Les premiers soins psychologiques:

notre réponse aux événements chocs.

Par Christine Smilga Ph.D. psychologue
Directrice régionale des services professionnels, Est du Canada
Solutions Humaines[MC]

Conférence du CRDP
Québec, 3 décembre 2008

Objectifs de la présentation

- Présenter les impacts des événements chocs et traumatiques sur le personnel policier

- Présenter les pratiques de gestion de crise auprès des organisations chez Solutions Humaines[MC]

- Expliquer l'approche des « Premiers soins psychologiques » utilisée en contexte de debriefing

Événement ou crise ?

Afin d'avoir un traumatisme il faut y avoir…

- Blessure / douleurs psychologiques
- Ampleur significative des blessures
- Durée significative des blessures

Sévérité du trauma: facteurs liés à l'événement

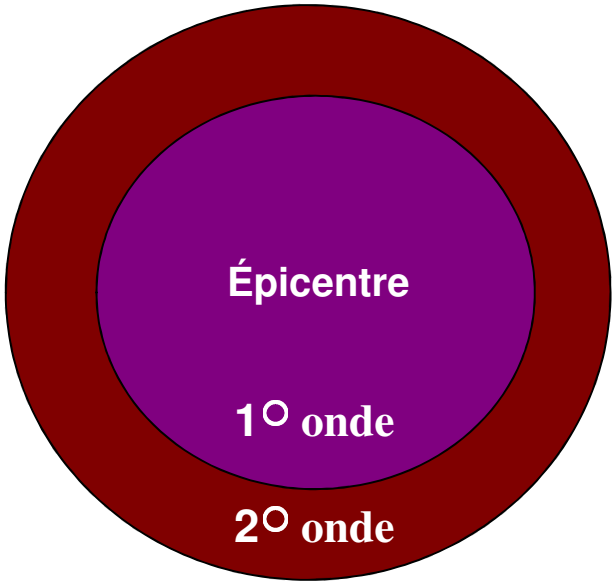
- Violence de l'événement
- Risque de mourir
- Violence interpersonnelle (par opposition à catastrophe naturelle)
- Aspects déshumanisants et intrusifs
- Potentiel de générer honte et culpabilité
- Présence de blessures physiques durant l'événement
- Enfants impliqués
- Proximité physique et émotive

Sévérité du trauma: niveau de proximité

- Épicentre: victimes, premiers intervenants,…

  1° onde de choc: témoins proches, famille, proches,…

  2° onde de choc: autres intervenants et personnes exposées à la nouvelle



Sévérité du trauma: facteurs liés à la personne

- Expériences bouleversantes passées
- Personnalité vulnérable
- Limitation dans la capacité d'adaptation
- La présence de *stresseurs* secondaires (perte d'emploi, douleur, séquelles physiques, blâme, poursuites légales ou criminelles, etc.)

Sévérité du trauma: facteurs liés à l'entourage

- Absence ou insuffisance de soutien de la part de l'entourage
- Préjugés sociaux
- Impact négatif de l'événement
- Impact négatif de l'événement critique sur les relations familiales, conjugales et sociales

Les facteurs de risque pour les policiers

- Les policiers sont plus susceptibles de souffrir de stress post-traumatique s'ils ont vécu un **haut niveau de détresse émotionnelle**, incluant des réactions de panique lors de l'événement :
- terreur extrême;
- sentiment qu'ils vont mourir;
- perte de contrôle de leurs émotions;
- symptômes physiques comme le cœur qui débat et les mains qui tremblent;
- Ceux qui ont **l'impression que l'événement est irréel** (d'être dans un rêve ou dans un film) présentent un plus grand risque de développer des symptômes par la suite.

Prévalence à vivre un événement-choc

- 90% de la population vivront au moins un tel événement au cours de leur vie
- Données de la CSST :

  Nombre de dossiers indemnisés pour TSPT 4 fois + important chez les policiers que chez les autres travailleurs au QC
- La prévalence dans le monde policier*

  Prévalence à vie du Trouble de stress post-traumatique :

  Population générale : près de **8%** vs Policiers aux É-U : entre **12%** et **35%**

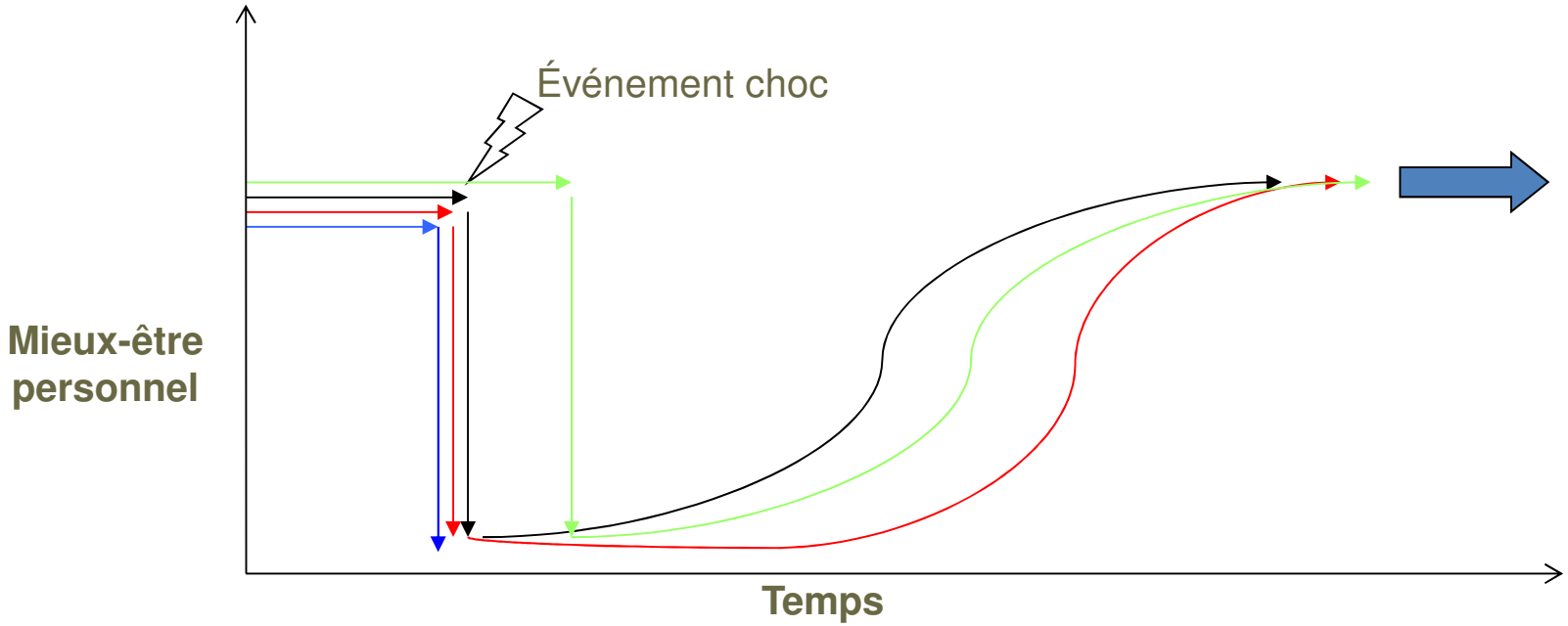
*Informations tirées de l'étude de Martin, Nadeau, Marchand, Dequoy et Boyer (2005)

Données sur l'impact d'un événement choc

- ≈ 100% vont avoir des réactions
- 92.5% vont s'en sortir sans TSPT
  (Galea et al. 2002, 2003)

- 7.5% avec diagnostic TSPT à 1 mois
- 0.5% avec diagnostic TSPT à 6 mois

Trajectoires d'évolutions (Bonanno, 2005)



Trajectoires	Descriptions	Fréquences
→	Peu ou pas d'évolution	Rare
→	Évolution lente	Peu fréquente
→	Évolution rapide	Fréquente
→	Évolution rapide mais avec retard	Rare

Conclusions sur les trajectoires d'évolution

- Des réactions… pas des symptômes:
  la majorité
- Des "états" atteignant un niveau sous-clinique sans aide:
  la minorité
- Une souffrance importante et durable: très rare
- Résilience prédominante vs guérison et maintien des symptômes

Suicide

- Taux de suicide chez les policiers seraient de 2 à 4 fois plus élevé que dans la population générale

- Les policiers ont davantage de risque de se suicider que d'être tué dans l'exercice de leurs fonctions…

Facteurs de risque :

- alcoolisme;
- conflits familiaux;
- pertes significatives;
- problèmes de discipline;
- dépression;
- accès aux armes à feu et habileté à s'en servir;
- abus de drogues;
- habiletés de gestion des émotions déficientes;
- difficultés financières;
- âge et sexe;
- stress relié au travail;
- scandale;
- honte;
- échec;
- sentiment d'invincibilité
- …

L’intervention auprès des équipes et de l’organisation

Revue de la NIMH sur les impacts des interventions

- NIMH = National Institutes of Mental Health avec le soutien de
  - US Dept. Of Defense
  - US Dept. Of Veterans
  - US Dept of Justice
  - American Red Cross
- Recherche de niveau A, B et C entre 1967 et 2002
- Publiée en anglais
- Tous les groupes d'âges
- Interventions: DB, non DB, à l'intérieur de 1 mois, 2-6 mois après, deuil complexe, médication, abus sexuel, abus physique,…

http://www.nimh.nih.gov/publicat/massviolence.pdf

Revue d'études (Rose et al. 2003)

- Sur l'efficacité du DB
- Citoyens
- Fausses couches, accidents de la route, blessures et maladies graves, assaults / violence et morsures de chien
- Niveau A + B
- Méthode d'intervention: Mitchell
- Résultats:
  - . Aucun bénéfice pour majorité
  - . Négatif pour les 2 études ayant le plus long suivi (13 et 36 mois)

Conclusions des données récentes (probantes)

- Impact des interventions de debriefing est moins important qu'estimé
- Trauma?
- Efficacité douteuse du modèle de Mitchell

Premiers soins psychologiques (PFA)

- Un modèle d'intervention précoce
- Basé sur des données de niveau GPP ("evidence-informed")
- Développé par des experts en Intervention précoce
- Soutenu par plusieurs organismes de santé américains
- S'inspire du concept de "Premiers soins médicaux"
- Vise à réduire la détresse initiale et à accroître l'adaptation à court et à long terme

La gestion de crise auprès de l'organisation

<u>Éléments sous-jacents</u>

- Impuissance
- Non-familiarité
- Désorganisation
- Importante charge de travail
- Perception de l'organisation par les employés et le public
- Autres réactions habituelles (culpabilité, tristesse,…)
- Vulnérabilité

Identification des objectifs

Tenir compte des demandes formulées et des éléments sous-jacents permettra de:

1. Établir des objectifs… aidants et réalistes
2. Établir comment atteindre les objectifs (quels moyens, avec qui, à quel moment,…)
3. D’ancrer nos propos avec le client et les employés touchés

Le rôle de l'intervenant en contexte de crise

- Un conseiller, pas un clinicien
- Qui va arriver sur les lieux ou intervenir rapidement
- Qui va écouter
- Qui va conseiller lors de son passage (coach)
- Qui va intervenir avec compétence (expert)
- Qui va résoudre des problèmes

La crédibilité de l'intervenant

Les professionnels de la santé psychologique sont souvent accueillis avec **scepticisme** parce que les policiers sentent qu'ils ne comprennent pas la réalité policière. Pour combattre cette limite, il est important pour nous que nos intervenants:

- Aient une **connaissance** de la réalité policière, de l'organisation, des événements-choc et du stress particuliers au monde policier;
- Soient capables d'établir un **lien** avec les policiers basé sur une atmosphère de confiance et de respect tout en assurant la confidentialité la plus complète;
- Comprennent des éléments « culturels » tels **l'humour noir** souvent utilisé pour ventiler la colère et les frustrations.

Cross (2004)

Premiers soins psychologiques: éléments de l'intervention auprès des groupes

1. Contact et alliance (établir 1er contact)
2. Sécurité et réconfort (restaurer sentiment de sécurité)
3. Stabilisation (calmer lorsque dépassé ou désorienté)
4. Évaluation des besoins et inquiétudes (comprendre les besoins)
5. Assistance pratique (réduire le désespoir)
6. Connection avec réseau de soutien (faire appel au réseau)
7. Information sur la gestion du stress (réduire le stress et optimiser l'adaptation)
8. Lien avec les services de soutien (mettre en lien avec les services)

Intervention: groupements?

- Groupements
  - Oui ou non… pourquoi?
  - Présence de gestionnaire?
  - Comment?
  - Nombre?
- Consultations individuelles au besoin

Intervention: présentation

- Présentation
  - Du gestionnaire
  - De l'intervenant
  - . Nom, profession SH (PAP,…)
  - . But de l'intervention, événement déclencheur
  - . Objectifs visés
  - . Rassurance sur le non-retour sur l'événement
  - . Validation des objectifs
  - . Estimation du temps approximatif (50-60 minutes)

- Gestion des sorties

Intervention: mode d'intervention

- Déterminer les réactions
  - Questions ouvertes (individuel et petit groupe)
  - Présentation formelle (grand groupe)
  - Présent (pas passé)
  - Permet libre expression (mais limitée dans le temps et personnes)
  - Observations (employés à risque, soutien,…)

Intervention: sécurité et réconfort

Gestes familiers et efficaces

- Informations précises et récentes
- Contacts avec l’entourage
- Limitation des gestes anxiogènes
- Protection de l’entourage

Intervention: stabilisation

Au besoin:

- Réconfort d’un proche
- Endroit calme
- Écoute de la source précise de détresse
- Consignes simples
- Gestes apaisants: respiration, marche,…
- Distraction

Intervention: assistance pratique

- Message d’espoir réaliste
- Résolution de problèmes élémentaires
  + Encouragement à la mobilisation

Intervention: connexion avec le réseau de soutien

- Soutien émotionnel
- Connexion (être en lien)
- Rassurance / réconfort
- Conseils
  . comment mieux utiliser réseau
  . comment limiter intrusion
- Assistance physique / matérielle
  . retour à la maison

Intervention:
information sur les réactions de stress

- Informations sur l'événement
- Informations sur les réactions normales
- Informations sur la gestion des réactions

. anxiété, peurs (présent, faits, relaxation)
. agressivité (dosage, canalisation, exercice, retrait)
. culpabilité (mise en perspective)
. consommation (mise en garde et référence si nécessaire)
. insomnie (hygiène de sommeil)
. rappel (distractions)

Les réactions à un événement critique

PHYSIQUES

-Maux de tête

-Perte ou gain d'appétit

-Insomnie

-Fatigue persistante

-Palpitations

-Troubles gastro-intestinaux

AFFECTIVES

-Absence de réactivité émotionnelle

-Peur

-Tristesse

-Anxiété

-Impuissance

-Culpabilité

-Irritabilité, colère

COGNITIVES

-Oublis

-Indécision, problèmes de jugement

-Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme

-Perte de concentration

COMPORTEMENTALES

-Hypervigilance

-Réactions de sursaut exagérées

-Retrait ou isolement

-Consommation accrue d'alcool ou de médicaments

Dans un premier temps, toutes les réactions sont considérées comme <u>normales</u>, y compris <u>l'absence</u> de réactions.

Intervention:
information sur la gestion du stress

- Rappel sur hygiène de vie
- Recherche de mieux-être
- Solutions essayées et efficaces
- Favoriser normalité (pas ADT)
- Mieux-être dans l'action

Intervention:
lien avec les services de soutien

- Identification des besoins justifiant les services
- Identification des ressources (PAE + autres)
- Facilitation de la référence
- Dépliants PAE (le nôtre ou le leur)

Intervention: bilan avec le gestionnaire

- faire part des attentes
- indiquer choses à faire et éviter
- * réceptivité à certaines initiatives
- mises en garde
- * baisse de concentrations (rappel des mesures de sécurité)
- gestes témoignant une sensibilité
- communication

Comparaison entre debriefing traditionnel et Premiers soins psychologiques

- Pas de retour systématique sur l'événement
- Aucune mention de symptômes ou de maladie
- Clarification de l'information
- Favoriser la résilience
- Rôle plus proactif

Premiers soins psychologiques: conclusions

- Répond aux besoins existants et vise un mieux-être efficace et durable
- Très flexible (événements, ampleur, contextes, populations,…)
- Clairement évite de forcer les personnes affectées à s'exprimer sur l'événement choc
- Favorise la résilience

Merci de votre attention

Human Solutions Humaines

www.solutionshumaines.ca