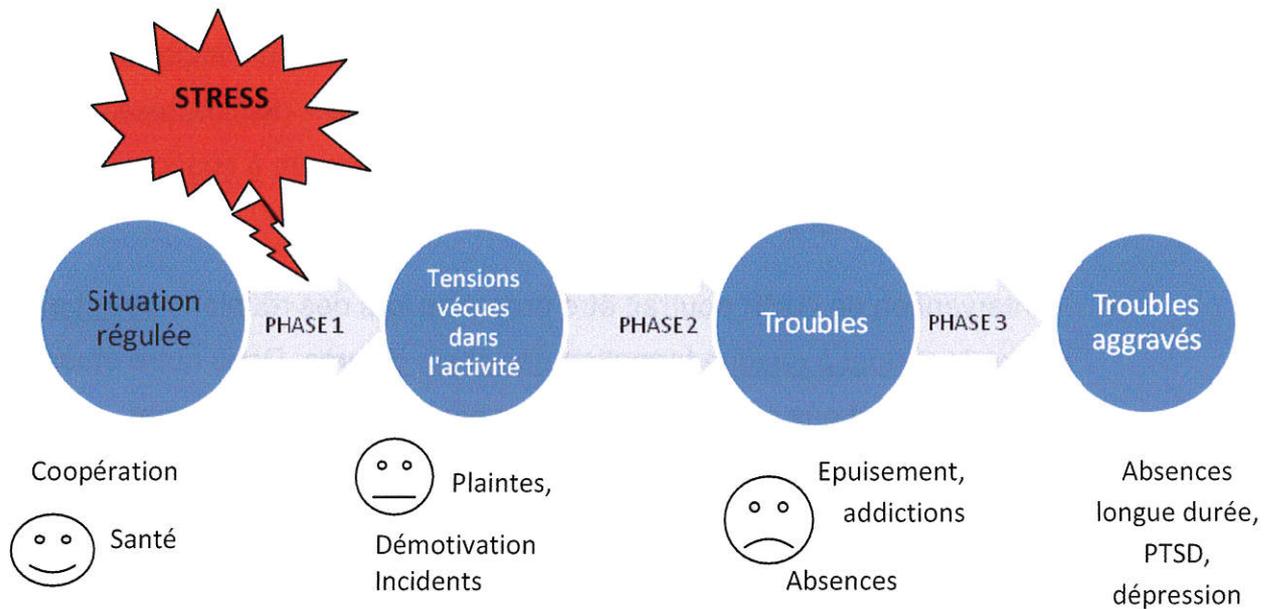


Fig.4. Evolution des troubles liés au stress.[20]

Ce schéma objective la nécessité de dépister les éventuels problèmes avant l'apparition de réels troubles psychologiques, qui s'associent au risque d'addiction, de dépression et de burn out. Plus vite seront détectés les premiers signes de tensions, moins les conséquences seront importantes pour l'agent et son environnement (travail, famille, vie sociale).

▪ **PROPOSITIONS CONCRETES BASEES SUR NOTRE ETUDE :**

- Création d'une plaquette d'information sur le fonctionnement de l'Unité afin de la faire connaître auprès des sapeurs-pompiers. (Annexe 3). Cette plaquette a été soumise et approuvée par l'ensemble de l'unité lors de deux réunions au sein du SDIS. Simple et ludique, elle pourrait être affichée dans chaque centre et créer ainsi une « pique de rappel » sur son existence.
- Participation à la formation initiale : une information sur les risques du stress et l'exposition du métier de sapeur-pompier doit être expliquée. 34% des agents de notre étude n'ont eu aucune information sur ce sujet alors que 2/3 d'entre eux ont eu des retentissements cliniques ou sociaux de leur profession. Une prise de conscience individuelle est nécessaire chez tous les pompiers : ils doivent connaître les signes d'alarme et savoir les identifier chez

leurs collègues. Le travail du SSSM est aussi d'insister sur l'importance d'une hygiène de vie correcte et des moyens individuels de « décompression » comme le sport et les loisirs en général. Il faut apprendre à chacun à mieux gérer son stress et à connaître ses limites.

- L'intervention de l'USP pourrait être proposée lors des réunions des chefs de centre et surtout à chaque formation des chefs d'agrès. Dans notre étude, on voit que ce sont eux qui sont sollicités en cas de besoin. Ils doivent reconnaître les signes d'épuisement chez leurs collègues et proposer un débriefing dans les cas qui leur semble nécessaire. Ce sont les acteurs de détection et de prévention du stress sur le terrain.

Dans notre enquête, même si le débriefing a été réalisé dans 90% des évènements stressants, on voit qu'il n'a été réalisé en deux temps que pour 17% des interventions. On a vu également l'impact négatif de débriefing mal réalisé [13].

Les initiateurs de ces « defusing » doivent savoir s'appuyer sur leur médecin ou infirmier local afin de partager leur connaissance. Ces derniers ne sont que très rarement sollicités (6% des cas). Ceci s'explique par le petit nombre de membres du SSSM. Cependant, ils peuvent tout à fait intervenir dans la seconde phase du débriefing. On sait que ce dernier est plus favorable s'il est réalisé à distance de l'évènement.

- Formation continue : il y a un réel besoin car 78% des agents souhaitent une information ciblée sur ce thème et 70% se disent mal préparé à affronter ce problème.
- Il est important de former les médecins et infirmiers du SSSM à cette pathologie. Etant donné les contraintes de temps du corps médical, il peut être sensibilisé au stress professionnel lors de la formation à l'aptitude, par exemple.

On voit que pour 72% des SP de notre enquête, la visite de maintien en activité périodique, est un moment privilégié pour aborder ce problème. Il faut donc apprendre à garder un temps d'écoute à la fin de chaque visite d'aptitude. Le médecin peut laisser une possibilité de s'exprimer sur un

évènement, au travers d'une question ouverte par exemple. On peut aussi proposer dans le recueil des données médicales, d'ajouter une partie « abord d'un évènement traumatisant » avant la rédaction du SIGYCOP.

▪ **Critiques :**

Notre échantillon étant restreint, il serait intéressant de réaliser cette étude sur l'ensemble du personnel du SDIS afin d'être plus représentatif.

A l'échelon national, les unités de soutien psychologiques sont représentées de différentes manières. Dans certains SDIS, il y a de vraies équipes pluridisciplinaires comprenant des infirmiers, médecins, infirmiers spécialisés et psychiatres. Dans d'autres, seul un psychologue est référent en cas de pathologie. Le principal problème des membres de l'USP est qu'ils sont pour la plupart, des volontaires. Leur disponibilité est donc réduite ce qui rend difficile leur participation aux différentes formations internes...

VI.CONCLUSION

Notre enquête auprès d'un échantillon représentatif de sapeurs-pompiers du SDIS 87, nous a permis de mieux connaître le stress et ses différents impacts (vie privée, santé, activité SP). On voit qu'il y a une attente des agents à développer la formation initiale et continue sur cette problématique. Les débriefings sont réalisés dans la majorité des cas mais les membres du SSSM ne sont pas assez impliqués.

Sur le plan des actions de prévention : la détection des problèmes à leur phase initiale est fondamentale afin de limiter le plus possible leur impact au niveau professionnel et familial. Les chefs de centres et chefs d'agrès sont au centre de ce dispositif de détection et doivent être sensibilisés à cette pathologie par l'unité.

Les médecins et infirmiers du SSSM peuvent aussi utiliser le temps des visites d'aptitude périodiques comme un moment privilégié d'écoute et d'empathie.

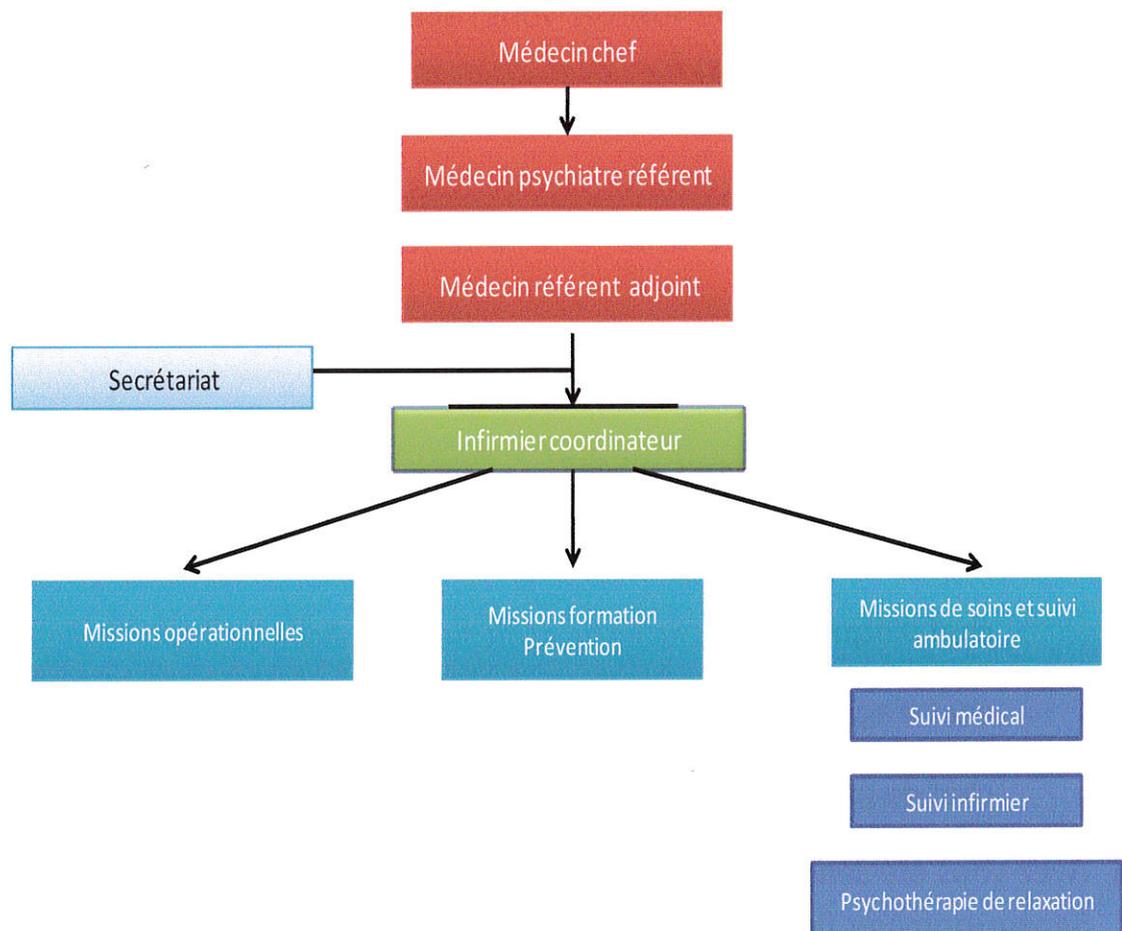
Les missions opérationnelles de l'USP sont établies : débriefing en deux temps par des soignants formés et aguerris à ces techniques, suivi des agents impliqués en utilisant les techniques de psychothérapie de soutien si nécessaire...

La création de la plaquette d'information permettra aussi de rappeler l'existence de l'USP au sein des CIS.

Le développement des **groupes de pairs** à la fois au niveau du SSSM mais pourquoi pas au niveau des sapeurs-pompiers, semble également intéressant comme le suggérait en 2010 le groupe de travail sur la « Prévention des conduites suicidaires ». Ces groupes d'échanges de pratiques vont d'ailleurs être proposés dès l'année prochaine dans notre SDIS à nos médecins SP...

Annexe 1

ORGANIGRAMME DE L'UNITE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DU SDIS 87



Annexe 2 - Questionnaire :

« Prévention du stress professionnel »

1) Vous êtes :

un homme

une femme

2) Depuis combien d'années exercez-vous l'activité de Sapeur-pompier (tous départements confondus) ?

<5 ans

5-10 ans

11-15ans

>16ans

3) Quelle formation avez-vous suivie?

équipier

chef d'équipe

chef d'agrès

chef de groupe

4) Avez-vous été sensibilisé sur les risques liés au stress dans votre activité de Sapeur-pompier (lors de formation par exemple) ?

OUI

NON

5) Connaissez-vous l'existence de l'U.S.P. (Unité de Soutien Psychologique) ?

OUI

NON

6) Combien y'a-t-il eu dans votre carrière d'interventions difficiles (qui vous ont marquées) ?

<2

2-5

6-9

>10.

7) Pour certains d'entre eux y a-t-il eu un retentissement sur :

Votre vie privée (images de l'accident, souvenirs désagréables, cauchemars)

Votre santé (troubles du sommeil, fatigue, baisse de moral)

Votre activité pompier (envie d'arrêter, mauvaise ambiance dans le groupe)

8) Y'a-t-il eu lors de ces interventions, un débriefing (c'est-à-dire un échange qui vous a aidé à dédramatiser la situation) ?

OUI dans la majorité des cas

OUI dans peu de cas

NON

9) Si oui, par qui a-t-il été réalisé ?

Chef de centre

Chef de groupe ou chef de colonne /site

Chef d'agrès

Equipier

Médecin SP ou infirmier SP

10) Dans quel délai, a-t-il été fait ?

A la fin de l'intervention

A distance

Les deux

11) Lorsque vous êtes face à une intervention marquante, vers quelle personne allez-vous vous tourner pour en rediscuter ?

Chef d'agrès et collègues impliqués

Chef de centre

Médecin SP ou infirmier SP (lors d'une visite aptitude ou autre)

Votre famille

Aucune

12) Pensez-vous que le Sapeur-pompier soit bien préparé à gérer ces situations difficiles (confrontation à la mort, vision de corps mutilé, violence de certaine situation) ?

OUI

NON

13) Pensez-vous qu'aborder ce sujet lors des visites d'aptitudes annuelles est important ?

OUI

NON

14) Seriez-vous intéressés par une formation sur la prévention du stress et de l'intérêt du débriefing immédiat ?

OUI

NON

Annexe 3 - PLAQUETTE DE PRESENTATION DE L'UNITE



SDIS #87

SERVICE DE SANTÉ ET
DE SECOURS MÉDICAL



Unité de Soutien Psychologique (U.S.P.)



Besoin d'aide? l'USP: une équipe pluridisciplinaire à votre écoute

Crée depuis 2007, l'Unité de Soutien Psychologique a pour but de :

- réaliser des actions de défusing et débriefing auprès des SPP et SPV lorsqu'ils ont été confrontés à des évènements traumatisants
- réaliser des actions de prévention sur le stress professionnel
- détecter des pathologies liées au stress et proposer des consultations auprès des infirmiers et médecins spécialisés.

Contacts:
-Secrétariat du SSSM: 0555128003
-Médecins référents: Dr Nubukpo Dr CHUM -DR Mathé
Infirmiers reponsables: T.Combal, F.Ribaud

Bibliographie

1-Unité se secours psychologiques SDIS 59.

<http://home.nordnet.fr/~cledru/USP/stress.htm>

2- Site of National Institute of Mental Health: Post Traumatic Stress Disorder Research Fact Sheet. A fact sheet with a brief description of post-traumatic stress disorder (PTSD) and its treatment. Site of National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/ptsd-listing.shtml>

3- KONIAREK J, DUDEK B. Post-traumatic stress disorder and fire fighters' attitude to their job. *Med Pr.* 2001;52(3):177-83.

4-MORAN C, Emergency work experience and reactions to traumatic incidents. Britton NR. Department of Behavioural Science, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Australia. *J Trauma Stress.* 1994 Oct;7(4):575-85.

5-DREWITZ-CHESENEY C. Posttraumatic stress disorder among paramedics: exploring, a new solution with occupational health nurses using the Ottawa Charter as a framework. *Workplace Health Saf.* 2012 Jun;60(6):257-63.

6- LANGER I., OGIŃISKA-BULIK N. Type D personality, coping with stress and intensity of PTSD symptoms in firefighters. *Med Pr.* 2007;58(4):307-16.

7-GIBBONS SW, HICKLING EJ, BARNETT SD, et al. Gender differences in response to deployment among military healthcare providers in Afghanistan and Iraq. *J Womens Health (Larchmt).* 2012 May;21(5):496-504. Epub 2012 Jan 6.

8-BREWIN CR, ANDREWS B, VALENTINE JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Oct;68(5):748-66.

9 -MITCHELL, J.T., & EVERLY, G.S. Critical incident stress management and critical incident stress debriefing : evolutions, effects and outcomes. In B. Raphael & J.P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence.* New York, NY, US: Cambridge University Press. (2000).

10-ROSE S, BISSON J, CHURCHILL R, WESSELY S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2002 (2):CD000560.

11- DE SOIR, E. Les débriefings psychologiques et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des intervenants des services de secours. *Journal International De Victimologie* 2 (Tome 1, numéro 2 - Janvier 2003)

12- ROSE, S., & BISSON, J. Brief early psychological interventions following trauma : a systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, June 2005, 11 (4), 697-710.

13- CELINE BAEYENS, PIERRE PHILIPPOT. La prévention secondaire du syndrome de stress post-traumatique : les débriefings psychologiques en question ?. Unité de recherche en Psychologie Clinique : Emotion, Cognition, Santé. Université de Louvain à Louvain-la-Neuve, 2009, Belgique

14-INRS : Stress au travail : bilan de la thématique 1998-2002.
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=le%20stress%20au%20travail%3A%20diagnostic&source=web&cd=5&cad=rja&ved=0CFUQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.travailermieux.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2FDemarche_de_prevention_du_stress_au_travail.

15- BRYANT, R.A., HARVEY, A.G., DANG, S.T., SACKVILLE, T., & BASTEN, C. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866.

16- FOA, E.B., HEARST-IKEDA, D., & PERRY, K.J. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 948-955

17-FOLKMAN, S., & LAZARUS, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.

18- M. CHAZEAUD, P. NUBUKPO, P. CHUM, D. MATHÉ. Expérimentation de la relaxation sur le stress professionnel au sein du SDIS 87. Perspectives .Les cahiers scientifiques de l'ENSOSP. Edition juin 2010, p.64-67.

19- INRS (2007). Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention. ED

20-A.Vasselin .De la prévention des RPS au développement du psychosocial comme ressource pour agir. Cahier "Prévention des RPS : des experts CHSCT témoignent". Mai 2012.32p.

Glossaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIS : centre d'incendie et de secours

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

RPS : Risques Psycho Sociaux

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SSSM: Service de Santé et de Secours Médical

SPP : Sapeur Pompier Professionnel

SPV : Sapeur Pompier Volontaire

USP : Unité de Soutien Psychologique