Soutien psychique des unités engagées dans le cadre de l'écrasement de l'avion de la Germanwings le 24 mars 2015

C. Derkenne[a], B. Calvot[b], J. Dard[b], F. Gignoux-Froment[c], F. Paul[c], P. Chouvet[b]

a Service médical d'urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 1 place Jules Renard – 75017 Paris.
b Centre médical des armées de Grenoble-Annecy-Chambéry-Gap, Antenne médicale de Gap, Quartier Général Guillaume BP158 – 05014 Gap Cedex.
c Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.

Résumé

Le 24 mars 2015, l'écrasement de l'avion de la Germanwings dans les Alpes a provoqué un émoi considérable en France, en Allemagne et en Espagne. Devant l'absence évidente de survivant, l'importante opération de secours s'était transformée en onze jours de ramassage de restes humains et d'affaires personnelles. Que cela soit sur le terrain, où un travail difficile et très éprouvant pour les sauveteurs a été réalisé, puis pendant les mois qui ont suivi, divers acteurs de santé ont été présents pour prévenir et dépister des troubles psychiques et physiques postexposition. Ayant été surpris de ne dépister aucune pathologie psycho-traumatique parmi les personnels soutenus par le Centre médical des armées de Gap, une enquête a été conduite auprès de l'ensemble des médecins ayant suivi les sauveteurs, afin de connaître si ce constat était partagé. Notre objectif principal était d'identifier les différents facteurs protecteurs ayant contribué à garantir la sécurité psychique des intervenants.

Mots-clés : Catastrophe aérienne. Germanwings. Psychiatrie de crise. Soutien psychique. Trouble psychique post-traumatique.

Abstract

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF MILITARY UNITS INVOLVED IN THE MARCH 24TH 2015 GERMANWINGS FLIGHT CRASH.

In March 24th, 2015, the Germanwings flight crash in the Alps caused a major commotion in Europe. In the absence of survivors, the major rescue operation turned into eleven days devoted to collecting human remains and personal belongings. On the crash site and during the months that followed, various health professionals were present to prevent and detect mental and physical post exposure trauma among the staff involved in the rescue mission. They were surprised to detect no physical or psycho-traumatic pathologies among the personnel cared for at by the Military Medical Center of Gap. An inquiry was carried out among the physicians who attended the rescuers to know if they shared the same observation. The aim was to identify the various protective factors that helped ensure the safety of the responders' psychological welfare.

Keywords: Air disaster. Crisis psychiatry.Germanwings. Post-traumaticpsychologicaldisorder. Psychic support.

Introduction

Le 24 mars 2015, vers 10 h 45, le vol 9525 de Germanwings était précipité contre la montagne à 1 600 mètres d'altitude sur la commune française de Prads-Haute-Bléone, proche de Seyne-les-Alpes (région Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; l'ensemble des personnes à bord mouraient immédiatement, soit 144 passagers et six membres d'équipage. Rapidement, l'hélicoptère du détachement aérien de la Gendarmerie de Dignes retrouvait l'épave et confirmait l'absence de survivant.

Les opérations de relevage débutaient immédiatement. L'énergie cinétique de l'impact ayant disloqué l'appareil, aucun corps n'était intact et la plupart des restes matériels ou humains étaient de petite taille. La dangerosité du terrain, des pentes raides dans les marnes noires schisteuses, rendaient l'exercice périlleux, imposant la présence permanente de sauveteurs aguerris à la montagne. Tous les personnels engagés sur la zone d'écrasement – ou crash – étaient déployés par treuillage depuis des hélicoptères et travaillaient encordés (fig. 1, 2).

Les personnels les plus régulièrement exposés sur le « chantier » du crash étaient des gendarmes du Peloton de Gendarmerie de haute montagne (PGHM), des policiers de haute montagne de la Compagnie

C. DERKENNE, médecin principal, praticien. B. CALVOT, médecin en chef, praticien confirmé. J. DARD, médecin en chef, praticien. F. GIGNOUX-FROMENT, médecin principal, praticien confirmé. F. PAUL, médecin en chef, praticien certifié. P. CHOUVET, médecin en chef, praticien confirmé.
Correspondance : Monsieur le médecin principal C. DERKENNE, Service médical d'urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 1 place Jules Renard – 75017 Paris.
E-mail : clement.derkenne@pompiersparis.fr



Figure 1. Dispersion des débris dans une zone où l'évolution impose des techniques « montagne ». Les débris sont de petite taille, mêlés aux restes humains ; le travail est réalisé en binôme. ©MinistèreIntérieur\CellCom.



Figure 2. Hélicoptère EC 145 de la Gendarmerie nationale, vecteur indispensable pour le déploiement sur la zone, très difficile d'accès. ©MinistèreIntérieur\ CellCom.

républicaine de sécurité de montagne (CRS), enfin des équipes montagne de sapeurs-pompiers du Service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Les personnels de l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie et les cellules d'identification criminelle travaillaient à l'identification des restes humains. Les gendarmes des brigades territoriales accueillaient et encadraient les familles et les autorités ; les gendarmes mobiles sécurisaient la zone et aidaient au transport des sacs de collecte. Une trentaine de personnes du 4e régiment de chasseur (4e RCh) de Gap était engagée au troisième jour pour récupérer les effets personnels des victimes. Les opérations de collecte des débris humains étaient terminées le 4 avril, après 11 jours de mission.

Soutien médical des unités engagées

Soutien des opérations

Les Services d'aide médicale urgente (SAMU) des départements Alpes de Hautes Provence (04) et Hautes Alpes (05), déclenchés dès la notion de crash, engageaient par voie aérienne deux équipes, rapidement désengagées devant la certitude de l'absence de survivants. Les SDIS des deux départements déployaient des moyens massifs après avoir déclenché le plan départemental de Sauvetage aéro-terrestre (SATER) ; ils ont réarticulé leur dispositif le lendemain pour soutenir les sauveteurs, les familles des victimes et les nombreuses autorités présentes. Un binôme médecin/infirmier pompier restait en permanence pendant les 15 premiers jours afin de soutenir d'éventuels accidents chez les sauveteurs. Les Cellules d'urgence médico psychologique (CUMP) des départements 13, 05, 04 et 83 ont participé également au soutien des familles, ainsi que des psychologues des pompiers, mais aussi des compagnies aériennes espagnoles et allemandes. De nombreuses associations de secourisme (Protection civile, Croix rouge, etc.) ont envoyé des équipes de soutien.

Le jour du crash, les personnels du Centre médical des armées (CMA) de Gap étaient en exercice avec le PGHM de Briançon : la circulation de l'information a été ainsi extrêmement rapide. Devant l'afflux de services (SDIS, associatifs) le médecin chef de CMA, le médecin responsable de l'antenne de Dignes et le commandant des opérations de secours décidaient en concertation de ne pas trop alourdir le dispositif. Seule une infirmière du CMA était déployée en soutien de niveau 3 sur la zone de regroupement des secours. Elle avait pour mission de créer du lien avec les différents intervenants de soutien des sauveteurs et d'assurer une veille sanitaire au profit des gendarmes engagés. Par ailleurs, la psychologue régionale de la Gendarmerie et les assistantes sociales de la Gendarmerie d'un département étaient également présentes.

Soutien au Commandement

Moins de trois semaines après les faits, une note de la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA) fixait le cadre du soutien post exposition des personnels engagés, sur le plan physique (hydrocarbures, fibres, liquides biologiques) et psychique (1). La région de Gendarmerie Provence Alpes Côte d'Azur (RGPACA), conjointement avec la Direction régionale du SSA de Toulon définissait la répartition des missions entre les réseaux : RGPACA action sociale pour la veille par maillage de proximité, l'orientation et l'information des personnels ; RGPACA des psychologues clinicien de la gendarmerie pour assurer les débriefings collectifs initiaux, puis individuels ciblés si besoin ; RGPACA santé-sécurité au travail pour chaque personnel engagé, par l'établissement d'un rapport circonstancié, de fiche individuelle d'exposition et d'attestation collective d'exposition ; le SSA était en charge d'une consultation médico-psychologique individuelle obligatoire au troisième puis au sixième mois.

La Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) a été déclenchée sur demande du commandement du 4e Rch pour assurer le soutien psycho-social de proximité et donner au commandement un aperçu de l'état psychique de ses soldats à l'issue de la mission.

Au niveau local, les médecins du CMA de Gap sont restés en contact régulier avec l'encadrement des groupements de Gendarmerie et des PGHM pendant les trois mois qui ont suivi le crash.

Soutien psychique différé par le centre médical des armées de Gap

De mi-juin juin à début juillet, soit trois mois après les évènements, des entretiens médicaux individuels étaient réalisés au profit des PGHM soutenus par les médecins du CMA de Gap. Une consultation sur les symptômes physiques ainsi qu'une évaluation individuelle du risque d'État de stress post-traumatique (ESPT) était réalisée systématiquement et reportés sur le dossier médical de chaque patient en utilisant l'échelle *Post-traumatic stress disorder Checklist Scale* (PCLS). Les éventuelles consultations ultérieures abordaient cet antécédent récent, même lorsque ce n'était pas l'objet de la consultation. Pour tout le personnel impliqué, une fiche post-opérationnelle navette entre le commandement et l'antenne médicale ainsi qu'une mention dans les dossiers informatisés étaient rédigées. À la demande du commandant militaire de région, tous les gendarmes engagés ont bénéficié d'un rapport circonstancié et d'une mention dans leur Fiche emploi nuisance (FEN). Pour le 4e RCh, à l'issue des quatre passages de la CISPAT, avait lieu une réunion d'échange entre le psychologue et un médecin du CMA. Tout le personnel concerné a aussi bénéficié d'une inscription de l'évènement dans leur FEN.

Méthode

N'ayant dépisté aucune pathologie psycho-traumatiques en lien avec le travail sur le crash de la Germanwings chez les sauveteurs que nous soutenions à Gap et Dignes, nous avons souhaité savoir si cela était le cas chez l'ensemble des sauveteurs de cette mission.

Une enquête rétrospective a été conduite en interrogeant par téléphone les médecins des structures médicales soutenant des sauveteurs engagés sur le chantier et sur la chaîne d'identification : médecins du SSA, médecins des SDIS, médecin coordinateur national de la médecine de prévention du ministère de l'Intérieur et médecins de prévention des CRS. Cette étude a été menée entre le 1er octobre et le 15 novembre 2015.

Les variables recueillies étaient la réalisation ou non d'un dépistage à trois mois après chaque entretien initial, son caractère systématique et obligatoire, l'existence ou non de pathologies psycho-traumatiques dépistées, le ressenti des sauveteurs sur le dispositif mis en place et les facteurs psychiques protecteurs ou non que les praticiens avaient retrouvés.

Résultats

La grande majorité des intervenants des SDIS l'ont été dans les premières heures du plan SATER. Les autres caractéristiques démographiques concernant la population étudiée sont rapportées dans le tableau I. À l'échelon central, il y a eu très rapidement une coordination entre les référents médicaux des chaînes de commandant des gendarmes, de la police et des pompiers pour qu'un cadre commun de dépistage physique et psychique soit appliqué à l'ensemble du personnel : visite en moins d'un mois pour le personnel présentant des symptômes physiques, absence de dépistage biologique systématique en l'absence de point d'appel clinique, visite d'évaluation médico-psychologique à trois puis six mois. Le personnel concerné était celui ayant travaillé sur le chantier ou dans la chaîne d'identification. Notre étude rapportait, à l'échelon local, la participation de 12 antennes médicales du SSA, 3 SDIS et 5 services de médecine du travail des CRS, soutenant ces 296 personnes engagées et objet de notre enquête.

L'intégralité des services médicaux joints avait notion de soutenir le personnel exposé lors des opérations postcrash. Douze services sur les 25 (55 %) avaient convoqué l'ensemble du personnel à partir d'une liste donnée par le commandement ; cela représentait 71 % (n = 210) du personnel exposé. Les services qui n'avaient pas vu l'intégralité du personnel, en soutenaient pour la majorité moins d'une dizaine et aucun n'était situé en région PACA. Lorsque la convocation n'avait pas été réalisée, la raison en était l'absence de liste disponible (35 % ; n = 7) ou par décision du médecin pour un service, du fait d'un suivi habituel du personnel tous les six mois et d'une très forte intégration à l'unité soutenue. Les médecins militaires avaient presque tous utilisé l'échelle PCLS, contrairement aux médecins des pompiers et des CRS. Les gendarmes des PGHM et le personnel du 4e RCh avaient tous bénéficié de defusing,

Tableau I. Démographie du personnel engagé.

	Personnel engagé sur le chantier + chaîne identification	Nombre d'unités de provenances différentes	Personnel engagé dans les opérations autres que chantier et identification	Total personnel engagé	Nombre d'unité de provenance différente
Gendarmerie	144	24	829	973	64
CRS de Montagne	85	6	0	85	6
SDIS	37	3	≃1563	≃1600	3
4e RCh	30	1	32	63	1
Total	296	34		2721	74

avec présence obligatoire. Les 6 unités CRS s'étaient toutes vues proposés le même dispositif, et 4 l'avaient réalisé. Cependant seul le personnel volontaire y était allé. Les pompiers des SDIS avaient eu l'opportunité de rencontrer les psychologues de leur corps sur le site du crash et par la suite sans organisation systématique ou contraignante.

Aucun médecin contacté n'avait, à six mois, dépisté de pathologie physique ou psychique en rapport avec cette mission, tout comme les autres médecins de leur centre. À noter la survenue dans un centre de deux suicides de personnel non engagé dans la mission, ayant entraîné certains de leurs camarades des syndromes anxieux modérés, sans lien avéré avec les conséquences du *crash*. Aucun symptôme évocateur d'une exposition aiguë aux hydrocarbures ou aux fibres autres que l'amiante (fibres de carbone, fibre de céramique réfractaire : symptômes cutanés et irritations respiratoires) n'avait été relevé. Aucune exposition à des agents biologiques n'avait été déclarée. Lors des visites à 3 mois, puis à 6 mois de recul, aucun symptôme secondaire n'avait été signalé.

Discussion

Absence de pathologie psychique

Il est tout à fait remarquable qu'aucun personnel engagé sur le site n'ait développé de pathologie psychique dans les six premiers mois post-exposition. Si cela est rare dans la plupart des catastrophes, les taux d'incidence à trois mois sont très variables d'une étude à l'autre (2, 3). Il existe des facteurs protecteurs classiques qui ont bien été retrouvés chez le personnel observé et que nous allons développer. Ils expliquent nos résultats, alors que les facteurs aggravants étaient mineurs. Si ce bilan était globalement positif, certains personnels fortement impliqués dans les premiers jours ont déclaré avoir été éprouvés, sans que la souffrance ne dure. Le manque de sommeil, le rythme élevé des interventions en était certainement une cause importante. Les scores PCLS, tous faibles à modérés (jamais supérieurs à 20) ont été le plus souvent influencés par d'autres éléments tels la biographie personnelle, les missions antérieures, l'expérience, etc. Il est toutefois impossible d'obtenir la certitude que l'ensemble du personnel engagé ait été répertorié et dépisté. Par ailleurs, la multiplicité des unités engagées a rendu le travail de listing particulièrement constituant un autre biais à notre étude. Les réactions psychiques des sauveteurs sont influencées par des variables individuelles (caractéristique démographique, expérience, facteurs environnementaux, support social, formation, etc.) mais également organisationnelles (4). Certains facteurs sont protecteurs pour le psychisme de l'intervenant, d'autres moins à l'origine de stress aigus ou dépassés dans l'instant, et à distance déclencher un ESPT. Nous aborderons successivement les facteurs protecteurs repérés pour cette mission, puis les facteurs aggravants mettant en perspectives les axes d'amélioration pour la prise en charge de notre personnel exposé à potentiel traumatisme psychique.

Facteurs protecteurs psychiques

Une mission légitime, ayant un sens et valorisée

Pour tous, cette mission était éprouvante mais il était normal que la Gendarmerie et les CRS y aient occupé un rôle majeur puisque l'enquête prévalait *de facto* sur l'absence de sauvetage à réaliser. Tous insistaient sur le caractère « cœur de métier » de leur intervention, les techniciens d'identification criminelle dans leur rôle d'expertise de prise en charge de dépouilles et les unités montagnes par l'intervention en milieu périlleux. La charge administrative a été limitée par l'implication forte de l'échelon régional (fiches post-expositions et dénombrement). Les opérations de récupération des corps et d'identification étaient indispensables et avaient des objectifs nobles : non seulement rendre les victimes à leurs proches et en assurer la sépulture, mais aussi permettre à l'enquête d'être menée sur les causes du sinistre (recherche des débris, notamment de la boîte noire, etc.). Dans la plupart des catastrophes, ne pas avoir un sentiment d'utilité est en faveur d'un développement de pathologies psychiques (5).

L'accident était un événement mondial particulièrement médiatisé. Les intervenants avaient le sentiment de participer à un fait majeur, connu de tous et reconnus des institutions et des autorités avec la présence sur les lieux du Président de la République française François Hollande et de la Chancelière allemande Angela Merkel. La population locale apportait un soutien marqué aux gendarmes, notamment en vivres et boissons aux personnes sur place. Ces différents éléments sont retrouvés dans la littérature. Berah et al. rapportent les motifs qui poussent les sauveteurs à s'investir lors d'événements de ce type (6) : sentiments de compassion, intérêt pour des techniques d'intervention en situation de crise ou leur maîtrise, désir d'approfondir des connaissances et volonté de participer de façon active à une situation de crise.

Une mission à faible risque

Si les conditions d'engagement étaient délicates, notamment par la verticalité du terrain imposant l'emploi de techniques d'encordement, les équipes d'interventions en professionnels de la montagne, n'avaient pas l'impression de se mettre en danger. Face à la mort des autres et sous une forme très déshumanisée, ils n'étaient pas confrontés à la leur. Le binôme de soutien médecin/infirmier du SDIS, n'a dû intervenir seulement trois fois sur le chantier au profit des sauveteurs pour des pathologies bénignes.

Des conditions d'engagement préservées

L'unité d'espace était respectée à plusieurs titres pour les intervenants. La proximité des garnisons et des proches faisait évoluer les intervenants dans une région connue, donnant la possibilité de regagner les domiciles et de voir leurs proches quotidiennement. Jenkins et Baird (7) ont réalisé une étude longitudinale auprès d'intervenants en urgence médicale, de personnel paramédical et de pompiers. Le plus puissant des facteurs protecteurs des états de stress aigu était la perception,

par la personne exposée, d'une compréhension de sa mission par son entourage. L'organisation sur la zone de regroupement des secours de points permettait un retour au calme pour s'hydrater, s'alimenter et se reposer. Nombreux intervenants ont rapporté l'effet bénéfique de ces mots simples échangés autour des cafés et biscuits des assistantes sociales de la Gendarmerie et des associations. Ils permettaient une rupture avec la zone de chantier, une réassurance dans une zone sûre et humanisée réalisant ainsi l'indispensable 'sas psychique', indispensable à un retour à la vie normale (8). Il existait par ailleurs une séparation claire entre les équipes techniques et les médias : le personnel du chantier pouvait rester concentré sur sa mission sans être perturbé par la pression des caméras contrairement aux équipes qui accompagnaient les familles, parfois heurtées par la fascination morbide et l'intrusion médiatique.

Il était remarquable, ici, que tous les intervenants avaient pu se préparer à l'intervention. Il n'existait ainsi aucun élément de surprise pour les gendarmes et les militaires. Dès le premier survol de la zone, tous savaient qu'il n'y avait pas de survivant et qu'ils allaient être confrontés à des débris humains. Par ailleurs, les regroupements sur la zone vie permettaient au personnel n'ayant pas encore été engagé de savoir à quoi s'attendre (odeurs de kérosène, débris pulvérisés) et de bénéficier d'une information pré-exposition. Par ailleurs, les durées d'exposition étaient courtes. Les rotations sur le site étaient relativement brèves, dépassant rarement 48 heures pour les gendarmes et CRS. Les pompiers de montagne assuraient des relèves tous les quatre jours en moyenne sur le chantier. Nous sommes ici à l'opposé des contraintes rencontrées en opération extérieure (OPEX) où le sujet vit en immersion dans sa mission.

L'identification aux victimes pour les intervenants était limitée tant les rares débris humains étaient peu identifiables et leur donnant un caractère quasiment anonyme voire déshumanisé. Or, l'identification à des corps ou à des membres est le premier pourvoyeur de pathologies psychiques pour des sauveteurs (9). Il existait par ailleurs une séparation distincte entre les équipes de relevage, d'identification et d'accompagnement des familles. Par expérience, la séparation des équipes d'intervention lors de catastrophes *ante* et *post mortem* permet de limiter encore l'intrication émotionnelle entre le travail sur des corps ou la vue d'images et les récits de l'entourage qui rendent une humanité, une réalité à la catastrophe, multipliée par le nombre de victimes.

Les personnels pour cette mission étaient sélectionnés et constituaient un groupe fort. Le travail en équipe limitait l'exposition en tant que personnel isolé à une catastrophe, facteur de risque de trouble psychique. Le vécu en groupes organiques, ayant continué à travailler et à vivre ensemble après la catastrophe, la mixité avec des cadres plus aguerris permet des defusings spontanés. La verbalisation permettait un début d'intégration du vécu et une verbalisation des sentiments. Ce vécu en groupe donne le sentiment d'appartenance, de protection par un corps (des gendarmes, des militaires, des sapeurs-pompiers), un uniforme, une institution. Les sauveteurs qui utilisent ainsi des stratégies d'adaptation incluant le support des pairs peuvent ainsi diminuer le risque d'apparition de trouble psychique (10). Si la jeunesse est un facteur de risque de trouble psychique postexposition, les gendarmes du PGHM, les policiers des CRS et les sapeurs-pompiers de montagnes sont des professionnels aguerris, d'un bon niveau socioprofessionnel, dans la vie active depuis plusieurs années et donnant du sens à leurs engagements. Ils sont sélectionnés et entraînés pour avoir une certaine robustesse psychique du fait des exigences de leur métier. Par ailleurs, l'altruisme et le besoin de reconnaissance sont des raisons communes de s'engager dans une organisation ayant pour objectif de porter secours et de permettre à la justice d'être rendue.

Pour les militaires du 4e Rh, l'armée de Terre a eu une certaine bienveillance dans la désignation du personnel. Cet élément avait déjà été le cas lors du crash de l'avion d'Air Algérie AH 5710 au Mali, en 2014 et avait permis un premier filtre particulièrement efficace pour ne pas engager des individus sensibles ou fragiles (11).

Travailler dans un contexte d'urgences ou de situations critiques représentait très certainement pour ce personnel plus qu'une profession, c'était un élément central de leur identité et de celle de leur famille.

Une mission paradoxalement moins exposante que celles habituelles

Cette mission comportait des agressions psychiques modérées et potentiellement moins persistantes que les missions habituelles de secours en montagne. Celles-ci comportent ainsi une première phase, pleine d'espoir de retrouver des victimes vivantes, de combat contre les éléments lors de recherche en avalanche notamment, suivi souvent d'une déception importante lorsque les victimes sont décédées. Par exemple, pour le seul PGHM de Briançon, 35 morts découverts en 2015, pour 10 à 12 habituellement les autres années. L'identification aux victimes est alors importante. Secouristes et victimes pratiquent l'alpinisme, ont les mêmes tenues, les mêmes équipements ; parfois, les victimes sont connues, les communautés de montagne n'étant pas si grandes. Par ailleurs, les corps sont facilement identifiables, car ne se dégradant que lentement dans le froid de la haute montagne. Par la suite, CRS et PGHM enquêtent sur ces victimes : prise de photographies, travail administratif, annonce aux familles et auditions des rescapés. Enfin, le dénouement judiciaire de chaque affaire intervient après quelques années, avec de nouvelles confrontations aux images, aux familles, etc.

Cette mission ne comportait aucun enjeu médical, toutes les victimes étant mortes lors de l'impact. Les sauveteurs ont été d'emblée consciemment ou inconsciemment libérés de la « peur de mal faire » ou « pas assez vite », se mettant à distance de la mauvaise décision source de perte de chance pour le patient. Le stress inhérent à cette exigence et à l'impératif de rapidité de prise en charge des blessés n'était pas présent ici.

Un soutien de qualité

Pour certains, la présence d'un psychologue sur la zone de regroupement était rassurante. Cependant,

plusieurs gendarmes ont exprimé leur sentiment d'un soutien psychologique disproportionné : « on n'a jamais vu autant de psy, nous n'avons jamais eu autant d'entretiens ; pourtant nous avons tous vécu des missions bien plus difficiles pour lesquelles nous étions livrés à nous-même ». *A contrario* il est probable qu'ils aient déploré qu'il n'y ait rien. Il ne faut pas sous-estimer l'effet « latent » du travail d'urgence, laissant supposer que les secouristes s'adaptent au début, mais qu'ils ne sont pas à l'abri d'une résurgence ou de l'émergence de problèmes à plus long terme.

Facteurs aggravants psychiques

Un risque d'identification rare mais réel

Pour quelques-uns, assez rares, le risque d'identification pouvait être lié à la récupération de débris humains identifiables (mains, tatouage, etc.) ou d'objets personnels intimes. Plusieurs d'entre eux ont parlé d'un « doudou » d'enfant, de vêtements d'enfants, de cahiers scolaires, etc. rentrant dans l'intimité de la victime qui se personnalise. Quelque rare personnel a participé à la fois au ramassage ainsi qu'aux confrontations avec les familles, accueil et cérémonie d'hommage. Ils ont pu être confrontés à l'intimité des victimes au travers de l'émotion de leurs proches, qui jusque-là étaient anonymes.

Un terrain de stress chronique

Comme nous l'avons déjà évoqué, les unités engagées étaient des unités opérationnelles fréquemment exposées au stress des missions en milieu d'exception. Il existait donc une répétition des expositions et un risque de décompensation par répétition des effractions psychiques. C'était, pour le 4e RCh l'accumulation entre le rythme et la difficulté de la mission « Barkhane » en 2014 enchaînée avec le réengagement la même année sur la mission « Sangaris » ; pour la Gendarmerie, leurs interventions et constats quotidiens auprès des victimes d'accidents.

Une confiance en l'institution parfois émoussée

Plusieurs gendarmes déploraient dans les premiers jours l'absence de mise en place d'équipements de protection individuels tels les gants et masques faciaux, apportés rapidement par la Croix-Rouge, présente sur le site de regroupement. Cependant, le risque de contamination était quasiment nul et la protection offerte par les masques rendue ainsi illusoire. Des articles de presse outranciers « des pompiers empoisonnés au kérosène » venaient alimenter les peurs malgré un démenti d'un des préfets de région (12). Afin de rassurer définitivement, certains médecins des CRS et des SDIS ont fait pratiquer des bilans biologiques à un mois à presque 100 sauveteurs (numération de formule sanguine et dosage des transaminases). Tous les résultats étaient normaux. Ces craintes peuvent être majorées par les symptômes somatiques, eux-mêmes sous l'origine du stress, réalisant ainsi un cercle vicieux difficile à prendre en charge.

Certains secouristes, habitués à travailler dans l'anonymat, ont exprimé le sentiment que leur hiérarchie cherchait trop à afficher la participation de leur institution, à rechercher des bénéfices politiques et médiatiques malgré le contexte tragique de l'intervention. Une concurrence dans l'engagement et la médiatisation entre les grands corps engagés, via les chefs, a été rapportée par des sauveteurs trouvant cela malsain et déplacé.

Processus d'amélioration du soutien psychique

Pour l'armée de Terre

L'accueil sur la zone par de nombreuses autorités, la médiatisation faite, le sens de la mission ont été très valorisantes globalement. L'intervention des psychologues de la CISPAT, soit 4 debriefings collectifs et seulement 3 entretiens individuels, a été jugée utile pour s'exprimer. Tous ont souligné la cordialité et la disponibilité des psychologues et ont apprécié leur connaissance de l'institution, de ses spécificités mais aussi de ses contraintes. Les psychologues de la CISPAT sont tous spécialisés dans l'intervention d'urgence et anciens officiers des armes. Leur action se différencie de celle des psychiatres et psychologues du SSA car leurs entretiens ne débouchent pas sur des décisions de gestion individuelles, ni sur des avis d'aptitude médicale.

Pour la Gendarmerie

Si pour beaucoup, la présence sur la zone de psychologues n'a pas été jugée déterminante, pour certain cette présence a été rassurante : ils savaient qu'en cas de difficulté ils pouvaient en bénéficier. Tous ont apprécié la mise en place d'une zone de repos proche de la zone de regroupement, elle permettait une rupture conviviale avec la zone « de chantier ». La présence des assistantes sociales de la Gendarmerie et de l'infirmière du CMA de Digne, que tous connaissaient, a été appréciée et, selon eux, a permis des échanges simples et chaleureux.

Le suivi à distance a été diversement apprécié. Pour la plupart, il a été perçu comme disproportionné. Les entretiens collectifs auprès des psychologues cliniciens de la Gendarmerie ont manqué d'adhésion. Certains pensaient que c'était plutôt inutile, voire artificiel. D'autres à l'extrême réagissaient avec une certaine agressivité, indiquant qu'ils avaient eu l'ordre d'y assister, sans que cela ne serve à grand-chose. Nombreux ont déploré non seulement l'anonymat des psychologues – ce qui était logique puisque c'était pour la plupart la première fois qu'ils en rencontraient pour eux-mêmes – mais surtout le manque de suivi personnalisé par une multiplicité de ces psychologues sur place. Tout ceci rappelle la nécessité d'explication en amont sur les objectifs de ces debriefings, plus encore dans une unité avec un esprit de corps très fort.

Les démarches administratives ont été effectuées rapidement en limitant la charge pour les unités locales. Les fiches de suivi post-exposition étaient indispensables.

Remplies par le commandement de l'armée de terre ou de la Gendarmerie, elles constituaient un recueil simple des expositions physiques et psychiques, et faisaient le lien entre le commandement de proximité et les médecins du SSA. Si les fiches collectives d'expositions protègent les droits des impliqués, il a paru extrême aux médecins des forces de réaliser pour chaque gendarme un rapport circonstancié. Ces derniers peuvent toujours être réalisés à distance pour les patients symptomatiques. L'enquête de ressenti n'a pas été réalisée chez les CRS ou les pompiers.

Pour le centre médical des armées de Gap

Devant une catastrophe d'une telle ampleur et fortement médiatisée, les sauveteurs ont bénéficié d'un suivi psychologique élaboré. Les professionnels de santé du SSA sont depuis plusieurs années sensibilisés et formé au dépistage et au traitement des pathologies psycho-traumatique (13, 14). Un taux de projection élevé en OPEX, le soutien d'une unité opérationnelle fortement déployée alimente une consultation riche en pathologie psycho-traumatique pour le CMA de Gap, qui a développé un réseau de soin cohérent et éprouvé entre les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA), le CMA et leurs annexes locales (15, 16). Cependant, cet événement venait rappeler les spécificités d'exercice en Gendarmerie, où le travail quotidien est à risque de pathologies psycho-traumatiques, contrairement à l'armée de Terre, où ce sont OPEX. Un dépistage systématique lors de la visite médicale périodique doit être réalisé spécifiquement sur ce type de pathologie.

Si le soutien immédiat a été construit par la cellule de crise du CMA de Gap, la planification des autres soutiens et l'articulation des différents intervenants ont été dirigées depuis la DCSSA et la DRSSA. Cette organisation était comparable à celle observée en milieu civil, où l'action des CUMP a elle-même été coordonnée par l'échelon central, impliquant des secouristes de divers départements et parfois le SSA. L'équipe de l'HIA Laveran a participé en effet à l'accompagnement des familles des victimes dans le cadre d'une convention avec la CUMP des Bouches-du-Rhône.

Les expériences de soutien psychique d'urgence en métropole sont habituellement déclenchées et dimensionnées par l'échelon local (17-19). En effet, l'ancienneté du lien qui lie les professionnels du soutien local à leurs personnels et la connaissance du milieu professionnel habituel permettent d'ajuster finement le processus de support : cela limite le cumul de soutien, source d'incompréhension pour les secouristes, centralisation du ressenti pour éclairer le commandement. Le médecin-chef du CMA concerné est généralement le coordonnateur, appuyé par les services de la CISPAT et de psychiatrie des HIA. Depuis la création des CMA, à l'heure des CMA de nouvelle génération, ceci pourrait être formalisé sous forme de plan de secours psychique pensé en amont, pouvant être déroulé lors d'exercice d'état-major opérationnel ou spécifiquement dans le champ du soutien sanitaire par une chefferie de CMA.

Le choix d'utiliser l'échelle PCLS a été guidé par l'expérience qu'en ont les médecins d'unité dans le dépistage des ESPT même si dans la littérature, l'*Impact of Event Scale Revised* est souvent utilisé (20-22).

Conclusion

Les évènements tragiques de Paris, de janvier et de novembre 2015, viennent rappeler l'exposition majeure des sauveteurs en médecine de catastrophe. Ils sont ainsi particulièrement vulnérables et doivent bénéficier d'un suivi par des équipes soignantes parfois ayant elles-mêmes été exposées. Pour le crash de la Germanwings, les 300 sauveteurs engagés pour le ramassage et l'identification des victimes n'avaient pas développé à trois mois de pathologie psycho-traumatique. Les facteurs d'expositions semblaient largement avoir été couverts par des éléments protecteurs variés et forts.

Le médecin d'unité est la sentinelle technique de proximité la plus aguerris à l'organisation d'une gestion vigilante du risque de survenue de pathologie psycho traumatique à court, moyen et long terme. L'enjeu s'inscrit particulièrement dans une dynamique temporelle, 85 % des patients présentant un ESPT le déclenche dans les six mois après l'exposition à la rencontre traumatisante. D'un point de vue plus théorique, il convient de recentrer cette organisation dans une éthique utilitariste voire conséquencialiste, animée par le principe de justice, qui conduit à penser le dispositif d'accompagnement médico psychologique dans la durée (23). Ces entretiens à trois mois ont permis de suivre l'ensemble du détachement. La large utilisation spontanément de l'échelle PCLS par les praticiens des forces marquait leur souci d'un repérage précoce d'ESPT dans un drame du temps de paix alors qu'elle est plus habituellement utilisée suite à des actions de guerre.

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rouanet P. Lettre n°50789/DEF/DCSSA/PC/MP du 17 avril 2015 relative au suivi médical du personnel militaire du ministère de la Défense et de la Gendarmerie nationale au titre de la post exposition aux polluants sur le site du crash de l'airbus A 320 de la Germanwings 2015.
2. Berger W, Coutinho E, Figueira I, Marques-Portella C, Luz MP, Neylan TC, et al. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:100-11.
3. Van der Velden PG, Van Loon P, Benight CC, Eckhardt T. Mental health problems among search and rescue workers deployed in the Haïti earthquake 2010: a pre-post comparison. Psychiatry Res 2012 198:10-5.
4. Shepherd M, Hodgkinson PE. The Hidden Victims of Disaster : Helper Stress. Stress Med 1990;6:29-35.
5. Cetin M, Kose S, Ebrinc S, Yigit S, Elhai JD, Basoglu C. Identification and posttraumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. J Trauma Stress 2005;18:48-9.
6. Berah EF, Jones HJ, Valent P. The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster. Aust N Z J Psychiatry 1984;18:35-8.
7. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validational study. J Trauma Stress 2002;15:423-32.
8. Vautier V. Le SAS de décompression à Chypre. Description, critiques et perspectives. Médecine et Armées 2012;40:315-20.
9. Thormar SB, Gersons BPR, Juen B, Marschang A, Djakababa MN, Olff M. The mental health impact of volunteering in a disaster setting: a review. J Nerv Ment Dis 2010;198:52-8.
10. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. Am J Psychiatry 2004;161:137-6.
11. Gheorghiev C. Psychiatry in exceptional situations: the crash of flight AH5017 in Mali. Soins Psychiatr 2015;297:37-40.
12. Marigot A. Crash de l'A320 : deux mois après, des pompiers dénoncent. La Provence 24 mai 2015. http://www.laprovence.com/article/actualites/3418999/crash-de-la320-dans-les-alpes-deux-mois-apres-des-pompiers-denoncent.html, dernier accès le 8 août 2017.
13. Mèle E, Le Pape E, Thomas G, Rabatel E, Tourinel G. La crise au long cours. Médecine et Armées 2011;9:11-22.
14. Plan d'action : troubles psychiques psycho traumatiques dans les forces armées, 2013-2015. http://www.defense.gouv.fr/layout/set/print/content/download/233438/2610358/file/PLAN-Action-ESPT-Web.pdf, dernier accès le 8 août 2017.
15. Soupizet E, Caillet L. Création d'une consultation spécialisée dans la prise en charge de traumatisme psycique au sein d'un Hôpital d'instruction des armées. Médecine et Armées 2011;39:13-41.
16. Fouque C. Une santé en commun. Alpes et Midi 4 juin 2015. http://www.alpes-et-midi.fr/article/une-sante-en-commun, dernier accès le 8 août 2017.
17. Paul F, Moroge S. Psychiatrie en situation de crise: l'exemple de l'accident des journées portes ouvertes de Carcassone. Médecine et Armées 2011;39:10-9.
18. Moroge S, Paul F, Gignoux-Froment F, Trapet J, Pilard M. Soutien médico-psychologique en situation de crise dans une unité: l'exemple de l'intervention suite au décès de trois militaires dans un accident de la voie publique. Médecine et Armées 2014;42:155-62.
19. Ledoux A. L'avis du médecin d'unité sur le déclenchement de la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre. Médecine et Armées 2014;42:25-30.
20. Ben-Ezra M, Palgi Y, Hamama-Raz Y, Soffer Y, Shrira A. Against all odds: a preliminary study comparing hospital personnel and rescue personnel reactions to Haiti's earthquake. Gen Hosp Psychiatry 2013;35:1-2.
21. Berry X, Marimoutou C, Pommier de Santi V, Rabatel E, Deparis X, Paul F. États de stress post-traumatique au retour d'Afghanistan. Stress et Trauma 2011;11:75-84.
22. Pommier de Santi V, Marimoutou C, Dia A, Paul F, Deparis X. Rapport sur la validation d'un outil de dépistage des états de stress post-traumatiques dans l'armée de Terre au retour d'Afghanistan n°83/IMTSSA/DESP/US2E du 1/3/2010.
23. Wheeler MA, Laham SM. What we talk about when we talk about morality: Deontological, Consequentialist, and Emotive language use in justifications across foundation-specific moral violations. Pers Soc Psychol Bull. 2016;42:1206-16.