

+

PETIT GUIDE POUR AIDER LES VICTIMES D'ATTENTATS



+

« RESCAPES DE LA TERREUR » :

Comment venir en aide aux victimes du terrorisme ?

Rédacteurs : Valérie A. G. Ventureyra, Docteur en Psychologie, Responsable Pédagogique de l'AFTCC & Sylvain Goujard, Psychologue clinicien TCC

La France et la Belgique ont été la scène de violences collectives au cours des derniers mois : les actes terroristes du 13 novembre 2015 à Paris et à Saint Denis, les attaques au centre-ville et à l'aéroport de Bruxelles le 22 mars 2016, et l'événement tragique à Nice le 14 juillet 2016.

Face à ces événements exceptionnels ayant eu comme conséquences des dizaines de victimes mortelles, et des centaines de blessés physiques et psychiques, ainsi que des populations entières en état de choc, les cliniciens de nos pays se sont souvent sentis démunis pour aider les victimes.

L'AFTCC s'est mobilisée pour proposer à ses membres des ressources pour mieux répondre aux besoins des victimes dans l'éventualité d'un nouvel attentat.

Ce document a été conçu pour servir de guide d'informations et de méthodes de prise en charge des syndromes psychotraumatiques chez les victimes, aussi bien que chez les intervenants de première ligne.

Sommaire

1. *Le parcours de la victime dans les dispositifs de secours et de soins lors d'un acte terroriste*
2. *Comment intervenir auprès des victimes en post-immédiat ? Que faut-il évaluer/surveiller ?*
3. *Que faire lorsqu'on reçoit une victime dans les semaines/mois suivant l'événement ?*
4. *Comment aider les personnels qui ont assisté les victimes en première ligne ? En deuxième ligne ?*
5. *Comment prendre soin de soi (self-care) après intervention ?*
6. *Comment évaluer et traiter la peur du terrorisme dans la population générale ?*
7. *Bibliographie*

1. Le parcours de la victime dans les dispositifs de secours et de soins lors d'un acte terroriste

A) ORSEC/ ORSAN :

Activation des plans ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile)/ ORSEC NOVI (Nombreuses Victimes) et ORSAN (Organisation de la Réponse Sanitaire) par le Préfet pour **mobiliser les acteurs de la chaîne de secours** (Police, SAMU, Pompiers) et **effectuer le triage des blessés** : identification et dispense des soins (acheminement vers les hôpitaux, intervention des Cellules d'Urgence Médico-Psychiatriques).

B) ROLE DE LA CUMP (DEPARTEMENTALE/REGIONALE) (ET DE L'EPRUS) :

Les interventions psychologiques en immédiat, dans les heures qui suivent l'événement, et en post-immédiat, dans les jours qui suivent, sont gérées par des unités spécialisées de l'urgence, telles les CUMPs (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) et l'EPRUS (Etablissement de Prévention et de Réponse aux Urgences Sanitaires), constituées de professionnels de la santé mentale (médecins, psychologues, infirmiers) formés aux spécificités de la prise en charge de situations d'urgence.

Intervention immédiate dans les premières heures : intégration dans la chaîne des secours médicaux prévue dans les plans de secours (SAMU).

❖ **LIEUX D'INTERVENTION :**

- **Sur le terrain** : poste d'urgence médico-psychologique (PUMP)
- Dans les hôpitaux
- À proximité des sauveteurs

❖ **FONCTIONS :**

- **Evaluer et de répartir** les blessés selon leurs atteintes (notamment psychiques) : fiche médicale
- **Prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats** : **defusing** de groupe ou individuel pour augmenter le sentiment de sécurité et décharger l'émotion
- **Orienter** vers des hôpitaux, services de psychotraumatologie, associations d'aide aux victimes
- **Participer** au recueil de l'identité des victimes lors de leur prise en charge au PUMP
- Délivrer certificat médical de traumatisme psychique (nécessaire pour suivi et prise en charge de la Sécu)
- Dispenser ultérieurement des soins post-immédiats aux victimes et à leurs proches : **debriefing** (> 48h post-événement)

C) ROLE DES USP (UNITE DES SAPEURS POMPIERS) DES SDIS 5SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS) / DES PSYCHOLOGUES DE LA FORCE DE L'ORDRE:

Intervention immédiate dans les premières heures : placé sous l'autorité du COS (Commandement des Opérations Spéciales) et du SSSM (Service de Santé et de Sécurité Médical) , en collaboration avec les CUMP pour les USP, ou sous autorité policière ou militaire pour les autres structures.

❖ **LIEUX D'INTERVENTION :**

- **Sur le terrain** : PUMP au profit de la population civile pour les USP.
- **Sur le terrain** : au PMA, CRM(Centre de Regroupement des Moyens), en zone contrôlée au profit des intervenants.
- **Hors terrain** : de retour en casernement.

❖ **FONCTIONS :**

- EUP : Examen de l'urgence psychologique
- Premiers secours psychologiques
- Groupes de désamorçage et de d'orientation des copings (de 1 à 24h)



- Groupes de soutien centré sur l'impact traumatogène / centré sur l'impact dépressogène / centré sur le reconditionnement physique (épuiement) / centré sur le deuil.
- Prise en charge thérapeutique / Orientation vers des hôpitaux, services de psychotraumatologie avec recommandation de délivrance du certificat médical de traumatisme psychique (nécessaire pour suivi et prise en charge de la Sécu) ou accident du travail.

D) PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE :

Décret n° 2016-1 du 2 janvier 2016 relatif à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme par les organismes d'assurance maladie :

http://rfpaye.grouperf.com/lien_spad/?base=JORF&orig=REVUE_RF_FH&date=2016-01-02&numero=2016-1%20&etat_initial=JORFTEXT000031742390&etat_maj=LEGITEXT000031831057

Les personnes blessées au cours d'un acte de terrorisme et qui figurent sur la liste unique des victimes établie par le Parquet de Paris, et les proches parents d'une victime décédée ou blessée au cours d'un acte de terrorisme, bénéficient pendant 2 ans de la prise en charge intégrale des consultations de suivi psychiatrique en lien avec cet événement.

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-victimes-d-8217-actes-de-terrorisme/la-prise-en-charge-du-suivi-psychiatrique.php>

Pour toute question, les victimes peuvent aussi appeler le 0811 365 364 (de 8h30 à 17h) ou envoyer un mail à l'adresse : victimessattentat@cnamts.fr

E) DECLARATION AU COMITE DE SUIVI DES VICTIMES :

Pour les victimes pas prises en charge au moment de l'attentat pour identification, informations et accompagnement.

<http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/attentats-du-13-novembre-12820/>

2. Comment intervenir auprès des victimes en post-immédiat ? Que faut-il évaluer/ surveiller ?

Comment aider les personnes « choquées », (sans être des victimes directes), par un attentat collectif, dans un climat où l'incertitude règne et où toute la population d'une ville peut se sentir concernée ?

Les objectifs d'une intervention précoce sont :

- favoriser l'intégration de l'événement traumatique
- traiter les processus de sidération et de dissociation associés à l'événement
- faciliter les processus de récupération et réadaptation suite à l'événement
- dépister des personnes à risque

A) CRASH MODEL ET TRIAGE PSYCHOLOGIQUE

De Soir (2006) a développé le modèle CRASH pour les forces militaires Belges et pour la sécurité civile. Ce modèle permet à l'intervenant psychosocial d'analyser une situation d'exception selon une taxonomie à trois dimensions.

Il se construit autour de trois axes :

- le type d'événement : traumatogène, dépressogène, « épuisogène »
- le type d'action : Prévention, Prise en charge, Soins
- le type d'exposition/ classement de la victime: primaire (A1-2)*, secondaire (A2-3)*, tertiaire(A4)*

Le CRASH model est un outil d'aide à la décision et permet de déterminer les outils d'intervention à utiliser en fonction de l'événement à gérer.

* Conversion critères A du TSA et du TSPT dans le DSM-5.

B) TSA : TROUBLE DU STRESS AIGU

Les critères diagnostique selon le DSM-5 :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. N.B. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains ; policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptôme d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

Symptômes envahissants

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et / ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks (scènes rétrospectives)) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux).

Symptômes dissociatifs

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

Symptômes d'évitement

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
9. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs pénibles des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Symptôme d'éveil

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
12. Hypervigilance.
13. Difficulté de concentration.
14. Réaction de sursaut exagérée.

- C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
- D. N.B. Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.
- E. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Suite à un attentat massif, nous, cliniciens travaillant en cabinet privé ou en institution, pouvons être amenés à recevoir des individus en post-immédiat, dans les jours qui suivent l'événement. Lors de cette première consultation avec le rescapé, nous pouvons prodiguer des « soins psychologiques de premier secours » visant à diminuer la détresse et à augmenter les mécanismes de coping adaptés. Cette séance est constituée de quatre étapes importantes : a) stabiliser et accueillir le récit, b) informer (psychoéducation) sur les symptômes, c) évaluer et orienter (si besoin) et d) donner des outils de gestion du stress.

C) INTERVENTION DE CRISE EN SEANCE INDIVIDUELLE

Suite à un attentat massif, nous, cliniciens travaillant en cabinet privé ou en institution, pouvons être amenés à recevoir des individus en post-immédiat, dans les jours qui suivent l'événement. Lors de cette première consultation avec le rescapé, nous pouvons prodiguer des « soins psychologiques de premier secours » visant à diminuer la détresse et à augmenter les mécanismes de coping adaptés. Cette séance est constituée de quatre étapes importantes : i) stabiliser et accueillir le récit, ii) informer (psychoéducation) sur les symptômes, iii) évaluer et orienter (si besoin) et iv) donner des outils de gestion du stress.

I) STABILISATION ET ACCUEIL DU RECIT

Stabilisation

La première étape est de *stabiliser* la victime en la ramenant dans « l'ici et maintenant », puisque, dans le cas d'attaques terroristes, le climat de tension et de menaces potentielles dans l'avenir, est réelle. La seule réalité : « Je suis vivant et en sécurité, ici et maintenant ».

Diverses techniques d'ancrage dans le présent peuvent être utilisées :

- Des techniques de gestion de l'anxiété et de Pleine Conscience :
 - o Respiration/ Cohérence cardiaque : 6 cycles respiratoires/ minute : calmer
 - o Manœuvre vagale respiratoire 3-3-6 sur 15 à 25 cycles
 - o Manœuvre de contrôle de la pause respiratoire (3-6-9-12-15-18-...)
 - o Focalisation de l'attention sur des éléments dynamiques du corps, comme lors de respiration (narines, cage thoracique, abdomen) : se sentir vivant, percevoir son corps en marche
 - o Scanner corporel : rééducation de l'attention (désengagement attentionnel des images, sons liés à l'événement)
 - o Accueil des sensations désagréables (« zoom-dézoom » sur parties du corps)
- Technique des 4 éléments :
 - o Terre : ancrage au corps (observer points d'appui) et au sol (contact des pieds) ; observation visuelle et auditive
 - o Air : respiration : inspiration de 4 sec ; blocage de 2 sec ; expiration de 4 sec : plusieurs cycles jusqu'à l'apaisement
 - o Eau : salivation - activation du système parasympathique
 - o Feu : imaginer endroit sécurisant et calme

Accueil du récit

L'accueil du *récit* de la victime peut être ensuite fait, possiblement en utilisant des balayages oculaires lents. Le récit peut commencer à environ 1h avant la survenue de l'événement.

Le maintien des techniques de stabilisation est possible pendant le récit. Le thérapeute sera attentif aux effets de « low and high arousal » : « low arousal » (peu d'activation émotionnelle) : *augmenter la stimulation* ; « high arousal » (forte activation émotionnelle) : *apaiser* (Minton & Ogden, 2000 ; Siegel, 1999).

Les récits peuvent être caractérisés par l'*hyperémotivité*, l'*émoussement* ou la *culpabilité du survivant*. Accueillir et valider les émotions.

II) PSYCHOEDUCATION DES REACTIONS AU STRESS

❖ INFORMATIONS SUR SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES :

- Intrusion/Répétition : pensées et images perturbantes par rapport à l'événement ; cauchemars ; des flashbacks/l'impression de revivre l'événement
- Évitement et Émoussement émotionnel : protection contre les souvenirs intrusifs : évitement des souvenirs, lieux, personnes associés à l'événement ; émoussement des émotions ; repli sur soi ; difficultés à ressentir du plaisir
- Hyperéveil physiologique : être à l'affût du danger : réactions de sursaut, colère, irritabilité, troubles du sommeil, problèmes de concentration

❖ NORMALISATION :

« Réactions attendues à des événements inhabituels » : il est important de normaliser ces réactions courantes en clinique post-immédiate.

❖ DIMINUTION AVEC LE TEMPS LA PLUPART DU TEMPS :

Les réactions psychotraumatiques diminuent d'elles-mêmes dans les semaines qui suivent l'événement.

Si réactions persistent au-delà d'un mois, encourager la victime à se faire aider/consulter un psychologue ou psychiatre.

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

III) EVALUATION

❖ OBSERVER SIGNES DE DETRESSE PERI-TRAUMATIQUE & DE DISSOCIATION PERI-TRAUMATIQUE PRESENTS DANS LES HEURES SUIVANT L'EVENEMENT

Ces aspects sont prédictifs du développement d'un Etat de Stress Post-Traumatique, les symptômes de dissociation empêchant le traitement du traumatisme.

- Signes de Dissociation Péritraumatique :
 - Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé)
 - Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel)
 - Amnésie dissociative : incapacité à se rappeler des aspects importants de l'événement traumatique (non liée à une atteinte cérébrale, certains rescapés peuvent avoir subi des traumatismes crâniens qui sont responsables de l'amnésie, dans ce cas il ne s'agit pas d'une amnésie dissociative)

-Outils d'évaluation : PDI & PDEQ, auto-questionnaires validés pour mesurer respectivement la Détresse et la Dissociation Péri-traumatiques (temps de passation, 5 minutes par échelle)

<http://www.trauma-ptsd.com/uploads/troussePsychotraumatique.pdf>

❖ REPERER LES COMORBIDITES POUR IDENTIFIER LES SUJETS PLUS A RISQUE DE DEVELOPPER UN ESPT

- Exposition à d'autres événements traumatiques
- Dépression, Troubles anxieux
- Alcool/ Abus de substances : fréquents pour éviter la douleur du souvenir/ des pertes

❖ REPERER D'AUTRES DIFFICULTES IMPACTANT LA VIE DU PATIENT

- Danger pour soi ou autrui : *prendre en charge ou référer*
- Troubles du sommeil : *psychoéducation du sommeil*
- Emotions négatives intenses courantes dans psychotraumatismes : Colère/ Culpabilité/ Honte : *décentration*

IV) OUTILS DE GESTION DU STRESS & STRATEGIES DE COPING

❖ METHODES DE GESTION DU STRESS A PRATIQUER

Relaxation, techniques d'ancrage (pleine conscience, 4 éléments, cohérence cardiaque)

❖ FAVORISER LES STRATEGIES DE COPING ADAPTE : POUR REDUIRE L'ANXIETE

- Soutien social : famille, amis, communauté : *Important de dire que le sujet est libre de parler si et quand il le souhaite, et de ne pas parler de l'événement s'il n'est pas prêt (pas obligé de céder à la pression de son entourage)*
- Hygiène de vie : sommeil, repas, exercice
- Reprise d'activités agréables/ hobbies
- Journal personnel

❖ IDENTIFIER POSSIBLES STRATEGIES DE COPING INADAPTE

- consommation d'alcool ou de drogues
- négligence d'hygiène de vie
- isolement social
- consommation excessive de jeux vidéo, télé, nourriture

3. Que faire lorsqu'on reçoit une victime dans les semaines/les mois suivant l'événement ?

a) ENTRE 3 JOURS ET UN MOIS

❖ DIAGNOSTIC

Le Trouble de Stress Aigu (TSA) se présente lorsque les symptômes débutent au moment du traumatisme et persistent *entre trois jours et jusqu'à un mois* suivant l'événement.

Le TSA comprend les syndromes et symptômes suivants :

- *Intrusion/Répétition*
- *Evitement et Emoussement émotionnel*
- *Hyperéveil physiologique*
- *Humeur négative (incapacité à ressentir des émotions positives)*
- *Dissociation (dépersonnalisation, déréalisation, amnésie traumatique)*

❖ EVALUATION

Acute Stress Disorder Scale (ASDS) (Bryant, Moulds, Guthrie, 2000) :
Auto-questionnaire validé du TSA (en anglais) en 19 items

b) AU-DELA D'UN MOIS

❖ DIAGNOSTIC

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) se diagnostique lorsque les symptômes sont présents depuis au moins un mois.

TSPT différé lorsque l'ensemble des critères diagnostiques apparaît six mois après l'événement. (Le début et l'expression de certains symptômes peuvent être immédiats).

Le TSPT comprend les syndromes et symptômes suivants :

- *Intrusion/Répétition*
- *Evitement et Emoussement émotionnel*
- *Hyperéveil physiologique*
- *Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement (dissociation traumatique, croyances négatives à propos de soi, les autres, le monde...)*

❖ **EVALUATION**

- Auto-questionnaire PCL-5 (Post-Traumatic Checklist Scale pour DSM-5): 20 items correspondants aux critères TSPT du DSM-5
<http://www.iusmm.ca/documents/PCL5sansCritereAFRANCAIS2.pdf>
- IES-R : L'échelle d'impact des événements- révisée (traduction française : Brunet et al., 2003) : 22 items

c) REPERER LES COMORBIDITES

-
- Exposition à d'autres événements traumatiques, notamment d'autres événements violents (actes terroristes, crimes,...)
 - Dépression, Troubles anxieux
 - Alcool/ Abus de substances
 - Deuil pathologique

d) PRISE EN CHARGE TCC DU TSA ET DU TSPT

-
- Psychoéducation du trouble : informer sur syndromes principaux
 - Techniques de relaxation et de gestion du stress : relaxation de Jacobson/ Schultz ; techniques de respiration...
 - o Pour diminuer les symptômes d'Hyperéveil
 - Exposition aux éléments perturbants de l'événement (pas au souvenir même) : bruits, odeurs, lieux, images, sensations corporelles
 - o Hiérarchie des peurs
 - o Exposition en imagination
 - o Exposition in vivo
 Pour diminuer comportements d'Evitement.
 - Restructuration cognitive : travail sur les croyances et schémas cognitifs apparus suite à l'événement
 - Schémas courants chez les victimes d'attaques terroristes :
 - o Culpabilité du Survivant
 - o Danger du Monde (sentiment d'insécurité et méfiance)
 - Entraînement aux compétences sociales :
 - o aide à mieux exprimer ses émotions (colère, haine, peur,...) avec son entourage
 - o à s'affirmer lorsque le patient sent la pression de l'entourage de parler de l'événement mais n'a pas envie
 Pour diminuer comportements d'Evitement et l'Emoussement émotionnel : reprise d'une vie quotidienne et sociale adaptées.
 - Narration de l'événement : construction du sens ; réinterprétation de la situation ; favoriser un sentiment de maîtrise sur sa vie

4. Comment aider les personnels qui ont assisté les victimes en première ligne/deuxième ligne ?

Personnels de secours / professionnels présents sur le site de l'attentat : pompiers, police, gendarmes, ambulanciers/ paramédicaux, médecins, psychologues :

❖ **TRAUMA VICARIANT**

Les professionnels de la santé mentale recevant des victimes d'une attaque terroriste récente peuvent être confrontés au traumatisme vicariant (McCann & Pearlman, 1990), et à l'usure de compassion du fait de l'exposition répétée au récit de l'événement, et des émotions et sentiments associés (peur, impuissance, horreur, chagrin, injustice,...). Dans le cas du terrorisme, comme les attaques récentes en France, le climat d'incertitude, la menace de nouvelles attaques, et la confrontation au trauma collectif, exacerbent la détresse ressentie.

Dans le traumatisme vicariant nous pouvons retrouver des symptômes de TSPT : des cauchemars récurrents, des insomnies, l'hypervigilance, le repli sur soi, l'isolement social, la colère, la perte du sentiment de



sécurité et de confiance, ainsi que le désespoir, le cynisme, la déshumanisation du lien et une attitude négative au travail.

❖ EVALUATION

Test d'Usure de Compassion (TUC) : 40 items

<http://www.redpsy.com/pro/tuc.html>

❖ PRISE EN CHARGE

- Intérêts de la Supervision/ Intervention/ Groupe de parole
 - o libération d'une partie du poids traumatique
 - o échange et autorisation à exprimer la souffrance
 - o l'identification des symptômes psychotraumatiques, dépressifs et d'épuisement
 - o normalisation des symptômes ressentis
 - o aide à l'acceptation des symptômes pour pouvoir les soigner face au sentiment de fragilité/ d'incompétence souvent présent chez les soignants
 - o reconnaissance de la rationalité/ irrationalité des angoisses ressenties et des comportements d'évitement

La supervision est l'un des facteurs les plus importants de la prévention de l'épuisement professionnel et affectif (Brown et O'Brien, 1998 ; Salston et Figley, 2003 ; Daudin et al, 2016).

- Consultation/ Thérapie (comme pour les victimes) :
Pour les symptômes de stress aigu : reviviscences, évitements, hypervigilance

5. Comment prendre soin de soi (self-care) après intervention ?

Comme tout professionnel de santé mentale, et surtout lorsque nous travaillons avec des victimes d'une attaque terroriste et/ou les intervenants directs, et que nous sommes exposés à des exigences émotionnelles exceptionnelles, dont la confrontation à la mort et l'identification aux victimes, il est d'autant plus important de prendre soin de soi.

Auto-évaluation : signes de fatigue, somatisations, isolement, évitements...

Hygiène de vie : sommeil, repas, exercice...

Activités ressourçantes : contacts sociaux, hobbies, méditation...

Outils :

Le barème d'évaluation des auto-soins de Saakvitne et Pearlman (1996) :

http://www.aceurhomme.com/sites/default/files/evaluation_de_vos_auto-soins_0.pdf

La roue d'auto-soins :

http://www.olgaphoenix.com/wp-content/uploads/2015/05/SelfCareWheel_French-Revised.pdf

6. Comment traiter la peur du terrorisme dans la population générale ?

Dans les mois qui suivent une attaque terroriste collective, certains individus, même sans avoir été exposés à l'événement traumatique directement, peuvent présenter une anxiété accrue et handicapante liée à la possibilité d'une attaque terroriste à venir (Piotrkowski & Brannen, 2002 ; Silver et al, 2002). Somer et al. (2005) ont montré qu'une intervention TCC brève par téléphone est utile pour atténuer la peur d'attaques terroristes.



Evaluation

Sinclair et LoCicero (2007) ont développé une échelle, *Terrorism Catastrophizing Scale (TCA)*, pour mesurer l'anxiété liée à l'anticipation d'une attaque terroriste. L'échelle est composée de 13 items mesurant la Ruminantion, la Magnification et l'Impuissance.

TCA (en anglais) :

<https://fr.scribd.com/document/285403959/Terrorism-Reading-Three>

7. Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. (2000). « Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. » *Psychol Assess.* Mar;12(1):61-8.

Brunet A., St-Hilaire A., Jehel L. et al., (2003). Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can.J.Psychiatry.* 48(1), 55-60.

Daudin, M., Seyeux, AL, Coutier, D. Boussaud, M. & De Montleau, F. (2016). « Intérêt de groupes de parole de soignants à l'hôpital après les attentats du 13 novembre 2015 : réflexion à partir de deux groupes », *Ann. Fr. Med. Urgence*, 6(3), 179-184.

De Soir, E. (2006). The CRASH model for Psychosocial Intervention : From peer-driven early intervention to professional care and therapeutic action with military and emergency services personnel. http://www.erikdesoir.be/files/crash_model.pdf

McCann I. L., Pearlman L. A. (1990). "Vicarious traumatization : A framework for understanding the psychological effects of working with victims", *Journal of Traumatic Stress*, 3:2, 131-149.

Minton, K. & Ogden, P. (2000). Sensorimotor Psychotherapy : One Method for Processing Traumatic Memory, *Traumatology*, 6(3).

Piotrkowski, C. Brannen, S. J. (2002). « Exposure, Threat, Appraisal, and Lost Confidence as Predictors of PTSD Symptoms Following September 11, 2001. » *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 476-485.

Saakvitne K. & Pearlman L., (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. New York, W. W. Norton.

Salston, M. D. et Figley, C. I. (2003). « Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. » *Journal of Traumatic Stress* 16(2): 167-174.

Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford.

Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). « Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. » *JAMA*, 288, 1235-1244.

Sinclair, S. & LoCicero, A. (2007). « Fearing Future Terrorism: Development, Validation, and Psychometric Testing of the Terrorism Catastrophizing Scale (TCS). » *Traumatology*, 13; 75-90.

Somer, E., Tamir, E., Maguen, S., & Litz, B. T. (2005). « Brief cognitive behavioral phone-based intervention targeting anxiety about the threat of an attack: A pilot study. » *Behaviour Research and Therapy*, 43, 669-679.