

**DES EFFETS PSYCHOLOGIQUES
DES DESASTRES
SUR LE PERSONNEL OPERATIONNEL**

EFFETS PSYCHOLOGIQUES DES DESASTRES
SUR LE PERSONNEL OPERATIONNEL

Rapport préparé par Hélène Lamontagne, M.D.
pour Planification d'Urgence Canada. Contrat
no. 20ST-57111-3-A207/30 décembre 1983.

Les observations, interprétations et recommandations faites dans ce rapport sont et demeurent celles de l'auteur et ne sauraient en rien engager PUC ou le Gouvernement du Canada. Les résultats sont publiés pour en assurer au plus tôt la plus grande diffusion possible sans pour autant représenter la politique gouvernementale sur la question. Le Gouvernement du Canada, PUC et l'auteur ne sont donc responsables d'aucun effet que pourrait entraîner l'application des résultats de l'étude. Le Gouvernement du Canada en détient tous les droits de reproduction.

TABLE DES MATIERES

Page

Résumé

But de la recherche.....	1
Modes de la recherche.....	1
Recherche bibliographique.....	2
Rencontre avec des spécialistes des services... d'urgence	5
Visite de lieu no. 1: Carambolage sur la Trans-canadienne - Ste-Madeleine, Québec	13
Visite de lieu no. 2: La fusillade du 8 mai.... 1984 à l'Assemblée nationale du Québec	16
Description générale des interventions.....	17
Objectif de l'intervention.....	18
Symptômes les plus fréquemment rencontrés en.... situation de désastres	19
Description des sessions tenues à l'Assemblée... nationale	29
Conclusion.....	38
Recommandations.....	39

Annexe 1

Annexe 2

Bibliographie

RESUME

La recherche bibliographique a été fort décevante et n'a apporté que très peu de renseignements.

La rencontre auprès de spécialistes des Services d'urgence et la visite de lieux de sinistre ont été beaucoup plus fructueuses. Mais le nombre limité de visites prévues dans cette recherche n'ont pas permis de tirer des conclusions scientifiquement satisfaisantes. Elle nous a toutefois permis d'entrevoir les diverses avenues que pourrait emprunter une recherche ultérieure.

Nous croyons toutefois pouvoir conclure que les effets psychologiques des situations de désastre sur les victimes de ces drames collectifs ont été étudiés depuis les années '70 et des méthodes d'intervention mises au point. Toutefois, ces connaissances ont été, jusqu'à maintenant, très inégalement exploitées. Par contre, ce n'est que vers 1980 qu'on a commencé à reconnaître les besoins psychologiques du personnel opérationnel oeuvrant sur les lieux sinistrés. La littérature à ce sujet est encore quasi inexistante, mais notre expérience personnelle et nos rencontres avec des spécialistes des urgences de diverses disciplines (pompiers, policiers, médecins, ambulanciers, etc.) nous permettent d'affirmer que les secouristes sont eux aussi la cible d'effets psychologiques importants, lors même du désastre, ainsi qu'à plus longs termes. Peu d'attention a été apporté à ce jour à ces effets psychologiques qui affectent le rendement et la qualité des services offerts et laissent parfois des séquelles importantes.

Une méthode de debriefing psychologique a été mise sur pied et celle-ci nous paraît extrêmement valable. Mais seule une utilisation plus fréquente et un recul suffisant permettraient de l'évaluer adéquatement et de la raffiner.

Ce mode d'intervention n'est toutefois applicable qu'à posteriori. Notre recherche ne nous a pas permis de découvrir une méthode qui permettrait de prévenir, ou du moins d'amenuiser, les problèmes psychologiques avant le fait, en particulier lors de la formation des intervenants.

D'autre part, notre étude nous mène à croire que les effets psychologiques vécus par le personnel opérationnel sur les lieux d'un désastre sont des réactions de stress qui ressemblent aux réactions des victimes par de multiples facettes et c'est pourquoi nous nous sommes attardés dans ce rapport à présenter les réactions des victimes de la fusillade à l'Assemblée Nationale du Québec le 8 mai dernier.

Nous avons aussi cru déceler une ressemblance marquée entre les symptômes présentés par les secouristes lors de situations de désastre et ceux retrouvés dans le syndrome dit de "burn-out".

Cette recherche nous a donc permis de confirmer l'existence de problèmes psychologiques chez le personnel opérationnel en situation de désastre. Elle nous a permis d'entrevoir certains modes d'intervention susceptibles d'éviter, ou du moins d'amenuiser, ces symptômes.

Mais la recherche en ce domaine est encore très jeune et de multiples facettes demeurent encore totalement inexplorées.

EFFETS PSYCHOLOGIQUES DES DESASTRES SUR LE PERSONNEL OPERATIONNEL

BUT DE LA RECHERCHE

Cette recherche a été entreprise afin d'évaluer les effets psychologiques des situations de désastre sur le personnel opérationnel oeuvrant sur les lieux de ces catastrophes.

En effet, alors que les réactions psychologiques des victimes ont fait l'objet de recherches de plus en plus nombreuses ces dernières années, il nous semblait que peu de choses avaient été fait pour évaluer l'impact des drames collectifs sur les membres des équipes appelées à secourir les victimes de ces événements. Les désastres n'avaient-ils aucun effet sur les équipes de sauvetage? Notre expérience auprès de "sauveteurs" de tous genres (sauveteurs aquatiques, pompiers, policiers, ambulanciers, médecins, infirmières, etc.), depuis 26 ans, nous faisait douter fortement que ce soit là, la raison du peu de cas que l'on semblait faire des réactions psychologiques du personnel opérationnel sur les lieux d'un désastre.

Notre travail en médecine d'urgence des sept dernières années nous portent plutôt à croire que les travailleurs des équipes d'urgence de toutes disciplines qui allaient sur les lieux d'une catastrophe, en étaient profondément affectés tant au moment même de leurs interventions que dans les jours/mois suivants.

Nous nous sommes donc proposé d'évaluer l'impact psychologique des situations de désastre sur le personnel opérationnel afin de pouvoir par la suite, si notre hypothèse était vérifiée, rechercher des moyens qui permettraient d'amenuiser ces effets psychologiques.

MODES DE LA RECHERCHE

Deux hypothèses étaient à vérifier:

- Les secouristes sur les lieux d'un désastre sont profondément affectés psychologiquement.

- Il n'y a eu à ce jour, que très peu de recherche pour évaluer cet impact et y chercher des solutions.

Les modes choisis pour trouver réponse aux questions posées ont été:

- La recherche bibliographique.
- La rencontre avec des spécialistes des services d'urgence ayant travaillé sur les lieux de sinistres antérieurs afin d'évaluer, en rétrospective, l'existence ou l'absence d'un impact psychologique de ces situations sur le personnel opérationnel.
- La visite de lieux de sinistres actuels afin de tenter d'y évaluer les réactions psychologiques du personnel présent.

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été effectuée de trois façons:

- Par les fichiers traditionnels;
- Par recherche informatisée;
- En demandant à tous les spécialistes consultés de nous indiquer les sources de références écrites dont ils seraient au courant (incluant les sources plus populaires tels: journaux quotidiens, hebdomadaires, revues plus ou moins spécialisées, etc.).

Nous avons utilisé une liste exhaustive de mots-clés et avons fouillé nombre de sources connues, (e.g. articles sur le nursing etc.) dans l'espoir d'y trouver au moins une mention des effets psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel issu de ces disciplines. Cette démarche n'a très peu ajouté aux écrits déjà disponibles sur le sujet.

Nous avons consulté plus particulièrement la bibliothèque de la "National Institute of Mental Health (NIMH)" à Rockville au Maryland; puis celle de la "Federal Emergency Management Agency (FEMA)" à Emmitsburg, Maryland. Au Canada, notre travail a eu lieu à Planification d'Urgence Canada et au ministère de la Santé et Bien-être social Canada.

Nous avons eu beau "croiser" les références obtenues de façon manuelle à celles obtenues par ordinateur et confronter les sources américaines aux canadiennes, la liste des écrits sur le sujet est demeurée inférieure à vingt titres. De ces articles, seuls sept s'adressaient directement au personnel de secours sur les lieux même du désastre. Cinq articles faisaient mention de réactions psychologiques adverses chez les "travailleurs", mais il y était difficile de savoir de quels travailleurs il s'agissait véritablement (sur les lieux ou à l'intérieur des institutions d'accueil - hôpitaux, refuges. Personnel médical, travailleurs sociaux, etc.)? Enfin huit (8) articles étaient nettement dédiés aux problèmes psychologiques rencontrés par des infirmières, des travailleurs sociaux, etc.

Chronologiquement, les Australiens semblent avoir pris conscience des effets psychologiques ou du moins avoir écrit sur le sujet avant l'Amérique du Nord. En effet, la seule référence quelque peu ancienne qui s'adresse au personnel de secours aux U.S.A. est tirée d'une source militaire et relate les réactions psychologiques des "medics" lors d'une simulation "réaliste" (1963).

A partir de 1972 environ (date de la catastrophe de Buffalo Creek où un crassier provoqua le bri d'un barrage entraînant une inondation massive), on commence à trouver aux U.S.A. des mentions de plus en plus fréquentes des effets psychologiques des désastres sur les victimes, mais ce n'est pas avant la catastrophe aérienne de San Diego en 1977 que l'on semble mettre sur pied des secours psychologiques plus véritablement organisés.

La littérature fait, d'autre part, de plus en plus fréquemment mention des "travailleurs"; mais tel que mentionné plus haut, il s'agit plus souvent qu'autrement du personnel médical intra-hospitalier (en particulier les infirmières) et des membres des professions aidantes du domaine psycho-social (psychologues, travailleurs sociaux).

Ce n'est qu'à partir de 1980 qu'on commence à se soucier de l'impact psychologique des drames collectifs et incidents critiques sur le personnel de secours des services de pompiers, policiers, services médicaux d'urgence, etc.

Les chercheurs dans ce domaine sont encore rares, mais les articles suivantes nous ont paru les plus significatifs:

- Beverley Raphael, Bruce Swift et Leslie Bradbury "Disaster: The Helper's Perspective" dans "Journal of Australia" (octobre 1980) Jeffrey T. Mitchell "Recovery from Rescue" dans "Response Magazine" (automne 1982). "When Disaster Strikes" dans "Journal of Emergency Medicine" (janvier 1983). "The Psychological Impact of Air Florida 90 Disaster on Fire Rescue, Paramedic and Police Personnel" (extrait d'une conférence faite au congrès "Stress Factors in EMS", (mars 1983) nous ont paru les plus significatifs.

Ces auteurs font état de perturbations, parfois profondes, chez les membres des équipes des secours (pompiers, policiers, ambulanciers, etc.) avec qui ils ont travaillé et ce, tant à court qu'à moyen terme, le manque de recul ne permettant pas de parler de long terme.

Nous avons aussi inclus dans notre recherche bibliographique une fouille de nombreux plans de désastre municipaux, régionaux, Américains et Canadiens. En aucun cas n'avons-nous vu quelque mention que ce soit des besoins psychologiques des secouristes. Nous avons toutefois tout récemment découvert ce genre de souci dans le plan de désastre du "Metropolitan Airport Disaster Crisis Intervention Program" de Minneapolis, St. Paul. (celui-ci date de 1980). Il serait bon de voir si les aéroports de Boston, Chicago, Toronto, etc., qui ont vécu des catastrophes aériennes récentes, ont ajouté cet aspect à leurs plans d'intervention.

Quoi qu'il en soit, notre recherche bibliographique nous a permis de constater qu'on a très peu écrit sur l'impact psychologique de situations de désastre sur le personnel opérationnel. Les rares articles que nous avons trouvés sur le sujet sont tous postérieurs à 1979, sauf un article militaire datant de 1963. Il sont trop peu nombreux et trop récents pour nous permettre de conclure que les secouristes sur les lieux d'un désastre sont profondément affectés, et que par conséquent, il faut chercher des solutions. Nos nombreuses rencontres avec des spécialistes des services d'urgence, tant aux U.S.A. qu'au Canada, ont été beaucoup plus concluantes à ce chapitre.

RENCONTRE AVEC DES SPECIALISTES DES SERVICES D'URGENCE

Notre premier intérêt pour les réactions psychologiques du personnel opérationnel en situation de désastre s'est manifesté en 1980 au congrès de la "American College of Emergency Physicians" sur les Services Médicaux d'Urgence en situation de désastre, à Orlando, en Floride.

Un participant avait alors demandé au chef des services d'incendie, qui était intervenu sur les lieux de l'écrasement du vol 191 à l'aéroport O'Hare de Chicago, quels problèmes émotionnels ses hommes avaient rencontrés, suite à cette catastrophe. Il lui avait répondu qu'aucun effet nocif ne s'était manifesté. Étonnée de cette réponse je m'étais entretenue longuement avec ce pompier professionnel de longue date. Plus la conversation avançait, plus il paraissait évident qu'on n'en n'avait pas cherché; qu'on avait attribué plusieurs problèmes émotifs reliés au stress subit à O'Hare à d'autres causes. Ces impressions furent d'ailleurs confirmées, un peu plus tard, lors de notre congrès sur les désastres à Montréal. Questionné à nouveau sur le sujet, ce même chef d'incendies avait alors confirmé que plusieurs pompiers avaient recherché des secours psychologiques lorsqu'on les avait rendus disponibles. Les problèmes les plus fréquemment mentionnés étaient les cauchemars, la diminution d'efficacité au travail, les problèmes matrimoniaux et l'irritabilité.

Nous avons eu, depuis ce temps, l'occasion de rencontrer des secouristes ayant travaillé sur les lieux de nombreux désastres. Tous, sans exception, nous ont confirmé la présence de nombreux problèmes psychologiques, quelque soit leur profession (pompiers, policier, médecin, ambulancier, etc.); quelque soit leur rang dans la hiérarchie organisationnelle et quelque soit la nature (naturelle ou technologique) de la catastrophe.

Si ces "impressions", que le peu de données fournies ne permet pas de corroborer de façon indubitable, ne suffisent pas, certaines statistiques demeurent extrêmement troublantes. Un mois après l'explosion au gaz propane du mois de décembre à Buffalo, N.Y., 5 des 10 ambulanciers présents qui ont répondu sur les lieux de ce sinistre où 5 pompiers ont été tués, ont quitté définitivement leur emploi. Un an après l'écrasement du vol 759 à l'aéroport de Kenner en Louisiane, le service ambulancier a perdu 25% de son personnel (le taux d'abandon annuel est habituellement d'environ 8%).

Autres faits troublants: des problèmes matrimoniaux, allant jusqu'au divorce, ont pris une allure d'épidémie après l'effondrement en 1981, de la passerelle à l'hôtel Hyatt de Kansas City. Un médecin qui a travaillé plusieurs heures pendant qu'on tentait d'y dégager les victimes, ne se dit pas encore complètement "remis", trois ans plus tard. Même commentaires de certains intervenants lors du tremblement de terre de Juneau en Alaska. Un policier de la Gendarmerie Royale qui a été envoyé à Sainte-Thérèse lors de l'écrasement d'avion survenu à cet endroit, il y a maintenant 20 ans, refuse encore d'en parler et décrit encore la scène comme "cauchemardesque".

Lors de notre séjour à Miami en Floride, nous avons rencontré une psychothérapeute-hôtesse de l'air, Madame Cindy Rhodes, qui s'est penchée sur le problème des séquelles psychologiques des accidents d'avion sur le personnel de bord. Les problèmes rencontrés par cette catégorie de gens sont particulièrement intéressants parce que leur rôle dans ces catastrophes chevauche celui de survivant et de secouriste (étant à bord de l'avion sinistré, ils sont victimes; mais, faisant partie du personnel de bord, ils doivent assumer des fonctions lors de l'évacuation de l'appareil).

Nous avons discuté longuement avec elle, des problèmes rencontrés par une hôte de l'air qui a survécu à l'écrasement du Palm 90, et ce cas illustre admirablement bien le dilemme de ces victimes/personnel opérationnel. Deux ans après l'écrasement de l'appareil où elle était agent de bord, cette jeune femme n'a pas encore réussi à dissoudre la détresse que lui fait vivre son ambiguïté face à sa survie: joie d'être encore vivante vs culpabilité d'avoir survécu alors que presque tous sont morts.

Lors de notre voyage en Californie, nous avons rencontré Madame Margaret Ann Kilpatrick. Madame Kilpatrick est travailleuse sociale et elle est probablement l'une des personnes qui ont eu le plus d'expérience auprès des membres du personnel de bord impliqués dans les désastres aériens (écrasement, mais aussi prise d'otages etc.). Dans deux brochures "The Invisible Injury" et "Coping with Survival", elle résume bien l'historique de l'intérêt apporté au traumatisme psychologique subi par ces personnes à la fois victimes et personnel opérationnel. Elle y présente une liste détaillée des principaux symptômes rencontrés et y suggère quelques moyens à utiliser pour alléger ces symptômes. Elle trace aussi les grandes lignes d'un réseau de support où employeurs et employés (syndicats) peuvent allier leurs efforts pour mieux préparer le personnel opérationnel à ce genre d'éventualité.

Notre entretien avec Madame Kilpatrick est donc venu compléter admirablement bien la conversation que nous avons eu antérieurement avec Madame Rhodes.

Fait digne de mention, les symptômes présentés par les agents de bord, victimes d'accidents d'avion, s'apparentent en tous points à ceux rencontrés par les intervenants non-victimes des catastrophes aériennes étudiées. Il nous est apparu, d'ailleurs très tôt dans notre étude, que les symptômes psychologiques rencontrés par les secouristes interviewés, étaient à peu près les mêmes que ceux décrits dans la littérature pour les victimes de catastrophes. Ce fait ne nous étonne pas outre mesure, car il semble s'expliquer

aisément, si l'on se réfère aux recherches sur le stress, celles de Cannon et Selye, en particulier.

Dans cette même ligne de pensée, nous avons rencontré le docteur Jeffrey T. Mitchell, psychologue à l'université du Maryland à Baltimore. Le docteur Mitchell est aussi consultant au Maryland Institute of Emergency Medical Services Systems (MIEMSS - "Shock Trauma"). Sa thèse de doctorat porte sur le phénomène de "burn out" chez les paramedics. Il a aussi travaillé avec plusieurs équipes de secouristes lors de diverses tragédies dont celle de l'écrasement de Palm 90 d'Air Florida. Le docteur Mitchell a été une source de renseignements précieux et nous l'avons rencontré à maintes reprises pour discuter de ses interventions auprès des survivants et des membres des services publics qui ont oeuvré sur les lieux de ce désastre.

Nous avons dressé avec le docteur Mitchell, un tableau des symptômes présentés à courts et à plus longs termes par ces travailleurs, et nous avons été frappés, tout comme lui, de la similitude de ces symptômes avec ceux du syndrome de stress cumulatif rencontré chez ces mêmes travailleurs mais dont l'apparition se fait généralement après une exposition de plusieurs années. Nous croyons avoir découvert ici une voie à explorer dans une phase ultérieure de ce projet.

L'expérience du Docteur Mitchell est encore relativement récente et il nous faudra étudier de beaucoup plus près un nombre beaucoup plus élevé de catastrophes pour s'assurer de l'universalité des symptômes psychologiques présentés par le personnel opérationnel en situation de désastre. Mais l'étude de cet écrasement et sa comparaison avec les données obtenues de Mesdames Rhodes et Kilpatrick nous ont permis d'établir une base à notre recherche, et nous pouvons d'ors et déjà, voir ressortir certaines données qui nous permettront de prédire certains comportements, nous permettant ainsi d'établir à l'avance certaines lignes de conduite qui seraient aptes à favoriser des comportements souhaitables, et à éviter certains comportements nuisibles de la part des intervenants. Il semble aussi qu'il soit possible d'élaborer certains processus (e.g. le debriefing psychologique) qui permettent d'éviter, ou en tout cas, d'alléger, les séquelles psychologiques de telles situations.

Nous vous présenterons dans ce rapport, une liste des symptômes les plus fréquemment rencontrés et illustrerons ces données par deux exemples de sinistre où nous avons eu l'occasion d'intervenir:

- Le carambolage et incendie sur la route Transcanadienne à Sainte-Madeleine, au Québec, le 29 septembre 1983;
- La fusillade du 8 mai 1984 à l'Assemblée nationale du Québec.

Même si notre recherche ne nous apportait toujours aucune donnée "ferme" pour appuyer nos impressions à l'effet que le travail sur les lieux d'un désastre entraînait pour les secouristes des problèmes psychologiques importants, le nombre de spécialistes de l'urgence qui entretenaient les mêmes doutes semblaient toutefois impressionnant! Nous mettions beaucoup d'espoir dans notre voyage en Californie pour nous aider à confirmer nos soupçons.

En effet, la ville de Los Angeles est considérée depuis longtemps par les sociologues, et les futurologues, comme une ville baromètre. Cette ville de 8 millions d'habitants semble depuis une vingtaine d'années, être toujours à l'avant-garde des tendances sociales, économiques et techniques, bonnes ou mauvaises! Et ce sont ces mêmes caractéristiques qui en font pour nous, un lieu d'étude privilégié.

En effet, le simple nombre de ses habitants en fait un lieu de désastres potentiels de prédilection. Ses problèmes sociaux sont la source d'une violence que seules des villes comme New York ou Chicago peuvent égaler.

Situé sur une faille géologique active (la Faille Andreas), elle connaît régulièrement des tremblements de terre dont plusieurs ont été catastrophiques. Son climat tropical, où des pluies diluviennes se font un plaisir de succéder à des mois de sécheresse, en font une cible parfaite pour les glissements de terrain et, Los Angeles s'abîme petit à petit dans l'Océan Pacifique. Bref, c'est une ville qui connaît constamment des crises de toutes sortes et il n'est pas étonnant qu'elle ait été une des premières à organiser un système de services médicaux d'urgence moderne.

Nous avons donc visité le "Los Angeles County Paramedic Institute" pour savoir quelle formation on donnait à ces techniciens médicaux d'urgence avancés dans le domaine des opérations de désastre.

La rencontre que nous y avons eu avec madame Lillie Grant, infirmière-instructeur et le docteur William Koenig, directeur médical ont révélé que le curriculum de 1200 heures de cette institution ne contient que six heures d'enseignement sur les problèmes dit béhaviouristes, et qu'il s'agit des problèmes émotionnels des patients et non pas de ceux des paramedics: madame Grant et le docteur Keonig ont tous deux déploré cette situation et nous ont demandé de leur communiquer les résultats de notre recherche.

Nous avons aussi rencontré Madame Nancy K. Graham, MA, MFCC, psycho-traumatologue au "St Francis Medical Center", situé dans un quartier défavorisé de la ville où les "knife and gun clubs" créent leurs propres formes de mini-désastres, particulièrement le vendredi soir, 52 semaines par années! Madame Graham travaille auprès des victimes d'assauts, d'accidents, etc., et de leurs familles; mais elle travaille aussi avec le personnel de l'urgence et celui des équipes de sauvetage (rescue paramedics) qui oeuvrent jour après jour dans ces lieux de désastre perpétuel.

Les symptômes qu'elle remarque chez ces travailleurs (fatigabilité accrue, insomnie, problèmes digestifs, irritabilité, problèmes familiaux, baisse de l'enthousiasme, voire même cynisme au travail, pour n'en nommer que quelques uns) sont les mêmes que ceux que nous avons trouvés tout au long de notre recherche, que ce soit de façon lente et cumulative comme dans le "burn-out", ou de façon aigue suite à un désastre.

Il semble jusqu'à maintenant qu'il soit impossible de prédire de façon exacte, par des données précises, lesquels des sauveteurs vont "tenir le coup" et lesquels vont souffrir des symptômes débilissants les rendant inopérants. Il se dégage toutefois de plus en plus clairement des ensembles de caractéristiques, personnelles et situationnelles, qui nous permettent de considérer certains membres du personnel comme des candidats à la décompensation à un moment particulier de leur carrière et/ou dans des circonstances particulières.

Il semble aussi, au fur et à mesure de nos rencontres, qu'un consensus se dégage chez les chercheurs et chez les responsables de ces équipes de secours. Tous déplorent le manque de sophistication psychologique de ce genre de travailleurs qui font pourtant face à des problèmes d'ordre émotionnel plus importants et de façon plus fréquente que la majorité des gens.

Tous semblent d'accord qu'il serait possible d'éviter beaucoup de problèmes graves en donnant un meilleur enseignement à ces secouristes et à ceux qui en ont la charge. Jusqu'à maintenant on semble préférer ne pas voir ces problèmes, ou encore, la mentalité agressive de la plupart de ces organismes (service d'incendie et autres organismes à structure quasi militaire) semble préférer la formule suivante pour régler le cas des traumatisés psychologiques: "If you can't stand the heat, get out of the kitchen".

On est venu à réaliser les graves conséquences économiques d'une telle attitude. Si on se réfère à nouveau aux statistiques déjà énoncées antérieurement, sur le nombre élevé de secouristes qui quittent leur emploi à la suite d'un désastre, on aura une idée de l'ampleur du problème. C'est probablement ce facteur, plus que tout autre, qui a amené les compagnies aériennes à agir.

Nous avons profité de notre présence sur la Côte ouest pour visiter la ville de Phoenix, en Arizona. On nous avait, en effet, toujours vanté l'organisation exceptionnelle des services d'urgence de cette ville. Nous y avons rencontré, entre autre, Monsieur J. Gordon Routley, Assistant au directeur, Division de la recherche et de la planification au Service des incendies. Nous avons été effectivement impressionnés par l'organisation remarquable des services d'urgence à tous les niveaux, mais en particulier, en ce qui concerne les déversements de matières dangereuses (2 ou 3 fois par semaine). Toutefois, il y avait un item qui brillait par son absence au sein de leurs plans de désastre: il n'y avait aucune mention des traumatismes d'ordre psychologique.

A notre grande déception, ces "blessures invisibles" avaient été laissées pour compte, là comme partout ailleurs. Un incident récent, où trois membres du Service sont décédés d'asphyxie au monoxyde de carbone, a toutefois déclenché un processus pour porter secours à leurs confrères. Des dispositions ont été

prises avec le service de psychothérapie d'un centre hospitalier voisin pour accueillir ces pompiers en détresse à la suite des circonstances particulièrement pénibles de la mort de ces sauveteurs (ils ont réussi à sauver les victimes mais ont eux-mêmes succombé). C'est encore très peu, et ces mesures sont venues postérieurement. Mais on envisage de planifier à l'avenir pour ce genre de situation.

Enfin, en d'autres occasions, nous avons rencontré les directeurs médicaux de diverses grandes villes du monde. Pendant ces rencontres, nous avons pu obtenir quelques renseignements sur le maniement du stress par diverses agences étrangères qui nous parassaient intéressantes à investiguer. L'Armée d'Israel semble en effet avoir développé certains protocoles pour aider à minimiser les séquelles psychologiques de certaines opérations militaires particulièrement traumatisantes. Nos entretiens avec le docteur Raja Ayash, de Beyrouth au Liban, nous a apporté certains éléments extrêmement intéressants sur la façon de réagir du personnel médical de cette ville ravagée par la guerre. Une présentation du Docteur Rutherford sur le terrorisme en Irlande a aussi amené de "l'eau au moulin". Enfin, une présentation sur les feux de brousse en Australie et sur les réactions des pompiers et de la population face à ces événements nous a particulièrement impressionnés.

Cependant, il semble qu'à peu près tout soit encore à faire. Chacun y va de ses impressions, de ses recettes, mais il semble qu'il n'y ait encore rien d'organisé, de planifié de façon méthodique pour faire face aux problèmes psychologiques présentés par le personnel opérationnel en situation de désastre.

Toutefois, il nous apparaît de plus en plus clair que certains symptômes, certains comportements se rencontrent de façon quasi-uniforme chez les travailleurs des soins d'urgence en situation de désastre. Une chose semble ressortir de façon très claire de ces discussions et rencontres: Les effets psychologiques sur le personnel opérationnel en situation de désastres sont universellement présents à un degré ou un autre. Ils ont souvent passé inaperçu parce que le lien entre cet événement et des conséquences n'avaient pas été établi.

Il reste encore énormément à faire et nous croyons que cette première étude nous a permis d'élaborer un plan de recherche et d'établir une méthodologie qui nous permettra de préciser les symptômes psychologiques rencontrés par le personnel opérationnel, de prévoir certains comportements, d'établir à l'avance certains plans d'action pour faire face à ces problèmes et de mettre sur pied un programme d'enseignement qui puisse aider les responsables sur les lieux d'une catastrophe à fonctionner de façon optimale tout en minimisant les séquelles psychologiques sur le personnel dont ils ont la charge.

Nos interventions lors de deux désastres qui ont eu lieu au Québec durant le cours de cette étude, vont nous permettre de mieux préciser notre pensée et d'illustrer nos données.

VISITE DE LIEU NO. 1: CARAMBOLAGE SUR LA TRANS-CANADIENNE - STE-MADELEINE, QUÉBEC

Le 29 septembre 1983, un carambolage impliquant quelques 13 véhicules fait 5 morts et 3 blessés à Sainte-Madeleine, petite municipalité située à une vingtaine de kilomètres au sud-est de Montréal.

Le brouillard semble avoir été à l'origine de cette tragédie. Six camions lourds sont impliqués dans cet accident. Deux contiennent de l'huile à chauffage, un autre de l'essence. L'incendie qui suit l'impact brûlera pendant plus de 4 heures, sous les regards des pompiers impuissants. Ils sont trois équipes, venues des municipalités environnantes et regroupées par une entente d'aide mutuelle.

Mais, ils peuvent peu de chose, ces pompiers habitués à combattre des incendies dans de petites municipalités rurales de quelques milliers d'âmes. Des passagers sont coincés dans leurs véhicules en flammes mais l'intensité de la chaleur ne leur permet même pas de s'approcher, encore moins de porter secours à ces victimes. Les policiers (une trentaine), dépêchés sur les lieux, ne peuvent que détourner la circulation et éloigner les curieux. Les ambulanciers transporteront trois blessés vers un hôpital de la région, mais, pour la plupart d'entre eux, c'est une longue attente sans aucun espoir de pouvoir être utile à qui que ce soit.

Le bilan en termes de morts et de blessés n'est pas terriblement élevé (5 morts, 3 blessés). Mais l'ampleur des dégâts est immense. La chaleur aura été tellement intense qu'il faudra refaire la surface de la route fondue jusqu'au béton. Les véhicules impliqués sont soudés les uns aux autres. On sera incapable de dégager certaines des victimes sur les lieux. On transportera certains véhicules, vers des lieux plus propices à la désincarcération. Plusieurs des victimes sont connus des secouristes. Bref, un incident dont l'ampleur dépasse de beaucoup les ressources locales et dans un contexte très chargé sur le plan émotionnel.

Cet incident rencontrait donc les deux critères essentiels de notre définition d'un désastre: la disproportion des ressources disponibles par rapport à l'ampleur de l'incident et un contexte psychologique chargé.

Nous avons donc décidé d'intervenir. Le directeur du service de la Protection publique de la Ville de Saint-Hilaire, monsieur Gilles Dubuc, avait eu la charge des opérations sur les lieux du sinistre. Il organise une rencontre des différents corps de services publiques impliqués lors de cet incident et le 12 octobre, moins de deux semaines après l'incident, un debriefing psychologique a lieu à Saint-Hilaire.

Le docteur Jeffrey Mitchell, Ph.D., de l'université du Maryland à Baltimore est invité à diriger cette réunion avec nous. Le docteur Mitchell a écrit sa thèse de doctorat sur le "burn-out" (qu'il préfère appeler le syndrome de stress cumulatif chez le personnel des services médicaux d'urgence. Il effectue actuellement, comme nous, une recherche sur le syndrome du stress aigu, provoqué par les situations de désastre sur le personnel opérationnel.

Une des techniques qu'il préconise est celle du debriefing psychologique des équipes de travail dans un délai optimal. Il a travaillé à ce jour sur quelques incidents, en particulier sur l'écrasement du Palm 90, l'appareil d'Air Florida qui s'écrasa dans la rivière Potomac après avoir percuté un pont à Washington, D.C.

Nous avons déjà discuté de la technique plusieurs fois avec le Docteur Mitchell. L'occasion nous paraissait excellente de le voir en action et de pouvoir, par la suite, assurer un suivi auprès des participants.

Les participants comprenaient des représentants des services d'incendie de la municipalité de Saint-Hilaire et de celle de Beloeil, de la Sûreté du Québec, du bureau du coronar du district de Sainte-Hyacinthe et des média d'information.

La séance a débuté avec la présentation des animateurs (le Docteur Mitchell et moi-même) et des participants. Des règles de base ont été établies dès le départ pour assurer la confidentialité des propos tenus lors de cette réunion et afin que tous puissent parler à leur aise. À noter ici que les membres des média d'information qui avaient couvert cet incident avaient été invités à la réunion pour leur bénéfice personnel et non pour couvrir la réunion.

Une séquence audiovisuelle de l'incident, obtenue d'une station de télévision, a ensuite été projetée. Ce visionnement a permis aux participants de se remémorer certains faits de cet événement et a permis de déclencher la discussion.

On a demandé à chaque participant de dire où il était lors de cet incident et quel rôle il avait joué. Certains se sont bornés à répondre simplement à ces questions; mais la plupart ont, dès cette première phase, commencé à relater des événements plus personnels et plus chargés de contenu émotionnel.

Le reste de la matinée a servi à faire verbaliser (souvent pour la première fois) les émotions et sentiments vécus le jour même de la tragédie et dans les jours qui ont suivi. Une pause a été faite à l'heure du dîner, mais les participants ont choisi de demeurer ensemble pour le repas.

La rencontre de l'après-midi a été plus didactique. Le docteur Mitchell a expliqué aux participants la nature du stress émotionnel aigu vécu lors de telles catastrophes. Il a décrit les signes et symptômes normaux auxquels le personnel opérationnel

pouvait s'attendre. Et il a offert quelques suggestions pour aider à surmonter la période difficile qui suit ces incidents. Il a illustré cette présentation d'exemples vécus auprès des intervenants des situations auxquelles il a participé et la séance s'est terminée sur une période de questions-réponses.

Nous avons recontacté les participants trois mois après le debriefing. Pour tous, l'expérience était nouvelle. Certains avaient déjà vécu des situations de désastre dans le passé mais aucun n'avait eu de debriefing psychologique, bien que la plupart du temps un debriefing technique ait été fait. Certains ont dit avoir eu une recrudescence des symptômes après le debriefing, mais ces symptômes se seraient estompés en quelques jours et "ça valait la peine". Tous, en effet, ont dit avoir tiré beaucoup de bénéfice de cette séance. Bénéfice personnel, mais aussi, pour leur "troupes". Ils ont en effet dit avoir pu reconnaître certains symptômes prémonitoires chez leurs subalternes, leur permettant ainsi d'intervenir avant que des problèmes plus graves ne s'installent. Tous ont exprimé le souhait que ce genre de sessions soient instituées de façon systématique lors de désastres futurs.

Cette session de debriefing nous apparaît comme un point saillant dans notre recherche. Les expériences de ce genre de séances (les nôtres et celles de nos collègues américains contactés) sont encore trop récentes et trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions certaines. Mais, c'est une technique qui selon nous, mérite d'être étudiée de plus près.

VISITE DE LIEU NO. 2: LA FUSILLADE DU 8 MAI 1984 A L'ASSEMBLEE NATIONALE DU QUEBEC

Le 8 mai 1984, un jeune homme habillé en tenue militaire de combat faisait irruption au siège du Gouvernement à Québec et ouvrait le feu avec une mitraillette de calibre 9 mm. Après plus de 4 heures de négociation, le Sergent d'Armes de l'Assemblée Nationale réussissait à le faire se rendre à la police. Il avait laissé sur son passage trois morts et treize blessés.

Notre expérience des sept dernières années et le résultat de notre recherche nous permettaient de prédire des problèmes psychologiques importants, non seulement chez ceux qui avaient rencontré le tueur face à face, mais aussi chez ceux qui s'étaient terrés pendant plus de quatre heures dans leurs bureaux, craignant à tout moment que le tueur ne fasse irruption chez eux. On pouvait même s'attendre à ce que ce geste ait des répercussions chez tous ceux qui travaillent normalement à l'Assemblée Nationale. C'est pourquoi nous avons offert nos services pour tenter d'amenuiser les symptômes psychologiques des victimes directes et indirectes de cet attentat.

DESCRIPTION GENERALE DES INTERVENTIONS

Notre mode d'intervention se basait sur le "Critical Incident Stress Debriefing", technique mise au point par le docteur Jeffrey T. Mitchell, que nous avons employée avec lui à Sainte-Madeleine.

Nous avons modifié cette technique pour répondre à nos besoins, mais nous en avons retenu les étapes suivantes:

1. Introduction:

Présentation de l'animateur et description des règles de base; insistance sur la confidentialité la plus totale; brève explication des raisons de ces sessions; description du déroulement chronologique de la session.

2. Phase factuelle:

On invite chaque participant à donner son nom, son rôle/emploi, à dire où il était au moment du drame, ce qu'il a vu, entendu, etc.

3. Phase émotionnelle:

On invite les participants à exprimer ce qu'ils ont ressenti lors des événements et ce qu'ils ressentent depuis.

4. Phase des symptômes:

On demande aux participants de nous dire ce qu'ils vivent d'inhabituel depuis l'incident; de relater les changements qu'ils ressentent au travail, à la maison, etc.

5. Phase didactique:

L'animateur explique la réponse habituelle de l'organisme au stress et les symptômes auxquels l'on peut s'attendre.

6. Conclusion:

Ici on tente de cloturer la séance de la façon la plus satisfaisante possible pour les participants: réponse à leurs questions et phase de décompression où les émotions peuvent reprendre un niveau compatible avec les activités normales; plan d'action pour faire face aux difficultés ultérieures.

Afin de mieux comprendre le processus, ces six phases ont été décrites ici comme distinctes et séparées. En réalité, elle s'entrecoupent souvent.

OBJECTIF DE L'INTERVENTION

De façon pratique, les séances se font en deux volets qui permettent d'atteindre les deux objectifs recherchés.

Dans un premier temps, chaque participant a l'occasion de relater l'incident tel qu'il l'a vécu, en compagnie d'autres victimes et dans un milieu rassurant. Cela lui permet de constater qu'il n'est pas seul à être perturbé, que les sentiments qu'il éprouve sont non seulement normaux mais que plusieurs autres les partagent avec lui, qu'ils ne sont pas

dangereux et ne représentent en rien des signes de détérioration de la santé mentale. Ainsi rassuré, le participant se permet généralement d'explorer plus à fond des sentiments qu'il n'osait pas laisser émerger, et d'épuiser, par la narration répétée des faits et sentiments, le traumatisme.

Dans un deuxième temps, une présentation didactique des signes et symptômes habituels de stress éprouvés lors de situation de désastre, permet au participant de mieux comprendre ce qui lui arrive. Ceci a aussi pour effet de le rassurer, mais ces explications vont de plus l'aider à mieux contrôler ces effets, et à prendre les mesures nécessaires pour minimiser les séquelles et amenuiser les effets désagréables.

SYMPTOMES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTRES EN SITUATION DE DESASTRES

Les études entreprises depuis quelques années par un petit groupe de chercheurs aux U.S.A. et au Canada ont permis de déceler un certain nombre de symptômes qu'on retrouve presque universellement chez les victimes de drames collectifs et le personnel opérationnel. Chaque victime n'éprouve évidemment pas tous les symptômes, mais à peu près toutes en vivent quelques-uns à un degré plus ou moins marqué.

Pour des fins de clarté, on divise habituellement ces symptômes en trois catégories, même si dans la pratique, il n'est pas possible de véritablement diviser ainsi le corps de l'esprit ou des émotions.

Ces symptômes se comprennent bien si l'on se réfère aux études des chercheurs sur le stress tels Cannon et Selye. Ces chercheurs parlent en effet, de "Fight or Flight": Devant un danger, l'organisme réagit de façon à assurer sa survie soit par le combat, soit par la fuite. Quel que soit le mode de défense choisi, les modifications physiologiques rencontrées sont les mêmes. Il importe de dire à ce chapitre que ces réactions sont les mêmes, quel que soit le stresser impliqué et qu'il importe peu que le danger soit réel et visible ou qu'il ne soit qu'appréhendé; de toute façon, le résultat sera le même.

Il suffit, pour comprendre ces phénomènes, d'imaginer le scénario suivant: vous faites la rencontre d'un ours en forêt; vous percevez rapidement qu'il est gros et qu'il a faim; il représente pour vous un danger; nous prenons pour acquis que vous optez pour la fuite! Pour ce faire, les muscles de votre corps, vos jambes en particulier, auront besoin d'être nourris pour un fonctionnement optimal. Une respiration plus rapide permettra d'amener plus d'oxygène à ces muscles qui en ont grandement besoin. Cet oxygène pour être capté devra être transporté par le sang et le coeur accélérera son rythme pour faire circuler cet oxygène plus rapidement. Vous aurez besoin de bien voir autour de vous pour bien capter votre environnement et vos pupilles vont se dilater, etc. Cette description est évidemment très sommaire et frôle la caricature, mais elle permet de comprendre les réactions que nous avons retrouvées fois après fois chez les victimes de catastrophes et de comprendre pourquoi les réactions des secouristes ne sont pas différentes, la réaction au stress étant la même quelque soit le stresser.

1. Réactions physiologiques

Le branle-bas de combat décrit précédemment explique bien qu'on retrouve chez de nombreuses victimes:

- Baisse d'énergie/fatigabilité, pouvant alterner avec:
- sensation "d'ébullition",
- baisse de l'immunité avec tendance aux rhumes, gripes, etc., augmentée,
- douleurs musculaires, en particulier dans le bas du dos et à la nuque,
- maux de tête,
- perturbations endocriniennes;
 - problèmes menstruels,
 - exacerbation de problèmes thyroïdiens.
- diabète,