



## **RETOURS D'EXPÉRIENCE SUR L'AIDE PSYCHOSOCIALE APRÈS UNE CATASTROPHE**

Pays participants:

Autriche, Belgique, République tchèque, Danemark, Finlande,  
France, Allemagne, Grèce, Italie, Luxembourg, Pays-Bas,  
Norvège, Slovaquie, Espagne, Suède, Turquie

*Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.*

Toute demande de reproduction ou de traduction de tout ou d'une partie du document doit être adressée à la Division de l'information publique et des publications, Direction de la communication (F-67075 Strasbourg Cedex ou [publishing@coe.int](mailto:publishing@coe.int)). Toute autre correspondance relative à cette publication doit être adressée au Secrétariat de l'Accord européen et méditerranéen sur les risques majeurs EUR-OPA ([www.coe.int/europarisks](http://www.coe.int/europarisks)).

## Introduction

Ce rapport est le fruit d'une étude du *Standing Committee on Crisis and Disaster Psychology* de la Fédération européenne des associations de psychologues (EFPA), menée dans les différents pays d'Europe qui y adhèrent. Chaque membre y décrit un exemple de prise en charge psychosociale après une catastrophe survenue dans son pays. Les exemples ont été choisis de manière aléatoire et le rapport aurait pu en couvrir bien d'autres. Il est essentiel de tirer les leçons de nos expériences et de collecter les bonnes pratiques, tout en examinant également les problèmes qui ont surgi. Une catastrophe est certes synonyme de chaos, et nous ne pourrions jamais prévoir tous les cas de figure, mais nous avons la responsabilité de chercher à offrir les réponses les plus adaptées.

Afin de véritablement apprendre de telles expériences, les données pertinentes doivent être collectées de manière systématique. Telle n'a pas été la pratique habituelle en Europe. Le présent rapport pourrait servir de point de départ à une discussion sur la meilleure manière de compiler et de décrire les leçons apprises pour les exploiter afin de préparer l'avenir.

Le *Standing Committee on Crisis and Disaster Psychology* a analysé les divers exemples et en a tiré quelques conclusions générales. Elles sont ouvertes à la discussion. A présent, l'idéal serait de pouvoir organiser un échange d'expériences avec les représentants du Conseil de l'Europe pour formuler des recommandations en vue d'un développement des mesures des pouvoirs publics.



## Table des matières

Autriche – Inondations en Basse-Autriche, août 2002.....	7
Belgique – Catastrophe ferroviaire, mars 2001 .....	11
République tchèque – Tsunami en Asie du Sud-Est, décembre 2004 .....	14
Danemark – Tsunami en Asie du Sud-Est, décembre 2004 .....	17
Finlande – Accident routier de Konginkangas, mars 2004 .....	20
France – Catastrophe AZF à Toulouse, septembre 2001 .....	23
Allemagne – Fusillade dans une école d’Erfurt, avril 2002 .....	26
Grèce – Séisme dans l’Attique, septembre 1999.....	28
Italie .....	32
Séisme dans le centre de l’Italie, octobre 2002 .....	32
Séisme de l’Aquila, en 2009.....	35
Luxembourg – accident d’avion, novembre 2002 .....	40
Pays-Bas – Explosion d’une entreprise de pyrotechnie à Enschede, mai 2000 .....	43
Norvège – Catastrophe maritime en Norvège, novembre 1999 .....	47
Slovénie – Glissement de terrain à Log pod Mangartom, novembre 2000 .....	50
Espagne – Attentat terroriste à Madrid, mars 2004 .....	52
Suède – Tsunami en Asie du Sud-Est, décembre 2004 .....	59
Turquie – Séisme de Marmara, août 1999 .....	63
Conclusion .....	67



## **Autriche – Inondations en Basse-Autriche, août 2002**

*Eva Munker-Kramer*

Le 7 août 2002, la Basse-Autriche (la région nord du pays, proche des frontières avec la République tchèque et avec la Slovaquie) était frappée par « l'inondation du siècle » quand le Danube et ses affluents du nord n'ont pu contenir le déferlement des eaux résultant d'un épisode de pluies extrêmement fortes. Elle a été suivie, le 12 août, d'une deuxième crue de la même intensité, qui a fortement affecté le moral du public.

Quelques chiffres: des villages entiers ont été coupés du monde par les inondations, il ne restait plus ni électricité, ni eau potable, ni un endroit pour dormir au sec, et la population a dû être logée dans des camps pendant plusieurs jours. 17 500 maisons et entreprises ont été gravement endommagées dans la seule région de Basse-Autriche, et nombre d'entre elles ont été détruites avec tout leur contenu en à peine quelques heures. En outre, des voitures et d'autres biens ont aussi été détruits ou ont disparu.

Le montant des dégâts a été chiffré à 370 000 000 € en Basse-Autriche, et plus de 30 000 personnes ont été affectées dans la région.

### **Intervention initiale**

L'équipe psychosociale de Basse-Autriche pour les interventions dans les crises exceptionnelles est financée par le ministère de la Santé du gouvernement fédéral, pour les « catastrophes touchant les particuliers ». Elle compte 50 psychologues, médecins et psychothérapeutes formés aux interventions et aux méthodes de psychologie des catastrophes et des crises, et six travailleurs sociaux qui veillent aux besoins sociaux des personnes. Pour l'inondation, l'équipe a effectivement réuni 23 psychologues, cinq travailleurs sociaux, deux médecins et sept psychothérapeutes.

Après avoir été alertée par le gouvernement fédéral, l'équipe a trouvé des personnes gravement choquées, désemparées et incapables de prendre les décisions nécessaires. Elles ne savaient pas par où commencer et étaient à la fois désespérées et désorientées. Elles présentaient les symptômes d'un état de stress aigu (ESA), souvent associés à des symptômes de stress post-traumatique (y compris des sujets retraumatisés, comme les personnes âgées auxquelles cela

rappelait la guerre), de nombreux conflits avec les familles, un grave manque de motivation, un refus de faire des projets d'avenir, du désespoir, des personnes complètement dépassées par les contraintes de la situation, de la dépression, des accès de panique et une peur excessive de la mort.

Le travail a commencé par un filtrage psychologique (« triage ») sur site, réalisé par des psychologues, parfois en collaboration avec des bénévoles. Nous avons proposé des diagnostics cliniques et des thérapies aux personnes qui en avaient manifestement besoin. Nous avons élaboré des plans de prise en charge à plus long terme et constitué un réseau avec le clergé, les pompiers, la Croix-Rouge et les maires des communes affectées. Nous avons mis en place une ligne d'appels d'urgence et organisé une équipe de travailleurs sociaux pour les conseils relatifs aux problèmes financiers et d'endettement.

Nous avons proposé des interventions individuelles, de la psycho-éducation, des séances de gestion du stress lié à un incident critique (CISM), des interventions dans des communes, des consultations pour des collectivités, du travail avec les familles pour les préparer à des décisions d'avenir, de la gestion des conflits dans les communes et les familles, et de l'information et du conseil aux hauts fonctionnaires et aux maires.

Au total, 500 personnes ont été prises en charge, 300 ont bénéficié d'une assistance individuelle et de groupe (désamorçage, verbalisation) et 200 autres ont été contactées grâce au filtrage et à la psycho-éducation.

### **Intervention à plus long terme**

L'équipe a travaillé entre 2 500 et 3 000 heures du 7 au 28 août. Une assistance individuelle a été organisée jusqu'à Noël pour ceux qui en éprouvaient le besoin, et la ligne d'assistance téléphonique a fonctionné jusqu'en mai 2003. Un an après les incidents, de nombreuses nouvelles demandes nous sont parvenues parce que les habitants se sont remémoré les inondations. Quatre grands projets ont été menés. Dans un petit nombre de communes, de nouveaux dispositifs ont été mis en place, et nous avons apporté aux organisateurs des conseils sur les dynamiques qui pouvaient se présenter, tandis que les crèches et les écoles ont bénéficié de réunions de groupe avec les enfants (séances de verbalisation sur les symptômes et les réactions, et sur les manières de tourner la



page). Des groupes d'informations comparables ont été organisés pour les enseignants qui notaient des symptômes dans les classes, quelques groupes locaux de pompiers ont bénéficié d'un débriefing, tout comme les ingénieurs appelés à évaluer le montant des dommages et qui ont été frappés par l'ampleur de la tâche, le temps très court qui leur était imparti et la grande responsabilité qui pesait sur leurs épaules vis-à-vis de chacune des familles pour laquelle des évaluations devraient être réalisées.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

Tout le monde a profité de la coopération avec les travailleurs sociaux, qui s'est établie sur une base claire où chacun se concentrait sur son domaine de compétence (et pouvait donc donner le meilleur de lui-même).

Les travailleurs sociaux ont établi le tableau de service, coordonné les personnels, contacté les autorités locales, établi des contacts avec le gouvernement pour des questions pratiques, organisé les moyens nécessaires à la mise en place d'installations et de services supplémentaires (ligne d'assistance téléphonique, unité de conseil mobile) et pris des dispositions pour une aide financière.

Conclusion: il convient que les responsabilités soient clairement définies dans le cadre d'un soutien concerté des différents professionnels; les contacts des membres des deux disciplines peuvent être mis à profit pour établir des réseaux; il faut une très bonne gestion, définir les interlocuteurs et assurer des échanges d'informations permanents et institutionnalisés. Une telle répartition des tâches permet de donner dès le départ une impression de « normalité » aux personnes affectées par la catastrophe, qui savent également qui sont leurs interlocuteurs. Elles peuvent alors ressentir l'efficacité du transfert et de la coopération.

Cette configuration aboutit à une utilisation idéale des compétences professionnelles, et les membres des deux professions se sentent à l'aise dans leurs opérations.

Pour atteindre ce résultat, il faut se connaître et savoir en quoi consiste la discipline de l'autre. Les deux professions doivent connaître leur gestion des opérations et savoir établir des réseaux, et ont toutes deux besoin de leur propre domaine de compétences dans les opérations; elles ne peuvent pas entièrement se déléguer mutuellement leurs compétences. Les activités et la discipline doivent

être mis à profit pour réaliser un maximum d'impact avec le travail de chacune des parties (« combler les lacunes », « établir des passerelles »); un dispositif de soulagement des équipes (passage des responsabilités doit être assuré pour les deux disciplines.

La concentration de chacun sur son métier spécifique contribue à une meilleure qualité et s'avère profitable pour les professionnels des deux disciplines, y compris dans les catastrophes individuelles (et cela se pratique déjà).

## **Belgique – accident ferroviaire, mars 2001**

*Olivier Serniclaes*

Le matin du 27 mars 2001, un train de navetteurs bondé est entré en collision frontale avec un train vide dans le centre de la Belgique (village de Pécrot, à 25 km à l'est de Bruxelles), en pleine heure de pointe. Huit personnes, y compris les deux conducteurs, sont mortes et 12 personnes ont été blessées dans ce qui était la pire catastrophe ferroviaire de la Belgique depuis 25 ans. Il semble que le train vide ait été aiguillé par erreur sur la voie où arrivait le train de passagers. Les sauveteurs ont fouillé les décombres pendant 10 heures à la recherche de corps et pour dégager les survivants. Le gouverneur a activé le plan provincial de catastrophe, et plus de 60 sauveteurs ont été envoyés sur place. La compagnie nationale des chemins de fer (NMBS/SNCB) a reconnu que l'accident était uniquement imputable à une erreur humaine (manque d'expérience du conducteur du train vide, barrières linguistiques entre les agents de la gare et les conducteurs néerlandophones et francophones).

### **Intervention initiale**

Un centre d'information et d'assistance a été ouvert à Florival (à 500 m de l'accident), où tout le personnel d'aide psychosociale a été réuni pour soutenir et identifier les familles des victimes. Plus de 80 personnes affectées (observateurs, personnes vivant à proximité du lieu de la catastrophe, familles) ont contacté le centre d'information et d'assistance.

L'équipe psychosociale (20 personnes le premier jour) se composait:

- d'un psychologue et de travailleurs sociaux bénévoles de la Croix-Rouge (néerlandophones et francophones);
- d'agents de la cellule de crise de la police fédérale;
- de psychologues assurant l'assistance aux victimes pour la police locale (de tout le secteur);
- de travailleurs sociaux des collectivités locales;
- de représentants de la collectivité locale;

- de psychologues de la société nationale des chemins de fer – SNCB (plus spécifiquement chargés d’assurer les premières visites aux familles des défunts).

Le gouverneur a choisi de réunir dans le centre d’information et d’assistance tous les services présents, y compris la presse, les sauveteurs et les autorités politiques. Le premier jour, ce centre ressemblait plus à un PC de crise qu’à un véritable centre d’information et d’assistance aux victimes.

Le centre est resté ouvert deux jours.

Les victimes et leurs familles ont bénéficié d’informations et d’un soutien émotionnel et social, ont reçu des informations pratiques sur l’identification et une assistance pratique initiale; un centre d’appel a été organisé, et un soutien a été apporté aux personnes confrontées à la mort de proches.

Le lendemain de l’accident, une réunion a été organisée avec toute l’équipe et le personnel psychosocial concerné pour une évaluation initiale d’après-crise et afin de coordonner les activités futures. Les besoins de toutes les victimes ont été évalués, et une réunion d’information pour ces dernières s’est tenue trois semaines plus tard. Les séances de verbalisation ont uniquement été organisées pour les sauveteurs, et une assistance psychologique a été proposée à toutes les victimes directes et à leurs proches.

Au cours des trois mois qui ont suivi l’accident, huit réunions de coordination ont assuré le suivi des activités psychosociales. Le directeur psychosocial du ministère de la Santé assurait la coordination

### **Intervention à plus long terme**

Une cérémonie d’anniversaire a été organisée sur le site de l’accident un an après les faits; à cette occasion, une stèle de pierre portant le nom des victimes a été inaugurée. 300 personnes ont participé à la cérémonie, et une douzaine d’assistants psychosociaux étaient présents pour soutenir et réconforter les familles.

Certaines victimes ou proches de celles-ci (principalement des blessés et des proches des morts) suivaient encore une thérapie un an après l’accident.

Trois ans plus tard, le procès la catastrophe n'était toujours pas terminé.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

- La province n'avait pas de plan psychosocial efficace avant la catastrophe (aucune prévention), et le directeur psychosocial avait travaillé pour une autre province et ne connaissait pas la collectivité locale concernée, ce qui a principalement posé des problèmes le premier jour (contacts initiaux, des difficultés pour déterminer les compétences de chacun) et dans la coordination à long terme (moins de soutien des autorités).
- Le centre d'information et d'assistance était surpeuplé, sans espace réservé aux victimes et à leurs proches; des difficultés sont survenues entre les victimes et les journalistes, ou avec les sauveteurs (des règles spécifiques ont depuis été instaurées pour la mise en place et l'organisation des centres d'information et d'assistance).
- Le jour de la catastrophe et pendant la cérémonie d'anniversaire, les politiciens et la collectivité locale se sont trop mis en avant, sans aucun respect pour les besoins des victimes (vie privée, respect, informations fiables, reconnaissance, protection).
- Une bonne collaboration s'est installée avec tout le personnel psychosocial, mais beaucoup de problèmes ont surgi avec leurs autorités à propos de leur participation (durée, financement, rapports...).
- Les partenaires importants pour le suivi psychosocial étaient notamment les compagnies d'assurances, le système judiciaire, les collectivités locales et la société des chemins de fer.
- L'Université de Louvain et le ministère de la Santé ont prévu de réaliser des recherches sur les retombées psychologiques, mais il n'y a pas eu de suites. Par contre, l'Université de Maastricht s'est associée à un médecin local, sans disposer d'autorisation spécifique, pour réaliser une étude sur les symptômes psychologiques (ESPT) des personnes vivant à proximité du lieu de la catastrophe. Il a fallu attendre 2004 et l'explosion de gaz de Ghislenghien pour qu'une première coopération effective se mette en place en Belgique pour étudier les symptômes psychologiques suite à une catastrophe.

## **République tchèque – Tsunami en Asie du Sud-est, décembre 2004**

*Jana Malikova*

Nous avons récemment essuyé plusieurs catastrophes (comme les vastes inondations de 2002, qui ont affecté 75 000 personnes; de nombreux morts dans des accidents de circulation; une tornade). Par conséquent, un dispositif d'assistance psychosociale a été mis en place pour les situations d'urgence. Actuellement, un dispositif de prise en charge et d'intervention post-traumatique est organisé dans le cadre du ministère de l'Intérieur, principalement à l'intention des policiers et des pompiers. Le système s'appuie sur environ 120 professionnels formés à cet effet, des spécialistes de la gestion du stress lié à un incident critique (CISM) et de l'intervention en cas de crise.

Comme le dispositif d'assistance psychosociale n'a pas été activé à grande échelle depuis le drame du tsunami, je me servirai de cet exemple pour illustrer mon propos. Quelques milliers de touristes tchèques étaient en Asie au moment du tsunami. Quelques centaines d'entre eux se trouvaient en Asie du Sud-est, dans les zones affectées. L'on était toujours sans nouvelles de plus de 300 citoyens du pays trois jours après la catastrophe. Trois semaines après le tsunami, 11 personnes étaient toujours portées disparues, et un corps avait été identifié. Aujourd'hui, huit corps ont été identifiés. Quelque 500 Tchèques ont souffert d'un grave traumatisme psychologique suite à ces événements.

### **Intervention initiale**

Une équipe coordinatrice d'experts en santé mentale de cinq personnes a été organisée sous la direction de deux psychologues; 14 coordinateurs régionaux (des psychologues rattachés aux pompiers) et 140 spécialistes du soutien psychosocial ont été déployés au niveau régional (y compris des personnes formées mais non professionnelles).

Leurs principales missions:

- rapatrier un maximum de citoyens tchèques;
- apporter des informations pertinentes au plus grand nombre possible de citoyens « affectés »;

- fournir des informations pertinentes aux sauveteurs et aux professionnels.

Le travail le plus intensif a été fourni pendant la première semaine de mobilisation. Une assistance téléphonique a été mise en place pendant les trois semaines qui ont suivi la catastrophe. 18 personnes ont apporté une aide psychosociale; neuf étaient sur le terrain.

### **Intervention à plus long terme**

Le cas de plusieurs personnes suivant des psychothérapies nous a été signalé. Des ONG ont par ailleurs mené des missions dans les zones affectées par le tsunami en Asie du Sud-est, mais nous n'y avons pas participé.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

Principales difficultés:

En général:

- compétences mal définies;
- manque d'attention au bien-être mental des professionnels (pas de débriefings...);
- absence de schéma d'intervention pour ce type de catastrophe.

Spécifiquement:

- il faut organiser la constitution d'une base de données des personnes « affectées » (nous ne disposons pas de liste complète des touristes concernés);
- certains touristes tchèques n'ont pas été protégés contre les journalistes à leur retour en avion (risque de traumatisme psychologique secondaire);
- les hôpitaux tchèques n'ont pas assuré de soutien psychologique;
- peu de psychothérapeutes de République tchèque s'orientent sur les thérapies de longue durée pour des clients souffrant d'ESPT.

Ce qui a bien fonctionné?

- la coordination centrale;
- la gratuité de tous les services;
- le suivi psychologique dans les aéroports;
- l'assistance psychologique lors des prélèvements d'ADN;
- la souplesse et la créativité de l'équipe psychosociale;
- la forte motivation des membres de l'équipe, l'enthousiasme des professionnels;
- la solidarité et la réciprocité.



## **Danemark – Tsunami en Asie du Sud-est, décembre 2004**

*Anders Korsgaard*

Environ 3 000 ressortissants danois étaient présents dans la zone de la catastrophe. La plupart passaient les vacances de Noël en Thaïlande. 46 Danois ont été tués par le tsunami. 45 d'entre eux ont été identifiés. De nombreux survivants ont été exposés à des situations périlleuses, et certains ont vu la mort de près. L'on compte de nombreux enfants tant parmi les survivants que parmi les victimes.

### **Intervention initiale**

Une intervention psychosociale a, dans un premier temps, été organisée:

En Thaïlande:

Plusieurs organisations ont envoyé des équipes de crise danoises en Thaïlande. Cette intervention initiale a été menée à la fois par des acteurs privés et par des organismes officiels.

A Copenhague:

Des équipes de crise ont assuré une présence à l'aéroport de Copenhague 24 heures par jour pendant deux semaines afin d'accueillir les Danois rapatriés et, dans une certaine mesure, d'autres Scandinaves.

Les équipes de crise locales au Danemark:

Dans tous les comtés du Danemark, des équipes de crise locales se sont préparées au retour de leurs concitoyens.

Les équipes de crise se composaient de psychologues, de médecins, de psychiatres, d'infirmières, de prêtres et de spécialistes de la logistique.

L'intervention initiale a consisté à structurer une situation chaotique et d'une ampleur impressionnante. L'information, les aides pratiques, le soutien émotionnel et une assistance empreinte d'empathie ont joué un rôle primordial.

Il convient que l'aide cible en priorité les personnes qui ont le plus grand besoin d'une assistance psychosociale. Un filtrage des réactions à haut risque est nécessaire. Le débriefing des membres des équipes de crise est tout aussi indispensable.

### **Intervention à plus long terme**

Les survivants et les proches des victimes étaient répartis sur tout le territoire danois. Dès le départ, il était important que l'intervention psychosociale à long terme soit organisée au niveau local.

Le dispositif suivant a été mis en place:

Les personnes ont eu la possibilité de contacter des psychologues locaux à titre individuel, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cabinets de psychologues locaux.

Les interventions collectives ont ciblé des groupes spécifiques: les enfants survivants, les parents qui avaient perdu des enfants, les proches des personnes décédées et les survivants. Ces interventions collectives ont été proposées en collaboration avec la Croix-Rouge danoise.

Une messe commémorative a été organisée en Thaïlande en avril 2005. Le premier ministre danois a invité 200 proches des personnes décédées à assister à cette commémoration en Thaïlande, sur le site de la catastrophe, à Khao Lak. Presque tous ont accepté l'invitation. Une équipe de crise a également assisté à cette commémoration afin d'apporter un soutien aux familles si nécessaire. Un an après le tsunami, plusieurs messes anniversaires ont été organisées un peu partout au Danemark. Plusieurs proches des victimes ont bénéficié de l'aide de travailleurs sociaux.

Une étude scientifique couvrant tous les Danois présents dans la zone du sinistre qui avait répondu au questionnaire a permis d'identifier les personnes présentant les signes les plus graves de stress post-traumatique. Une intervention psychosociale leur a été proposée.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

- L'importance d'une réaction rapide dans la mobilisation des équipes d'intervention d'urgence, y compris suite à des

catastrophes survenues à l'étranger et impliquant des ressortissants danois.

- Une étroite coopération organisée dès le départ avec les autorités (en l'occurrence, le ministère danois des Affaires étrangères).
- Il est toujours important de disposer de médecins somatiques, même dans les équipes psychosociales de crise.
- Un service religieux commémoratif sur le site de la catastrophe au moment approprié, quand les personnes concernées sont émotionnellement prêtes, a une valeur inestimable dans le processus de guérison.
- De fréquentes séances de formation doivent être organisées au préalable, pour se préparer à des catastrophes futures, avec toutes les administrations et organisations concernées.
- Très peu de personnes ont eu des troubles psychiatriques pendant la phase aiguë.
- En vue des opérations d'assistance psychosociale lors de catastrophes, il convient de sélectionner du personnel expérimenté et de haut niveau.
- L'origine naturelle de cette catastrophe a induit chez les victimes des réactions différentes de celles que l'on observe après un attentat terroriste.
- L'opération nous a appris à mettre en place de meilleures procédures en vue de catastrophes frappant des ressortissants danois à l'étranger.

## **Finlande – accident routier à Konginkangas, mars 2004**

*Salli Saari*

Un très grave accident de la route s'est produit en Finlande en mars 2004. Un autocar est entré en collision avec un poids lourd à Konginkangas. Il y avait 37 passagers d'un autocar. Au total, l'accident a fait 23 morts et 15 blessés graves. Les passagers partaient en Laponie pour skier. Tous étaient jeunes, et 90 % d'entre eux provenaient du sud de la Finlande.

### **Intervention initiale**

- Les premiers secours psychologiques pour les familles des morts et des blessés (ils se sont rendus à Jyväskylä) ont été assurés par la cellule de crise de l'hôpital central de Jyväskylä.
- Ligne d'appel d'urgence des psychologues de la Croix-Rouge de Finlande. Les trois premiers jours et les trois premières nuits, ce service a été utilisé par de nombreux membres des familles, proches et amis d'au moins 30 passagers de l'autocar. De nombreux contacts ont amené à visiter les familles à leur domicile.
- Des premiers secours psychologiques ont été organisés dans des centres publics de crise (Helsinki, Espoo, Vantaa).
- Les séances de verbalisation à l'intention des familles et des amis des victimes ont été complétées par des réunions de suivi organisées quatre semaines plus tard par les psychologues de la Croix-Rouge et par les cellules de crise locales.
- L'assistance psychologique aux blessés s'est poursuivie à l'hôpital.

### **Intervention à plus long terme**

- L'équipe de psychologues de la Croix-Rouge de Finlande a organisé des week-ends de soutien par les pairs (deux jours, avec une nuit sur place) pour les familles des personnes décédées et pour les blessés et leur famille. Les deux premiers week-ends ont été organisés trois mois après l'accident, les deux suivants six mois après, et la troisième série autour de la date anniversaire de l'accident. 55 personnes ont participé à la réunion

organisée pour les proches des jeunes décédés (membres des familles de 19 des 23 jeunes tués dans l'accident), et celle des blessés et de leur famille a réuni 30 personnes (13 des 15 blessés). Deux week-ends sont encore à venir. Les deux groupes se retrouveront pour le deuxième anniversaire de l'accident.

- Toutes ces réunions sont préparées et dirigées par des psychologues de crise. Les petits groupes de pairs ont également été dirigés par des psychologues. Pour chaque week-end, environ 10 psychologues doivent être présents pour modérer les groupes. Les petits groupes de pairs réunissent par exemple des mères, ou des pères, ou des frères et des sœurs, ou des conjoints des frères et sœurs, ou des veuves, ou des enfants. Lors du week-end organisé pour les blessés, ceux-ci forment un groupe spécial.
- Beaucoup de proches parents ont également suivi une thérapie individuelle.
- La Société finlandaise de santé mentale a également organisé des séances de soutien par les pairs pour les proches parents des personnes décédées. Ces groupes se sont retrouvés une fois par semaine pendant 1 h ½, pour un total de 10 séances. Les participants ont été répartis en un groupe de parents et un groupe de frères et sœurs.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

L'intervention initiale de premiers secours psychologiques a été organisée de manière à apporter un soutien efficace aux familles des victimes. La coordination des divers organismes (cellules de crise publiques et Croix-Rouge) dans le sud de la Finlande a également été très bonne. Quelques complications sont survenues dans la coopération avec l'hôpital central de Jyväskylä, et l'on a eu de gros problèmes avec des hommes d'église qui n'ont pas respecté la coordination et ont visité les proches parents des victimes sans y être invités. La qualité des prestations des religieux dans le cadre de la crise a également posé problème.

Les séances de soutien par les pairs modérées par des professionnels ont donné de très bons résultats. De nombreux proches parents ont estimé que c'est l'aspect de l'intervention de

crise qui leur a apporté la plus grande aide. Elles étaient organisées par des experts et ont impliqué un niveau d'intervention élevé.

De nombreuses thérapies pour les victimes et les survivants de l'accident se poursuivent. Même si les victimes ont bénéficié d'une plus grande assistance psychologique que celle qui est habituellement apportée aux victimes d'accidents de la circulation, elles gardent un sentiment d'amertume en pensant à la perte de leurs enfants, et donc de leur avenir. L'on continue de ressentir une grande colère dans l'esprit des proches de ces jeunes qui ont perdu la vie.

## **France – Catastrophe AZF à Toulouse, septembre 2001**

*Dominique Szepielak*

Le 21 septembre 2001, une gigantesque explosion a détruit l'usine AZF de Toulouse et, avec elle, la vie de nombreuses personnes. Certaines sont mortes, d'autres ont perdu leur logement, et certaines sont restées en état de choc (peut-être pour le reste de leurs jours).

Pour la première fois en France, l'événement a créé une demande massive d'assistance psychologique. Les attentats du 11 septembre aux Etats-Unis d'Amérique étaient encore tout frais dans les mémoires, et certains ont cru que l'explosion était une attaque militaire ou terroriste.

### **Intervention initiale**

- Les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) de toute la France ont apporté leur aide.
- Le 22 septembre, la Croix-Rouge a lancé un appel à la Société nationale des psychologues (SNP) pour demander des renforts.
- Davantage de psychologues se sont portés volontaires.

Au total, environ 500 psychologues se sont déplacés pour la catastrophe de Toulouse. Ils ont pris en charge les victimes dans les hôpitaux, à la mairie, dans les gymnases et dans les écoles. Les équipes officielles de secours sont restées une semaine sur place, mais ont évalué les besoins en assistance psychologique pour les quatre mois suivants. Les équipes de psychologues sont restées sur le terrain et ont été rémunérées pendant un mois et demi.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

- Temps et argent

Les équipes d'urgence officielles (CUMP) ne sont restées qu'une semaine. Les autres psychologues ont travaillé à titre bénévole dans un premier temps.

- Logistique

L'assistance psychologique n'était pas bien organisée, et il y a eu des problèmes de logement et d'accueil. Ainsi, des personnes se sont rendues dans les hôpitaux pour vérifier si un membre de leur famille était mort ou vivant. Elles faisaient la queue dans les réceptions, où une secrétaire ou une infirmière leur donnait les informations sans aucune préparation. Beaucoup de gens en ont gardé un grave traumatisme.

Un autre problème de logistique réside dans le fait que personne ne reconnaissait l'utilité de l'aide psychologique après une catastrophe. Il est vrai que personne ne pense que les victimes ont besoin du soutien de psychologues. L'assistance psychologique a donc été organisée dans l'urgence, sans méthodes ou protocoles spécifiques.

La durée de l'assistance a été limitée, et même s'il fallait plus de temps pour certaines personnes, les psychologues ont uniquement été payés pendant un mois et demi.

Dans ce type de situations en France, les psychologues dépendent des médecins ou du ministère de l'Education, et ne peuvent donc prendre que les mesures que d'autres autorisent, ce qui ne correspond pas aux besoins définis du point de vue psychologique.

La plupart des psychologues conviennent que dans le cadre de la catastrophe AZF, ils s'en sont remis à leurs capacités d'adaptation, sans s'appuyer sur des théories spécifiques.

La première adaptation a consisté à travailler dans un contexte inconnu.

J'estime que les psychologues ont, comme les médecins, besoin d'une formation aux crises et aux catastrophes.

#### Observations cliniques

Symptômes des personnes:

- flashback,
- mutisme,
- troubles de la mémoire,
- troubles de l'attention,



- hypervigilance,
- comportement de fuite,
- troubles du sommeil,
- syndrome du survivant,
- dépression,
- bourdonnement permanent dans la tête,
- troubles somatiques.

Pour les enfants:

Les enfants ont souffert parce qu'ils posaient à leurs parents toutes sortes de questions auxquelles ces derniers ne pouvaient pas bien répondre parce qu'ils étaient eux-mêmes en état de choc.

C'est pourquoi les psychologues ont beaucoup travaillé avec les enfants et les adolescents.

Certains écoliers présentaient les mêmes symptômes que les adultes et ont longtemps eu beaucoup de mal à se concentrer sur leur travail scolaire.

Autres observations: beaucoup de gens frappés par le deuil et par les traumatismes vivaient dans la précarité. AZF se situait à proximité d'un quartier défavorisé; la catastrophe a offert une occasion de discuter des problèmes sociaux et de développer un nouveau sens de la communauté et une nouvelle identité sociale dans le secteur.

Conclusion:

Quelle est l'image des psychologues à Toulouse aujourd'hui?

Dans l'action, ils ont tous fait preuve d'une grande faculté d'adaptation et sont très appréciés dans tous les témoignages.

## **Allemagne – Fusillade dans une école d’Erfurt, avril 2002**

*Georg Gewepieper*

Au cours d’une fusillade dans une école d’Erfurt, un élève de 17 ans a tué 12 enseignants, une secrétaire, deux élèves et un policier avant de se donner la mort. Quelques mois plus tôt, il avait été renvoyé de l’école.

### **Intervention initiale**

Au départ, la police a organisé une cellule de crise.

Le commissariat a demandé à tous les psychologues de la ville et de la région de se rendre à l’école pour assister les élèves et les enseignants frappés par le drame. 74 psychologues ont répondu à l’appel le premier jour, et des psychologues d’autres régions d’Allemagne sont arrivés au cours des jours suivants. Les interventions psychologiques étaient très variables et aucun programme normalisé d’intervention initiale n’a été mis en place.

Certains psychologues ont fait des séances de verbalisation et d’autres ont essayé les conseils, tandis que d’autres encore ont pratiqué la relaxation musculaire progressive et l’Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR).

L’équipe n’était pas dirigée par un chef psychologue qui aurait orienté les efforts. La plupart des psychologues étaient débordés.

### **Intervention à plus long terme**

Trois semaines après la fusillade, un programme comportemental et cognitif pour les élèves et enseignants traumatisés a été approuvé et mis en œuvre par le gouvernement. Deux psychologues ont été désignés pour chacune des classes, qui ont appris à tout leur groupe à « surmonter le traumatisme », surtout grâce à une séance de deux heures d’éducation psychologique par semaine.

Au cours de la phase de diagnostic, nous avons mesuré les signes d’état de stress post-traumatique, de dépression et de troubles psychiatriques. Nous avons proposé une psychothérapie individuelle aux élèves et enseignants fortement traumatisés. Les enseignants ont été invités à participer à un programme de thérapie de groupe.

Chacune des classes a été remise en situation et a revisité l'établissement où la fusillade avait eu lieu.

Une fois par mois, une séance d'information était organisée à l'intention des 53 psychologues. Cette disposition était nécessaire pour trouver des solutions aux problèmes et veiller à ce qu'ils atteignent les objectifs thérapeutiques du programme. Un an après les faits, toutes les victimes ont été impliquées dans l'organisation de l'anniversaire.

Une deuxième phase de diagnostic a été réalisée un an après pour étudier l'évolution des symptômes d'ESPT, de dépression et de troubles psychiatriques.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

Bonnes pratiques:

- Collaborer avec l'ensemble du système, et pas uniquement avec les personnes gravement traumatisées.
- Tous les psychologues devaient obligatoirement travailler dans le cadre du même programme, ce qui a permis de les superviser.
- L'élaboration d'un programme de « Sept étapes pour le traitement des personnes souffrant de traumatismes aigus » (SBK), un programme comportemental et cognitif associé à l'EMDR.

### **Leçons apprises**

- Nous avons besoin d'un meilleur réseau de psychologues formés aux interventions initiales, ainsi que d'équipes d'intervention de crises capables de se rendre très rapidement sur les lieux.
- L'organisation ou le ministère responsables de la mise en œuvre des interventions psychosociales n'étaient pas clairement définis.
- La directrice de l'école était profondément marquée par la fusillade, mais elle est restée à son poste et s'est montrée très coopérative avec les interventions des psychologues.

## **Grèce – séisme dans l’Attique, septembre 1999**

*Vasso Boukouvala*

Le 7 septembre 1999, un tremblement de terre de force 5.9 sur l'échelle de Richter a frappé l'Attique, provoquant de vastes dommages dans la région. L'épicentre se situait près du Mont Parnès, à environ 18 km au nord d'Athènes. D'après les statistiques officielles, le séisme a fait 143 morts et 700 blessés, et 40 000 familles, soit environ 100 000 personnes, se sont retrouvées sans abri. Il a également provoqué d'importants dégâts matériels dans toute l'Attique (maisons, édifices industriels, écoles, hôpitaux, etc.) et, d'après le ministère de l'Environnement, de l'aménagement du territoire et des travaux publics, 3 340 constructions ont dû être démolies. Les répliques du séisme ont été ressenties pendant plusieurs mois, et certaines avaient une forte intensité.

### **Intervention initiale**

Les services de l'Etat se sont promptement mobilisés immédiatement après le séisme. Une étroite collaboration s'est mise en place entre tous les services qui ont participé aux secours, comme le Centre de coordination du ministère de la Santé, le ministère de l'Intérieur, la Protection civile, l'armée, l'Unité spéciale de secours des pompiers (EMAK), les services ambulanciers, la police grecque, l'organisme de prévention et d'intervention pour les séismes (OASP), la Croix-Rouge de Grèce, la faculté de médecine de l'Université d'Athènes, la Clinique psychiatrique universitaire de l'Hôpital Eginiteion, l'Association des Psychologues de Grèce, beaucoup d'organisations non gouvernementales comme Médecins du Monde, etc.

La contribution de l'Association des psychologues de Grèce (APG) à l'intervention de crise suite à la catastrophe était primordiale, et a été structurée de la manière décrite ci-après (notons que c'était la première fois dans l'histoire de l'APG qu'une opération de cette nature et de cette ampleur était organisée).

L'Association des Psychologues de Grèce a, dès le départ, mis ses équipes à la disposition du ministère de la Santé et des Collectivités locales. Une évaluation initiale de situation a été réalisée en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, la commune de Menidi et d'autres collectivités locales. Les équipes se sont efforcées de réunir un maximum d'informations sur le nombre de blessés, l'ampleur de la catastrophe naturelle, les particularités démographiques (étant donné

le nombre élevé d'immigrants et de Roms dans la région), la nature et le type de problèmes rencontrés et les conditions de vie après le séisme, etc. Parallèlement, nous avons lancé un appel pour que nos collègues désireux de proposer leurs services à titre bénévole contactent l'association. L'évaluation des besoins a permis de prendre les décisions et mesures suivantes:

- Centre d'accueil de crise: le Centre d'accueil de crise de l'APG s'est installé à la base militaire de KAPOTA, à Menidi dans l'Attique. Il visait à apporter une aide psychologique immédiate à la population locale trois jours après la terrible catastrophe. Ce CRC a opéré en étroite concertation et collaboration avec le Centre de coordination du ministère de la Santé et des Affaires sociales, la commune de Menidi et les collectivités locales, et a été installé dans le dispensaire de la base militaire avec les autres organisations non gouvernementales. Chaque jour, pendant près de trois mois, 55 psychologues cliniques, membres de l'association, ont proposé leurs services à titre bénévole.
- Intervention de crise: soutien et premiers soins psychologiques (verbalisations individuelles, réunions de verbalisation avec les proches de victimes, réunions de verbalisation en famille) et discussions modérées par des psychologues pour des groupes d'adultes, d'adolescents, d'enfants ou d'enseignants. L'équipe a également relevé et enregistré tous les troubles psychiatriques signalés dans les camps pour personnes sans abri, ainsi que les transferts vers les services psychologiques et psychiatriques de la région.
- L'Unité mobile du Centre d'accueil de crise: mise en place pour visiter tous les camps organisés pour les sans-abri et pour les écoles locales, afin de proposer à la population des informations et des conseils pratiques sur la manière de surmonter la crise.
- Intervention auprès des personnes rescapées de bâtiments effondrés: les psychologues cliniques les ont pris en charge dans le cadre de verbalisations individuelles dans les hôpitaux généraux. Cette intervention a été menée en étroite collaboration avec le Centre de coordination du ministère de la Santé.
- Ligne d'appels d'urgence des psychologues pour les premiers secours et le soutien psychologiques. Ce service a bénéficié d'une publicité importante dans les médias.

### **Intervention à plus long terme**

L'intervention des psychologues (APG) a duré environ trois mois, (septembre-novembre 1999).

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

- Bonnes pratiques.
- Réunions de verbalisation.
- Discussions de groupe modérées par des psychologues.
- Aide psychologique aux familles.

### **Leçons apprises**

- En cas de catastrophes majeures, il est absolument essentiel de désigner un coordinateur central de l'assistance psychosociale.
- Les volontaires ne doivent pas travailler indépendamment du coordinateur national.
- En cas de catastrophe majeure, les psychologues de l'État et les associations nationales de psychologues doivent se tenir en alerte afin d'être prêts à répondre aux besoins du public.
- Le travail de formation préalable aux catastrophes est très important. Le programme général d'enseignement des futurs psychologues devrait comporter un volet sur la psychologie des catastrophes, des crises et des traumatismes.
- Les psychologues des hôpitaux devraient suivre une formation obligatoire sur la psychologie des catastrophes, des crises et des traumatismes. Il convient que les autres psychologues professionnels puissent suivre des formations dans ces mêmes domaines afin d'être prêts à proposer leurs services en cas de catastrophe majeure.
- Il est impératif que l'État crée des centres spécialisés de psychologie des catastrophes, des crises et des traumatismes.
- Un réseau de coopération entre les pays d'Europe devrait être mis en place en vue des grandes catastrophes.

- Au lendemain d'une catastrophe majeure, les médias jouent un rôle essentiel parce qu'ils sont un des outils les plus efficaces pour toucher le public et la société. Il convient que les psychologues soient formés en vue de répondre aux questions des médias et d'apporter une aide aux personnes par leur intermédiaire (en conseillant par exemple parents de limiter l'exposition de leurs enfants aux reportages sur la catastrophe).

### **Occasions manquées**

- L'on a perdu un temps précieux au départ. Les équipes ont principalement consacré les quatre premiers jours à l'installation et à l'organisation du dispositif d'aide.
- Aucune disposition n'a été prise pour le débriefing des membres des équipes de secours (pompiers, etc.).
- Aucune possibilité de suivi n'a été prévue pour étudier et évaluer l'impact et l'efficacité de l'intervention de crise de l'APG lors de la catastrophe.

## **Italie**

### **Séisme en Italie centrale, octobre 2002**

*Isabel Fernandez*

En octobre 2002, un tremblement de terre a frappé l'Italie, détruisant une école élémentaire dans un petit village. En s'effondrant cette école, le seul bâtiment écroulé au cours du séisme, a tué 27 des 59 enfants présents. La population du village a été évacuée; elle a séjourné trois semaines sous les tentes avant de retrouver des maisons reconstruites ou nouvelles, fournies par la protection civile et par le gouvernement.

#### **Intervention initiale**

Une assistance psychologique a été proposée dès la première semaine. Une tente portant l'inscription « Soutien psychologique » était installée dans le camp qui hébergeait la population. Une écoute active et un soutien ont été apportés aux victimes et aux sauveteurs, tout comme une éducation psychologique sur les réactions de stress. Les interventions ont été assurées par les associations de psychologues volontaires. Le dispensaire local et l'association régionale des psychologues ont assuré la coordination de tous les groupes et de toutes les interventions qui se sont terminées au cours du premier mois.

Après deux ou trois semaines, tous les personnels d'intervention d'urgence et de la sécurité civile, ainsi que les psychologues, ont quitté le site. Aucune autre intervention psychologique n'a été réalisée dans la population après un an, laissant les habitants sans soutien à moyen et à long terme. Seuls les enfants rescapés ont bénéficié d'un traitement supplémentaire, sous la forme de différents cycles de thérapie post-traumatique un, trois et douze mois après le drame.

#### **Intervention à plus long terme**

Un, trois et douze mois plus tard, des séances d'Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) ont été proposées aux enfants survivants. C'est la seule intervention qui ait été organisée plus d'un mois après le drame, et elle a été réalisée par l'Association nationale pour l'EMDR. Comme la catastrophe répondait à tous les critères du DSM IV-TR pour l'ESPT (les enfants ont été



piégés plusieurs heures sous les décombres de l'école, où ils ont été directement confrontés à la mort de leurs camarades de classe, et ont craint pour leur propre vie), et comme l'EMDR a démontré une bonne efficacité pour ce type de troubles, ce traitement a été retenu pour la population scolaire. L'EMDR a été approuvé et soutenu par la Santé publique, les autorités, le personnel de l'école et les parents des enfants traités. Le personnel de l'école s'est montré coopératif et a prêté son concours pendant la mise en œuvre du traitement. Il a en outre bénéficié d'une aide psychologique sous la forme d'une écoute active, de séances de verbalisation en groupe, de réunions de groupe sur les réactions des enfants face au stress, de séances d'information sur la gestion quotidienne des classes face à certains aspects complexes des suites du séisme, et d'une information sur le traitement par EMDR. Les réunions pédagogiques avec les parents ont constitué un volet essentiel du programme d'intervention; elles ont porté sur les réactions de stress et ont expliqué comment gérer leurs enfants traumatisés pour leur offrir un soutien plus efficace et atténuer, voire normaliser, leurs réactions. Le soutien et les informations apportés aux parents ont constitué des outils utiles pour aider et rassurer les enfants. Un questionnaire sur les symptômes a été diffusé, et des informations exhaustives ont été fournies sur l'intervention auprès des enfants et sur l'EMDR, ce qui a permis d'obtenir un consentement éclairé. Les questionnaires sur les réactions de stress post-traumatique des enfants ont permis d'identifier les troubles de ces derniers et d'améliorer la collaboration tout au long du processus.

## **Evaluation et implications pour l'avenir**

### Bonnes pratiques

- L'analyse des évaluations réalisées avant et après chacun des cycles de séances d'EMDR a confirmé l'efficacité de cette technique dans le contexte des drames consécutifs aux catastrophes. L'EMDR a non seulement permis de surmonter l'expérience par une adaptation, mais a aussi offert aux personnes concernées l'occasion de parler de leurs expériences individuelles, y compris les plus traumatisantes, et des problèmes survenus après le séisme ou à cause de celui-ci.
- Une autre bonne pratique a consisté à mesurer l'efficacité de l'intervention psychologique avant et après afin de démontrer son importance et le fait qu'une amélioration dans les symptômes ne résultait pas simplement du passage du temps.

- L'équipe locale de santé mentale a réussi une coordination locale efficace des différents experts en psychologie des catastrophes présents sur le site du séisme. Elle a mis en place une classification des groupes pouvant bénéficier d'une aide: adultes, enfants et adolescents, sauveteurs, etc.

### **Occasions manquées**

Toutes les mesures coordonnées par l'équipe locale de santé mentale ont malheureusement été administrées d'une manière assez passive, avec un manque d'empressement pour aller à la rencontre de la population. Les équipes répondaient certes volontiers aux demandes d'aide, mais cette dernière n'était pas activement proposée. Il semblerait que les coordinateurs ne souhaitent pas créer un besoin de soutien psychologique dans la population, mais simplement apporter leur aide quand elle était demandée.

Il s'agit certainement d'une occasion manquée, car les experts avaient apporté de nombreux moyens sur le terrain.

Une autre occasion a été manquée en négligeant un des groupes les plus gravement frappés par le tremblement de terre: les parents des enfants décédés. Comme ils n'ont pas été dûment pris en charge, leurs réactions et leur choix après le séisme ont été néfastes pour le reste de la population et pour les enfants survivants. Ce groupe n'a bénéficié d'aucune aide ou soins psychologiques.

Les pompiers qui ont participé au sauvetage des enfants n'ont pas davantage reçu d'assistance psychologique alors qu'elles ont été les plus exposées au stress. Aujourd'hui encore, ils continuent de souffrir de réactions dues au stress.

### **Leçons apprises**

Il est important de se souvenir que tant les enfants que les parents et les communautés concernées par la catastrophe ont souffert de réactions post-traumatiques, d'un processus de deuil, de la perte d'un foyer, d'un sentiment de culpabilité et des conflits survenus dans la communauté. Il a été démontré que les anxiétés des adultes sont perçues et absorbées par les enfants, et peuvent faire obstacle à la guérison de troubles psychologiques. D'après les témoignages des enfants, ce sont le comportement et les émotions de leurs parents qui les ont le plus affectés. C'est pourquoi les interventions doivent

inclure les parents et ne pas s'intéresser exclusivement aux enfants victimes de traumatismes.

Il est important d'aller à la rencontre des groupes les plus exposés; pour ce faire, un accord doit être conclu avec les autorités pour la mise en place d'une aide psychologique structurée.

### **Aide psychologique suite au séisme de 2009 à L'Aquila**

*Giuseppe Luigi Palma, Girolamo Baldassarre, Isabel Fernandez*

La catastrophe qui a frappé les Abruzzes a constitué une tragédie pour toute l'Italie. Le séisme survenu en 2009 à L'Aquila a secoué la région des Abruzzes, en Italie centrale. La principale secousse est survenue à 3 h 32 du matin (1 h 32 UTC), le 6 avril 2009, et avait une intensité de 5,8 sur l'échelle de Richter; l'épicentre était situé près de L'Aquila, la capitale des Abruzzes; ce sont cette ville et les villages voisins qui ont été les plus durement touchés. Le séisme a fait 150 morts, 1 500 blessés et 70 000 sans-abri. Les pertes ont également été considérables pour la communauté et le patrimoine culturel, car même des cathédrales et des édifices du moyen âge ont été endommagés. Toute la région a été frappée. De nombreux habitants ont été logés dans des tentes à partir du 6 avril (date de la catastrophe) jusqu'en septembre, voire en octobre. Des milliers de répliques ont été ressenties au cours des mois suivants.

Le tremblement de terre qui a détruit L'Aquila et les Abruzzes nous a une fois de plus confrontés à une catastrophe naturelle qui a provoqué de nombreux décès et beaucoup de souffrance, faisant prendre conscience des conséquences psychologiques possibles de tels drames pour les populations affectées. Par ailleurs, l'accent a davantage été mis sur les crises « du quotidien » comme les traumatismes individuels, familiaux et collectifs (viols, cambriolages, accidents, suicides, etc.) et sur les activités de prévention et de prise en charge, ce qui a permis de concevoir plusieurs approches, modèles et techniques spécifiques.

Dès le départ, les psychologues ont fait preuve de générosité et de dévouement, ils se sont acquittés d'un travail précieux et difficile avec professionnalisme et un grand sens de la solidarité. Les psychologues sont intervenus par le biais d'institutions (association locale de psychologues, universités) et d'associations (APE, AUPI, Urgences, EMDR, Psychologues pour le peuple, SIPEM), mais aussi

en qualité de bénévoles des diverses unités régionales de la protection civile.

Ils ont accompli un travail très varié sur l'ensemble de la région, de l'épicentre au littoral, ainsi que dans les camps où les nombreux sans-abri ont été logés. Les psychologues ont travaillé en étroite collaboration avec la protection civile dès les premières heures de ce séisme catastrophique, en réconfortant ceux qui avaient perdu des amis ou des proches, ainsi que les personnes angoissées qui attendaient des nouvelles d'êtres chers. Les psychologues ont travaillé dans 170 camps de L'Aquila et des Abruzzes pendant six mois. Ils ont établi un relevé de toutes les phases des réactions de stress constaté chez les adultes, les enfants et la collectivité dans son ensemble.

Une réunion avec le directeur de la protection civile a révélé une volonté commune d'assurer une coopération efficace et a permis d'identifier des domaines d'intérêt commun: la conception de programmes de formation d'une grande qualité, y compris des points de vue de l'organisation et de la dynamique opérationnelle; la collecte de documentation, d'études et d'expérience acquise sur le terrain; et la réalisation de travaux de recherche. La nécessité de participer aux opérations sur le terrain de la protection civile a également été soulignée, l'objectif étant d'intégrer plus efficacement les psychologues dans le dispositif complexe des opérations de secours et de compléter leur formation théorique par un apprentissage par l'expérience.

Les psychologues se sont occupés de toutes sortes de groupes: personnes déplacées, enfants, personnes âgées et sauveteurs, en fonction des besoins, en exploitant de nombreux « outils » de premier secours psychologique (informatifs, psycho-éducatifs, psychosociaux, cliniques et de recherche).

La participation de l'Association nationale des psychologues respectait les instructions de la protection civile: éviter que les bénévoles ne se rendent dans la région du sinistre à leur propre initiative, au risque de gêner les opérations de secours et d'assistance et, parallèlement, veiller une bonne répartition des activités de soutien psychologique sur le long terme.

Le 6 avril, l'association nationale a publié une annonce sur son site Internet pour inviter les psychologues à indiquer leurs disponibilités, et la même annonce a été répétée dans les médias le 7 avril. Les

psychologues, les groupes et les associations ont tous répondu généreusement à l'appel.

Tous les moyens disponibles ont été mis à la disposition de l'association régionale des psychologues de L'Aquila/Abruzzes, qui avait une bonne vision d'ensemble des besoins locaux et pouvait tirer le meilleur parti des moyens disponibles en s'appuyant sur les besoins identifiés en coopération et en coordination avec la protection civile et avec les autorités sanitaires locales.

L'on a signifié aux psychologues participants que les interventions professionnelles devaient respecter les critères susmentionnés, et donc être réalisées à la demande expresse des institutions responsables et en coordination avec celles-ci.

Un grand travail reste à faire. Des édifices (maisons, écoles, hôpitaux, etc.) doivent encore être reconstruits, et les problèmes individuels, sociaux et relationnels des personnes affectées de diverses manières doivent être résolus. La psychologie et les psychologues jouent un grand rôle à cet égard, et j'espère, par conséquent, que notre profession aura la place qu'elle mérite dans les différentes phases de la reconstruction.

Les bilans les plus récents indiquent que la plupart des organismes locaux ont organisé des activités, coopéré avec des associations et/ou des groupes de psychologues, conclu des protocoles d'accord avec des organismes et institutions et lancé des formations.

Aujourd'hui, le travail des psychologues dans les Abruzzes est reconnu par tout le monde, et surtout par les médias, qui ont compris son importance vitale et en ont fait l'objet de leurs reportages. Le rôle des psychologues dans notre société est de plus en plus largement reconnu et apprécié.

Les nombreux participants venus de tout le pays ont permis de mettre en place un programme d'aide à moyen et à long terme, qui s'est prolongé bien au-delà des besoins immédiats.

Les associations ont apporté une contribution majeure. Les personnels de la santé publique n'auraient pas pu faire face à de telles situations d'urgence, et « pour que l'intervention soit efficace, il faut une coordination générale et nous, en tant que Conseil national, devons déployer toutes les énergies et les moyens afin d'y parvenir et de créer des synergies entre les différents partenaires en présence ».

L'Association nationale des psychologues s'est donc fixé comme prochain objectif de réunir les associations et les sociétés scientifiques désignées par les associations régionales.

Les discussions ont également porté sur le cadre législatif, et notamment sur le Décret-loi du Président du Conseil des ministres du 13 juin 2006 définissant les « Critères généraux des interventions psychosociales à déployer en cas de catastrophes ».

Il préconise un modèle d'organisation reposant sur des équipes régionales composées de personnels de la santé publique, si possible assistées par des « moyens complémentaires disponibles dans les associations de bénévoles, les organismes locaux et les associations professionnelles ».

Les régions sont tenues d'organiser des équipes correspondant aux facteurs de risque spécifiques et de désigner un point de contact chargé de la coordination.

Le décret-loi présente également la formation comme l'un des principaux axes de stratégie de prévention.

Le personnel des services de secours doit être familiarisé avec les scénarios de risque, les procédures et les meilleures conduites à tenir afin d'améliorer la rapidité des interventions et d'atténuer autant que possible les conséquences négatives d'une catastrophe. Toute formation doit s'inscrire dans l'objectif général de diffusion et de consolidation des stratégies efficaces d'adaptation face aux dangers, et tendre à activer rapidement les mécanismes de sélection par les sens et les processus cognitifs complexes face aux émotions intenses et aux modes de communication inhabituels.

Une formation adaptée doit donc également préparer les sauveteurs à une « exposition aux risques » afin de prévenir à la fois une traumatisation indirecte et les traumatismes résultant d'une exposition à des scènes dramatiques.

Une analyse des différentes situations a révélé la grande diversité de l'expérience, des tentatives menées et des modèles d'organisation, ainsi que des contributions et des observations, autant d'aspects qui méritent assurément une analyse plus approfondie.

Notre association de psychologues a donc participé au développement de compétences, à l'élaboration de lignes directrices

et de codes de conduite, au lancement d'un processus de sensibilisation avec les institutions et auprès des collègues et à la mise en place de synergies avec les associations et les sociétés scientifiques.

Nous avons échangé des informations avec d'autres pays d'Europe, notamment après les attentats terroristes de Londres et de Madrid, qui ont suscité un regain d'attention pour les problèmes psychologiques liés à la gestion des diverses phases des crises et à la prévention des souffrances mentales et relationnelles.

L'EFPA a créé un comité permanent chargé de la psychologie, des crises et des traumatismes liés aux catastrophes, qui coopère avec le Conseil de l'Europe depuis quelques années.

Nous avons suivi les lignes directrices du comité permanent sur les catastrophes de l'EFPA à l'heure d'organiser l'aide psychologique aux victimes du tremblement de terre.

Nous espérons que l'Accord euro-méditerranéen sur les risques majeurs, une organisation qui réunit 26 pays européens et de la Méditerranée, trouvera notre expérience intéressante dans la perspective d'apporter une assistance appropriée pour les catastrophes qui, souvent, dépassent les moyens de secours nationaux.

## **Luxembourg – Accident d’avion, novembre 2002**

*Marc Stein*

En novembre 2002, un avion (Fokker 50) de la compagnie luxembourgeoise LUXAIR en provenance de Berlin (Allemagne) s’est écrasé près de l’aéroport dans un épais brouillard, causant la mort de 20 de ses 22 occupants.

Il transportait 19 passagers et trois membres d’équipage. L’avion a pris feu au sol. 17 personnes sont mortes dans l’accident, et trois des cinq survivants sont morts à l’hôpital.

### **Intervention initiale**

Le premier jour, la SAI (Service d’accueil des impliqués) a immédiatement lancé son plan d’assistance aux victimes. Celui-ci rassemble le Service psychologique de la police et le Groupe de support psychologique de la protection civile pour assurer les premiers secours psychologiques en cas de crise et de catastrophes.

Le groupe d’encadrement psychotraumatologique (GROUPE-PSY) du ministère de la Famille a également été mobilisé. Il s’agit d’un réseau de psychologues formés à la psychotraumatologie.

L’équipe CARE de Lufthansa (environ 10 membres), qui réunit des agents de cette compagnie spécialement formés à l’assistance aux proches des victimes, a aussi participé aux secours.

Interventions psychosociales:

- Installation d’un point d’accueil spécial pour les proches et les familles qui attendaient à l’aéroport, où un soutien psychosocial a été proposé pendant qu’ils attendaient des nouvelles.
- Prise en charge séparée des familles des membres d’équipage.
- Prise en charge sur les lieux de la catastrophe de trois témoins de l’accident d’avion.
- Prise en charge sur les lieux de l’accident et soutien psychosocial pour les équipes d’intervention (pompiers, policiers).



- Mise en place d'une ligne d'appels d'urgence pour informer les familles et les proches à l'étranger, car de nombreuses victimes étaient originaires d'Allemagne (109 proches ont appelé le numéro d'urgence).

Les jours suivants:

- Dispositions prises avec Luxair et Lufthansa pour que les proches puissent se rendre au Luxembourg par avion, avec organisation de leur séjour et d'un soutien.
- Organisation d'une cérémonie religieuse plus intime avec diverses églises (catholique, protestante), et d'une aide psychologique aux 140 proches et membres des familles.
- Organisation d'une cérémonie religieuse nationale et d'une aide psychologique aux proches et aux membres des familles.
- Organisation du retour des cercueils en Allemagne par avion tout en réglant divers détails pour les enterrements.
- Organisation de séances de verbalisation pour les équipes d'intervention (pompiers, policiers, l'équipe d'identifications) ainsi que pour l'unité psychosociale.

### **Intervention à plus long terme**

Pour une aide de psychosocial à plus long terme, quelques familles et proches des victimes ont été prises en charge par le GROUPE-PSY, mais la plupart ont été confiés à des psychologues d'Allemagne, les familles habitant près de Berlin. Une partie du coût des thérapies a été prise en charge par le ministère de la Famille du Luxembourg.

Un psychologue privé a été embauché par Luxair pour soutenir et prendre en charge les deux survivants (un passager et le pilote).

Une cérémonie civile a été organisée un an après le crash. Un monument a été érigé sur le site de l'accident.

L'année suivante, une cérémonie anniversaire un peu plus modeste a été organisée à la demande d'un petit nombre de familles qui en ont exprimé le souhait.

## **Evaluation et implications pour l'avenir**

Trois lignes d'appels d'urgence ont été mises en place, ce qui a provoqué une forte confusion.

Leçons apprises:

- Créer une seule ligne d'appels d'urgence la prochaine fois; acheter un logiciel capable de compiler l'information en vue d'une transmission plus efficace.
- Certains proches n'ont pas voulu attendre pour voir les corps des victimes. Suite à un malentendu, ils ont été introduits dans l'endroit où travaillaient les équipes d'identification, mais ils n'ont bien sûr pas été autorisés à s'approcher des corps. Il en est résulté de fortes tensions. Le lendemain, le procureur a permis aux familles de voir les corps après que chacune des victimes ait été identifiée (le plus souvent grâce à leur formule dentaire). Pratiquement toutes les familles ont souhaité voir une dernière fois leurs proches malgré le fait que les corps étaient fortement brûlés.
- Les familles et les proches étaient heureux d'avoir pu voir les corps mêmes s'ils étaient en très mauvais état.
- L'équipe d'identification a indiqué qu'elle a subi une très forte pression psychologique parce qu'elle a, en plus du travail d'identification, été confrontée aux réactions de chagrin des membres des familles et aux vives tensions qui en ont résulté.
- Il convient de prévoir une séparation matérielle entre l'endroit où travaille l'équipe d'identification et celui où les proches et les familles peuvent voir les victimes.

Le ministère de la Famille et le GROUPE-PSY du Luxembourg n'était pas très favorable à l'organisation d'une deuxième cérémonie anniversaire, mais ont indiqué que l'idée s'était avérée judicieuse et utile.

Il est intéressant de constater que le crash a aussi eu un fort impact sur la nation, sans doute parce qu'il a démenti son sentiment inconscient (et, bien sûr, naïf) que le Luxembourg était à l'abri d'un accident d'avion.

## **Pays-Bas – Explosion d’une entreprise de pyrotechnie à Enschede, mai 2000**

*Magda Rooze*

Le 13 mai 2000, un incendie s’est déclaré dans le dépôt de l’entreprise spécialisée dans les feux d’artifice *FE Fireworks*. En plein jour, la scène a commencé à ressembler à une sorte de gigantesque feu d’artifice. Beaucoup de passants se sont approchés pour mieux voir le spectacle. La première alarme a retenti à 15 h 03 au centre de secours; une explosion initiale a suivi à 15 h 34 et 45 secondes, suivie d’une deuxième explosion aux conséquences désastreuses. Au total, 22 personnes sont mortes (y compris quatre pompiers et trois personnes dont l’on n’a même jamais retrouvé la moindre trace), et 947 personnes ont été blessées, dont 527 ayant nécessité des soins dans les hôpitaux d’Enschede et des environs. Le sinistre a ravagé près de 40 hectares (environ 100 acres).

Le périmètre intérieur de la catastrophe était habité par 4 163 personnes, et le périmètre extérieur comptait 2 400 habitants. Au total, 205 logements ont été complètement détruits, et 293 étaient devenus inhabitables. De nombreux locaux commerciaux ont été endommagés.

### **Intervention initiale**

Si l’on compte les bénévoles, environ 4 500 sauveteurs ont été déployés le premier jour par les divers services de secours. Au cours de la première semaine, ce nombre a même été dépassé. Certaines personnes ont uniquement apporté leur aide le premier jour, mais d’autres sont restés sur place pendant deux semaines.

Sur le plan de l’aide spécialisée, 680 médecins ont prêté main-forte le 13 mai, tout comme 270 ambulanciers, 80 sauveteurs et 45 généralistes. Des ambulances sont venues de tous les environs, y compris d’Allemagne.

Les secours ont été lancés très rapidement, et l’effort a dû être maintenu pendant un temps considérable. Le secteur était dangereux, et il fallait sans cesse combattre de nouveaux départs de feu. Une enquête criminelle a été lancée.

## **Intervention à plus long terme**

L'expérience acquise lors de catastrophes antérieures a démontré qu'il est essentiel d'en découvrir la cause. C'est pourquoi une commission d'enquête indépendante, la commission Oosting, a été créée après la catastrophe. Elle a conclu que la société SE Fireworks n'avait pas respecté la réglementation relative au stockage de feux d'artifice. Le matériel stocké était d'un calibre supérieur à ce qui était déclaré, et la méthode de stockage n'était pas sûre. La société n'avait pas obtenu les autorisations nécessaires à un tel stockage.

Peu après la catastrophe, l'après-midi du 13 mai, l'Institut de la santé publique et de l'environnement (RIVM) a procédé à des mesures de concentration de diverses substances dans l'air, mesures qui ont été répétées les jours suivants afin de déterminer l'exposition éventuelle des services de secours et d'autres personnes affectées à des concentrations dangereuses de certaines substances.

S'agissant de l'organisation de la prise en charge psychosociale, trois approches ont été retenues:

- Un centre d'information et de conseil;
- Un suivi psychosocial intégré;
- Des études sanitaires.

Le centre d'information et de conseil a été installé à Enschede, à l'initiative du ministère de la Santé publique, des affaires sociales et du sport ainsi que des collectivités locales. Le centre a fonctionné tout au long de la première semaine suivant la catastrophe. Les locaux, d'infrastructures, les télécommunications, l'enregistrement, le logiciel et le personnel ont tous été mis en place de manière improvisée.

Au cours des premières semaines, des centaines de personnes ont été reçues par du personnel d'accueil. Les visiteurs ont ainsi pu exprimer leurs inquiétudes et être orientés vers les services nécessaires. Ils pouvaient directement bénéficier d'un soutien psychosocial et juridique, ainsi que d'une aide matérielle sous la forme de vêtements, d'argent, d'un téléphone, d'un hébergement ou de meubles et d'autres objets ménagers. D'autres personnes qui avaient vécu la catastrophe ont pu présenter leur version des faits et profiter du calme dans le « salon » préparé à cet effet.

L'organisation du centre d'information et de conseil est passée par plusieurs étapes. La phase initiale a consisté à définir son organisation interne et son réseau de contacts avec d'autres organismes importants. La coopération instituée avec ces institutions a servi de base au soutien et à l'assistance aux victimes.

Au cours de la phase de consolidation, le nombre de demandes d'aide pratique et matérielle a diminué, tandis que la complexité des problèmes restants devenait apparente. Aujourd'hui, près de trois ans après la catastrophe, le centre d'information et de conseil est arrivé à l'heure du bilan. Il cessera bientôt d'exister en tant qu'organisme indépendant, mais un guichet spécifique restera encore longtemps ouvert à la mairie pour traiter les questions relatives à la catastrophe.

Dès le départ, les personnes et les organisations d'Enschede spécialisées dans la prise en charge psychosociale ont travaillé en collaboration étroite. Ainsi, les médecins, les travailleurs sociaux, le personnel d'aide à domicile et les établissements de santé mentale ont formalisé leur collaboration en créant une fondation. Cette initiative visait également à mettre en commun les moyens pour aider les victimes, et à garantir que les compétences disponibles puissent s'entraider dans les conseils et l'assistance aux victimes. Des renforts ont été demandés afin que chacun puisse bénéficier de la meilleure prise en charge possible et qu'il n'y ait pas de longues listes d'attente.

Initialement, la prise en charge psychosociale devait être assurée à partir du centre d'information et de conseil. Mais ce centre était installé dans les locaux de la mairie, ce qui était inacceptable pour plusieurs organisations assurant la prise en charge psychosociale. Les lois relatives à la protection de la vie privée rendaient également difficiles les échanges d'informations. Ainsi, deux organisations ont vu le jour, chacune préparant ses propres rapports et tenant ses propres registres d'information. Rétrospectivement, cette initiative était regrettable parce que beaucoup d'informations se sont ainsi perdues.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

- Centre d'information et de conseil

Le centre d'information et de conseil a bien fonctionné pendant les cinq années qui ont suivi la catastrophe; il a diffusé des informations et servi de point de contact pour toutes sortes de services dont les personnes affectées ont eu besoin après la catastrophe. Étant donné

la multitude de difficultés que les sinistrés doivent gérer (problèmes de santé, d'assurances, financiers, de logement, etc.), la présence d'un organisme central contribue grandement à éviter qu'une deuxième catastrophe ne s'ajoute à la première.

- Approche psychosociale intégrée

L'on entend par approche intégrée le fait que les problèmes sont examinés, et les décisions prises, sous l'angle des besoins, des personnes les mieux placées pour apporter une aide et de la manière la plus efficace de mettre à profit les moyens humains et matériels disponibles. L'application de ce principe s'est avérée plus difficile que prévu. L'intention première était de confier au centre d'information et de conseil la coordination de toute l'opération, ce qui s'est également avéré trop ambitieux. En effet, il avait été décidé de constituer le centre d'information et de conseil en un organisme de la ville d'Enschede, placé sous la direction d'un des conseillers de la ville. Cette formule était inacceptable pour plusieurs organismes de secours. Par ailleurs, invoquant les lois sur la protection des données, ces organismes de secours ont refusé de transférer les informations personnelles relatives aux victimes vers la base de données du centre d'information et de conseil.

- Suivi sanitaire

De nombreuses données sont à présent disponibles sur la situation sanitaire des personnes affectées. Dans ce domaine, la leçon à tirer est que ces données ne sont devenues disponibles que plusieurs années plus tard. Pour les professionnels, ainsi que pour les personnes affectées, elles présentent peu d'intérêt. Il faut organiser une surveillance sanitaire à laquelle les professionnels puissent accéder immédiatement pour décider des traitements les plus adaptées et permettre aux personnes affectées de mieux comprendre leur situation sanitaire.

## **Norvège – Catastrophe maritime sur la côte norvégienne, novembre 1999**

*Atle Dyregrov et Rolf Gjestad*

Le 26 novembre 1999, le catamaran *Sleipner* a heurté des récifs à grande vitesse au nord de la ville de Haugesund, sur le littoral de la Norvège. Il a coulé en une heure. De nombreux navires, ainsi qu'un hélicoptère, ont participé aux opérations de secours, qui ont dû affronter une très mauvaise météo, et notamment beaucoup de vent et de fortes vagues. 16 personnes sont mortes, et 69 ont survécu. Le bateau était conçu de telle manière qu'il était réputé insubmersible. Les récifs ont toutefois éventré tellement de compartiments de la coque que, quand le vent et les vagues l'ont décroché du récif, après 30 minutes environ, il a rapidement sombré.

### **Interventions initiales**

L'assistance immédiate principalement était organisée sur Haugesund, la ville la plus proche de la catastrophe, où les passagers morts ou blessés ont été rassemblés. Des centres d'accueil de crise ont également été organisés à Bergen, où le bateau était attendu, ainsi qu'à Stavanger, son point de départ. Les policiers, les religieux et les personnels sanitaires ont fait de leur mieux pour aider les familles des passagers à traverser les moments d'extrême tension, quand personne ne pouvait affirmer qui avait survécu et qui était mort. Les survivants qui ne nécessitaient pas d'hospitalisation ont été pris en charge dans les petites communes proches de l'endroit où ils avaient été ramenés sur le rivage, avant d'être transférés vers Bergen ou d'autres destinations de leur choix. Les proches réunis aux Centres d'accueil de crise ont bénéficié d'une première assistance affective. Malgré l'inévitable stress qui entoure une catastrophe dans les transports, et le fait qu'il y a toujours de la confusion et des tensions au départ, l'assistance immédiate semble avoir été bien organisée et a été ressentie comme utile par les personnes affectées. Suite à des catastrophes antérieures survenues en Scandinavie, certains ont critiqué le manque de suivi (Dyregrov, 1992). La société propriétaire du *Sleipner* a pris contact avec le Centre de psychologie de crise (CPC) de Bergen pour obtenir des conseils de professionnels sur la meilleure manière d'assurer la prise en charge à long terme des survivants et des personnes endeuillées. Le CPC possède une expérience tant nationale qu'internationale dans le domaine de l'organisation des services de suivi après les catastrophes et en temps de guerre, et a été chargé d'élaborer un

plan d'assistance à long terme pour les groupes affectés. Il s'en est occupé en collaboration avec l'hôpital de Haugesund, qui était responsable de l'organisation des secours.

### **Intervention à plus long terme**

- Des séances de verbalisation psychologique ont été proposées à tous les survivants et se sont déroulées une semaine après la catastrophe.
- Un suivi par verbalisation a été organisé environ six semaines après le drame.
- Les survivants et les sauveteurs se sont rencontrés en février 2000.
- De fin janvier à début février, un tri opéré parmi les survivants a permis d'orienter ceux qui dépassaient un certain seuil clinique vers les services compétents.
- En mai 2000, les survivants ont été invités à retourner en bateau sur les lieux de la catastrophe. Cinq professionnels de la santé mentale ont soutenu les survivants pendant la traversée. Nombre d'entre eux embarquaient pour la première fois dans un bateau depuis le naufrage. L'équipe a anticipé les éventuelles réactions négatives des survivants pendant la traversée, et a proposé de parler de leur expérience après leur retour sur la terre ferme.
- D'autres aspects du suivi ont été localement organisés sur la base des besoins que les survivants avaient exprimés lors des réunions ou dans les réponses au questionnaire utilisé pour le tri. En juin 2000, des réunions ont été organisées en divers endroits proches du domicile des survivants. La plupart de ces rencontres étaient informelles, même si des professionnels de la santé mentale étaient présents pour les assister, répondre aux questions et orienter vers les services compétents les personnes qui souhaitaient une aide supplémentaire.
- Quand l'épave a été renflouée fin août 2000, quelques survivants sont allés la voir et y sont même entrés. Du personnel était présent pour les soutenir dans cette occasion, et une brève réunion commémorative a été organisée avant la visite de l'épave.



## **Evaluation et implications pour l'avenir**

Malgré leur exposition extrême pendant le naufrage, dont les conséquences ont fortement marqué divers aspects de la vie des survivants, la grande majorité d'entre eux ont bien surmonté l'épreuve avec le temps. L'on a noté que les niveaux de détresse étaient moins importants que lors d'autres catastrophes maritimes, et nous espérons que cela résulte du dispositif structuré et prévenant mis en place pour prendre en charge les survivants.

Ceux qui ont participé aux séances de verbalisation ont beaucoup apprécié les réunions. Dans leur position de « consommateurs », ils ont eu l'occasion de distinguer les diverses fonctions des réunions. Ceux qui ont demandé à participer aux séances de verbalisation avaient été exposés plus longtemps au drame et paraissaient plus atteints par le stress que les non participants. Une sélection peut aider à aller à la rencontre des personnes qui ont besoin d'un plus grand soutien professionnel. A l'inverse, il convient de respecter la décision des non participants de ne pas souhaiter de séances de verbalisation ou d'autres mesures de suivi de la santé mentale. Indépendamment de l'intensité des symptômes qu'elles présentent, certaines personnes n'auront pas tendance à développer une maladie ou un comportement de recherche d'aide. Toute tentative d'aller à la rencontre de ce groupe de manière agressive peut être ressentie comme un manque de respect et le rendre encore plus réfractaire à une aide ultérieure. Indépendamment de la discussion sur l'intervention initiale, il est important, du point de vue psychosocial, de conférer aux survivants l'impression d'un système prévenant qui prend l'initiative de leur proposer une assistance. Ursano, Fullerton, Vance et Wang (2000) déclarent qu'à l'instar des somnifères ou des antidouleurs, le débriefing peut avoir peu d'impact, voire aucun, dans les traitements médicaux classiques, mais il n'en reste pas moins une intervention importante pour limiter la douleur, les malaises et le handicap.

## **Slovénie – Glissement de terrain à Log pod Mangartom, novembre 2000**

*Marko Polic*

En novembre 2000, un glissement de terrain a frappé le village de Log pod Mangartom en deux vagues successives, à un jour d'intervalle. Cette pause entre les deux vagues explique sans doute ce lourd bilan. Sept personnes sont mortes et plusieurs maisons ont été détruites (6) ou endommagées (13), tout comme les routes locales. Des habitants ont été évacués et temporairement relogés dans un hôtel de la localité voisine de Bovec.

Les victimes n'avaient pas respecté les ordres de la protection civile qui demandait d'éviter le secteur. La situation n'est pas encore complètement stabilisée; le dispositif d'alerte qui a été installé comprend des capteurs placés dans les sites où un nouveau glissement de terrain pourrait se produire au-dessus du village, ainsi que des sirènes à l'intérieur du village.

### **Intervention initiale**

La protection civile était responsable d'organiser toute l'assistance (technique et autre), et a coordonné les activités correspondantes. Le premier jour, une première assistance psychologique a été dispensée par le médecin local, tandis que des psychologues du ministère de la Défense, formés à de telles interventions, se sont rendus sur place par la suite pour aider la population.

Certains stress résultaient du décès d'un proche, d'autres étaient consécutifs à des pertes matérielles. En outre, cette région est sujette aux séismes, dont plusieurs se sont produits ces dernières années.

L'aide psychologique a principalement été apportée individuellement dans le dispensaire de la localité. Certains clients sont venus spontanément, et d'autres y ont été invités par un médecin. Il s'agissait principalement de femmes. Outre les personnes isolées, quelques couples et quelques parents avec enfants sont venus demander ce type d'aide. Il s'agissait principalement de personnes d'âge moyen ou âgées (accumulation de stress au fil des catastrophes des dernières années, aggravée par d'autres facteurs de stress tels qu'un décès dans la famille, l'alcool, etc.). Les clients ont évoqué des symptômes typiques des événements traumatisants. Ils avaient besoin de conseils et d'aides spécifiques, et les ont

obtenus. Dans ce cadre, il ne faut pas sous-estimer la méfiance à l'égard des étrangers qui caractérise les habitants des petites localités comme celle frappée par la catastrophe.

### **Intervention à plus long terme**

Après quelques mois, les psychologues de l'armée sont retournés à leur travail, tandis que les habitants pouvaient se rendre dispensaire local pour consulter leur médecin; quand une assistance psychologique plus complexe était nécessaire, ils étaient orientés vers des psychologues des établissements de santé de villes plus importantes.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

D'une part, la Slovénie a tendance à former les professionnels, et en particulier ceux qui participent aux activités de secours, aux problèmes de stress et d'ESPT; d'autre part, les établissements de santé et l'armée disposent de psychologues qui apportent une assistance professionnelle dans les situations de ce genre. La Slovénie étant un petit pays, elle n'a pas les moyens d'installer un psychologue dans chaque petite commune, mais de nombreux professionnels sont prêts à apporter leur aide en cas de besoin, et ils ne sont jamais bien loin.

Avant les années 1990, on n'accordait pas une grande attention aux aspects psychologiques des catastrophes, et l'importance d'une assistance dans ce domaine est devenue apparente plus tard, notamment avec l'afflux de nombreux réfugiés traumatisés provenant des anciennes républiques yougoslaves. Il existe plusieurs établissements professionnels dont les psychologues ont suivi les formations nécessaires, comme le centre pour les enfants, les adolescents et les parents, les psychologues de l'armée et des centres psychosociaux, etc. Hormis ceux de l'armée, les psychologues de ces établissements sont formés aux différents aspects de leur profession, dont l'assistance aux personnes traumatisées n'est qu'une facette.

## **Espagne – Attentat terroriste à Madrid, mars 2004**

*Catherine Perello Scherdel*

Le 11 mars 2004, des bombes ont explosé dans des trains de navetteurs à Madrid, faisant 191 morts et 1 755 blessés. L'enquête officielle de l'Audiencia nacional a conclu que ces attentats avaient été commandités par un système de cellules clandestines inspirées par al-Qaeda.

### **Intervention initiale**

L'intervention s'est inscrite dans le cadre du plan d'urgence territoriale PLATRECAM de la région de Madrid. L'association officielle des psychologues de Madrid, ou COPM, a proposé de collaborer avec le SUMMA 112 (centre de coordination des urgences) et avec les services d'urgence de la ville, le SAMUR. Immédiatement après les attentats, la COPM a mis en place de cellule de crise psychologique, l'une dans les locaux de l'association et l'autre dans ceux de SUMMA 112. Dès le jeudi 11 mars à 9 heures du matin, la COPM a mis en place une cellule d'urgence comprenant:

- 4 coordinateurs
- 2 directeurs d'équipe de psychologues
- 8 lignes d'appels d'urgence, qui sont restées en service jusqu'au lundi 22 mars.

La COPM a d'abord sélectionné des psychologues spécialisés dans les crises et les catastrophes, et a ensuite contacté des psychologues possédant une certaine expérience des traumatismes, même s'ils n'étaient pas spécialisés dans ce domaine; la coordination des groupes a été assurée par un spécialiste des crises et des catastrophes.

- Psychologues contactés: 1 415
- Psychologues qui sont intervenus: 948

Domaines d'intervention:

- IFEMA (centre des congrès de Madrid)
- morgues

- hôpitaux
- cimetières
- bureaux de police
- hôtels hébergeant des proches de victimes
- numéros d'urgence (112, SUMMA, etc.)
- interventions à domicile

#### Groupes concernés

- proches des personnes décédées
- proches des blessés
- blessés
- personnes vivant à proximité des lieux des attentats
- amis des victimes

#### Personnes intervenues sur les sites des attentats:

- policiers
- pompiers
- médecins
- psychologues
- psychiatres
- personnel infirmier
- travailleurs sociaux
- bénévoles
- journalistes

#### Assistance psychologique:

- prise en charge directe: plus de 5 000 personnes
- assistance téléphonique: 13 540
- demandes d'assistance à domicile: 183

#### Les psychologues ont apporté:

- des informations
- un soutien
- une approche cognitive
- des techniques de relaxation
- des fins de thérapie
- un suivi

L'association officielle des psychologues de Madrid (COPM) a coordonné son intervention avec les diverses des institutions nationales, régionales et locales et avec leurs représentants:

- Niveau national: ministère de la Santé, protection civile, ministère de l'Intérieur.
- Communauté de Madrid: présidence, vice présidence, ministère de la Santé (conseiller, conseiller adjoint à la santé, bureau régional de coordination de la santé mentale), ministère de la Justice et de l'Intérieur, direction générale de l'immigration, SUMMA 112.
- Conseil municipal de Madrid: bureau de l'adjoint au maire, services sociaux, administration de la santé publique, SAMUR.

Les psychologues ont élaboré les lignes directrices suivantes:

- Comment garder le calme après les attentats du 11 mars
- Comment apporter de l'aide à une personne endeuillée?
- Guide à l'attention des parents
- L'intervention psychologique dans les catastrophes
- Aide au bien-être et protocoles de travail
- Travail sur des enfants marqués par des expériences traumatisantes
- Que faire des enfants dans les catastrophes
- Verbalisation: exemples et implications pour raconter des expériences traumatisantes
- Documents de référence à l'intention des professionnels participant à l'assistance psychologique des victimes de catastrophes
- Assistance psychologique initiale. Quels protocoles utiliser?
- <http://www.copmadrid.org>

## Médias:

L'association officielle des psychologues de Madrid (COPM) a déployé un éventail spécifique de services et d'informations sur l'assistance psychologique apportée:

- Conférences de presse: la COPM a publié 7 communiqués de presse à l'intention de 200 métiers différents, les 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 22 mars et organisé, le 17 mars, une conférence de presse à laquelle 42 médias ont participé.
- Communiqués: la COPM a publié, les 11 et 12 mars, deux communiqués condamnant les attentats et exprimant ses condoléances et sa solidarité avec les victimes.

Les médias ci-dessous ont été en contact avec le service presse de l'Association des psychologues de Madrid (COPM) et ont couvert les missions d'assistance de ces professionnels:

- Radio: Cadena Ser, Radio Nacional de España (RNE 1, RNE 5), Onda Cero Radio, Cadena COPE, Radio Intercontinental, Radio Intereconomía, Telemadrid Radio, Canal NOU Radio, Onda Rambla, EFE Radio, Radio Euskadi, Onda IMEFE,
- Presse: El País, ABC, El Mundo, La Razón, La Vanguardia, El Periódico de Catalunya, Cinco Días, El Diario Vasco, Diario Médico, Diario Avui, Diario Metro, 20 Minutos, Heraldo de Aragón, La Voz de Galicia, etc.
- Télévision: Televisión Española (TVE1, TVE2, Canal 24 horas et TVE Madrid), Antena 3, Telecinco, Canal Plus, CNN+, Telemadrid, Canal Nou (communauté Valencienne), Televisión Gallega, Televisión de Canarias Localia, ETB (Pays basque), Canal SUR (Andalousie), Televisión Castilla la Mancha, Onda Seis, TV Catalunya, etc.
- Agences de presse: EFE, Europa Press, Servimedia, Fass Press, OTR Press, Colpisa, Avant Press, EFE Televisión, Atlas Televisión et Europa Press Televisión, etc.
- Magazines d'information générale: El Siglo, Tiempo, Época AND, Cambio 16.

Médias internationaux:

- Télévision: BBC (Royaume-Uni), TV CIC (Portugal), RTL (France), ARD (Allemagne), CNN (Etats-Unis), etc.
- Agences de presse: France Presse (France), Associated Press (Etats-Unis), Reuters (Royaume-Uni), Accused Agency (France), Maxi Agency (Italie), etc.
- Radio: Radio ITR (Chili), Radio RTL (France), etc.

### **Intervention à plus long terme**

Les psychologues ont téléphoné aux victimes pour déterminer:

- comment elles se sentaient, et si elles avaient besoin d'une aide psychologique supplémentaire, afin de l'organiser si nécessaire;
- si elles avaient la capacité de surmonter;
- s'il était nécessaire de tenter de nouvelles approches;
- leurs impressions après la première intervention psychologique.

Peu de victimes ont suivi le procès. Les psychologues leur ont apporté un soutien:

- avant le procès;
- pendant le procès: assistance pour aider les personnes à se remémorer la scène, compétences d'adaptation, organisation d'espaces appropriés et de la logistique, justice et réparation, partage d'expérience, information, protection des victimes;
- après le procès.

### **Leçons apprises**

- Tous les psychologues doivent suivre les instructions et les informations des autorités.
- Tous les organismes et institutions devraient coordonner leurs efforts et oublier leurs divergences.



- La formation devrait être dispensée en permanence.
- Les victimes ont besoin d'un accompagnement complet et pluridisciplinaire sur les lieux du drame.
- Il faut éviter une exposition constante, afin d'éviter une aggravation des traumatismes psychologiques.
- Chaque psychologue devrait se demander au préalable s'il dispose des compétences nécessaires pour intervenir.

### **Améliorations souhaitables**

- Former davantage de psychologues: il y avait deux psychologues pour dix victimes.
- Améliorer la cohésion et la communication entre les professionnels.
- Prévoir des espaces réservés aux victimes.
- Organiser des séances de verbalisation afin d'évaluer les émotions.
- Déterminer pourquoi les victimes participent.
- Déterminer pourquoi les psychologues n'ont parfois pas su apporter l'aide nécessaire.
- Intervenir le plus tôt possible.
- Garantir la confidentialité.
- Prévoir un organisme chargé de la coordonner l'intervention et de clairement indiquer la marche à suivre.
- Indiquer aux psychologues qu'ils ne doivent pas quitter les lieux sans prévenir les responsables, afin de garantir la continuité du soutien psychologique.
- Vérifier que les psychologues ont suivi une formation spécifique pour les crises et les catastrophes.

- S'assurer que les psychologues disposent de compétences spéciales et d'une expérience clinique.
- Les psychologues doivent écouter leur corps et prendre conscience de leur propre stress afin de s'arrêter si nécessaire.
- Les psychologues doivent partager leur expérience avec leurs collègues.
- Une personne doit être chargée de la communication avec les médias.
- Toute intervention doit faire l'objet d'un rapport afin de pouvoir déterminer les suites.
- Des fiches doivent être établies pour chacune des victimes, par ordre alphabétique (avec adresse, numéro de téléphone et nom du psychologue concerné) afin de constituer une base de données.
- Assurer un contrôle de la qualité.
- Coordonner le réseau.
- Faire avancer la recherche.

## **Suède – Tsunami en Asie du Sud-est, décembre 2004**

*Eva Håkanson*

Environ 17 000 Suédois, pour la plupart des vacanciers, sont rentrés d'Asie du Sud-est au cours des semaines qui ont suivi le tsunami de décembre 2004. Près de la moitié d'entre eux était dans les zones affectées au moment du tsunami. 543 Suédois manquaient à l'appel; en février 2006, l'identification des corps avait déjà permis de confirmer la mort de 527 de ces personnes. 111 personnes décédées avaient moins de 15 ans. Certains avaient perdu plus d'un membre de leur famille, et certains enfants avaient perdu leurs deux parents.

Stockholm a sans doute été la capitale du monde industrialisé la plus durement frappée. D'après les relevés de la police de l'aéroport d'Arlanda, quelque 5 000 habitants du comté de Stockholm sont rentrés d'Asie du Sud-est. 205 citoyens de Stockholm manquaient à l'appel.

De nombreux survivants avaient été exposés à des situations mettant leur vie en danger en raison de leur présence sur une des plages frappées par la vague. Elles ont vu l'eau entraîner leurs proches et d'autres personnes. Beaucoup ont cru mourir, ont perdu des proches ou ont été blessés. De retour en Suède, certains ont encore dû être hospitalisés. Sur les 13 000 personnes arrivées à l'aéroport d'Arlanda 461, dont 147 avaient été hospitalisées, ont été transférées vers les urgences des hôpitaux de Stockholm. De plus, quelque 1 000 survivants se sont rendus dans un des sept centres d'aide primaire organisés dans le comté de Stockholm au cours de la semaine qui a suivi le tsunami.

### **Intervention initiale**

Les autorités suédoises ont envoyé du personnel médical ainsi que des équipes de soutien psychologique et social en Thaïlande et dans quelques autres régions affectées par le tsunami. Des ONG et des organisations privées et officielles ont participé à l'intervention initiale. Les secours envoyés immédiatement par les autorités suédoises ont été critiqués dans les médias pour leur manque de préparation et d'organisation et parce qu'ils n'étaient pas adaptés aux circonstances.

Des centres de crise ont été mis en place dans les principaux aéroports de Suède dès le lendemain du tsunami afin de répondre

aux besoins médicaux, psychologiques, sociaux et affectifs des survivants. Ces centres sont restés ouverts jour et nuit pendant trois semaines grâce à des fonctionnaires de l'aviation civile, de la police, des autorités médicales et des services sociaux, ainsi que de bénévoles de la Croix-Rouge et de l'Eglise de Suède.

Les équipes locales de crise des communes suédoises affectées par le tsunami ont été alertées et se sont mobilisées peu après le drame. Dans certaines communes, chaque survivant a été contacté par un membre d'une équipe de crise, et un soutien psychologique et social a été proposé tant aux survivants qu'aux proches des personnes décédées. D'autres communes ont décidé de se limiter à informer le public, par le biais des médias, des possibilités d'assistance disponibles. L'aide a été organisée de diverses manières dans les communes, le plus souvent sous la direction des services sociaux. Des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, des prêtres et d'autres personnes ont participé à cette assistance.

Dans le comté de Stockholm, les survivants hospitalisés ont bénéficié du soutien d'équipes psychosociales bien formées à la gestion des crises. Les enfants affectés ou endeuillés par le drame ont été pris en charge par des équipes de psychologie traumatique des cliniques psychiatriques pour enfants et adolescents.

Dans les centres d'aide primaire, des travailleurs sociaux et des psychologues ont assisté le personnel médical, proposé une aide sociale et psychologique aux personnes qui en avaient besoin et organisé un suivi.

Les informations sur les réactions de stress post-traumatique, les stratégies d'aide mutuelle et la manière d'obtenir l'aide psychologique de professionnels ont été diffusées par des psychologues et d'autres professionnels par le biais de dépliants, d'émissions de télévision ou de radio, dans la presse et sur internet.

Des séances de désamorçage et, selon les besoins, de verbalisation psychologique, ont été proposées aux sauveteurs et au personnel médical.

### **Intervention à plus long terme**

Un soutien et des thérapies post-traumatiques ont été proposés par les psychothérapeutes des services de santé primaire, de la médecine du travail et des services de consultations psychiatriques

externes pour enfants et adultes, ainsi que par des psychologues et des psychiatres indépendants. Les services publics de santé ont gratuitement proposé leurs traitements pendant les trois mois qui ont suivi la catastrophe.

Des ONG telles que la Croix-Rouge et *Save the Children* ont organisé des thérapies de groupe pour les enfants, les adolescents et les adultes, les survivants et les proches des personnes décédées.

En janvier 2005, le gouvernement suédois a mis sur pied un nouvel organisme public: le Conseil suédois de coordination pour les personnes frappées par le tsunami. Il a cessé ses activités en 2006. Il devait essentiellement diffuser des informations aux survivants et aux proches des personnes décédées, notamment sur les procédures d'identification des corps pour retrouver les personnes disparues. Ce conseil a également mis les personnes en relation avec les autorités pertinentes pour les divers problèmes juridiques, économiques ou d'assurance, ainsi que pour les psychothérapies.

Par la suite, ce conseil a été chargé d'organiser des cérémonies de commémoration en Thaïlande et en divers endroits de Suède. Il a procuré de l'argent aux survivants et aux personnes endeuillées afin qu'elles puissent assister aux commémorations en Thaïlande.

Il reste à démontrer si les efforts de soutien et d'assistance aux survivants et aux personnes endeuillés étaient efficaces. Les conclusions des recherches actuelles seront publiées au fil des prochaines années.

### **Evaluation et implications pour l'avenir**

Les autorités du pays doivent être en alerte immédiatement après une catastrophe et assumer leurs responsabilités en fonction des besoins.

Il faut un plan d'action officiel pour l'aide immédiate et pour celle à long terme. Si du personnel médical et psychologique doit être envoyé sur les lieux d'une catastrophe, il doit disposer de l'organisation et de la formation nécessaires à cette tâche. La grande qualité de l'aide apportée juste après un drame augmente la confiance parmi les survivants et facilite la prise de mesures de soutien supplémentaires.

La coordination et la coopération entre les organisations sont essentielles. Sans elle, certains survivants risquent fort de ne pas bénéficier d'une aide adaptée.

La création d'un conseil national de coordination était une bonne décision. Ce conseil manquait toutefois de compétences psychologiques, et une prise en charge ultérieure a donc été nécessaire.

Les aides proposées dans le cadre d'un programme proactif consistant à aller à la rencontre des gens ont été généralement bien acceptées. Les survivants à qui l'on n'avait pas activement proposé une aide ont signalé des difficultés pour obtenir une assistance appropriée. Le personnel de certaines communes dont la démarche était passive manquait de connaissances en matière de psychotraumatologie, et il conviendrait de remédier à cette lacune.

Le temps est un facteur très important quand diverses formes de soutien et de thérapies sont proposées. Comme les catastrophes ont souvent des conséquences durables, il faut que l'aide continue d'être activement proposée dans la durée.

Plusieurs projets de recherche nationaux et régionaux sont en cours en Suède afin d'améliorer l'efficacité des diverses méthodes de soutien suite aux catastrophes. Ces études portent sur différents aspects des conséquences à long terme du tsunami sur les personnes, les familles et les sociétés affectées, ainsi que sur les organisations et les autorités gouvernementales. Une attention particulière est accordée à l'évaluation des diverses méthodes mises en œuvre pour apporter une aide psychologique.

## **Turquie – Séisme de Marmara, août 1999**

*A Nuray Karanci*

Le 17 août 1999, à 3 h 02 du matin, un séisme de magnitude 7.4 sur l'échelle de Richter a frappé la région la plus peuplée du cœur industriel de la Turquie. La principale secousse a été suivie de répliques qui ont également provoqué des dégâts matériels. Ce tremblement de terre a fait 17 127 morts et 43 953 blessés. Il a également déplacé 25 000 personnes.

### **Intervention initiale**

- Premier jour, première semaine:

Il était très difficile d'accéder à la région et de rétablir les communications. Les premiers jours ont donc été consacrés au travail de recherche et de sauvetage, et à la réponse à des besoins élémentaires comme la nourriture et l'hébergement. La protection civile turque, des équipes de recherche et de sauvetage, des citoyens locaux, quelques bénévoles et des ONG y ont participé. Aucun soutien psychologique spécifique n'a été organisé. Un appel massif à l'aide et aux sauveteurs et pour des hébergements et de la nourriture a été lancé. Des équipes internationales de sauveteurs et des ONG nationales ont participé à l'effort. La coordination et la coopération entre les équipes nationales et internationales étaient essentielles.

- Interventions psychosociales:

L'organisation des logements temporaires et des tentes a été confiée au Croissant-Rouge de Turquie. Étant donné la demande colossale, d'autres organisations nationales et internationales ont également apporté leur aide. Le Croissant-Rouge de Turquie assure normalement l'approvisionnement des survivants de catastrophes en tentes et en nourriture dans le pays. Il installe des cuisines mobiles et prépare des repas pour tous les survivants. Bien évidemment, vu le nombre de victimes, sa capacité de réaction a initialement été dépassée, ce qui lui a valu de vives critiques.

Un centre de crise principal et plusieurs centres locaux ont été installés conformément à la Loi turque sur les catastrophes, et des décisions ont été prises pour répondre aux besoins matériels des survivants, mais aussi pour l'organisation de services funéraires, etc.

Les cellules de crise ont réuni toutes les autorités locales ainsi que des représentants des collectivités locales/communes et de l'armée.

Les jours suivants: l'Association des psychologues de Turquie (APT) a très rapidement réagi malgré son manque de préparation en matière d'aide aux sinistrés. En collaboration avec la cellule de crise principale installée dans la capitale turque, à Ankara, l'APT a immédiatement détaché des personnels dans la région et réalisé une rapide évaluation des besoins.

Etapas suivantes:

- Des brochures pour les survivants adultes, les parents et les sauveteurs ont été préparées en s'inspirant des ouvrages similaires publiés dans d'autres pays.
- L'APT a, dans un premier temps, obtenu un accord pour proposer ses services dans les cinq provinces touchées par le séisme du 17 août, mais a ensuite élargi son périmètre aux secteurs touchés par le séisme de novembre. Des services ont été assurés dans près de 30 camps, et dans d'autres secteurs des provinces; Il s'agissait de verbalisation, d'information, de normalisation, de distribution de dépliants et d'un filtrage en vue d'orienter les personnes vers des professionnels le cas échéant. Tous ces services ont été assurés à titre bénévole par les psychologues. Des séances de verbalisation ont été organisées à l'intention des survivants (femmes et hommes adultes, adolescents, sauveteurs) et du personnel de terrain de l'APT.
- Le personnel de terrain de l'APT a également fourni une aide dans les tentes installées par la sécurité sociale turque. Il a permis aux enfants de s'exprimer par des jeux et par des dessins dans le cadre d'activités qu'il organisait.
- Des équipes de soutien psychologique et psychiatrique du ministère de la Santé et de l'Association des psychologues de Turquie, ainsi que de nombreuses ONG ont apporté une aide psychosociale dans la zone du drame.
- Les équipes de terrain bénéficiaient d'une formation rapide à la verbalisation, à la psychologie traumatologique et aux réactions communément observées chez les survivants avant d'être envoyées sur zone. Pour ce faire, des formateurs de plusieurs pays ont assuré un renforcement des capacités et une aide internationale.



## **Intervention à plus long terme**

Pour le soutien psychosocial à long terme, plusieurs centres de réadaptation psychosocial ont été mis en place avec la coopération du Croissant-Rouge de Turquie et de la Croix-Rouge internationale et d'autres organisations internationales et ONG. Des centres pour traumatisés ont été créés dans les hôpitaux psychiatriques et à la section d'Istanbul de l'APT. Les activités des ONG locales se sont intensifiées après les séismes de 1999 en Turquie. Des ONG ciblant les besoins psychosociaux spécifiques de groupes comme les personnes handicapées, les femmes et les enfants ont activement proposé leurs services. La création d'ONG locales a joué un rôle essentiel après la catastrophe.

En collaboration avec l'UNICEF, l'APT a lancé un programme de formation des enseignants aux interventions psychosociales. En collaboration avec ECHO, l'APT a également organisé une sensibilisation et une préparation des enseignants aux catastrophes dans les cinq provinces les plus durement frappées par les tremblements de terre.

Plusieurs formations aux interventions psychosociales en faveur des survivants de traumatismes ont été organisées à l'intention des professionnels (psychologues et psychiatres), ce qui a considérablement augmenté les capacités en Turquie.

Un an après le séisme, les survivants avaient soit les clés de leur nouveau logement (construit par l'Etat), soit un hébergement dans des préfabriqués. Dans certaines provinces, ils étaient aidés par des ONG locales. L'aide psychosociale a été relayée par les centres de réadaptation ou communautaires mis en place dans la région.

## **Evaluation et implications pour l'avenir**

Leçons apprises:

- Ce séisme dévastateur a rappelé l'importance des mesures d'atténuation et de préparation, c'est-à-dire de la gestion des risques, et a révélé que la Turquie n'était pas prête à proposer des services psychosociaux.
- Les psychologues ont été pris au dépourvu par le drame, et un effort massif de formation a été consenti pour renforcer les capacités face aux besoins des survivants.

- Il convient d'organiser la participation et le renforcement des capacités au niveau des communautés locales en prévision des catastrophes.
- Les bénévoles des ONG apportent une précieuse contribution, et leurs activités méritent d'être soutenues.
- La coordination de toutes les activités des différents intervenants est indispensable, et cet aspect doit être réglé.
- Six ans après le drame, et malgré le fait que 98 % de notre population vit dans des zones sismiques, nous avons tendance à oublier, et accordons notre attention à d'autres priorités. Il faut donc maintenir dans la durée le renforcement des capacités des équipes d'intervention psychosociale, l'organisation des collectivités et la formation.

Bonnes pratiques:

- La réaction de l'Association des psychologues de Turquie a été très rapide et efficace, surtout si l'on considère qu'elle n'était pas préparée à une catastrophe aussi massive et destructrice.
- Tous ont coopéré avec les PC de crise officiels des niveaux central et local.
- Les capacités des psychologues ont pu être renforcées grâce à l'aide nationale et internationale dans les domaines de la psychologie traumatique et des méthodes d'intervention.
- De nombreuses ONG ont proposé un soutien psychosocial dans la région sinistrée. L'on a constaté une sensibilisation générale du public aux catastrophes et à leur propre vulnérabilité. Cette situation offre aux pouvoirs publics une occasion de modifier le cadre juridique de l'atténuation des risques et de la préparation, et à la société civile une occasion de mobiliser la collectivité.
- La coopération avec les organismes internationaux et la coordination des activités pour une gestion durable des risques (comme la formation de formateurs à la gestion des risques ou la création de réseaux de collectivités locales et de centres).

## **Conclusions**

### **Définition**

La Fédération européenne des associations de psychologues a réalisé une conceptualisation globale des catastrophes et des crises. Sa définition inclut donc tant les catastrophes naturelles (séismes, inondations, tsunamis et glissements de terrain) que celles d'origine humaine comme les accidents de transports, les attentats terroristes, les violences et la guerre. Les catastrophes peuvent être des urgences locales et de faible ampleur, ou des drames de grande envergure, elles peuvent survenir brutalement ou progressivement, et peuvent être brèves ou durables.

Les catastrophes ont souvent un impact international en raison du tourisme ou des migrations, ou quand les catastrophes nationales dépassent les moyens de réaction du pays concerné et qu'une mobilisation internationale s'impose.

### **Mission**

Afin d'orienter les prises de décisions politiques sur la prise en charge psychosociale après les catastrophes, il faut une vision claire de ce que cette prise en charge psychosociale devrait être. Que signifie cette expression, qui vise-t-elle et quel est son but?

D'une manière générale, quelques notions essentielles décrivent comment l'EFPA envisage la prise en charge psychosociale après les catastrophes.

- Elle devrait faire partie intégrante de l'organisation et de la préparation en vue des catastrophes.
- Elle doit occuper une place de premier ordre dans les secours y compris pour tous les corps de métiers et pour toutes les responsabilités.
- Les aspects psychosociaux doivent être intégrés dès le départ.
- La prise en charge psychosociale doit être d'une qualité élevée, et reposer sur des faits scientifiques et de bonnes pratiques.

## **Besoins des personnes**

Quand les catastrophes frappent elles sont soudaines, inattendues et déstabilisantes pour les personnes affectées. Ceux qui sont directement touchés expliquent souvent comment leur vie a radicalement changé par la suite. Ils décrivent un état de confusion et d'anxiété profonde et un sentiment d'impuissance.

Les victimes de catastrophes disent également qu'elles ne sont plus les mêmes et ont perdu leur sentiment de sécurité intérieure et leur aptitude à compter sur la stabilité de leur environnement. D'autres affirment ne plus avoir de force et avoir perdu l'organisation de leur vie quotidienne.

Les recherches sur les stress consécutifs aux catastrophes ont confirmé que la vie des personnes est affectée pendant des années, voire des décennies par ces événements. Il est indispensable de comprendre leurs effets sur l'esprit et le corps des victimes, sur leurs relations et sur leur comportement pour préparer et organiser la prise en charge psychosociale et cibler l'activité professionnelle des personnels participant aux secours. Les besoins des personnes affectées devraient servir de point de départ à une prise en charge psychosociale sur mesure. Ce dispositif peut être renforcé par l'élaboration de lignes directrices pour l'évaluation et en fondant la planification et la prestation de services sur les conclusions d'évaluations pertinentes.

## **Groupes cibles**

Une catastrophe frappe non seulement les personnes directement affectées, mais aussi divers autres groupes tels que les témoins des faits, les survivants, les enfants, les personnes endeuillées, les immigrants, les réfugiés, les patients des psychiatres et les personnes âgées ou handicapées.

Pour résumer, il est important d'identifier les différents groupes parce qu'il est facile d'en oublier certains, comme les enfants.

Il est utile de disposer d'un plan pour classer les victimes suivant leur degré d'exposition à l'environnement traumatisant d'une catastrophe, car les études sur de tels drames révèlent une corrélation entre le degré d'exposition et l'apparition ultérieure de symptômes du stress post-traumatique. Une telle détermination est précieuse dans la formulation d'un plan d'intervention.

Les groupes vulnérables affectés par les crises ont besoin (et demandent) une attention spécifique, et doivent l'obtenir. Les mères avec de jeunes enfants, les enfants, les personnes avec des antécédents psychiatriques, les adultes issus de minorités ethniques, les personnes défavorisées sur le plan socio-économique et celles dépourvues d'un réseau social sont autant de groupes qui risquent, à terme, de présenter des troubles de santé.

La prise en charge psychosociale devrait cibler ces différents groupes. Une analyse démographique peut être utile pour se préparer aux catastrophes.

### **Initiatives de terrain**

Il est connu que pendant la phase d'intense émotion qui suit une catastrophe, chacun est très désireux d'apporter son aide, les sauveteurs (tant professionnels que bénévoles) ne manquent pas et l'événement bénéficie de toute l'attention des médias. Les personnes affectées devraient être traitées avec compréhension et respect, et chacun devrait faire preuve de sensibilité et de respect de la vie privée. Les opérations qui consistent à aller à la rencontre des personnes devraient être coordonnées. Chacun a le droit de refuser les services qui lui sont proposés. Les directeurs des cellules de crise, les sauveteurs et les professionnels devraient être à l'écoute des réactions et des émotions des rescapés d'une catastrophe. Ils devraient être familiarisés avec les réactions normales des personnes et avec les dynamiques qui peuvent se présenter.

C'est plus tard, après le départ des sauveteurs, quand l'attention des médias se tourne vers d'autres questions et quand les personnes affectées par une catastrophe reprennent la vie normale, que ces dernières ressentent généralement toutes les conséquences de ce qu'elles ont subi. Souvent, c'est au cours de cette phase du moyen à long terme que les personnes qui développent des troubles de santé durable ont du mal à trouver l'aide dont elles ont besoin. Elles n'ont souvent pas le sentiment que les programmes d'assistance des établissements de santé mentale s'adressent à elles. Il est important d'organiser la prise en charge psychosociale dès le départ afin que les besoins des personnes à risque soient identifiés et que l'on puisse aller à leur rencontre.

## **Interventions et traitements psychosociaux**

Les traitements et les interventions sont souvent disséminés, et les interventions sont extrêmement variées. L'objectif est de faire reposer ces dernières sur des faits scientifiques. Quand les données sont insuffisantes, il convient de recourir à des interventions fondées sur un consensus ou sur le bon sens. L'état actuel des connaissances suggère que:

- dans la phase aiguë, les victimes ont besoin d'une aide pratique, sociale et affective;
- dans les interventions psychosociales initiales, il faut toujours prendre en compte les spécificités (culturelles ou religieuses, par exemple) de la situation et des victimes;
- dans la phase aiguë, la prise en charge psychosociale vise à rétablir un sentiment de sécurité et de maîtrise du corps et de l'esprit, à stimuler l'entraide parmi les victimes, et à promouvoir l'autonomie et la capacité d'adaptation;
- la dépression et l'anxiété, y compris des états de stress aigu et de stress post-traumatique, sont les conséquences psychologiques à long terme les plus courantes après une catastrophe, et il convient qu'elles fassent l'objet de traitements efficaces.

## **Victimes qui n'ont pas achevé leur développement**

Il est important d'assister les enfants et les adolescents victimes de traumatismes de catastrophes massives afin de prévenir l'apparition de troubles émotionnels durables. Leurs réactions peuvent être manifestes juste après un drame, mais si la plupart récupèrent au cours des premiers mois, certains développeront un ESPT ou d'autres problèmes psychologiques qui pourraient nécessiter un traitement. Il est important de savoir à quelles réactions on peut s'attendre selon l'âge et le stade de développement, et l'aide que les adultes (parents et enseignants) peuvent apporter. Certains enfants et adolescents cumulent davantage de facteurs de risque que d'autres, ce qui les rend plus vulnérables: ce sont notamment la gravité du traumatisme, les traumatismes antérieurs et le manque de soutien de la famille et/ou les réactions inappropriées et les troubles affectifs des parents ou des personnels soignants. Les réactions des parents semblent jouer un rôle important dans l'aptitude des enfants à se rétablir. C'est pourquoi les interventions doivent viser non

seulement les enfants victimes de traumatismes, mais aussi leurs parents, surtout quand les enfants, les parents et l'ensemble de la communauté concernée par la catastrophe souffrent de réactions post-traumatiques, de processus de deuil, d'un foyer perdu, d'un sentiment de culpabilité et de conflits qui peuvent survenir au sein de la communauté. Il est connu que les enfants perçoivent l'anxiété des adultes et s'en imprègnent, ce qui peut nuire au traitement de leurs troubles psychologiques. Certaines victimes, comme les enfants, étant en plein développement, il est possible que sans traitement ciblé et efficace leur personnalité se développe autour de l'événement traumatisant et s'y adapte, aggravant ainsi le risque de survenue de troubles psychologiques par la suite. Les traumatismes, qu'ils soient ponctuels ou chroniques, peuvent avoir un grave impact sur le fonctionnement psychologique bien des années après un événement. Il est donc essentiel d'intervenir rapidement après une catastrophe avec un soutien psychologique et des traitements adaptés. Les méthodes applicables à ce groupe sont l'éducation psychologique des adultes pour reconnaître les réactions de stress chez les enfants et les adolescents, savoir quoi faire pendant les jours qui suivent une catastrophe, communiquer les mauvaises nouvelles, trouver des ressources pour aider les enfants à digérer l'événement et apprendre à les rassurer; il y a également l'écoute active et les traitements comme les thérapies comportementales et cognitives orientées sur les traumatismes et l'EMDR. Ces interventions peuvent contribuer à améliorer leurs ressources, à atténuer les réactions de stress et à normaliser leurs comportements. Suite à une catastrophe massive, il est important que les victimes qui n'ont pas encore achevé leur développement comprennent ce qui s'est passé et puissent en parler dans un environnement sécurisant, en présence d'un psychologue, afin de pouvoir verbaliser toutes les idées irrationnelles, leurs peurs, leurs images et leurs sensations physiques et affectives.

### **Organisation temporelle des interventions et traitements psychosociaux**

La préparation est un volet important des secours. Mal préparer les catastrophes, c'est risquer l'échec. La notion semble évidente aux décideurs politiques et aux experts des secours, mais il est difficile de maintenir un bon programme de préparation aux catastrophes quand tout va bien. Les opérations de secours rappellent régulièrement toute l'importance d'une bonne préparation.

Différentes phases ont été identifiées dans la description des catastrophes en général mais aussi, plus spécifiquement, des conséquences pour la santé des personnes affectées et les troubles de santé qu'ils risquent de développer: la phase aiguë (les quatre semaines qui suivent l'événement), la phase du moyen terme (jusqu'à cinq ans plus tard) et celle du long terme (au-delà de cinq ans).

L'organisation temporelle des interventions après un drame et les phases de ce dernier sont certes deux choses différentes, mais:

- il faut assurer dès le départ une présence des services de santé mentale et, au minimum, une large diffusion d'informations psychosociales; il faut trouver un équilibre entre les questions de sécurité, les besoins matériels et physiques et les besoins psychosociaux;
- il faut proposer aux personnes en état de choc des premiers secours psychologiques (phase aiguë);
- une intervention initiale peut être proposée aux personnes qui commencent à réaliser ce qui s'est produit (phase du moyen terme);
- un traitement est indiqué pour les personnes qui ne guérissent pas d'elles-mêmes (phase du long terme).

### **Coordination/structures**

Un organisme central du type cellule de crise nationale devrait assumer la responsabilité de la prise en charge psychosociale après une catastrophe. Cette prise en charge doit être administrée à partir d'un point de contact unique, tant pour le court terme que pour le plus long terme. Le PC national de crise devrait s'appuyer sur l'expérience et les compétences disponibles localement et recourir aux services de professionnels qui ont connu des catastrophes antérieures.

Dans les grands pays, un organisme central unique peut s'avérer insuffisant; il faut alors prévoir une structure fédérale pour assurer le lien entre le pouvoir central et les collectivités locales.

La réaction doit être organisée à plusieurs niveaux (local, régional, national et international) en fonction de l'ampleur de la catastrophe.



Deux types de structures sont nécessaires: des centres d'orientation pour les professionnels et un organe de gestion. Il faudrait aussi un organe de coordination au niveau européen.

### **Coopération**

La coopération opérationnelle entre les différents services est généralement satisfaisante. Sur le plan de la direction des opérations, il est souvent difficile de déterminer qui est responsable du point de vue du gouvernement. A cet égard, il importe de distinguer les responsabilités et les missions. Un système de coopération et de collaboration doit être organisé entre les partenaires psychosociaux et les organismes de secours. La structure, les mécanismes et les principes d'un tel système doivent être conçus au préalable.

### **Suivi des professionnels et des bénévoles**

Un système bien organisé devrait être mis en place pour le suivi des professionnels et des bénévoles, qui devraient être préparés et formés pour être opérationnels. La formation est un facteur important pour prévenir les psychopathologies post-traumatiques. D'autre part, les professionnels et les bénévoles risquent de développer des troubles de santé à long terme en raison de leur participation à ce genre d'opérations.

### **Compétences et renforcement des capacités**

Il faut constamment renforcer les capacités en vue des interventions psychosociales. Cela implique l'identification des ressources et le renforcement des capacités des personnes qui participeront à la gestion des crises et des catastrophes. Il convient d'élaborer des lignes directrices et d'assurer une formation permanente pour augmenter les capacités. Divers systèmes peuvent être conçus afin d'obtenir une telle amélioration des compétences et des capacités:

- la formation des agents de liaison pour les familles aux divers aspects des interventions psychosociales;
- des formations et des informations sur le volet psychosocial des interventions à l'intention des services de secours;
- des informations, à l'intention du public, sur la prise en charge psychosociale lors de catastrophes;

- des formations spécifiques à l'intention des professionnels;
- des informations sur les questions psychosociales à l'intention des journalistes.

### **Structures locales**

Au plan local, le réseau des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé mentale, des bénévoles, des chefs spirituels et des personnalités (notamment des minorités ethniques) et diverses interventions de la société civile sont importants pour la prise en charge psychosociale après une catastrophe.

Un centre d'information et d'orientation est une des interventions prises par la collectivité pour offrir un point de ralliement à partir duquel l'on tente de répondre à tous les besoins des personnes affectées; il convient de l'installer dans un site facile d'accès, et de choisir un lieu de taille suffisante pour accueillir toutes les personnes concernées, et offrant des locaux séparés pour les divers groupes (tels que ceux qui recherchent des personnes disparues, les personnes endeuillées, les survivants et les sauveteurs).

Les rituels et les commémorations sont des interventions communautaires nécessaires. La programmation des rituels et des commémorations dans le temps est importante, tout comme la place accordée aux personnes affectées.

### **Information et médias**

La communication sur les risques et sur les crises doit être en phase avec la prise en charge psychosociale; le rôle des médias dans la diffusion des informations est tout aussi essentiel. A cet égard, il faut veiller à la manière de communiquer et à définir quels aspects doivent être préparés en concertation avec les médias. Il est vital que les informations fournies soient les meilleures disponibles et fondées sur des faits; une coopération avec le *Dart Centre*, le réseau de journalistes pour le journalisme éthique et les traumatismes, offre d'importantes possibilités en la matière. Des lignes d'appels d'urgence devraient être mises à la disposition du public.

### **Préparation**

La préparation implique une éducation, des formations et des exercices, mais ils sont souvent insuffisants ou inadaptés.

Cette phase doit être motivée par une volonté de limiter l'impact des catastrophes potentielles en intégrant les principes de l'atténuation. L'éducation et la formation doivent viser toutes les sphères de la collectivité au même titre que les professionnels.

## **Recherche**

Le Comité permanent de l'EFPA recommande vivement que les professionnels et les chercheurs spécialisés dans la prise en charge psychosociale suite aux catastrophes publient des rapports sur la question. Il convient d'organiser cet aspect au niveau international et de l'appuyer sur la pratique et sur les opinions, afin qu'il y ait un enrichissement mutuel parmi les divers acteurs de la communauté internationale. La prise en charge psychosociale après les catastrophes est encore une discipline relativement jeune, et il serait très utile que les professionnels et les chercheurs mènent une politique active de publication de leurs conclusions.

La recherche doit être menée dans l'optique de faciliter les activités professionnelles. Cette orientation a bien évidemment des conséquences sur les questions traitées et la conception des recherches. L'évaluation des besoins des personnes affectées par une catastrophe est un thème très important de recherche, parce qu'il peut offrir des bases à une préparation pertinente des secours psychosociaux. L'autre extrémité du spectre concerne l'évaluation des interventions psychosociales du point de vue de leur efficacité. A ce jour, l'on dispose encore de trop peu de données permettant une préparation d'interventions psychosociales fondée sur des faits.

## **Réseau**

Un réseau européen devrait être mis en place pour développer un dispositif systématique d'échange et d'évaluation des leçons apprises des catastrophes récentes. Ce réseau devrait essentiellement aboutir à la production d'un rapport annuel assorti de recommandations sur les possibilités d'améliorer la prise en charge psychosociale.

## **Aspects juridiques**

Aucun exemple spécifique n'est décrit dans ce document, mais nous savons à quel point les questions juridiques peuvent affecter les efforts consentis pour améliorer le bien-être des personnes affectées. Il est recommandé de tenir compte des compétences pertinentes.