



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Programme d'intervention adaptée aux groupes cibles
Tome II

Manuel d'Intervention adaptée aux groupes cibles
dans le cas de catastrophes

Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Robert Bering



Project co funded by the European Commission –
Grant Agreement N° 07.030601/2006/447903/SUB/A3"



Project Partners are



City of Cologne
Office for international Affaires
The mayor
Stadt Köln (D)



Institute for Clinical Psychology and Psychological Diagnostics
University of Cologne



Centre of Psychotraumatology
Alexianer-Hospital Krefeld



Stichting Impact
Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care

SEPET+D

Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés Traumático y Disociación
SEPET+D

Le manuel d'intervention destinée aux groupes cibles dans le cas de catastrophes fut conçue dans le cadre d'un projet promu par l'Union Européenne „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“.

Auteurs

Dipl.-Psych. C. Schedlich: Assistante scientifique de l'Institut de Psychologie Clinique et de Diagnostique Psychologique (IKPPD). Directrice de formation pour les conseillers en Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Medecin spécialiste en Psychiatrie und Psychothérapie; Directeur du Centre de Psychotraumatologie de l'hôpital Alexianer à Krefeld

Dipl.-Psych. G. Zurek: Assistante scientifique de l'IKPPD; Chargé de cours dans le cadre des formations en Conseillers spécialisés en Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Remerciements

EUTOPA a été promu par la commission européenne sur le Grant Agreement „N⁰ 07030601/2006/447903/SUB/A3“.. Merci aux délégués d'Eutopa pour la discussion et le support dans notre travail, la modification du programme d'intervention adaptée aux groupes cibles dans le cas de catastrophes. Un grand merci à Francisco Orengo et Stepan Vymetal pour leurs travaux sur le suivi à moyen et à long terme.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Robert Bering, Roman Birvon, Jonathan Bisson, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Paul Cutajar, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Aida Maria dos Santos Dias, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Eva Garossa, George Gawlinski, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Barabara Juen, Michael Kamp, Zafiria Kollia, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Josée Netten, Ágatha Niemyjska, Brigit Nooij, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Claudia Schedlich, Frederico Galvao da Silva, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath,, William Yule, Bogdan Zawadzki, Gisela Zurek

Nous remercions la Ville de Cologne pour la coordination du projet EUTOPA.

© 2008 Schedlich, Bering, Zurek

Le présent ouvrage est protégé par le droit d'auteur. Le droit d'auteur réserve les droits à la copie, la traduction et la transformation.

Préface

Le manuel d'intervention adaptée aux groupes cibles dans le cas de catastrophes (Tome II) fut conçue dans le cadre d'un projet promu par l'union Européenne „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“. L'objectif du projet est la évaluation des programmes d'intervention en crise et de répondre à la question : quelles sont les modèles d'intervention qui ont fait ses épreuves pour minimiser le risque de troubles psychiques après une catastrophe ? Le groupe de travail considère qu'il est nécessaire de faire un « screening » pour pouvoir identifier les survivants qui ont un grand risque de développer un trouble stress posttraumatique. Un « screening » est une combinaison de différents paramètres d'enquête. C'est entre autres les facteurs de risque pour développer un trouble de stress posttraumatique et le degré et la présence de symptômes qui sont évalués. Le screening est un support dans la prise de décision dans le cadre d'un concept plus ample, le programme d'intervention adaptée aux groupes cibles (ZGI). Le programme d'intervention adaptée aux groupes cibles décrit les pas d'une intervention dès soins psychosociaux primaires à la psychothérapie, et le programme d'intervention adaptée aux groupes cibles différencie des interventions dépendants et indépendants du profil de risque des survivants. Nos manuels (tome I à III) adaptent le concept aux demandes de grandes catastrophes internationales. Tome I est un manuel d'administration de l'Indice de risque de Cologne adaptée à la dynamique de la situation de catastrophes. Le présent ouvrage (Tome II) décrit les modules de l'Intervention adaptée aux groupes cibles et distingue les mesures d'intervention en fonction du profil de risque. Le tome III porte sur la psychoéducation pour les personnes traumatisées. Nous proposons un concept qui se base sur le processus et sur l'identification de différents groupes de risque pour mener à bien des interventions en crise efficaces. Ce concept fut adapté à différents types de situation dans le passé. Les projets PLOT et EUTOPA proposent également une utilisation de l'internet pour mener à bien des interventions au niveau européen. A ce propos nous avons créés les sites www.eutopa-info.eu et www.plot-info.eu. Le présent ouvrage se dirige aux assistants professionnels et décrit les possibilités et les limites de l'Intervention adaptée aux groupes cibles.

Bibliographie sur l'Intervention adaptée aux groupes cibles

Traductions en Anglais, Espagnol, Allemand sur le site www.eutopa-info.eu

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

Plus d'informations sur l'Intervention adaptée aux groupes cibles dans le cas d'attentats terroristes et pour le militaire allemand :

www.ikpp-bundeswehr.de

www.plot-info.eu

1. Introduction

Ces dernières décades on a pu observer un nombre croissant de catastrophes naturelles et catastrophes du aux défaillances techniques ou des attentats terroristes (par exemple : catastrophes naturelles www.em-dat.com). Les grandes catastrophes impliquent toujours la nécessité de d'assister à un grand nombre de victimes directes et indirectes : les survivants, les familles et proches de survivants, les témoins, la population dans la commune touchée, les secouristes. Depuis quelques années le suivi psychosocial à moyen et à long terme a été de plus en plus reconnue et développé comme une mesure à part et a côté des soins médicaux des blessées. Les spécialistes ne doutent pas de la nécessité d'intégrer le suivi psychosocial dès le départ dans les plans d'interventions destinées aux survivants. L'importance de ce sujet est également respecté dans les autres pays de l'union Européenne.

Le groupe de travail de Norris distingue les trois critères principaux des catastrophes: (1) début soudain, (2) il s'agit d'une expérience collective (3) elles se marquent par une destruction et une menace importantes. Les catastrophes se distinguent des expériences extrêmes continues comme par exemple la guerre (Pieper, 2005). Une catastrophe :

- touche un nombre important de personnes de manière directe ou indirecte
- demande des soins médicaux et un suivi psychosocial pour un grand nombre de personnes,
- constitue des demandes physiques, sociaux et psychiques extrêmes

- excède les capacités des services de secours régionales – y compris les capacités des assistants psychosociaux.
- implique la nécessité de coordination et de collaboration entre différentes professions (secouristes, médecins, pompiers, protection contre les catastrophes, police, militaire, psychologues, psychothérapeutes, etc.)
- demande une coordination et une direction des interventions tant durant la phase aigue, ainsi qu'au niveau du suivi à moyen et à long terme.
- est une situation complexe, qui demande des interventions complexes.
- excède les capacités de suivi à moyen et à long terme. Il est possible que des ressources fussent détruites.
- détruit la sécurité de l'entourage des survivants. Il est possible que des régions entières en soient concernées.
- peut provoquer une perte de confiance par rapport aux administrations et politiciens.

La mise en pratique des concepts, stratégies et mémentos s'est souvent révélée difficile et il n'est pas possible de s'organiser pour toutes les éventualités. Toute catastrophe nous démontre de nouveau que nous ne pouvons pas entrevoir tout. Les conditions cadres des attentats de l'once septembre 2001, des attentats de Madrid 2003 et de Londres 2004, des grands feus, des inondations, du Tsunami 2004/5 ont demandé une grande flexibilité parce que chaque catastrophe a un profil de demandes spécifique. Chaque catastrophe a une propre dynamique et exige un grand degré d'engagement, de créativité, de flexibilité et de force de la part

de ceux qui aident et de la part des survivants. Après chaque catastrophe il faut intégrer les expériences nouvelles et remanier les concepts existants, "The heterogeneity of traumatic events and their aftermath defies any specific guidelines, and there is a need for flexibility of interventions and adaptations to specific circumstances." (Hobfall et al., 2007, 284)

Dans le cas critique il faut s'attendre à ce que les survivants, les proches des survivants et les secouristes développent des troubles de stress posttraumatique à moyen ou à long terme. Les assistants professionnels ont un devoir commun : assoupir la souffrance et supporter les survivants de retourner à la vie quotidienne.

La Communauté européenne supporte des projets d'investigation sur le sujet du suivi psychosocial et la prévention de conséquences psychologiques à long terme chez des survivants de catastrophes. L'investigation au niveau européenne et la création d'un réseau européenne sont nécessaires parce que les catastrophes ne connaissent pas de frontières.

Le projet "European Guideline for Target Group oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster - EUTOPA" - promue par le département de l'environnement de l'Union Européenne - focalise l'optimisation du suivi psychosocial dans le cas de catastrophes. Il s'agit d'une collaboration d'investigation internationale dirigée et coordonnée par la ville de Cologne : l'Institut de Psychologie Clinique et de Diagnostique de l'Université de Cologne (IKPPD), le centre de Psychotraumatologie à Krefeld, la fondation Impact d'Amsterdam, la Société espagnole de Psychotraumatologie et de Dissociation (SEPET+D) à Madrid.

La coopérative poursuit l'objectif d'identifier les déficits dans les concepts de suivi psychosocial existants et de les améliorer et de les rendre praticables dans les différents pays de l'union Européenne. Pour pouvoir intégrer des programmes d'intervention en crise dans les plans de déroulement de l'assistance en catastrophe il faut des standards minima qui se basent sur le cours du processus des troubles posttraumatique. Il se pose la question centrale : Quelles méthodes et mesures d'intervention en crise pour les phases aiguës, à moyen et à long terme ont fait ses épreuves au niveau scientifique et aident diminuer le risque de développer un trouble de stress posttraumatique?

On peut constater un désarroi quant à l'efficacité des programmes d'intervention en crise pour les phases aiguës, à moyen et à long terme (vgl. Bering, 2005; Bering et al., 2006). "No evidence-based consensus has been reached to date with regard to effective interventions for use in the immediate and the mid-term post mass trauma phases." (Gersons & Olf, 2005 in Hobfall et al., 2007, 284) EUTOPA propose des procédés d'optimisation et d'assurance de qualité pour les programmes d'intervention en crise et pour les programmes de prévention.

L'Institut de Psychologie Clinique et de Diagnostique Psychologique de l'Université de Cologne et le Centre de Psychotraumatologie de l'Hôpital Alexianer à Krefeld ont adaptée le programme d'Intervention adaptée aux groupes cibles à la dynamique des processus typiques des victimes de catastrophes. Le PIGC focalise des mesures à moyen et à long terme individualisées avec l'objectif de faire une connexion aux concepts de l'intervention dans la phase aiguë. Une description différenciée des standards

empiriques au niveau de l'intervention dans la phase aigüe a été élaborée par la fondation Impact sous le titre : « Multidisciplinary Guideline-Early Interventions after disasters, terrorism and other shocking events » (Stichting Impact, 2007; www.eutopa-info.eu).

Pour adapter le TGIP il faut se poser la question quelles sont les interventions les plus efficaces qui doivent être menées à quel moment dans cette tracé potentiellement traumatique (Fischer & Riedesser, 2003) après une catastrophe. Des êtres humains qui ont vécue une situation qui constitue une menace existentielle pour eux ont certainement besoin d'appui. Or, un suivi psychosocial efficace doit, dans le sens d'une mesure de prévention secondaire, poursuivre également l'objectif de minimiser le risque que les survivants développent des troubles posttraumatiques. Dans le passé on visait avant tout la prévention du trouble

de stress posttraumatique proprement dit (PTSD) et évaluait ce risque avec des études de prévalence. Or, à nos jours il paraît évident que les conséquences d'un stress traumatique sont beaucoup plus complexes et que le fait de focaliser le trouble de stress posttraumatique proprement dit (PTSD) dans les études empiriques est beaucoup trop réducteur et ne peut pas représenter toute la gamme de conséquences psychiques aux traumatismes possibles. Font partie des troubles psychiques : la réaction de stress aigüe (ICD: F 43.0), trouble d'inadaptation (ICD: F 43.2), les trouble de stress posttraumatique (PTBS - ICD-10: F 43.1) ainsi que des troubles comorbides (z. B. dépressions, troubles d'angoisse, troubles de somatisation, dépendances).

Dans le présent ouvrage nous présentons les concepts d'intervention échantillonnées de l'intervention adaptée aux groupes cibles dans le cas de catastrophes

2. Mesures d'Intervention du programme d'intervention adapté aux groupes cibles dans le cadre du suivi psychosocial après des catastrophes

Le programme d'intervention adaptée aux groupes cibles est un concept pour le suivi psychosocial individualisé qui vise le détournement de trouble psychiques à long terme après des événements critiques. La planification de la stratégie d'intervention dans le cadre du programme d'intervention adaptée aux groupes cibles se base sur le modèle conçu par Fischer et al. (1999) pour les victimes de violence et sur le modèle conçue pour le militaire allemand (Bering et al., 2003) et sera adaptée aux demandes logistiques et structurelles des catastrophes. Les différences fondamentales entre le programme d'intervention adaptée aux groupes cibles

et d'autres concepts d'intervention en phase aigüe sont :

1. *La détection de personnes à risque au moyen d'un outil de screening conçue à ce propos (l'indice de risque de Cologne, cfr. Tome I) et*
2. *La distinction entre interventions dépendantes et indépendantes du risque.*

La détection de facteurs qui augmentent le risque de développer un trouble posttraumatique est cruciale dans ce programme d'intervention. Pour pouvoir évaluer le risque il faut un questionnaire ou

une « Checklist » qui permettrait de faire un pronostic par rapport au processus d'élaboration (vgl., Bering et al. 2008, Band I). Une fois qu'on a établie un tel profil de risque individuel on peut conseiller des interventions bien échelonnée et différenciées en fonction du profil de risque.

Le concept d'échelonner les mesures d'intervention s'appelle Programme d'intervention adaptée aux groupes cibles (ZGI) (Bering et al., 2000a; Bering et al. 2001b; Bering et al., 2003; Schedlich et al., 2003).

Nous distinguons des mesures d'intervention indépendantes du profil de risque du survivant et des mesures d'intervention dépendantes du profil de risque.

Nous espérons que le fait d'identifier rapidement les personnes à risque et le fait d'échelonner les mesures d'intervention permette une planification efficace et économique des interventions même dans le cas où on est confronté à un grand nombre de victimes et une capacité au niveau du personnel limitée.

Nous supposons et insistons sur le fait que les réactions des êtres humains après un traumatisme ne sont ni pathologiques en elles-mêmes, ni nécessairement des préliminaires de pathologies. Beaucoup de personnes souffrent de réactions de stress passagères et normales et ont besoin d'un support qui leur permette de restaurer leurs ressources et de retourner à la normalité. Ces personnes n'ont pas spécialement besoin d'un diagnostic dans le sens classique et ils n'ont pas besoin d'un traitement clinique (Hobfall et al., 2007).

La base pour la planification des interventions dans le cadre d'un suivi psychosocial individualisé est :

1. L'importance du critère temporel, c'est-à-dire une orientation par rapport au modèle du cours temporel du trauma psychique et
2. L'établissement d'un profil de risque individuel au moyen de l'indice de risque de Cologne. (vgl. Bering et al., 2008, Band I)

Dans le cas d'une grande catastrophe avec un grand nombre de blessés il est très souvent difficile de pouvoir réellement distinguer des phases comme par exemple une phase aigüe et une phase post-situative à cause du choc continue, à cause de la violence persistante, à cause des supports qui manquent ou encore à cause des pertes secondaires (Hobfall et al., 2007). Pour cette raison il peut y avoir une imbrication des interventions de la phase aigüe et du suivi à moyen terme.

Le profil de risque individuel peut seulement être établi après un certain temps à cause du cours temporel du processus traumatique. Il se pose alors la question quelles sont les interventions qui doivent être menées à quel moment pour qu'elles soient efficaces? De plus il se pose la question quelles sont les interventions les plus appropriées pour les différents groupes en fonction de leur profil de risque, Pour pouvoir répondre à cette question nous divisons la frise chronologique dans le tableau 1 en trois phases, la phase aigüe (A), la phase de transition (B) et la phase d'impact (C). En plus nous divisons les éléments du procédé standard de l'intervention adaptée aux groupes cibles en modules

dépendantes et en modules indépendantes du risque (image 2).

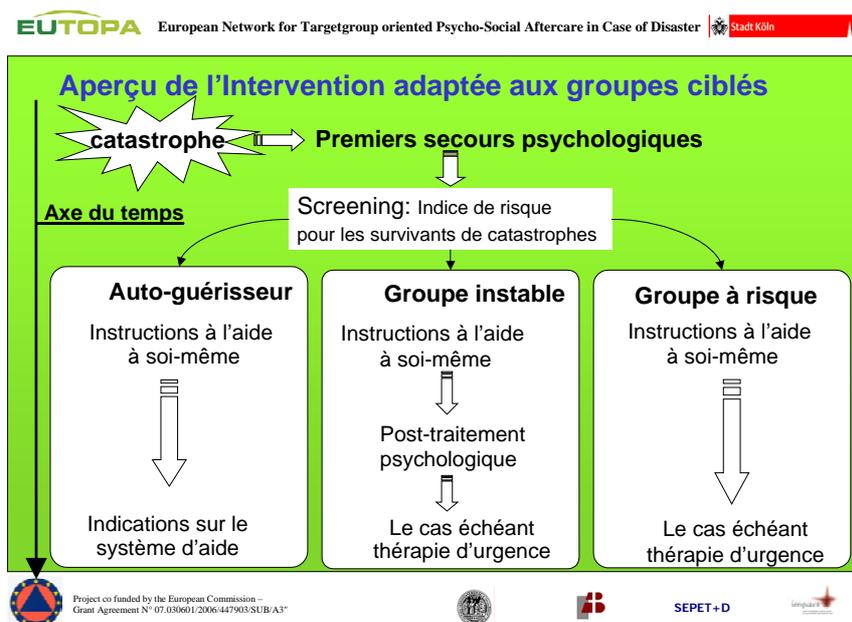
Dans le cas d'une catastrophe, la planification des interventions est soumise à trois critères :

1. A quel moment par rapport au modèle du cours des traumatismes psychique est-ce qu'on intervient?
2. Quelles sont les conditions au niveau du réseau?
3. Combien des personnes sont affectées par l'événement?

C'est le nombre de personnes affectées et la disponibilité d'assistants professionnels

qui sont décisifs pour le cadre (cadre individuel ou groupes) et l'étendu de l'aide proposée. L'objectif déclaré est d'offrir une aide à un maximum de personnes affectées au moyen d'une exploitation optimale des ressources au niveau du personnel. Le suivi psychosocial des secouristes doit également être optimisée pour prévenir des conséquences à long terme et pour maintenir la disponibilité opérationnelle.

Une stratégie d'intervention adaptée aux groupes cibles et nécessaire et judicieuse pour garantir un support des victimes et des secouristes à la juste mesure, c'est-à-dire : pas trop et pas non plus trop peu.



Représentation 1: Procédé standard de l'intervention adaptée aux groupes cibles

Le type d'intervention est choisi en fonction de la frise chronologique. Les premiers soins dominent la phase A. La phase B est la phase entre la phase de choc et la phase d'impact. Le screening avec l'indice de risque et l'éducation psychologique ont lieu durant cette phase. La phase C est caractérisée par des interventions échelonnées pour les auto-guérisseurs, les instables et le groupe de risque. (cfr Bering et al., 2003)

Parmi les mesures indépendantes du profil de risque il y a l'assistance en phase aigue qui vise le rétablissement du sentiment de sécurité et l'assistance psychologique

primaire (Phase A). C'est seulement après de la phase de choc que suit une psychoéducation informative, intervention qui introduit au screening avec l'indice de

risque de Cologne. La discussion des résultats de l'indice de risque et un session de conseil conclut la transition à la phase d'impact (phase B).

Le Monitoring, le diagnostique, le conseil individuel, la consultation pour les proches de victimes et la thérapie focalisé font partie des interventions dépendantes du risque. Sur la frise chronologique ces interventions ont lieu durant la phase C. C'est ainsi que l'assistant professionnel choisit ses interventions en fonction de la frise chronologique et en fonction du profil de risque. Il faut donc se détacher du paradigme de la médecine somatique d'urgences ; paradigme qui implique un

diagnostique déjà sur le lieu de la catastrophe ou directement après l'arrivée dans l'hôpital. La formation de médecine d'urgence et de secouristes vise une intervention rapide sur le lieu pour sauver des vies. Or, les thérapeutes doivent garder une vue d'ensemble du processus entier pour pouvoir éviter la chronification du stress posttraumatique. Le paradigme de la médecine d'urgences ne peut pas alors être appliquée au paradigme d'intervention en crise psychologique.

Par la suite nous décrivons plus en détailles différents modules de l'intervention adaptée aux groupes cibles.

Les interventions dans les situations traumatiques suivent la devise : faire tout ce qui est nécessaire et faire aussi peu que possible.

Lors de la planification des interventions on distingue les mesures d'intervention préventives de base qui se dirigent à tout les survivants des mesures d'intervention dépendantes du profil individuel de risque. Des accents thématiques varient en fonction de l'instant, c'est-à-dire si les interventions ont lieu durant la phase

d'impact, durant la phase de choc ou durant la phase du processus traumatique. La planification des interventions sera décrite par la suite de manière chronologique, des mesures dépendantes et indépendantes du risque seront distingués.

Mesures d'intervention pour les victimes:	
<p>Mesures indépendantes du risque</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assistance dans la phase aigue 2. Assistance psychologique primaire 3. Education psychologique 4. Screening avec l'indice de risque de Cologne 5. S'aider soi-même 6. Discussion des résultats au KRI et consultation dans un cadre individuelle 	<p>mesures dépendantes du risque</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring 2. Diagnostique approfondie 3. Consultation individuelle 4. Thérapie (par exemple MPTT) 5. Consultation des proches

Table 2: Mesures dépendantes et indépendantes du risque

Avant les mesures d'intervention dépendantes du risque échelonnées des mesures de prévention secondaire psychologiques ont lieu indépendamment des conditions du moment de l'intervention et du profil de risque. Il s'agit de l'assistance dans la phase aigue au moyen d'un rétablissement du sentiment de sécurité et

l'assistance psychologique primaire. Et par la suite, après la phase de choc il suit la psychoéducation et le screening avec l'indice de risque – C, la discussion des résultats et une consultation courte ainsi que des instructions pour s'aider soi-même.

2.1 Mesures indépendantes de l'intervention adaptée aux groupes cibles

2.1.1 Assistance dans la phase aigue

Dans la phase de choc et juste par après des mesures d'intervention d'assistance primaire s'adressent à toutes les victimes - indépendamment du profil de risque :

- Soins médicaux
- Rétablir le sentiment de sécurité des victimes
- Répondre aux besoins primaires (soif, faim, chaleur, hygiène)
- Prendre distance par rapport au lieu de la tragédie
- Informations sur l'événement
- Informations par rapport aux proches
- Assister dans la prise de contact avec les proches
- Accompagnement dans le processus de deuil
- Informations par rapport aux offres d'assistance ultérieures
- Offrir une communication

Lors de l'assistance aux victimes de catastrophes il faut toujours se rappeler que les soins médicaux ont la priorité, or l'assistance psychologique est une pierre angulaire de l'assistance et a une influence positive à long terme sur l'élaboration de l'expérience. Le plus important c'est le rétablissement d'un sentiment de sécurité et de répondre aux besoins primaires, ainsi que les informations intelligibles. Un autre

objectif durant cette phase est l'établissement de contacts et de liens sociaux (Hobfall et al., 2007). Un besoin existentiel des victimes est le fait de savoir si leurs proches sont sains et sauvés. Il faut toujours être transparent dans ses intentions et parfois il faut même justifier des procédures (mesures médicales, séparation de proches pour pouvoir mener une intervention médicale, droit de permanence, interlocuteurs disponibles, etc.), pour contrecarrer le vécu de perte de contrôle. Des questions des survivants par rapport à la situation doivent être, si possible répondues de manière correcte, parce que les personnes ont un besoin accentué d'être informés. Il faut communiquer les informations de manière brève, claire et intelligible, parce que durant la phase de choc on peut très souvent constater une capacité de concentration limitée.

La transparence et une assistance rassurante sont internalisées de manière positive (Bengel, 2007; Lasogga & Gasch, 2000). Des mesures comme l'éducation psychologique et des instructions approfondies pour s'aider soi-même ne sont pas indiquées durant cette phase et ne promettent pas d'effet à long terme (vgl. Bäumker & Bering, 2003).

2.1.2 Mesures d'assistance psychosociale durant la phase d'impact et par la suite (Phases B et C)

Après la situation aigue les victimes ont, dépendant du contexte, des besoins qui sont en rapport avec leur vie quotidienne et leur ressources matériaux et la sécurité de leur entourage sociale. Il s'agit alors d'offrir des mesures d'assistance et de consultation correspondantes (par exemple des possibilités de support financière, la clarification de question juridiques, la recherche de personnes disparues) et d'offrir une assistance dans le contact avec l'administration et de communiquer ces offertes d'assistance aux victimes. Dépendant des conditions de vie il est possible qu'une telle assistance soit nécessaire pour un temps prolongé (mois, années). Les victimes d'attentats terroristes ont parfois besoin d'assistance juridique pendant quelques années. Dans le cas extrême ce genre de procès peut durer quelques décades comme par exemple après l'attentat de Bologne en 1981. Parfois des paiements de dédommagement après des accidents dépendent de procès assez longs.

Il faut également organiser des cérémonies et des messes. Parfois les victimes ont besoin de support lors de l'érection d'un monument.

C'est l'objectif de la conception du suivi psychosocial après des catastrophes de garantir que ces mesures aient lieu « sans couture ».

Les mesures de suivi psychosocial que nous présentons par la suite focalisent le support individuel préventif et la réduction de réactions de stress ainsi que la

prévention de troubles de stress posttraumatique.

Après la phase de choc des interventions d'éducation psychologique peuvent avoir lieu. Si l'éducation psychologique ne peut pas encore avoir lieu a ce moment là – soit à cause des conditions, pour des raisons médicaux, ou parce qu'il y a une capacité personnelle réduite – cette intervention peut également avoir lieu par la suite. Pour des informations plus détaillées voir Tome III sur l'éducation psychologique (Zurek et al., 2008, Band III).

Après l'éducation psychologique le screening avec l'indice de risque de Cologne – C aura lieu. Cela permet l'établissement d'un profil de risque individuel. Dépendant du score obtenu on attribue les victimes dans une des groupes, à savoir les auto-guérisseurs, les instables et le groupe à risque. Le classement des survivants en fonction de leurs score obtenu est la base pour les interventions ultérieurs lors de l'intervention adaptée aux groupes cibles. Les résultats au questionnaires sont toujours et exclusivement communiqués dans un contact individuel Pour des informations plus détaillées sur l'indice de risque et son administration voir Tome I (vgl. Bering et al. 2008, Band I).

2.1.3 Informations et consultation après le screening avec l'indice de risque de Cologne - C

Après le screening avec l'indice de risque qui a lieu dans les conditions idéales dans le cadre d'une consultation individuelle, on communique les résultats (profil de risque individuel et pronostique du risque) et cela **toujours dans un cadre individuel**. Le cadre individuel permet à l'assistant de faire une courte exploration par rapport aux facteurs de risque et de protection potentielles, par rapport aux ressources et besoins individuelles et de se faire une première idée par rapport aux stratégies compensatoires. En fonction du temps disponible, les victimes peuvent parler sur leurs expériences dans le cadre individuel. L'assistant devrait en tout cas empêcher que les récits s'approfondissent, faire des interventions qui renforcent les ressources et proposer des consultations ultérieures. Il s'agit avant tout de proposer des offres de consultation qui s'orientent au besoins de la victime, comme par exemple une assistance juridique, des aides administratives, des conseils du point de vue psychotraumatologique, et ou une thérapie. Il faut indiquer des comportements utiles pour la phase

d'impact à tous les trois groupes (auto-guérisseurs, instables et personnes à risque), comme par exemple le fait de parler sur l'expérience, de se reposer et de se retirer, de fréquenter leur entourage social, de faire des projets réalistes de retourner dans la mesure du possible à la vie quotidienne, etc. Des brochure sur l'aide à soi-même peuvent être très utiles et promouvoir le processus de guérison.

Il est crucial de discuter et expliquer lors de la consultation individuelle la nécessité de mesures d'intervention nécessaires et possibles. La transparence par rapport aux mesures nécessaires peut augmenter la *compliance* à long terme.

A la fin de la session individuelle on peut donner des tracts aux survivants avec des informations essentielles et il faut leur donner des adresses ou ils peuvent se diriger si cela est nécessaire. Parfois les survivants obtiennent ces informations déjà lors de l'éducation psychologique. On peut également établir des contacts ensemble avec les survivants si cela est nécessaire.

Conseils pour les auto-guérisseurs

On explique des signes d'une évolution maligne et la possibilité d'un support professionnel. On propose une deuxième session après deux à quatre semaines.

Conseils pour les instables

On discute des comportements utiles pour la phase d'impact, comme par exemple le fait de parler sur l'expérience, de se reposer, de se retirer, de faire du sport, etc. on explique quelles sont les des facteurs qui peuvent poser problème comme par exemple des expériences durs ultérieures, des problèmes dans l'entourage sociale, des problèmes administratives, familiaux ou financières. On explique des signes d'une évolution maligne et la possibilité d'un support professionnel. On fixe une deuxième rendez-vous durant la phase d'impact.

Conseils pour le groupe à risque

On explique aux personnes à risque qu'il peut être difficile de surmonter l'expérience sans aide professionnelle et cela à cause de facteurs biographiques et facteurs de la situation. On explique des comportements utiles pour la phase d'impact. Il faut fixer des rendez-vous pour des consultations ultérieures. Ces rendez-vous servent également à l'observation de l'évolution et doivent avoir lieu au moins une fois par semaine.

Aperçue sur les contenues de la consultation individuelle

- Communiquer le profil de risque individuel
- Exploration des ressources et des stratégies compensatoires
- Indiquer des comportements utiles pour la phase d'impact
- Tractes : aide à –soi même
- Sensibilisation pour les évolutions malignes
- Expliquer les offres de support professionnelles/contacts
- Etablir des contacts nécessaires pour le support (par exemple conseils juridiques, assistance administrative, aide financière, consultation, thérapie)

2.1.4 Aide pour s'aide soi même

Une autre mesure qui est également offerte tant aux auto-guérisseurs qu'aux instables et aux personnes à risque sont des explications par rapport à l'aide à soi-même. On explique des techniques d'auto-apaisement et de distanciation qui leur permettent de contrôler dans un certain degré leurs réactions de stress. Il y a des exercices de distanciation (par exemple la distraction au moyen du calcul mental, l'exercice voir-entendre-sentir), des techniques d'imagination (par exemple la technique de la couleur, l'endroit sûr interne, les assistants internes), des techniques de relaxation et des explications par rapport à un comportement pour réduire le stress (Fischer, 2003; Reddemann 2001). Ces techniques supportent le processus d'élaboration naturel et sont utiles pour une transition à la phase de repos. Les exercices sont utiles sous le point de vue que les survivants peuvent faire l'expérience qu'ils peuvent contrôler leurs pensées. La

possibilité du contrôle cognitif et affectif s'oppose à l'expérience traumatique de perte de contrôle. La pratique a montré que les survivants peuvent profiter des exercices à des degrés divers. Pour être sûr que chaque un peut utiliser les techniques qui le conviennent le mieux, il faut proposer toute une gamme de techniques. Or, il manque très souvent du temps nécessaire et il est nécessaire de proposer l'utilisation des tractes d'aide à soi-même. Là, les victimes trouvent toute une gamme d'exercices qu'ils peuvent essayer, toute en fonction de leurs préférences.

Ces techniques peuvent également être enseignés en groupe. Dans le cas des personnes à risque on ne peut pas exclure une inondation avec des souvenirs et des affects traumatiques lors des exercices d'imagination. Si on offre des techniques en groupe il faut bien observer des personnes à risque et leurs enseigner des

techniques d'auto-apaisement avant dans un cadre individuel. Si on travail avec des secouristes, il est important de travailler en groupe, parce que cela augmente

l'intégration et la cohésion du groupe en tant que support, ce qui est un facteur de protection important.

2.2 Intervention adaptées aux groupes cibles dépendantes du risque

Après l'assistance primaire et après l'éducation psychologique, après le screening, la consultation individuelle et l'aide pour s'aider soi-même les interventions se distinguent en fonction du profil de risque individuel (vgl. Abb. 1).

On peut offrir une observation active, un accompagnement, un diagnostique approfondie et une thérapie.

Observation active, accompagnement :

Il s'agit d'une prise de contact soit part téléphone, soit face à face. La reconnaissance précoce de facteurs de risque et de stress on peut empêcher le danger de la chronification des symptômes et dans le cas ci c'est nécessaire proposer une thérapie.

Diagnostique :

Pour pouvoir évaluer le processus d'élaboration du trauma on utilise des outils diagnostiques spécifiques. Un diagnostique exclusive ne peut être fait que par du

personnel bien formé, parce qu'il faut des notions et des expériences approfondies dans le domaine de la psychotraumatologie. Le diagnostique se compose d'une anamnèse plus complet, ainsi que des outils de diagnostique spécifiques pour le stress posttraumatique pour évaluer la présence de traumatismes antérieures et pour évaluer la présence de symptômes.

Psychothérapie :

La psychothérapie des personnes à risque est déjà indiquée durant la phase d'impact. Des études internationaux proposent des thérapies cognitives comportementales (Nice-Guideline, 2005, Impact, 2007, Hobfall et al, 2007). Nous avons fait des expériences positives avec des méthodes dynamiques (Horowitz, 1976, Fischer, 2000) et nous avons trouvé des effets positives dans une étude si on travail avec des méthodes et techniques diverses lors de la phase de confrontation au traumatisme.

2.2.1 L'intervention adaptée aux groupes cibles pour les auto-guérisseurs

Si une personne est classée dans le groupe des auto-guérisseurs, on peut s'attendre que cette personne ne développe pas de symptômes à long terme et cela même si cette personne souffre dans les premiers instants de symptômes comme de la surexcitabilité, de symptômes d'évitement, et d'intrusions. Pour la plupart de ces personnes, les mesures offertes suffisent pour supporter une bonne

élaboration du traumatisme. Il est quand même utile de sensibiliser ces personnes à des évolutions malignes et de décrire les offertes de support et d'assistance disponibles. On peut également proposer un contact ultérieur – soit par téléphone, soit fac à face. On peut à ce moment là évaluer de nouveaux si l'évolution est maligne et dans ce cas offrir de l'aide, si nécessaire.

2.2.2 L'intervention adaptée aux groupes cibles pour les instables

Les survivants qui sont classés dans le groupe des instables courent le risque de développer un trouble de stress posttraumatique dans le cas si après l'expérience il a d'autres charges et un stress supplémentaire comme par exemple un manque du support de l'entourage, des accusations pas justifiées, des procès juridiques, ou des traumatismes ultérieures. C'est pour cette raison que ces personnes profitent bien d'un suivi ou d'une observation active. Le contact direct durant la phase d'impact et par la suite permet une évaluation du risque à chaque instant. On peut offrir des mesures ultérieures – des consultations ou des thérapies – dans le cas d'une évolution maligne.

La prise de contact régulière par un thérapeute ou par un assistant, soit par téléphone, soit personnellement durant les semaines et mois après l'expérience doit être convenue. La prise de contact se fait toujours de la part de l'assistant bien connue au survivant en question ou par une autre personne de confiance professionnelle, parce que la tendance à l'évitement du au traumatisme – des développement de symptômes dépressives, déni – peuvent empêcher une prise de contact active de la part de la personne. Il est judicieux de fixer des rendez-vous personnelles ou par téléphone. Cela donne un sentiment de sécurité et peut « ancrer » les survivants.

Si la personne n'assiste pas aux rendez-vous fixés, l'assistant doit prendre contact de sa part et voir pourquoi la personne n'assistait pas au rendez-vous. Ce n'est que de cette manière qu'on peut reconnaître des tendances de déni et d'évitement.

La fréquence des contacts varie en fonction de l'évaluation du risque de l'évolution. Le plus en danger une victime est, le plus souvent il faut prendre rendez-vous. Pour des personnes qui ont beaucoup de ressources sociales et intrapsychiques, il suffit de fixer un rendez-vous un mois après. Or dans le cas des personnes à risque il faut fixer des rendez-vous toutes les deux semaines.

Si l'évolution « bascule » durant la phase d'impact soit à cause de charges supplémentaires, soit à cause du manque de ressources intra personnelles ou sociales, il est nécessaire d'offrir des mesures ultérieures.

Un diagnostic différentielle peut informer si la personne a développée un trouble de stress posttraumatique ou autres troubles. Pour prévenir une chronification il faut proposer une thérapie à la victime. Il est judicieux d'intégrer les proches dans l'offre de consultation et de thérapie pour renforcer un facteur de protection important, le support de l'entourage social.

2.2.3 Intervention adaptée aux groupes cibles pour les personnes à risque

Si une personne a été classée dans le groupe de risque, il faut dès le départ commencer avec des mesures de support supplémentaires. Les personnes à risque

devrait profiter de l'assistance de thérapeutes et médecins. A côté d'un diagnostic psychotraumatologique approfondie il faut proposer une

consultation individuelle étalonnée sur différents rendez-vous. L'accent est mis sur le renforcement des ressources et l'apprentissage de distanciation affective par rapport aux contenus traumatiques. Il faut renforcer les stratégies

compensatoires individuelles et offrir davantage des techniques de relaxation. Ce n'est que par la suite qu'on peut offrir une thérapie focalisée au trauma avec des éléments explorateurs du trauma.

3. Implémentation structurelle – Problèmes et solutions

Le projet EUTOPA focalise le support des victimes, des proches des victimes, ainsi que la formation des membres des organisations impliquées dans l'assistance et dans le suivi à moyen et à long terme. EN fonction des résultats de la psychotraumatologie spécifique on adapte les mesures de l'intervention adaptée aux groupes cibles aux demandes des groupes cibles spécifique, tout en respectant les possibilités de suivi dans les différents pays de l'Union Européenne. L'Union Européenne poursuit l'objectif d'améliorer les mesures d'intervention des organisations impliqués au moyen d'une plus grande transparence. Pour garantir un suivi psychosocial efficace des victimes on a besoin d'une formation approfondie des différents groupes professionnels impliqués.

L'accent du groupe de travail allemand vise l'amélioration du suivi à moyen et à long terme pour les victimes de catastrophes avec l'objectif de pouvoir offrir une aide efficace rapidement. Cela touche avant tout aux interventions individuelles ultérieures comme le screening, l'éducation psychologique, l'aide pour s'aider soi-même, des consultations, et fonction du profil de risque une thérapie focalisée.

La question qui se pose par rapport à l'implémentation de mesures ultérieures de

la phase aigue tourne autour de l'implémentation des mesures à moyen et à long terme et il faut discuter une question fondamentale : Il s'agit du problème récurrent de la jonction et la nécessité d'améliorer la transition de l'assistance aigue au suivi à moyen et à long terme.

L'expérience a montrée que dans le cas de catastrophes on peut observer un grand nombre de personnes durant la phase aigue qui apparaissent sur le lieu pour offrir de l'aide et un support psychique pour les survivants. Ainsi on peut dire, qu'il y a parfois trop de support psychique – ne jugeons pas la qualité. Il est assez souvent difficile de coordonner les assistants et d'intégrer les offertes de support de manière efficace dans les structures des différentes groupes professionnelles et des organisations d'assistance et de garantir une bonne transition au suivi ultérieur. C'est en conséquence qu'un groupe de travail au sein du projet EUTOPA focalisait le problème des liaisons durant un des congrès de EUTOPA (directeur: Orengo, Schedlich, Vymetal). Ce groupe de travail visait la formulation de solutions. D'après des experts, on peut résumer les conséquences d'un manque d'intégration des différents groupes professionnelles et d'un manque de réseaux comme suit :

- Surassistance des victimes et ainsi surcharge des victimes sur les lieux de la catastrophe.
 - Perte d'acceptation du support psychosocial chez les victimes, les secouristes et dans la population.
 - Manque d'assistance ou lacunes dans le suivi des victimes à cause d'un manque de coordination des ressources, à cause de problèmes de communication, à cause d'un manque d'intégration avec les autres groupes professionnels et à cause d'un manque de formation.
 - Insécurité, impuissance et rage chez les survivants – expérience d'une nouvelle perte de contrôle.
 - Perte de confiance dans la politique.
- (Résultats de la première conférence d'experts, Cologne, Novembre 2007; Orengo, Schedlich, Vymetal, www.eutopa-info.eu)

Pour pouvoir garantir un suivi différencié et orienté aux besoins des victimes il faut réfléchir sur la structure et l'intégration et coordination des mesures de suivi psychosocial.

L'assistance psychosociale en urgence (PSNV) désigne la structure entière des mesures préventives à court, moyen et à long terme du suivi psychosocial dans le contexte d'urgences. Le PSNV inclue tant les offertes (par exemple le suivi pour les secouristes, l'assistance en phase aigue, l'intervention en crise, l'assistance psychologique primaire, la consultation, les urgences psychiatriques, la thérapie, etc.) que ceux qui offrent l'assistance ainsi que les organisations et structures et les lois qui règlent cette assistance dans les différents pays. Les objectifs du suivi psychosocial sont :

- Mettre à la disposition une assistance adéquate pour les survivants pour faciliter l'élaboration de l'expérience,
- La prévention et la reconnaissance de conséquences psychosociales après des catastrophes
- Le traitement de troubles posttraumatiques et dans le cas des secouristes assister dans l'élaboration du

stress expérimenté durant la mission. (vgl. Helmerichs, 2007)

Pour pouvoir améliorer la transition de la phase aigue au suivi à moyen terme il est utile de mettre à la disposition des informations écrites sur le lieu et de proposer de prendre contact avec les personnes si ceux-ci ont communiqué leurs adresses. Une possibilité d'améliorer les offertes d'assistance à moyen et à long terme et la création d'une centrale de coordination dans les différents pays et que cette centrale ait des fonctions de coordination du réseau. Des experts des différents pays européens supportent cette idée. De manière plus générale il faut se créer un aperçu sur les structures et les différentes offertes de support qualifié dans les différents pays, pour pouvoir y recourir rapidement si cela est nécessaire. La création d'un bureau de coordination fait partie des mesures de préparation et doit faire partie des réflexions conceptionnelles. Il faut également identifier des jonctions au niveau européen pour pouvoir supporter des initiatives européennes de suivi psychosocial suprarégional dans le cas de

catastrophes et pour partager mieux les ressources présentes.

Dans le cas d'une catastrophe il faut rapidement établir des bureaux régionaux ouverts pour la population ou les personnes peuvent recevoir des informations par rapport aux offres d'assistance. Les bureaux régionaux et le bureau de coordination doivent travailler en réseau afin de pouvoir profiter au mieux des ressources - très souvent limités - au niveau du personnel. Ces bureaux ont la fonction de donner des informations par rapport à des offres d'assistance ultérieures et de donner des informations sur les médias et les possibilités de suivi et de contact. On espère de cette manière de pouvoir informer à tout les survivants (par exemple les blessés, etc.). Dans le meilleur des cas on dispose de personnel multidisciplinaire bien formé pour pouvoir répondre aux différents besoins des (consultants juridiques, sociaux, consultants qui peuvent répondre aux questions financiers, assistants psychosociaux, thérapeutes).

Afin de garantir la collaboration, la

coordination et l'intégration des différents organisations publiques et non-publiques au niveau des différents pays et au niveau européen nous proposons des rencontres des groupes de travail avec des délégués des différents organisations.

Le développement de standards minimum pour la formation de professions impliqués est un point crucial pour assurer la qualité du suivi psychosocial en cas d'urgence. Cela concerne tant les secouristes psychosociaux qualifiés, les assistants (par exemple les psychologues d'urgence, les équipes d'intervention en crise), le personnel d'assistance téléphonique, des consultants en psychotraumatologie et les psychothérapeutes. Par exemple les mesures d'intervention indépendantes du risque du suivi à moyen et à long terme ne doivent pas spécialement être menés par des psychologues d'urgences or, il faut une formation de consultant en psychotraumatologie. Un diagnostic clinique ne peut être fait que par des psychologues cliniciens ou par des médecins (cfr. auch Blank und Helmerichs, 2008)

Mesures pour améliorer les structures du suivi à moyen et à long terme dans le cas de catastrophes

- Etablissement d'une centrale de coordination dans les différents pays avec un caractère et des besoins de réseau et pour coordonner les offres d'assistance qualifiés même à moyen et à long terme.
- **Etablissement de bureaux régionaux publics ouverts** pour la population pour pouvoir offrir des assistances multidisciplinaires. Ces bureaux doivent rester ouvertes plusieurs mois, voir des années.
- Informations répandues de manière répétée par rapport aux mesures d'assistance dans le médias.
- Utilisation de l'internet pour informer.
- Rencontres de groupes de travail réguliers avec des délégués des organisations impliquées pour pouvoir améliorer la collaboration, la coordination, la différenciation des tâches et pour pouvoir accorder les ressources.

- **Développement de standards minimum pour garantir une formation qualifiée des professions impliquées**
- Clarification du porteur des frais (par exemple communes, pay, etc.)

4. Mesures de l'intervention adaptée aux groupes cibles pour la prévention de conséquences à long terme chez les victimes de catastrophes – Résumé

Si on résume les réflexions structurelles sur l'amélioration de la transition de la phase aiguë aux mesures de suivi de l'intervention adaptée aux groupes cibles à moyen et à long terme en fonction des principes de Hobfall et al. (2007): C'est avant tout les informations données dans le cadre des mesures d'intervention psychoéducatives par rapport à la situation, par rapport aux processus traumatiques, ainsi que les informations sur les offres d'assistance qui renforcent le sentiment de sécurité relative et supportent les stratégies compensatoires et d'apaisement et le vécu d'auto-efficacité. L'aide pour s'aider soi-même supporte également l'amélioration de l'auto-efficacité. L'objectif de la thérapie et de la consultation de personnes traumatisées est le renforcement de schèmes compensatoires du trauma et des opérations de contrôle pour surmonter la divergence entre la

menace expérimentée et les possibilités de faire face ainsi que pour différencier la signification personnelle de l'expérience. L'offre d'assistance ultérieure implique à part de la reconnaissance une proposition de prise de contact et un rétablissement de l'intégration sociale ce qui constitue un des principes de fonctionnement essentielles. Ainsi il est possible de relativiser le sentiment de perte de contrôle et le sentiment d'impuissance, de renforcer le sentiment d'auto-efficacité et de combattre le sentiment d'isolement. L'image de soi et du monde peut être modifiée dans le processus d'élaboration de manière congruent à la situation. C'est juste les processus d'intégration d'une image de soi et du monde modifiées, la recouverte de marges de manœuvres et l'expérience d'accompagnement social et le support des institutions qui renforcent l'orientation vers le future et donnent de l'espoir.

5. Bibliographie

- Baum, A., Solomon, S. D., Ursano, R. J., Bickman, E., Blanchard, E., Green, B. L., Keane, T. M., Laufer, R., Norris, F., Reid, J., Smith, E. M., & Steinglass, P. (1993). Emergency/disaster studies. Practical conceptual and methodological issues. In J. P. Wilson, & B. Raphael (Hrsg.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (S. 125–133). New York: Plenum Press.
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bengel, J. (2007). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2000). *Schulungsmanual „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2001). *Elektronisches Schulungsmanual eReader 2.0 „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich C., Zurek, G., Kamp, M., Grittner, G. & Fischer, G. (2007). *Prävention psychischer Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen und deren Angehörige. Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention*. Verfügbar unter: www.plot-info.eu
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention psychischer Langzeitfolgen in der Allgemeinmedizinischen Grundversorgung. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.) *Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. Heidelberg: Asanger.
- Blank, V. & Helmerichs, J. (2008). *Konsensus-Konferenz 2008: Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
- Brockhaus, G. (2002). Die Reparatur der Ohnmacht. Zur Psychologie der politischen Reaktionen auf den 11. September 2001. *Politische Studien*, 53386, 42–60.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M., & Düchting, C. (1999). *Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe-Modell (KOM)*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie - MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.

- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*. Düsseldorf: Walther.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370–1376.
- Helmerichs, J. (2007). Psychosoziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen. In F. Lassoga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S. 371–389). Berlin: Springer.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70 (4), 283–315.
- Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care. (Hrsg.). (2007). *Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. Verfügbar unter <http://www.impact-kenniscentrum.nl>.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Kaiser, C. R., Vick, S. B. & Major, B. (2004). A Prospective Investigation of the Relationship Between Just-World-Beliefs and the Desire for Revenge After September 11, 2001. *Psychological Science*, 15 (7), 503–505.
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2007). *Notfallpsychologie*. Springer, Heidelberg
- McFarlane, A. C. (1993). Posttraumatic Stress Disorder Among Injured Survivors of a Terrorist Attack: Predictive Value of Early Intrusion and Avoidance Symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (9), 599–600.
- Melik, M. (1978). Live changes and illness: Illness behaviors of males in the recovery period of a natural disaster. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 335–342.
- National Collaborating Centre for Mental Health, London (2005). Clinical Guideline 26 - Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>.
- Norris, F. H., Friedmann, M. J. & Watson, P. J. (2002). 60.000 Disaster Victims speak. Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65 (3), 240–260.
- Norris, F. H, Friedman, M. J, Watson, P. J, Byrne, C. M, Diaz, E & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65 (3), 207–239.
- Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, 63 (7A), 2459.
- Pieper, G. (2005). *Hilfen für Opfer von Katastrophen und gezielter Gewalt. Ein Konzept zur Psychotraumatologischen Versorgung*. Unveröffentlichte Dissertation. Albert-Ludwig-Universität, Freiburg.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G., Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., & Fischer, G. (2003, S. 89-115).
- Schützwohl, M. (2000). Frühintervention nach traumatischen Erfahrungen: ein Überblick über Maßnahmen und deren Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 68 (9), 423–430.
- Shapiro, E. R. (2002). Family Bereavement After Collective Trauma: Private Suffering, Public Meanings, and Cultural Contexts. *Journal of Systemic Therapies*, 21 (3), 81–82.
- Torabi, M. R. & Seo, D.-C. (2004). National Study of Behavioral and Life Changes Since September 11. *Health-Education-and-Behavior*, 31 (2), 179–192.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Norwood, A. E. (Hrsg.) (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press.