

**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 2017
EAD 11^{ème} PROMOTION**

**Le dépistage des troubles post-traumatiques
des sapeurs-pompiers en visite de maintien
en activité**

**Mme GUAGENTI Mélanie
Service Départemental d'Incendie et de Secours
de la Haute-Corse (2B)**

**Tuteur universitaire : Mr PISIGO Hugues
Référénts sapeurs-pompiers :
Mme BARTHES Laura
Mr DUVERMY Hervé**

« Les décideurs et les sauveteurs sont des créatures humaines faillibles, pouvant être comme les victimes : saisies par la surprise, envahies par l'émotion, frappées par l'inhibition et l'indécision ou sujettes à des décompensations caractérielles au terme d'une longue période de tension émotionnelle et d'épuisement physique. »

Pr Louis CROCC, 1998

REMERCIEMENTS

- A mon tuteur, Monsieur PISIGO Hugues, *pour avoir su guider ma réflexion et m'avoir fourni de précieux conseils*
- A mon tuteur du SDIS 2B, Monsieur DUVERMY Hervé, *pour ton soutien et ton accessibilité*
- A ma tutrice du SSSM 2B, Madame BARTHES Laura, *pour ta présence, ton écoute et pour l'aide que tu m'as apporté dans la réalisation de ce travail. Sois assurée de ma reconnaissance*
- A la référente formation du SSSM 2B, Madame BENETEAU Sandrine, *pour m'avoir permis de m'impliquer dans cet enseignement et pour m'avoir encouragé dans le choix thématique de ce sujet*
- A l'infirmier référent du SSSM 2B, Monsieur LODICO José, *pour avoir soutenu mon travail et pour m'avoir fait confiance*
- Au médecin-chef par intérim du SDIS 2B, Docteur BOUGAULT Jean-Claude, *pour ton intérêt pour le sujet, ton soutien et tes encouragements, sois assuré de ma gratitude et de mon affection*
- Au Docteur COLOMBANI Valérie, MSP au SDIS 2B, *pour tout le soutien que tu m'as apporté et pour ces moments de décompression, sois assurée de mon amitié*
- A mon amie et collègue ISPV, LADET Lucie, *pour ta disponibilité et tes encouragements, ...bonne route et reviens vite !*
- Au Docteur BONELLI Laurence, Psychiatre des Hôpitaux, CH de Bastia ; *tes conseils, ton soutien sans faille et l'aide précieuse que tu m'as apporté m'ont permis d'aboutir ce travail. Je t'en suis très reconnaissante. Sois assurée du respect que je te porte.*
- Au Docteur FERRACCI Bettina, Psychiatre des Hôpitaux, CH de Bastia, *pour ton accessibilité, sois assurée de ma reconnaissance*
- Au Docteur LOUVILLE Patrice, Psychiatre des Hôpitaux, AP-HP, *pour votre présence et votre expertise. Vos conseils portent plus haut mes exigences. Recevez ici ma gratitude et mon amitié*
- Au Docteur BERGZOLL Stéphane, ancien médecin-chef du SDIS 2B, *pour ta confiance et tes conseils dans le choix du sujet*
- A mes amis et ma famille ; *pour votre patience et pour tous ces moments qui vous sont subtilisés...*

RÉSUMÉ

Titre : Le dépistage des troubles post-traumatiques en visite de maintien en activité chez les sapeurs-pompiers

Les confrontations à la violence, à la souffrance et à la mort s'inscrivent dans la réalité professionnelle des sapeurs-pompiers. Ces expositions régulières et prolongées peuvent générer des séquelles post-traumatiques. Préserver l'équilibre psychique des pompiers relève en amont d'une élaboration préventive relative au dépistage du stress post-traumatique. Assurer les Visites de Maintien en Activité (VMA) constitue la mission principale des infirmiers et des médecins du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM). Alors qu'il n'est défini aucun cadre réglementaire, comment optimiser et standardiser la détection des symptômes psychotraumatiques lors des visites de maintien en activité au SDIS de la Haute-Corse ? L'objectif principal de ce travail est de proposer des solutions pragmatiques afin de standardiser et d'uniformiser les pratiques de dépistage. Pour cela, nous avons réalisé une étude descriptive transversale qui apporte d'une part des données quantitatives, par l'analyse d'un échantillon de dossiers de visites d'aptitudes, et d'autre part des données qualitatives concernant les pratiques actuelles du personnel du SSSM, par le biais d'un questionnaire. Afin que les solutions corroborent à la réalité et aux contraintes des VMA, nous avons élargi notre recherche pour connaître les modalités de dépistage dans les autres SDIS. Les résultats montrent que l'ajout d'une question relative au vécu traumatique depuis la dernière VMA permettrait de systématiser le dépistage. L'étude a aussi conclu que l'utilisation d'une échelle psychométrique validée et standardisée, s'inscrirait dans une démarche de prévention uniforme.

Mots clés : prévention – dépistage – état de stress post-traumatique – visite de maintien en activité – sapeurs-pompiers – SSSM – PCLS – traumatisme psychique

Table des matières

Le dépistage des troubles post-traumatiques en VMA

Introduction	1-2
I. Revue de littérature	2-5
1) Etats de stress post-traumatiques des sauveteurs.....	2-3
2) Etudes existantes	3-4
3) Outil de dépistage.....	4-5
II. Méthode	5
III. Résultats	6-13
1) Etude quantitative des dossiers médicaux.....	6-7
2) Etude qualitative : analyse des pratiques	7-13
a) Données sociodémographiques	7
b) Données cliniques.....	8-13
IV. Discussion	13-21
V. Conclusion.....	21-22
Bibliographie	

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire d'entretien actuel de VMA au SDIS 2B

Annexe n° 2 : Questionnaire d'analyse qualitative

Annexe n°3 : Echelle PCL-S

Annexe n°4 : Investigations sur les pratiques des autres SSSM en matière de dépistage du stress post-traumatique

Annexe n°5 : Plaquette de prévention type de l'AEPSP

LISTE DES ACRONYMES

- ❖ **USP** = Unité de Soutien Psychologique
- ❖ **AEPSP** = Association Européenne de Psychologie Sapeur-Pompier
- ❖ **SDIS** = Service Départemental d'Incendie et de Secours
- ❖ **SSSM** = Service de Santé et de Secours Médical
- ❖ **VMA** = Visite de Maintien en Activité
- ❖ **CTA** = Centre de Traitement des Appels
- ❖ **CODIS** = Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
- ❖ **ESPT** = Etat de Stress Post-Traumatique
- ❖ **ISP** = Infirmier Sapeur-Pompier
- ❖ **MSP** = Médecin Sapeur-Pompier
- ❖ **DSM V** = Diagnostic and Statistical Manual (Manuel diagnostique des troubles mentaux) version 5
- ❖ **BSPP** = Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris
- ❖ **SAMU** = Service d'Aide Médicale Urgente
- ❖ **SP** = Sapeur-pompier
- ❖ **PCL-S** : Posttraumatic stress disorder CheckList Scale

INTRODUCTION

Les récents attentats survenus en France ont souligné la vulnérabilité situationnelle des intervenants de l'urgence et le risque de traumatisme psychique auquel ils s'exposent. Dans cette conjoncture, la santé psychique des sapeurs-pompiers devient un véritable enjeu de santé publique. Néanmoins, au-delà des événements de grande ampleur, les sapeurs pompiers sont régulièrement confrontés à des situations au potentiel traumatogène. Les interventions auprès d'enfants morts, blessés ou maltraités provoqueraient une situation de stress intense pour 70% des pompiers¹. L'effraction brutale et violente au réel de la mort est responsable d'un stress aigu et prolongé qui peut, à long terme, entraîner un état de stress post-traumatique.

Avec la création des Unités de Soutien Psychologique (USP) dans les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS), la prise en charge précoce à la suite d'interventions à risque traumatique commence à se structurer. Néanmoins, on estime que les sauveteurs victimes de blessures psychiques souffrent durant cinq ans avant d'avoir une prise en charge adaptée². Le dépistage des troubles psychotraumatiques fait-il partie d'une démarche de prévention inhérente aux Services de Santé et de Secours Médicaux (SSSM) ?

Les Visites de Maintien en Activité (VMA) constituent une mission majeure pour les infirmiers et les médecins sapeurs-pompiers. Sur l'année 2017, 778 VMA ont été réalisées³. Elles permettent de s'assurer des capacités à assumer l'accomplissement des fonctions et d'éviter toute altération de la santé consécutive au métier de pompier. L'optique de la VMA change totalement par rapport à la stricte rigueur de la visite médicale de recrutement. Dans la mesure du possible, tout est effectué pour préserver au sein du service, les agents dont l'intégrité physique et psychologique pourrait être altérée par l'exercice de leurs fonctions. En Haute-Corse, un entretien appréciant les facteurs de risques psychiques est réalisé seulement lors des visites de recrutement, par le biais d'une experte-psychologue du SSSM.

¹ MP Nelly Lavillunière, MC Daniel Leiffen, MC Philippe Arvers, « Stress et santé au travail chez les sapeurs-pompiers de Paris, p90-93, dossier spécial : santé au travail, 2005

² Recommandations pour la gestion et la prévention des risques psychologiques post-attentats pour les sapeurs-pompiers des SDIS, 14/07/2016, sous la direction de S.GOUJARD

³ Statistiques issues secrétariat SSSM 2B, juillet 2017

La recherche de trouble psychotraumatique n'est pas réglementairement prévue dans le déroulement de la VMA. Néanmoins, les symptômes de répercussion d'un état de stress post-traumatique se précisant au cours du temps, la VMA est le moment idéal pour évaluer la prévalence du trouble et proposer un suivi. Elle présente aussi l'avantage de cibler l'ensemble du personnel, les agents du Centre de Traitement des Appels (CTA) et du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) notamment. Ce constat a guidé notre réflexion, et nous conduit à nous questionner sur les modalités actuelles de dépistage des troubles psychotraumatiques lors des VMA des sapeurs-pompiers en Haute-Corse. Notre problématique est la suivante : « **Comment optimiser et standardiser la détection des symptômes psychotraumatiques lors de la visite de maintien en activité des sapeurs pompiers en Haute-Corse ?** » Nous pensons que les outils actuels utilisés en VMA sont insuffisamment adaptés pour le dépistage de l'état de stress post-traumatique (ESPT) et entraînent un manque d'uniformité des pratiques.

Notre travail s'articule autour de ces éléments. La première partie consistera en une brève revue de littérature abordant les symptômes de l'ESPT. Elle permettra d'apporter un éclairage sur les études existantes concernant la prévalence des troubles psychotraumatiques dans la population des sapeurs-pompiers. Nous présenterons aussi un outil de dépistage de l'ESPT validé et utilisé pour des populations de professionnels similaires. La seconde partie de notre travail présentera une étude descriptive transversale : après avoir recueilli des données objectives et quantitatives à travers l'analyse de 25 dossiers médicaux de VMA, nous nous attacherons à comprendre et à décrire les pratiques actuelles de dépistage des Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ISP) et des Médecins Sapeurs-Pompiers (MSP) par l'analyse qualitative d'un questionnaire. Dans un deuxième temps, nous chercherons à élargir notre recherche au niveau national en explorant, de façon non exhaustive, ce qu'il existe dans les autres SDIS. L'exploitation des résultats a pour objectif principal de proposer des solutions afin d'uniformiser les pratiques au SDIS de Haute-Corse.

I. REVUE DE LITTÉRATURE

1) Etats de stress post-traumatiques chez les sauveteurs

L.Crocq a observé en 1989 chez les sauveteurs, une symptomatologie psychotraumatique caractérisée par des reviviscences visuelles

hallucinatoires des scènes pénibles vécues sur le terrain, des difficultés d'endormissement, des cauchemars à répétition, un état d'alerte et de sursaut au bruit, une démotivation et une perte d'intérêt pour le monde extérieur, l'impression de n'être ni compris, ni soutenu ainsi qu'une irritabilité et une propension au retrait amer et solitaire⁴.

Pour E. De Soir⁵ (en 2003), cette symptomatologie perturbe l'équilibre psychique de l'intervenant et peut engendrer une baisse de son efficacité, remettre en question son rôle et le faire douter de ses capacités.

Les troubles qui caractérisent le stress post-traumatique surviennent toujours après une phase de latence pathognomonique, de durée variable, parfois très longue (plusieurs mois). Pour le DSM V un ESPT est aigu si sa durée d'évolution est comprise entre 1 et 3 mois, chronique au-delà. Il est de survenue différée si le début des symptômes apparaît au moins 6 mois après le facteur de stress.

Pour que les troubles présentés puissent être qualifiés de stress aigu ou de stress post-traumatique, il est impératif que la personne (victime directe, proches, professionnels exposés de façon répétée ou prolongé) ait été exposée à un évènement adverse (critère A) : la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures, la menace pour l'intégrité physique et l'agression sexuelle ou la menace d'une telle agression. Le DSM V n'exige plus que l'individu ait manifesté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'évènement. Le DSM V répartit les 20 symptômes objectivant l'état de stress post-traumatique en trois grands groupes : les reviviscences (critère B), les évitements et l'émoussement affectif (critère C et D) et l'hyperactivation neurovégétative (critère E).

2) Etudes existantes

Actuellement, il existe très peu d'études en France sur la souffrance post-traumatique des sapeurs-pompiers, sauf à la suite d'un évènement de grande

⁴ L.Crocq, O.Leny, « le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes » Extrait des comptes rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 137^e ; session Montréal, 1989

⁵ E.De Soir, « le débriefing psychologique et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des services de secours, J.int.Victimologie, 2003, pp 1-3

ampleur comme par exemple l'étude IMPACTS⁶ à la suite des attentats de Paris en 2015.

Néanmoins, une étude⁷ menée en 2005 à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris(BSPP) retrouvait pour 11% des SP interrogés un score compatible avec un ESPT. On observait qu'il était rare que les SP fassent part de leur souffrance à des tiers, en particulier aux médecins, pour des raisons comme la honte, la culpabilité ou la peur d'une inaptitude au service.

Dans une population professionnelle similaire comme le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) une étude⁸ retrouvait un ESPT chez 9% du personnel, toutes fonctions confondues.

Bien que toutes les personnes exposées ne souffrent pas d'ESPT suite à leur expérience d'évènement traumatique, il s'évalue en général à un taux variant entre 25 et 35% chez les victimes. Pour 400 sapeurs-pompiers exposés, les statistiques affichent un risque touchant entre 100 et 140 intervenants⁹.

« Les taux d'ESPT sont plus élevés parmi les vétérans et d'autres personnes dont la profession augmente le risque d'exposition traumatisante (ex : police, pompiers...¹⁰ »

3) Outil de dépistage

L'échelle PCL-S (Posttraumatic stress disorder Checklist Scale)¹¹ est utile pour le dépistage d'un état de stress post-traumatique. La PCLS a été créée en 1993 par Weathers F.W. et al., selon les critères diagnostiques du DSM IV. Cet auto-questionnaire traduit en français, a été validé en 2003 pour le dépistage et le suivi de l'ESPT par Cottraux J. et al, puis par le service de santé des armées en 2011²¹. L'échelle est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM IV. Chaque question est à coter entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des

⁶ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Etude-I.M.P.A.C.T.S-post-attentat-de-janvier-2015>

⁷ MP Nelly Lavillunière, MC Daniel Leiffen, MC Philippe Arvers, « Stress et santé au travail chez les sapeurs-pompiers de Paris, p90-93, dossier spécial : santé au travail, 2005

⁸ L.Jehel, P.Louville et al, « retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU » J.Européen Urgences 1999 ;4 : 157-64

⁹ Recommandations pour la gestion et la prévention des risques psychologiques post-attentats pour les sapeurs-pompiers des SDIS, 14/07/2016, sous la direction de S.GOUJARD

¹⁰ DSM-V, 2013, « Etat de stress post-traumatique »

¹¹ cf annexe n°3

symptômes au cours du mois précédent. Les 17 items peuvent être regroupés en 3 échelles correspondant aux 3 syndromes principaux de l'ESPT : - L'intrusion (items 1 à 5) ; - L'évitement (items 6 à 12) - L'hyperstimulation (items 13 à 17). Avec le score seuil de 44 pour le diagnostic ESPT, la sensibilité est de 97 % et la spécificité de 87 %. Avec un seuil à 34 l'échelle PCLS permet avec une sensibilité de 78 % et une spécificité de 94 % de repérer les sujets relevant d'une prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique au-delà de la présence ou non d'un ESPT.

II. METHODE

Nous avons réalisé notre étude en deux étapes :

- Etape 1 : analyse transversale de 25 dossiers de VMA, sélectionnés de façon aléatoire par tirage au sort sans distinction des centres de visite (SDIS, camion, Lucciana).

Pour le recueil des données quantitatives : utilisation d'une grille d'analyse de 21 questions portant sur l'étude globale et objective du questionnaire d'entretien (cf. annexe n°1) rempli avec l'ISP et du dossier médical comprenant le SIGYCOP réalisé par le MSP

Critères d'inclusion : Dossiers de visite de maintien en activité réalisés sur les années 2015 et 2016 : dossiers papiers et informatisés

Critères d'exclusion : dossiers de visite de recrutement

- Etape 2 : Analyse descriptive et qualitative des pratiques actuelles de façon anonyme à l'aide d'un questionnaire comportant 13 questions (cf. annexe n°2) principalement à choix multiples explorant les modalités de dépistage des symptômes psychotraumatiques et les motifs pouvant expliquer les carences et le manque d'uniformité

Critères d'inclusion : les ISP du SSSM du SDIS de Haute-Corse

Les MSP du SSSM du SDIS de Haute-Corse

Critères d'exclusion : les sapeurs-pompiers

Les ISP et les MSP hors SDIS 2B

Les ISP et les MSP du SDIS 2B ne réalisant pas de VMA

III. RESULTATS

1) Etude quantitatives des dossiers médicaux de VMA

DOSSIER VMA SAPEUR-POMPIER	RESULTATS %, N=25
CENTRE DE SECOURS	Cervione : 2 Aleria : 2 Venaco : 4 St Florent : 1 EDSP : 1 Corte : 2 Ghisonaccia : 2 Calvi : 3 Lucciana : 2 CTA codis : 2 Antisanti : 2 Bastia : 1 SDIS : 1
SPV ou SPP	68%(N=17) SPV 32%(N=8) SPP
SEXE	92%(N=23) masculin 8% (N=2) féminin
Age	Age moyen : 39,7 ans ≤30 ans : 32%(n=8) 30 à 40 ans : 28% (n=7) 40 à 50 ans : 16% (n=4) ≥50 ans : 24% (n=6)
QUESTIONS	RESULTATS %, N=25
L'exposition a une intervention potentiellement traumatique est-elle recherchée depuis la dernière VMA ?	100%(n=25) NON
Quel est le score du P dans le SIGYCOP ?	4% (n=1) : score 0 56% (n=14) : score 1 8% (n=2) : score 2 32% (n=8) : absence de score
Une souffrance psychique apparaît-t-elle ?	100%(n=25) NON
Est-il spécifié si l'agent a un suivi psychologique ?	100% (n=25) NON
La réponse a la question "prenez-vous des calmants" est-elle positive ?	100% (n=25) NON
si oui, a-t-on le détail des traitements pris et pour quel motif ?	/
La réponse à la question "consommez-vous de l'alcool" est-elle positive ?	96% (n=24) NON 4% (n=1) OUI
Si oui, a-t-on le détail de la consommation ?	occasionnellement
La réponse a la question "fumez-vous" est-elle positive ?	20% (n=5) OUI 80% (n=20) NON
Si oui, a-t-on le détail de la consommation ? Si reprise du tabac, le motif apparaît-il ?	12% (n=3) sur les 20% : 10 cigs/jour 14 cigs/jours 1 paquet/jour
Des troubles du sommeil sont-ils recherchés ?	100% (n=25) NON
Des troubles de l'appétit sont-ils recherchés ?	100% (n=25) NON
Recherche-t-on si le SP a des reviviscences d'images traumatiques ?	100% (n=25) NON
La réponse à la question "etes vous actuellement en bonne condition physique et psychologique" est-elle négative?	100% (n=25) NON

Si oui, a-t-on le détail de la mauvaise condition physique et psychologique ?	/
A l'issue de la visite, une orientation vers la psychologue est-elle indiquée ?	100% (n=25) NON
Si oui, pour quel motif ?	/
Des antécédents psychiatriques figurent-ils dans le dossier de l'agent ?	100% (n=25) NON
Si le SP a eu un arrêt de travail depuis la dernière VMA, a-t-on le motif de l'arrêt ?	OUI pour 24% (n=6) : -AT au feu -lombalgie -uvéite -AVP en service -élongation genou -entorse genou
Conclusion de la visite médicale	96% (n=24) APTE 4% (n=1) INAPTE sauf fonctions administratives (agent de 64ans)
Observations particulières de la VMA	Dans 28% (n=7) dossiers : -dentiste à prévoir -cs cardio à faire -écho thyroïde + BS -surpoids -dentiste + suivi dermato -cs cardio à prévoir -céphalées 1X/mois à explorer + baisse du sport

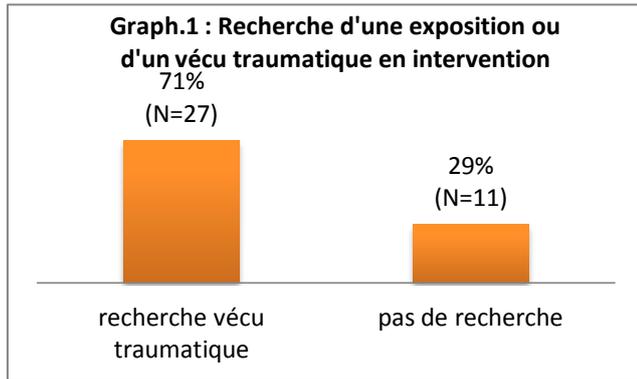
2) Etude qualitative : analyse des pratiques

a) Données sociodémographiques

Nous avons obtenu un taux de participation de 38 professionnels du SSSM (28 ISP et 10 MSP). L'échantillon correspond à 67% du personnel du SSSM réalisant des VMA. Il est représentatif au regard des données statistiques du secrétariat du SSSM (N total = 56 dont 12 MSP et 44 ISP). Il s'agit d'une population plutôt féminine à 60,5% (N=23) avec une moyenne d'âge de 38,5 ans. L'âge médian est de 43 ans. Les répondants sont majoritairement infirmiers de sapeur-pompier (69,2%, N=28). L'échantillon concerne à 97,4% (n=37) du personnel volontaire au SDIS 2B ayant une expérience de moins de 3 ans pour 42,1% (N=16) et de moins de 6 ans pour 39,5% (N=15). On note pour 10,5% (N=4) une expérience de plus de 15 ans au sein du SSSM. Parmi les ISP, on observe de façon équitable que 48,3% (N=14) étaient eux-mêmes sapeurs-pompier volontaires avant de s'engager en tant qu'infirmier au SSSM.

b) Données cliniques

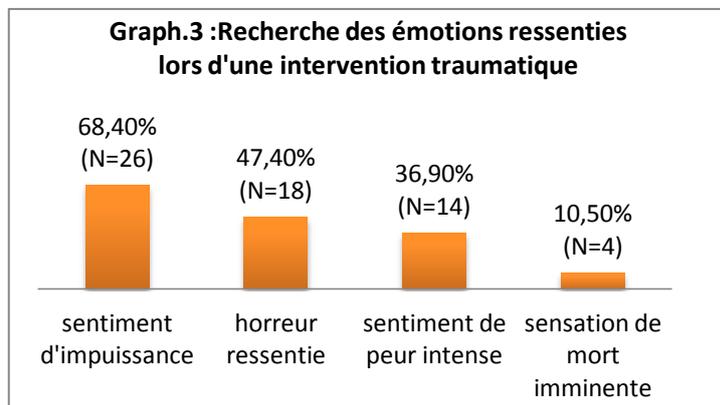
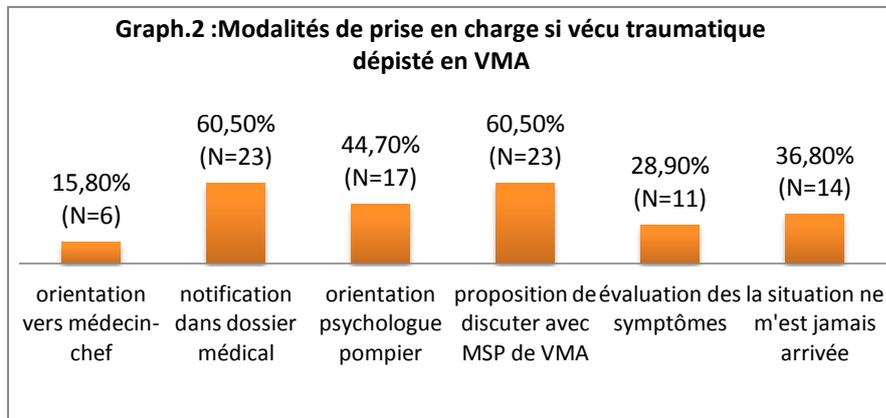
• **La recherche d'une exposition ou d'un vécu traumatique lors de la VMA**



Parmi les 71% (n=27) affirmant participer au dépistage des troubles psychotraumatiques lors des VMA :

- La majorité (63%, N=17) ne réalise ce dépistage que s'ils ont connaissance de l'implication du SP dans une intervention difficile
- 37% (N=10) recherchent systématiquement une exposition ou un vécu traumatique

• **Les modalités actuelles de dépistage des symptômes psychotraumatiques en VMA**



15,8% (N=6) déclarent ne pas rechercher les émotions qui ont pu être ressenties lors de l'intervention

Concernant les autres critères des troubles psychotraumatiques :

- 63,1% (N=24) recherchent la durée de l'intervention
- 65,8% (N=25) questionnent sur l'existence actuelle de stimuli qui provoqueraient des réminiscences de la situation traumatique.
- 92,1% (N=35) recherchent le soutien social dont a pu bénéficier le sapeur-pompier à la suite d'une intervention difficile, principalement s'il

a eu la possibilité de verbaliser son ressenti émotionnel avec ses collègues de travail ou des professionnels.

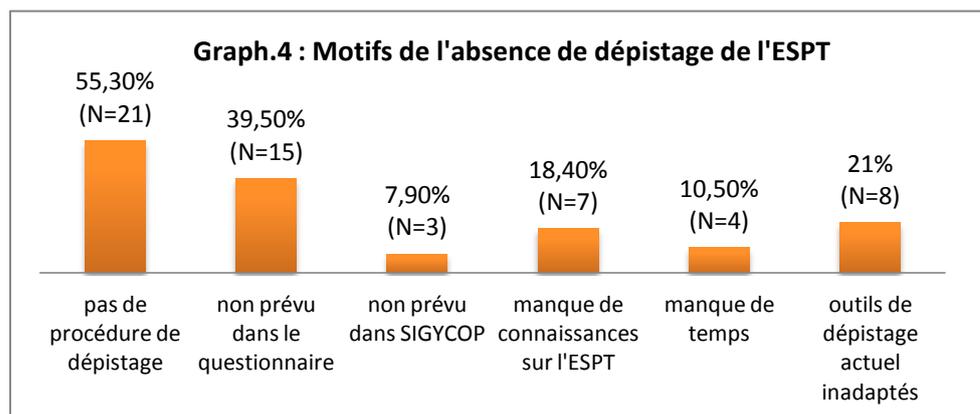
Pratiques des ISP concernant le questionnaire en VMA et particulièrement la question :

« Etes-vous en bonne condition physique et psychologique ? » : cette question est posée telle qu'elle est écrite et les ISP notifient simplement la réponse du SP, sans forcément approfondir sauf « si défaillances remarquées » ou « si l'agent répond non ». « La réponse à cette question est tout le temps positive ». « rare sont ceux qui disent se sentir mal psychologiquement », « la plupart des SP répondent de façon ironique à cette question », Plusieurs infirmiers ont spécifié qu'« il serait bien de pouvoir développer davantage la question ». Un infirmier pense qu'il « n'est pas nécessaire d'entrer plus dans les détails avec cette question car la VMA est souvent perçue comme une simple visite médicale obligatoire afin d'obtenir une aptitude professionnelle ».

Pratiques des MSP pour coter le critère Psychiatrie (P) du SIGYCOP : 30% (n=3) disent évaluer ce critère

« sur la recherche d'éventuels antécédents psychiatriques et sur l'interrogatoire clinique ». Un médecin explique ne pas coter ce critère car il estime que « cela ne relève pas de son rôle mais de celui du psychologue » 20% (N=2) ont détaillé leur façon de codifier la lettre P, par exemple « si trouble psychique avéré, je cote 1 ou 2, voire plus si pathologie existante et arrêt ».

- **Les motifs du non dépistage des troubles psychotraumatiques en VMA**



A noter qu'aucun professionnel n'a coché qu'il n'était pas sensibilisé à ce sujet. Une personne signalait ne pas réaliser cette recherche pour respecter la pudeur des agents. Selon elle, le SSSM « *apparaît encore comme une sanction dans l'esprit des SP* »

- **Intérêts du dépistage et rôle du SSSM**

- La totalité de l'échantillon (100%, N=38) estime qu'il y a un réel intérêt de rechercher les troubles psychotraumatiques chez les SP.

73.7% (N=28) ont exprimé les raisons justifiant l'intérêt du dépistage. Le regroupement des réponses retrouve :

- une démarche de prévention afin de préserver la santé psychique des agents et d'éviter les commorbidités des troubles post-traumatiques : « *risque de burn out* », « *risque de réminiscences, de troubles psychologiques chroniques* », « *pour éviter une charge émotionnelle trop intense préjudiciable à la santé de l'agent* »,
- maintenir le SP actif grâce au dépistage et à la prise en charge « *si ce sont des jeunes sans expérience, le traumatisme peut les poursuivre toute une vie et entraver leur activité professionnelle et volontaire* », « *la détection des troubles permettrait ainsi d'éviter de mettre le SP en difficultés dans son travail* » « *un trouble non dépisté expose le SP à ne pas être compétent dans une situation similaire s'il revit le traumatisme* », « *pour préserver la qualité des futures interventions* ».
- pour prévenir d'éventuelles conséquences psychosociales : « *pour éviter des dommages dans la vie personnelle ou quotidienne des pompiers volontaires* », « *pour empêcher le débordement sur la vie personnelle hors garde* ».
- il relève du rôle des infirmiers et des médecins et leurs initiatives d'offrir un espace de parole aux sapeurs-pompiers sans attendre que le SP parle spontanément « *car c'est un thème dont les personnes ont honte et n'osent en parler* », « *soit ils n'osent pas en parler, soit ils ne savent pas qu'il est possible d'en parler* », « *il faut*

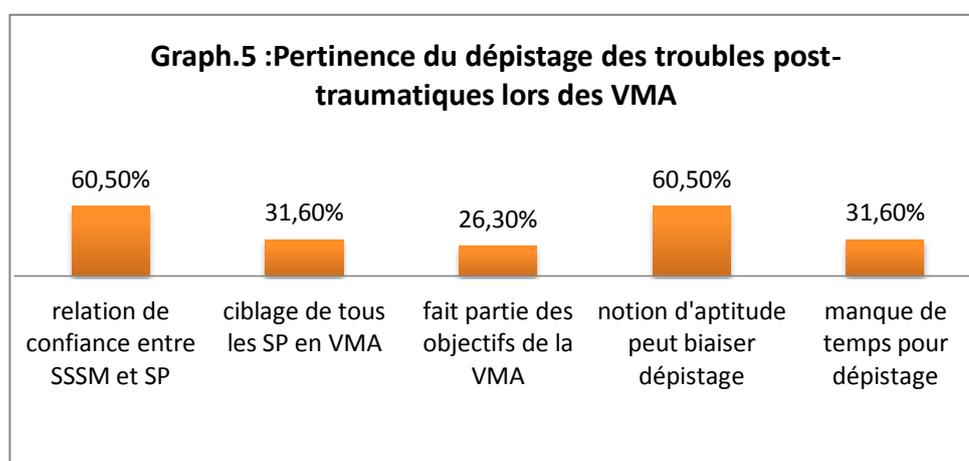
leur montrer qu'ils peuvent verbaliser les interventions qui les ont marqués ou interpellés pour éviter qu'ils s'isolent », « je pense que c'est à nous de favoriser la démarche pour qu'ils nous expliquent ce qu'ils ont ressenti, leurs positionnements, pour qu'on les aide à comprendre ce qu'il s'est passé et pour désamorcer le sentiment de culpabilité ».

- il est primordial de pouvoir verbaliser ses émotions après une intervention difficile: « un débriefing est toujours positif, le but étant de verbaliser ses ressentis pour prévenir d'éventuels symptômes post-traumatiques », « en parler peut nous permettre de les aider à surmonter le traumatisme »,

2 répondants soulignent aussi le fait « qu'il y a un intérêt du dépistage sur le long terme, car l'ESPT est une pathologie potentiellement chronique ».

Un autre rapporte « qu'il ne faut pas que le dépistage devienne un critère sélectif en VMA ».

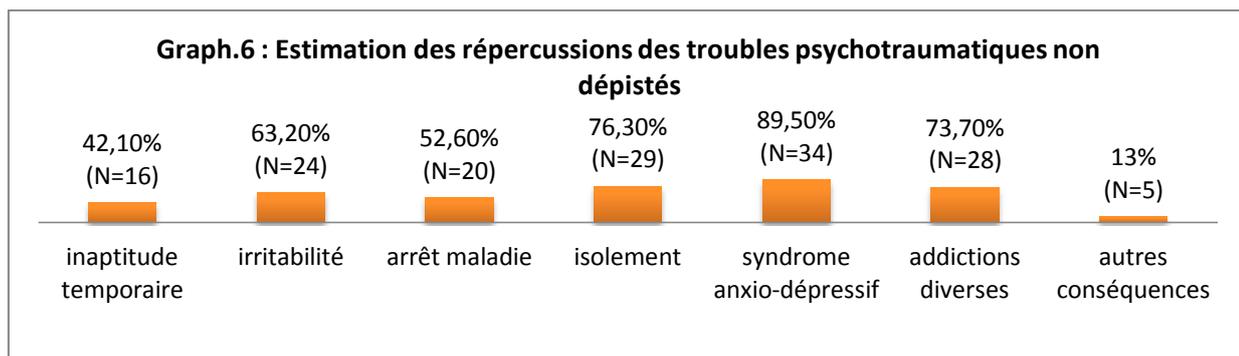
- La totalité de l'échantillon (100%, N=38) pense qu'il relève du rôle des infirmiers et des médecins du SSSM d'assurer la prévention et/ou le dépistage des troubles psychotraumatiques
- Les avis sont partagés sur le fait que la VMA soit un moment adapté pour dépister les troubles psychotraumatiques (cf.graph.5) :



Les autres avis (18,4%, N=7) insistent sur la nécessité d'instaurer un climat de confiance pour que la crainte de l'inaptitude ne biaise pas le dépistage. La notion de manque de temps revient régulièrement : « si davantage de temps est prévu pour les ISP car pour pouvoir réellement discuter avec l'agent, il est

nécessaire de ne pas être pressé ». « *il faut pouvoir prêter une oreille attentive aux SP qui se confieraient plus volontiers. Il faudrait au minimum leur poser la question : avez-vous été confronté à une situation traumatogène ?* ». Un professionnel exprime que : « *la VMA peut être réalisée trop à distance des faits* ».

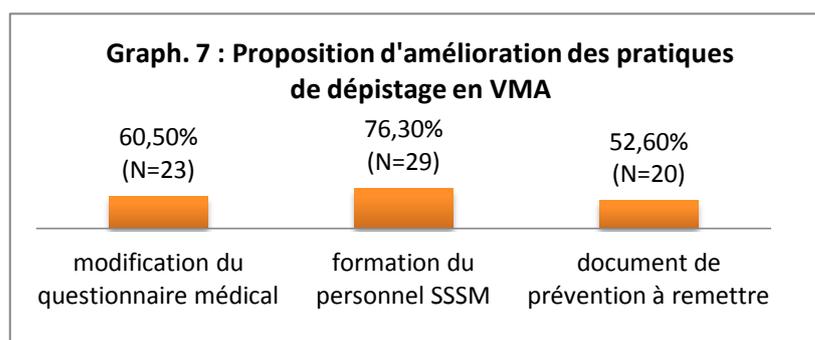
L'ensemble de la population étudiée pense que les troubles psychotraumatiques non dépistés peuvent entraîner des commorbidités (cf.graph 6)



Les autres répercussions font état du risque de passage à l'acte et des dégâts causés sur la vie sociale, familiale et professionnelle. Néanmoins un professionnel souligne le fait que « *le développement des troubles est personne-dépendant* ». Un autre met en avant que « *les troubles traumatiques sont interdépendants du degré et de l'intensité de l'exposition traumatique.* »

A noter que la majorité des professionnels du SSSM ne connaissent pas le fonctionnement de l'unité de soutien psychologique du SSSM (68,4% ; N=26). Parmi eux, 13,1% (N=5) affirment en plus ne pas connaître l'existence de cette unité au sein du SSSM.

- **Mesures correctives pour uniformiser les pratiques**



A la fin du questionnaire 15,8%, (N=6) des répondants ont reparlé du temps : « *il convient de prévoir du temps pour approfondir les questions relatives aux évènements depuis la dernière VMA* », et de la nécessité de formation « *surtout sur la pédagogie de ce thème : comment aborder ce sujet avec les SP* ».

IV. DISCUSSION

Cette étude a pour premier objectif d'évaluer les modalités actuelles de dépistage des troubles psychotraumatiques lors des VMA des sapeurs-pompiers. Les résultats de l'analyse de l'échantillon de vingt-cinq dossiers de VMA ont révélé l'absence d'investigation des infirmiers et des médecins du SSSM dans ce domaine. En effet, nous n'avons retrouvé aucune traçabilité pouvant témoigner en faveur d'un questionnement sur un potentiel vécu traumatique. La recherche d'antécédents psychiatriques ou d'un suivi psychologique ne semble pas non plus abordée en VMA.

Néanmoins, en confrontant ces données brutes à l'analyse des pratiques des infirmiers et des médecins du SSSM, il apparaît que $\frac{3}{4}$ d'entre eux affirment participer à la détection des troubles post-traumatiques au moment de la visite médicale d'aptitude. L'absence de cadre réglementaire semble entraîner un manque de cohérence entre les différentes pratiques de dépistage. En effet, s'il apparaît à travers les résultats de notre étude que l'ensemble des professionnels du SSSM sont sensibilisés au risque de traumatisme psychique des sapeurs pompiers, plus de la moitié (63%, N=17) pensent que le dépistage ne doit être réalisé que si l'infirmière et/ou le médecin a connaissance au préalable de l'exposition à une intervention potentiellement traumatique. Le risque d'exposition traumatique dans les évènements de moindre ampleur et peu médiatisé semble donc sous-estimé par les professionnels de santé. Pourtant à titre d'exemple sur l'année 2016, on a dénombré en Haute-Corse de nombreuses interventions génératrices d'un haut niveau de stress¹² : 205 interventions pour autolyse, 33 pour victimes en arrêt cardio-respiratoire et 95 pour accident de la voie publique avec gravité. Il semble délicat dans une démarche de prévention, que le critère de dépistage des troubles post-traumatiques soit soumis à l'appréciation subjective du professionnel de santé. Surtout qu'un même évènement « potentiellement traumatogène » peut donner lieu à

¹² Données statistiques issues du CODIS 2B, pour l'année 2016

un stress adapté pour un sujet, mais à un stress dépassé pour un autre, en fonction des différences de personnalité, de disponibilité des défenses psychiques, de résonance personnelle et du soutien apporté par l'entourage¹³. De plus, pouvoir se souvenir de l'implication d'un sapeur-pompier en particulier, parmi les 1560 sur le département, biaise forcément la pertinence du dépistage. Aussi, combien vont penser à évaluer la répercussion traumatique des pompiers travaillant au CTA-CODIS ? Alors que l'étude de JEHEL L. (2002) montre que les permanenciers du SAMU - dont le travail consiste, à traiter, localiser et évaluer les appels avant d'envoyer les moyens de secours nécessaires – semblent associés à un risque plus important de souffrance psychique¹⁴.

Le manque de systématisation du dépistage entraîne un décalage entre les données quantitatives et qualitatives. L'étude présentée ici a une visée exploratrice permettant d'analyser les pratiques actuelles afin d'optimiser et de standardiser la détection des symptômes post-traumatiques lors des VMA. Il apparaît que l'évaluation de la symptomatologie est plutôt disparate. Alors que seulement 28.9% (N=11) des interrogés expliquent évaluer les signes, nous retrouvons une discordance dans les statistiques. En effet, lorsqu'un vécu traumatique est révélé, plus de la majorité des intervenants affirment interroger sur la détresse émotionnelle péritraumatique ainsi que sur la durée de l'intervention. Les trois quarts disent investiguer la détection des symptômes actuels, en questionnant sur d'éventuelles reviviscences. Enfin, 92% (N=35) expliquent rechercher le soutien social dont a pu bénéficier le SP. Bien que ces données soient très positives, soulignant un bon niveau de connaissance permettant de cibler les sujets à risque, on peut s'interroger sur l'objectivité des outils de mesure et surtout sur la finalité de traitement des informations qu'on ne retrouve pas consignés dans les dossiers médicaux. La traçabilité est pourtant l'élément clé de la prise en considération des expositions à des dangers susceptibles d'être mises en cause dans la survenue d'affections médicales, y compris celles survenant tardivement. L'enjeu de la traçabilité semble particulièrement important dans le cadre de l'état de stress post-traumatique qui présente la particularité de ne pas avoir une

¹³ CROCQ L., CHIDIAC N., « Le psychotrauma II : la réaction immédiate et la période post-immédiate », Annales médico-psychologiques 168 (2010), p.639

¹⁴ JEHEL L., Victimes et soignants face au traumatisme psychique, études de facteurs prédictifs péritraumatiques et validations d'instruments de mesures. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur. Université Paris-VI, 2002

inscription linéaire dans le temps : survenue différée, intervalles libres, période de rémission et d'aggravation, durée de traitement...¹⁵

Le manque d'uniformité des pratiques de dépistage se répercute aussi dans les méthodes de prise en charge du vécu traumatique. Si la majorité des professionnels semble orienter le sapeur-pompier en souffrance vers le médecin réalisant la VMA, 16% (N=6) l'adresse plutôt au médecin-chef du SSSM et 45%(N=17) envisagent directement la consultation avec l'expert-psychologue du SSSM. Sachant que 68,4% (N=26) des professionnels ne connaissent pas le fonctionnement de l'unité de soutien psychologique, on peut penser qu'une procédure de dépistage standardisé serait plus simple et efficace pour permettre une bonne orientation des sujets relevant d'une prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique.

A travers notre étude, nous avons également cherché à identifier les motifs pouvant être à l'origine des carences de dépistage des troubles post-traumatiques. Pour cela, nous avons commencé par explorer l'intérêt et le degré d'investissement des infirmiers et des médecins sapeurs-pompiers pour ce sujet. Il se profile que la totalité de l'effectif interrogé est favorable au dépistage. S'inscrire dans cette démarche préventive leurs permettraient de préserver la santé globale des sapeurs-pompiers, en leurs évitant des comorbidités de type décompensation anxieuse ou dépressive. Il est prouvé que la précocité et la qualité de prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques permettent de limiter l'impact éventuel sur l'aptitude opérationnelle¹⁶. Ils s'accordent tous à penser qu'autoriser un sapeur-pompier à verbaliser son vécu traumatique doit relever de leur initiative en tant que professionnel soignant et qu'ils ne peuvent pas attendre que les confidences se fassent spontanément « car c'est un thème dont les pompiers ont honte et n'osent pas parler ». Cela confirme les travaux du Dr MARTINEZ L. ¹⁷ (2016) qui explique que la principale difficulté pour prévenir le risque traumatique des intervenants de secours réside dans l'attente qu'ils soient eux-mêmes en demande d'aide. On sait que dans cette population, la souffrance psychique demeure un tabou et est souvent ressentie comme un aveu de faiblesse, par crainte que les symptômes soient pris

¹⁵ Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », 2013-2015, n°517996, DCSSA du 20 décembre 2013,p.6

¹⁶ Idem 17

¹⁷http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/edocs/attentats_le_soutien_psychologique_des_soignant_s_doit_etre_soigne__157784/document_actu_pro.phtml

comme une preuve de fragilité voire d'incompétence. De plus la culpabilité face aux impliqués directs entrave leurs capacités à considérer leurs propres troubles comme légitimes. Sans compter qu'ils ont tendance à penser que l'expérience des situations difficiles constitue une protection. Par ailleurs, les professionnels de santé du SSSM ont souligné l'intérêt du dépistage pour éviter des conséquences sur la vie professionnelle et sociale du sapeur-pompier. Leur priorité semblent de pouvoir maintenir opérationnel les SP « car non pris en charge, les troubles peuvent avoir un impact sur les futures interventions à effectuer. ». Cela correspond au cadre réglementaire des VMA où « le contrôle de l'aptitude médicale du sapeur-pompier tout au long de la carrière constitue une première démarche médicale de prévention permettant de s'assurer de ses capacités à assumer les fatigues et les risques ou à prévenir une éventuelle aggravation d'une affection préexistante liée à l'accomplissement des fonctions ou des missions qui lui sont confiées¹⁸ ». A côté des objectifs stricts de l'aptitude, l'objectif de la VMA est basé sur la recherche systématique d'une affection susceptible d'avoir été déclenchée ou aggravée par les activités du SP depuis sa dernière visite. A noter que les troubles post-traumatiques font parti des risques professionnels. La VMA est aussi l'occasion de compléter l'éducation des SP en matière de santé, et en particulier vis-à-vis des risques spécifiques de la profession. Cet ensemble d'actions justifie que la visite d'aptitude soit aussi une visite de prévention¹⁹, où peut s'inscrire la détection du psychotraumatisme.

Néanmoins, comme le soulignait un soignant dans notre étude « il ne faut pas que ce dépistage devienne un critère sélectif en VMA ». En effet, notre seconde investigation pour comprendre le manque d'uniformité dans les pratiques actuelles fut d'évaluer l'opportunité de réaliser ce dépistage lors des VMA. Dans l'ensemble, les professionnels interrogés y sont favorables car ils estiment que c'est un moment permettant de cibler tout le personnel et qu'en plus la relation de confiance entre les soignants du SSSM et les SP privilégie les confidences. Néanmoins, le côté sanctionnant de l'aptitude apparaît pour 60,5% (N=) comme un frein pouvant biaiser la pertinence du dépistage. La crainte d'entraver la relation de confiance ou comme le citait un soignant « par respect pour sa pudeur » peuvent finalement entrainer les

¹⁸ Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des SPP et SPV et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des SDIS, Article 1

¹⁹ ENSOSP, DIU santé publique-santé travail, module 3 : prévention des risques professionnels

professionnels à peu investir le dépistage. Une étude réalisée en 2005 à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) montrait que la visite médicale d'aptitude était citée comme 3^e source de stress intense par les pompiers (59,7%). Ils la plaçaient avant les situations d'annonce de décès aux familles ou la prise de décision importante dans l'urgence. Cela nous conduit à penser que le dépistage des psychotraumatismes est réalisable en VMA, mais doit rester dans l'objectif d'une démarche préventive sans interférer sur l'aptitude opérationnelle. D'autant plus que, contrairement au service de santé des armées, l'état de stress post-traumatique n'est pas reconnu comme un trouble imputable à l'activité professionnelle, et n'ouvre pas droit à une déclaration d'accident de travail, ni à une indemnisation. Même si nous serons peut-être amenés à revoir ces données dans le futur, l'assurance maladie ayant développé des recommandations (2003) à disposition des médecins conseils pour les pathologies d'origine psychique susceptibles d'être reconnues en tant que maladies professionnelles²⁰. Néanmoins, l'analyse des pratiques actuelles concernant le SIGYCOP nous montre que la majorité des médecins (56%) attribuent la note 1, voir ne cotent pas (32%) le critère de Psychiatrie (P). Le critère P1 indique un niveau intellectuel satisfaisant et l'absence de troubles psychopathologiques cliniquement décelables. Il confirme l'aptitude sans restriction à tous types d'emploi²¹. Si certains MSP expliquent remplir ce critère en fonction des éventuels antécédents psychiatriques du sujet, beaucoup préfèrent ne pas attribuer de score car ils estiment que cela ne relève pas de leur compétence, mais de l'expertise d'un psychologue ou d'un psychiatre. En réalité, le médecin est habilité à attribuer les coefficients P 1, P 2 et P 3 mais l'attribution des coefficients P 4 et P 5 (signant une inaptitude définitive) est du ressort exclusif du médecin spécialiste de psychiatrie²². Cela signifie donc que la crainte de l'agent d'être sanctionné à travers le dépistage d'un trouble post-traumatique n'est pas objectivé. Cependant, cela ouvre la voie d'une autre réflexion concernant le bénéfice et les risques du maintien de l'aptitude chez l'agent souffrant d'un état de stress post-traumatique. Sachant que la majorité des professionnels interrogés estiment qu'un trouble psychotraumatique non détecté et donc non pris en charge peut potentiellement entraîner un arrêt de travail pour maladie (52,6%) ou une inaptitude temporaire (42,10%).

²⁰ <http://www.atousante.com/wp-content/uploads/2013/07/Lettre-r%C3%A9seau-CNAM-2013-.pdf>

²¹ INSTRUCTION N° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir, du 1^{er} octobre 2003

²² Idem 23

Un professionnel de notre étude abordait une autre notion pour expliquer sa réticence au dépistage en VMA, il craignait « qu'elle soit réalisée trop à distance des faits ». Mais il est démontré que le délai écoulé entre l'exposition traumatique et l'évaluation des symptômes est favorable à la détection, les manifestations cliniques des états de stress post-traumatiques pouvant se révéler de manière différée, tardivement, de plusieurs mois à plusieurs années après l'évènement traumatisant²³. Par ailleurs, le temps trop restreint en VMA est un concept abordé par un tiers des répondants de notre étude. Il semblerait que ce manque de temps entrave la bonne conduite du dépistage.

Au final, la principale raison expliquant l'absence de dépistage réside dans la carence de procédure standardisée (55,3%, N=21). Notre dernier objectif d'étude nous permet d'établir un lien de causalité entre le manque d'uniformité des pratiques et la disposition d'outils insuffisamment adaptés. En effet, 39,5% (N=15) des professionnels interrogés affirment ne pas rechercher de vécu traumatique car cela n'est pas formalisé dans le questionnaire médical. L'analyse des résultats concernant la question relative à l'état psychique de la grille d'entretien utilisé par l'ISP « Etes-vous en bonne condition physique et psychique ? » montre une discordance totale avec une possibilité de repérage des troubles psychotraumatiques. Déjà, il apparaît dans les données qualitatives et quantitatives recueillies que la réponse à cette question est toujours positive. Les infirmiers expliquent ne pas s'attarder et peu approfondissent cette question car ils ne la trouvent pas appropriée : « la plupart des SP répondent de façon ironique », « aucun ne m'a jamais répondu se sentir en mauvaise condition psychologique ». Par le biais de notre étude, notre but est de trouver des solutions pour optimiser et standardiser la détection des symptômes psychotraumatiques en VMA. Il apparaît que la majorité des professionnels interrogés (60,5%) seraient favorables à la modification du questionnaire, trouvant la question relative à la santé psychique « trop brève » et « à développer davantage ». Un soignant a fait remarquer « qu'il faudrait au minimum poser la question : avez-vous été confronté à une situation traumatogène ? ».

Par ailleurs, bien que le manque de connaissance n'ait pas été identifié comme un frein au dépistage, les professionnels du SSSM sont demandeurs en formation sur

²³ Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », 2013-2015, n°517996, DCSSA du 20 décembre 2013,p.6

l'EPST (76,3%) et notamment sur la façon d'aborder le sujet avec les sapeurs-pompiers. A noter aussi que parmi les autres solutions d'améliorations envisageables, on retrouve la possibilité de disposer d'un document de prévention (52,6%) relatif aux traumatismes psychiques à remettre aux SP²⁴.

A cette étape de l'étude et dans l'optique de pouvoir proposer une solution adaptée et réalisable, il paraissait nécessaire de s'interroger sur les pratiques actuelles des autres SSSM en France. Cela nous a confirmé que la prise en compte des troubles post-traumatiques chez les sapeurs-pompiers était un enjeu de santé publique, résonnant au niveau national. Parmi les 8% des SDIS ayant répondu à notre sollicitation²⁵, nous avons pu constater que dans plusieurs SSSM (SDIS 29,54,90,07), le dépistage systématique était déjà instauré. Les médecins-chefs de ces différents SDIS ont fait le choix de modifier le questionnaire de visite médicale afin d'y inclure une question relative aux traumatismes psychiques. Le SSSM de Belfort (SDIS 90) a par exemple ajouté comme item « Avez-vous eu le sentiment d'avoir participé à une ou plusieurs interventions difficiles sur le plan psychologique ? ». Si la réponse à cette question est positive, l'ISP ou le MSP prodigue des conseils psychoéducatifs et évalue plus précisément les symptômes. Selon les éléments recueillis, l'agent est orienté soit en consultation avec la psychologue, soit vers un personnel du SSSM 3 mois après la VMA. Dans les autres SSSM recherchant de façon standard l'exposition traumatique, il semblerait que ce soit le MSP qui évalue plus en détail la symptomatologie et décide de la prise en charge.

De façon majoritaire, nous avons pu observer que les autres SSSM sont structurés au niveau de la détection initiale des interventions potentiellement traumatiques et de leurs traçabilités. Dans certains SDIS (48, 64, 90) il apparaît que les chefs d'agrées ont été sensibilisés aux psychotraumatismes afin de faire remonter l'information aux SSSM. Dans le SDIS 91 il a été choisi une autre procédure : l'officier santé au CTA a pour fonction le dépistage de toutes interventions pouvant être source de traumatisme psychologique, et la mise en place d'une prise en charge.

²⁴ Cf annexe n°4

²⁵ Cf annexe n°3

Nous avons pu aborder une autre solution à travers le développement des entretiens infirmiers. Ceux-ci sont mis en place au SSSM du Finistère (SDIS 29) : la question du psychotraumatisme fait partie du protocole de la visite de l'infirmier. Le médecin-chef du SDIS 54 souhaiterait développer ces derniers, afin que les ISP bénéficient d'un temps plus long pour réaliser le dépistage des traumatismes psychiques. En effet, depuis 2012, les entretiens infirmiers sont une alternative en pleine expansion dans le milieu de la santé au travail, pour pallier notamment à la désertification médicale. Le médecin du travail peut ainsi confier certaines activités aux infirmiers, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits prévus à l'article R.4623-14 du Code du travail. L'entretien infirmier donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude du salarié²⁶. Ces entretiens supprimeraient donc la crainte de biaiser le dépistage par la délivrance du certificat d'aptitude. La réflexion est en cours depuis 2014 dans les SDIS, un guide de bonne pratique a d'ailleurs été établi pour adapter les Entretiens en Santé au Travail Infirmier (ESTI) en Entretien Infirmier de Santé en Service (EISS). Les objectifs des EISS sont de concourir au maintien de l'aptitude dans une démarche de prévention, de participer à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire et enfin de contribuer au parcours santé de l'agent tout au long de sa carrière. Il est préconisé d'utiliser dans ces entretiens des outils et indicateurs déjà existants et validés, et que le recueil de données soit commun à tous les SDIS²⁷. Ainsi, les entretiens infirmiers pourraient être une pratique à développer à moyen terme au SDIS 2B pour optimiser la détection des psychotraumatismes.

En effet, ces différentes modalités de dépistage ouvrent des pistes de réflexions et nous permettent de proposer dans un premier temps des idées pour uniformiser les pratiques au SSSM de Haute-Corse:

- Concernant le questionnaire de santé, l'ajout d'une question standardisée « Avez-vous été confronté à une intervention particulièrement choquante depuis la dernière VMA ? »
- Pour toute réponse positive à cette question : la recherche de la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique au moyen de 4 sous-

²⁶ www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail.html

²⁷ http://www.infirmiersapeurpompier.com/tinyfilemanager/file/2015-07-22_17-30-53_gbp_eiss_version_finale_au_22112014_pour_diffusion.pdf

questions. Si ces réponses sont positives : passation avec l'ISP ou le MSP de l'échelle PCL-S (ou sa dernière version PCL-5). L'utilisation de cet outil est notamment utilisé lors des visites médicales périodiques des sapeurs-sauveteurs à l'Unité d'Intervention de la Sécurité Civile n°5 de Corte.

- Selon le score de la PCL-S, la mise en place d'une procédure de prise en charge : si score ≥ 38 orientation en consultation avec expert-psychologue du SSSM
- Par ailleurs, la création d'une brochure d'information sur l'état de stress post-traumatique pourrait être utile et aider à faire connaître l'unité de soutien psychologique du SSSM
- Concernant le volet formation : l'inclusion dans la formation initiale des ISP d'un item sur la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique et la sensibilisation des officiers santé pour dépister et assurer la traçabilité des interventions à plus haut risque de traumatisme psychique.

Après avoir présenté et discuté des résultats de notre étude, il semble important d'en évoquer les limites. Nous pouvons noter un manque de puissance de la significativité statistique des résultats à cause d'un échantillon d'étude restreint : l'analyse de 25 dossiers médicaux sur une moyenne de 700 VMA réalisées par an. Il manque aussi à notre étude un étayage plus précis au niveau national, seuls 8 SSSM sur 100 nous ont rapporté leurs pratiques de dépistage. Il semblerait pourtant intéressant de pouvoir développer davantage la description et la comparaison des différentes pratiques, peut-être par le biais d'une autre étude, pour élaborer une procédure de dépistage commune à l'ensemble des SDIS.

V. CONCLUSION

Les résultats de notre recherche mettent en évidence l'insuffisance d'adaptation des outils de la VMA pour permettre un dépistage uniforme et standardisé des troubles post-traumatiques au sein du SDIS de la Haute-Corse. Notre problématique a permis d'éclairer un problème de santé publique actuel concernant la prévention de la souffrance psychologique post-traumatique des intervenants de secours. Ainsi, notre étude nous a permis d'identifier qu'au-delà de la carence de traçabilité, le personnel du SSSM était effectivement sensibilisé et investit dans la détection de l'état de stress post-traumatique. Cependant, l'absence d'un outil et d'une procédure

standardisée retentissent sur la pertinence du dépistage et sur la prise en charge éventuelle du trouble.

Les solutions que nous avons envisagées pour optimiser la détection de la symptomatologie psychotraumatique lors des VMA sont concordantes à la réalité, se calquant sur ce qui est déjà fonctionnel dans d'autres SDIS et sur un outil validé et utilisé par le Service de Santé des Armées.

Néanmoins, cette étude aborde la prévention de la souffrance psychique des Sapeurs-Pompiers de façon non exhaustive, ciblant uniquement les traumatismes psychiques. Pourtant, l'analyse quantitative du questionnaire actuel de VMA nous a interpellés. Les questions « Prenez-vous des calmants » et « Est-ce que vous buvez ? » paraissent également peu adaptées pour repérer les conduites à risque. L'addiction dans le milieu du travail est pourtant un sujet préoccupant en matière de santé publique. La consommation excessive d'alcool représente la deuxième cause de mortalité en France (INRS, 2005). Alcool, cannabis et médicaments psychotropes sont à l'origine de 15 à 20% des accidents professionnels²⁸. Peu de données sont publiées concernant les sapeurs-pompiers. L'analyse des pratiques actuelles des ISP et des MSP concernant le dépistage des addictions en VMA pourrait peut-être faire l'objet d'une autre étude.

²⁸ P.Chum, « prévention et prise en charge des addictions chez les sapeurs-pompiers », expérience au SDIS 87, Perspectives, juin 2010, pp 93-97

BIBLIOGRAPHIE

1. MP Nelly Lavillunière, MC Daniel Leiffen, MC Philippe Arvers, « Stress et santé au travail chez les sapeurs-pompiers de Paris, p90-93, dossier spécial : santé au travail, 2005
2. Recommandations pour la gestion et la prévention des risques psychologiques post-attentats pour les sapeurs-pompiers des SDIS, 14/07/2016, sous la direction de S.GOUJARD
3. L.Crocq, O.Leny, « le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes » Extrait des comptes rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 137^e ; session Montréal, 1989
4. E. De Soir, « le débriefing psychologique et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des services de secours, J.int.Victimologie, 2003, pp 1-3
- 5.<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Etude-I.M.P.A.C.T.S-post-attentat-de-janvier-2015>
6. S. YAO, COTTRAUX J et al, "Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS", Encéphale 2003 ; 29;232-8
7. L.Jehel, P.Louville et al, « retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU » J.Européen Urgences 1999 ;4 : 157-64
8. L.Crocq, « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », Soins psychiatriques, vol 188, 1997, pp 7-13
9. DSM-V, 2013, « Etat de stress post-traumatique »
10. CROCQ L., CHIDIAC N., « Le psychotrauma II : la réaction immédiate et la période post-immédiate », Annales médico-psychologiques 168 (2010), p.639
11. JEHEL L., Victimes et soignants face au traumatisme psychique, études de facteurs prédictifs péritraumatiques et validations d'instruments de mesures. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur. Université Paris-VI, 2002
12. Plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées », 2013-2015, n°517996, DCSSA du 20 décembre 2013,p.6
- 13.http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/edocs/attentats_le_soutien_psychologique_des_soignants_doit_etre_soigne__157784/document_actu_pro.phtml

14. Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des SPP et SPV et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des SDIS, Article 1
15. ENSOSP, DIU santé publique-santé travail, module 3 : prévention des risques professionnels
16. P.Nivet et al, « Les réactions émotionnelles chez les décideurs et les sauveteurs et les soignants » Soins psychiatriques, vol 106-107, 1989, pp 18-22
17. www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail.html
18. http://www.infirmiersapeurpompier.com/tinymcefilemanager/file/2015-07-22_17-30_53_gbp_eiss_version_finale_au_22112014_pour_diffusion.pdf
19. L.Crocq, « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles », Psychol Med 1992, pp 24-32
20. E. De Soir, « Gérer le trauma, un combat au quotidien », De Boeck, 2010
21. F.PAUL et al, « Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatiques chez les militaires en retour de mission », l'encéphale Paris 2013, La psychiatrie en milieu militaire, Elsevier Masson

DEPARTEMENT DE HAUTE CORSE

SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

Service de Santé et de Secours Médical
Médecin chef

REPUBLIQUE FRANÇAISE



DIPARTIMENTU di à CISMONTE

SERVIZIU DIPARTIMENTALE
D'INCENDIU è di SUCCORSU

Cura medicale
Capu medicu

Dossier suivi par / Cartulare seguitatu da:
Lieutenant Colonel Jean Claude BOUGAULT
Référence à rappeler : JCB/SSR/2017 - 954
☎ : 04 95 30 98 19
✉ : ssm@sd2b.fr

Furiani, u/Furiani, le 11 avril 2017

ATTESTATION

Je soussigné, Jean Claude BOUGAULT, Médecin chef adjoint du SDIS de Haute Corse, atteste avoir pris connaissance du sujet de Travail Appliqué Tutoré de madame Mélanie GIAGENTI, infirmière de sapeur pompier volontaire du SSSM 2B, intitulé « Le dépistage des traumatismes psychiques lors des VMA ».

Par conséquent, elle a mon accord pour venir soutenir son TAT lorsqu'elle aura reçu sa convocation avec la date et le lieu.

Attestation faite pour servir et valoir ce que de droit.

Lieutenant-Colonel Jean Claude Bougault

SDIS 2B

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire d'entretien actuel de VMA au SDIS 2B

DEPUIS VOTRE DERNIERE VISITE D'APTITUDE	OUI	NON	
Avez-vous eu des troubles ou malaises ?			
Avez-vous eu un incident ou accident de service ?			
Avez-vous eu un changement dans votre vie familiale ?			
Avez-vous eu un changement dans votre vie professionnelle ?			
Avez-vous consulté votre médecin ou un spécialiste ?			
Avez-vous eu un arrêt de travail pour raison médicale ?			
Avez-vous été hospitalisé ?			
Avez-vous eu des palpitations ou des douleurs cardiaques?			
Avez-vous eu des maux de tête fréquents?			
Avez-vous modifié vos activités sportives ou physiques?			
Prenez-vous actuellement des calmants?			
Fumez-vous ?			
Consommez-vous de l'alcool ?			
Etes-vous actuellement en bonne condition physique et psychologique ?			si
Nom du médecin traitant :			
<i>Annotations médicales, p</i>			

Annexe n°2 : Questionnaire d'analyse qualitative

VMA des sapeurs pompiers et troubles psychotraumatiques

Dans le cadre de mon TAT du DIU de santé publique, je suis amenée à analyser nos pratiques au SSSM concernant le domaine psychologique. J'étudie en particulier comment les troubles psychotraumatiques (état de stress aigu et état de stress post-traumatique) sont dépistés dans le cadre des visites de maintien en activité des sapeurs-pompiers.

Sont inclus dans mon étude : tout ISP et MSP du SDIS 2B réalisant des VMA

Vous avez jusqu'au 15 juillet pour répondre à ces quelques questions, principalement à choix multiples

Je vous remercie vivement pour votre participation.

Votre âge :

Sexe :

Profession :

-ISP

- MSP

- professionnel

- volontaire

Ancienneté au SSSM :

- Moins de 3 ans

- Entre 3 et 6 ans

- Entre 7 et 10 ans

- Entre 11 et 15 ans

- Plus de 15 ans

Uniquement pour les ISP : étiez-vous sapeur-pompier avant de vous engager au SSSM ? oui/non

1. Lors des VMA, recherchez-vous si le sapeur-pompier a pu être exposé ou vivre un évènement potentiellement traumatique lors d'une intervention ?

- Oui systématiquement

- Oui uniquement si j'ai connaissance de sa participation dans une intervention difficile

- Non jamais

- Autre

2. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous pouvez ne pas effectuer cette recherche lors des VMA ?
- Aucun intérêt lors des VMA
 - Manque de connaissances des symptômes des troubles psychotraumatiques
 - Non prévu dans le questionnaire de la VMA
 - Non prévu dans le critère P du SIGYCOP
 - Je n'ai jamais entendu parler de troubles psychotraumatiques
 - Outils de dépistage et de prévention non adapté
 - Pas de procédure guidant la réalisation du dépistage
 - Autre
3. Si le sapeur-pompier a participé à une ou des interventions potentiellement traumatiques avec la confrontation brutale et violente au réel de la mort (mort brutale d'un enfant, blessure grave d'un collègue...) recherchez-vous :
- a) Les émotions ressenties durant l'intervention ?
- Le sentiment de peur intense
 - Le sentiment d'impuissance
 - L'horreur ressenti
 - Une sensation de mort imminente
 - Je ne recherche pas les émotions ressenties
- b) La durée de l'exposition traumatique/durée d'intervention ? oui/non
- c) S'il persiste au moment de la VMA des stimuli qui provoqueraient des reviviscences de la situation traumatique ? oui/non
- d) Si le sapeur-pompier a pu verbaliser son ressenti (collègues, professionnels...) dans les suites de l'intervention traumatogène ? oui/non
4. Si le sapeur-pompier vous confie le vécu traumatique d'une intervention lors d'une VMA, comment réagissez-vous ?
- J'oriente vers le médecin chef
 - Je le notifie sur le questionnaire médical ou dans le dossier informatisé du SP
 - J'oriente vers la psychologue du SSSM
 - Je propose d'en reparler avec le médecin qui effectue la VMA
 - J'évalue les symptômes principaux que présente le sapeur-pompier
 - Cette situation ne m'est jamais arrivée
 - Autre

5. Pensez-vous qu'il y a un intérêt à rechercher les troubles psychotraumatiques chez les sapeurs-pompiers ? oui/non
6. Selon votre dernière réponse, pouvez-vous expliquer en quelques mots pourquoi ?
7. Pensez-vous que la prévention et/ou le dépistage des troubles psychotraumatiques relève du SSSM ? oui/non/autre
8. Pour vous, est ce que la VMA est un moment adapté pour dépister les troubles psychotraumatiques ?
 - Oui car nous avons une relation de confiance avec les pompiers
 - Oui car on est sur de cibler tous les pompiers
 - Oui cela fait partie des objectifs de la VMA
 - Non car notion d'aptitude biaise les confidences
 - Non car nous n'avons pas le temps lors des VMA
 - Autre
9. D'après vous quelles conséquences peuvent avoir des troubles psychotraumatiques non dépistés et/ou non pris en charge ?
 - Symptômes peuvent causer une inaptitude temporaire
 - Irritabilité
 - Arrêt maladie
 - Isolement
 - Syndrome anxio-dépressif
 - Addictions (alcool, médicaments, stupéfiants...)
 - Pas de conséquences notables
 - Autre
10. Avez-vous des idées à proposer pour systématiser le dépistage des troubles psychotraumatiques lors des VMA ?
 - Modification du questionnaire médical
 - Formation et sensibilisation du personnel SSSM sur les troubles psychotraumatiques
 - Disposer d'un document de prévention à remettre aux sapeurs pompiers
 - Autre
11. Vous êtes ISP : lors de la VMA, comment remplissez vous la question « Etes vous en bonne condition physique et psychologique ? »
12. Vous êtes MSP : lors de la VMA, comment côtez-vous (sur quels critères) le P du SIGYCOP ?
13. Connaissez-vous le fonctionnement de l'unité de soutien psychologique du SSSM ?
oui/non/ne sait pas que ça existe

Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

Annexe n°3 : Echelle PCL-S

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veillez lire chaque problème avec soin, puis veillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé(e) par ce problème en relation avec la catastrophe de Furiani au cours de **ces deux dernières semaines** :

	pas du tout	un peu	parfois	souvent	très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet évènement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement sentir ou agir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Vous sentir très ému(e) ou bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Ressentir une perte d'intérêt pour des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Vous sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Vous sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Vous sentir comme si votre avenir était en quelque sorte limité.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Vous sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Vous sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Annexe n°4 : Investigations sur les pratiques des autres SSSM en matière de
dépistage du stress post-traumatique

Mesdames et messieurs les Médecins Chefs,

J'ai au sein de mon effectif d'infirmiers volontaires, une ISP qui étudie pour un diplôme universitaire la prévention des troubles psychotraumatiques au sein des SDIS. Elle fait une étude qui cible particulièrement la visite de maintien en activité.

Elle voudrait réaliser une cartographie nationale du dépistage de l'état de stress post-traumatique par le SSSM. Pourriez-vous répondre brièvement à ces 2 questions :

- 1) Lors des VMA, est ce qu'il est recherché par l'ISP ou le MSP l'exposition du sapeur-pompier à une intervention choquante ou traumatique ?
- 2) Si oui, pourriez-vous décrire la procédure du dépistage ? (ISP ou MSP, ou psychologue ?... de quelle façon : questionnaires, entretiens... ?)

En vous remerciant par avance pour vos retours.
Cordialement.

Médecin Lieutenant colonel Jean Claude BOUGAULT

Médecin chef par intérim du SDIS de Haute-Corse

SDIS 29 : Médecin colonel Dominique PHAM

Pour le Finistère, la question est systématiquement posée dans le questionnaire signé par l'agent : "avez-vous eu depuis la dernière visite une intervention difficile sur le plan psychologique". Lors des VMA, le questionnaire est rempli sur informatique par l'infirmier. Le médecin revient systématiquement dessus lors de l'exploitation du questionnaire avec l'agent. Nous faisons des entretiens infirmiers (visites par infirmiers seuls sur protocole). La question est là aussi abordée.

SDIS 15 : Médecin chef par interim Arnaud LOYER

Lors de la VMA, il est demandé si une ou plusieurs interventions ont été "remarquables"; une discussion s'engage au besoin. DE principe, sur les interventions potentiellement traumatisantes, le chef d'agrès fait remonter l'info, le sssm est averti et met en place un soutien psychologique (defusing, debriefing) et suivi individuel au cas par cas.
Pas de questionnaire particulier.

SDIS 54 : Médecin Colonel Michaël PIERRAT

Pour le 54, cet aspect est évoqué en VMA, au moyen d'un questionnaire. Néanmoins, à ce stade, ceci me semble insuffisant pour vraiment ouvrir la discussion. Je souhaite développer un temps infirmier plus long pour cette approche, quitte à faire moins de temps de biométrie.

SDIS 34 : Médecin Colonel Pierre TUR

Nous y avons pensé mais nous nous sommes aperçu de l'immense difficulté de déployer ce dépistage sur les 4300 visites. Cela pose un vrai problème de formation des ISPP et ISPV. Actuellement nous ne travaillons qu'au décours d'évènements traumatisants et uniquement à la demande des agents, donc pas de systématisation du dépistage.

SDIS 64 : Médecin-Colonel Paul-Eric GARDERES

L'exposition du sapeur-pompier à une intervention choquante ou traumatique n'est malheureusement pas recherché de façon systématique et protocolée lors des VMA.

En revanche, le Codis nous alerte lors d'interventions potentiellement psycho traumatisantes ; nous déclenchons alors nos procédures de soutien psychologique.

SDIS 90 : MHC IDRISI

- tout personnel complète avant sa VMA le questionnaire habituel, auquel nous avons ajouté un item : avez-vous eu le sentiment d'avoir participé à une ou plusieurs interventions difficiles sur le plan psychologique ?
- si la réponse est oui l'ISP et le MSP ensuite « creuse le sujet »
- selon les éléments recueillis, on évalue soit l'orientation obligatoire ou facultative vers la psychologue, soit revoir l'agent dans les 3 à 6 mois ou une sensibilisation au risque psycho-traumatique avec les risques de réminiscence, avec bien sûr la possibilité à tout moment de nous recontacter pour une prise en charge psychologique

Cette approche est croisée également avec une sensibilisation des chefs de centre, le CTA et la chaîne de commandement pour que le SSSM soit informé d'interventions « à risque psychologique », cette évaluation reste à ce jour empirique et laissée à l'appréciation des intervenants. Dans le cas d'une remontée d'information de ce type, j'analyse les faits pour évaluer la suite à donner : soit en urgence ou semi-urgence pour un débriefing, par contre si on ne déclenche pas cette approche, on insère une note dans le dossier de façon à pouvoir revenir sur le sujet lors de la prochaine VMA de l'agent (même si celui-ci ne le mentionne pas).

Voilà un résumé de notre projet, sachant que le SDIS 90 est de 5^{ème} catégorie et que nous n'avons pas la possibilité d'une astreinte 24/24 SSSM. Par contre comme petit SDIS, j'ajouterais que l'information (officielle ou officieuse) circule très vite, et nous avons aussi la possibilité d'avoir des informations par « le bouche à oreille », que nous traitons de la même façon. Enfin notre effectif SSSM est réduit puisqu'il n'y a que 4 MSP à faire les VMA, et que tous les dossiers de VMA passent vers moi, ce qui permet d'avoir une approche assez homogène. Je n'ai pas encore le recul suffisant pour conclure à l'efficacité de cette approche.

SDIS 36 : Dr Philippe JUSSIEUX

Cela fait partie de l'interrogatoire qui doit vérifier s'il a existé des événements marquants depuis la dernière visite (en service ou hors service). Les réponses à l'ISP et au MSP gagnent parfois à être croisées. Mais se pose le recueil d'une information péjorative dans des délais très tardifs pour une prise en charge efficiente (qui peut atteindre 24 mois pour les moins de 38 ans !!!).

Il n'existe pas de dépistage mais une attitude pro active sur tous les événements potentiellement psycho-traumatiques. L'ensemble de la chaîne de commandement opérationnel, la chefferie médicale ou l'astreinte médicale restent vigilantes. Une procédure de gestion de crise est en cours de rédaction finale avec les experts psychologues.

SDIS 73 : Médecin chef Jean-Noel LONGHI

Nous ne faisons pas de dépistage systématique lors de la VMA. En revanche nous avons une consigne opérationnelle au CTA qui met en place un contact avec un de nos psychologues d'astreinte au décours immédiat de toute intervention potentiellement choquante, traumatisante. Il nous reste encore à convaincre car cette consigne n'est pas toujours appliquée.

SDIS 50 : Médecin Chef N.BERGINIAT

Nous avons mis en place une cellule d'aide psychologique. Les SP savent qu'ils peuvent y avoir accès en toute discrétion. Campagne d'information, flyers nous ont aidé à la faire connaître, et les membres du ssm des centres sont sensibilisés.

A chaque vma, cet aspect est abordé, mais aussi les souffrances éventuelles au travail. Les agents sont renvoyés vers la cellule et/ou le CHS (où œuvre une psychologue en charge des RPS).

SDIS 28: Médecin Colonel David POUBEL

Pour le 28 pas de questionnaire systématique.

Cependant, le questionnaire général de la VMA comprend un item « êtes-vous en bonne condition physique et psychologique » qui nous alerte quand la réponse « oui » est cochée.

Le repérage des difficultés psychologiques suite à intervention est basé sur un dispositif de veille des interventions traumatisantes notamment via le CODIS, avec une possible intervention SSO psychologique de nos infirmiers formée par notre psychologue. Nous avons la chance d'avoir un bon réseau de proximité qui nous alerte facilement.

SDIS 33 : Dr Philippe BOUFFARD

Le SSSM 33 n'a pas systématisé de questionnements précis du risque psychotraumatique lors des VMA.

Le médecin et l'infirmier ont un questionnaire plus large dans leurs consultations. D'abord, sous forme d'un questionnaire écrit rempli par l'agent avant sa VMA ("depuis votre dernière visite, y a t il eu des changements? dans la vie familiale, dans la vie professionnelle, difficultés avec les collègues ou la hiérarchie, difficultés psychologiques, arrêt de travail, accident de travail...). Lors de la rencontre qui suit avec le médecin en particulier, ses points particuliers sont abordés.

Selon les propos recueillis, le professionnel de santé dispense alors des informations, soit d'éducation à la santé physique et mentale, soit d'orientation vers des spécialistes (notamment psychologues SDIS).

Par contre nous sommes au courant en temps réel des interventions potentiellement marquantes associé à une sensibilisation des chefs de centre et de garde.

Débriefing psychologique n'est plus tabou aujourd'hui et cela nous permet de désamorcer des situations potentiellement "stressantes", de prendre des nouvelles à distance et de proposer une orientation pour suivi spécifique si besoin.

SDIS 42 : Dr Frederic FREY

Lors des visites d'aptitude le SP rempli une fiche de renseignements et coche s'il a présenté un problème psychologique suite à des interventions sur l'année qui suit la dernière visite.



AEPSP

SOLUTION ET APPLICATION

Ce qu'il faut savoir suite à un événement difficile ou choquant...

Après l'exposition à une situation particulièrement difficile ou choquante, vous devez faire attention aux signes suivants :

- Sommeil difficile, difficultés à vous endormir, cauchemars...
- Sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'absurdité...
- Retour brutal et fréquent des images, sensations et émotions liées au choc
- Evitement des situations qui vous rappellent le contexte du choc
- Irritabilité importante : vous entrez souvent en conflit avec votre entourage
- Perte de l'appétit ou troubles de l'alimentation
- Besoin d'isolement et de retrait
- Sentiment d'abattement généralisé

Ces signes sont normaux après la confrontation à une situation difficile ou choquante mais ils doivent en principe diminuer dans les semaines qui suivent. (N'hésitez pas à contacter votre médecin traitant pour qu'il vous aide à passer ce cap ou à échanger avec votre médecin SSSM).

En revanche, si certains de ces signes prennent des proportions perturbantes pour vous ou s'ils persistent dans le temps, nous vous conseillons de solliciter une aide psychologique auprès de votre USP :

Plus l'aide psychologique est rapide, plus elle est efficace.

Ce qui vous montre que vous commencez à passer le cap.

1. Mon sommeil devient moins difficile, l'endormissement est plus facile, les cauchemars sont plus rares voire absents.
2. Mes sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'absurdité se calment et disparaissent.
3. Je n'ai plus de retour brutal d'images, de sensations ou d'émotions liées au choc.
4. Je me sens capable d'affronter les situations qui me rappellent le contexte du choc.
5. Les relations avec mon entourage s'apaisent. Je me sens moins tendu avec eux.
6. Je retrouve un appétit « comme avant ».
7. Je ressens moins le besoin de m'isoler, je me sens de nouveau capable d'aller vers les autres.
8. Le sentiment d'abattement se lève et je retrouve la force de regarder vers l'avenir.

Si elle est nécessaire, plus l'aide psychologique est rapide, plus elle est efficace.

