AG Psy - Police Genève
Cellule d'intervention psychologique

TRAUMATISME ET INTERVENTION

MANUEL THEORIQUE ET PRATIQUE DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET SPIRITUEL

PLUS DE DIX ANS DEJA !!!

Michel Berclaz éditeur

janvier 2009

Soutien psychosocial et spirituel © michel berclaz, 2009

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 5
2. LE MODELE GENEVOIS D'INTERVENTION (C. D'Epagnier, M. Berclaz) 7
   2.1. Modes d'intervention 8
   2.2. Modalités des interventions 8
   2.3. Le concept du soutien psychologique 9
   2.4. Principes de base 11
3. LE STRESS 13
   3.1. Généralité : 13
   3.2. Le stress du point de vue de la biologie : 14
   3.3. Le stress du point de vue de la psychologie : 17
   3.4. Le stress du point de vue de l'épidémiologie : 22
   3.5. Stress dépassé : 23
   3.6. Stress et traumatisme : 25
4. LE TRAUMATISME 27
   4.1. La *petite* histoire du traumatisme 27
   4.2. Définition du trauma 33
   4.3. ESTP : modèle cognitif et données empiriques (Grazia Ceschi Dr. Psy.) 36
      4.3.1. Modèles cognitifs de l'ESTP 37
      4.3.2. Evaluation cognitive dysfonctionnelle du traumatisme et de ses séquelles 38
      4.3.3. perturbation de l'élaboration du souvenir du traumatisme 39
      4.3.4. mécanismes de contrôle de la menace et des symptômes 43
      4.3.5. conclusion et implication cliniques 43
   4.4. Diagnostics 47
   4.6. Catégorisation des réactions 55
5. PREMORBIDITE VERSUS RESILIENCE 58
   5.1. Evolution du concept de prémorbidité 58
   5.2. Structures et traits de personnalité 59
   5.3. Base neurophysiologique de la mémorisation 60
   5.4. Résilience 65
   5.5. Incidences sur la prise en charge 68
   5.6. Conclusions 71
6. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE 72
   6.1. De la légitimité du soutien psychologique immédiat et post-immédiat 72
   6.2. La *petite* histoire du soutien psychologique immédiat et post-immédiat 74
   6.3. Différentes formes d'interventions 75
   6.4. Le soutien psychosocial et spirituel immédiat 77
   6.5. Defusing (déchocage) et débriefing 83
   6.6. Objectifs des interventions 90
   6.7. La thérapie brève 98
7. LE DEBRIEFING CHEZ LES ENFANTS (Dr Christophe Grandjean) 105
   7.1. Introduction 105
   7.2. Données de la littérature contemporaine 106
   7.3. Clinique de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant 112
   7.4. Développement du processus de deuil chez l'enfant 119
   7.5. Abord des situations 120
   7.6. Pratique du débriefing chez l'enfant 122
   7.7. Situations d'enfants perturbés avant l'incident 126
   7.8. Limites de la technique et précautions 127

8. LE SOUTIEN SPIRITUEL 130
8.1. Choc traumatique et soutien spirituel (Maurice Gardiol & Cosette Odier) 130
8.2. L'accompagnement spirituel dans la tradition de l'Armée du Salut (Ch. Staïsse) 134
8.3. Evolution du concept de soutien spirituel (Maurice Gardiol) 135
8.4. De la légitimité du soutien spirituel (Michel Berclaz) 138
9. LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AU CANADA 142
10. LES RISQUES DU METIER ET L'AUTOPROTECTION 151
10.1. Réactions chez les intervenants 151
10.1.1. L'identification à la victime 152
10.1.2. L'identification à l'agresseur 152
10.2. L' épuisement professionnel 153
10.3. L' effet miroir et la triangulation 154
10.4. Gestion du stress 157
10.4.1. Gestion des ressources : 158
10.4.2. Avant et pendant l'intervention 161
10.4.3. Auto-protection et co-protection 162
10.4.4. Le Feed-back 164
11. ANNEXES 165
11.1. Le point des revues de littérature fin 2001 166
11.1.1. Psychological debriefing, Theory, practice and evidence, 2000 166
11.1.2. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder 175
11.2. tab 1 : CIM-10 180
11.3. tab 2 : DSM-IV-TR 181
11.4. tab 3 : Réactions aiguës, CIM-10 et DSM-IV-TR 182
11.5. tab 4 : Etat de stress post-traumatique, CIM-10 et DSM-IV-TR 183
11.6. Fiche d'évolution des réactions sévères aux facteurs de stress 184
12. BIBLIOGRAPHIE 185

Préface

Aucune initiative, d'autant plus si elle vise à apporter de l'aide, qui plus est à des personnes fragilisées par leur contexte, n'agit dans la neutralité, hors de tout présupposé, de toute ambition (au sens noble du mot), de toute idéologie.

Notre ambition est claire : Apporter, de la part de professionnels ayant des expériences multiples de la relation d'aide, aux personnes victimes de crises et de traumatismes, un soutien et une pratique qui leur permette de mobiliser, individuellement et collectivement, les ressources qui sont les leurs, qu'elles peuvent trouver dans leur contexte, dans leur histoire, dans les énergies individuelles, et dans la préoccupation du souci de l'autre. Nous ne visons pas à être des prédateurs de la souffrance de l'autre. Nous ne cherchons pas à la nommer, en la stigmatisant, pour nous l'approprier, la traiter et la dissoudre.

L'expérience de chacun d'entre nous, notre pratique clinique, nous font appréhender les crises, les traumatismes, la souffrance qui en résulte, comme un processus complexe qui ne se rattache pas uniquement au traumatisme lui-même, mais aussi à son historicité et à son contexte. En retour, la réponse, en termes d'aide, de soins, de soutien, qui peut être apportée, doit aussi trouver sa place dans l'histoire et le contexte. Ainsi, si la crise propose l'urgence de ses manifestations, si elle nécessite une capacité rapide de mobilisation, le contenu de cette réponse doit en permanence être recontextualisé, intégrant l'histoire passée, les conditions de surgissement de la crise, ses manifestations mêmes dans le moment présent, comme les conséquences pour le futur tant des effets de la crise elle-même que des effets des différentes interventions censées aider à son traitement ou à sa résolution.

A ce titre, notre objectif ne peut être des scientifiques d'une science dont l'objet serait la victime, dont le lieu d'expérimentation serait celui de la crise, dont le traitement serait la disparition des signes visibles, dont le savoir serait préalable à l'intervention et au contexte.

Nous ne pouvons non plus être une association de bienfaiteurs qui, nourris de leur expérience, proposeraient aux victimes les clés de leur salut, pour leur plus grand bien, à la seule condition qu'elles renoncent à leur statut de sujet, qu'elles abandonnent leur histoire, leur culture, leur contexte, pour endosser les habits universels de la victime.

Nous avons plutôt à être, sans fausse-modestie, des éléments-ressources, intervenant à un moment donné d'une histoire, préoccupés par le respect de celle-ci, par le respect de la personne victime comme un sujet, par les conséquences pour la personne du traumatisme lui-même et de l'intervention proposée. Nous devons avoir à l'esprit la préoccupation constante de notre propre départ, de notre propre absence. Nous avons à soutenir notre pratique d'une confiance dans les ressources individuelles et collectives des personnes victimes.

Cela doit mener l'ensemble de nos réflexions et de nos interventions vers la recherche de ce que Jean-Marie LEMAIRE nomme les « ressources résiduelles » des personnes et des groupes. Pour les identifier, les valider, les soutenir, permettre que leur développement soit le moteur de la reconstruction des sujets et de leurs solidarités dans les suites de crises.

Dr Christian Petel

1. INTRODUCTION

Ce manuel est le fruit d'un lent travail progressif qui a débuté il y a de nombreuses années. A l'origine, il ne s'agissait que d'un petit polycopié, support d'une conférence à Neuchâtel dans le cadre de la formation continue de l'Institut Suisse de Police. Petit à petit, il se verra modifié au fils des apports scientifiques et expérientiels qui y seront intégrés. Ce document se voulait bref, simple, pratique. Pourtant il est apparu indispensable de le complexifier, de l'épaissir. Par exemple, il est ressorti avec la force de l'évidence que de parler de concepts relativement circonscrits tels le traumatisme ou encore le débriefing, sans prendre en considération leur histoire, les contextes dans lesquels ils se sont développés ne permettait pas de saisir pleinement leur sens, au risque certain d'une sur-généralisation potentiellement préjudiciable pour les bénéficiaires de soins.

De même, ce texte n'avait pour seule ambition que d'offrir des lignes de conduites générales et pratiques à l'intention de l'ensemble des professionnels susceptibles d'avoir à travailler avec la détresse psychologique des personnes confrontées à des incidents dramatiques. Dans ce sens, il se voulait neutre et a-conflictuel. Il voulait se garder des grandes envolées aussi rhétoriques que théoriques qui semblent toujours aussi vaines dans les aléas de la pratique et du terrain. Or, cette même réalité pratique nous a forcés à ouvrir les yeux et sortir d'une certaine forme de déni. En effet, toute démarche entreprise s'appuie toujours sur des représentations, vise un objectif tirant sa source d'une croyance donnée et les comportements présentés reposent fatalement sur une idéologie. Toute démarche, et en particulier celle qui vise à apporter du soutien aux personnes dans la détresse, provient d'un creuset social défini et produit son impact au sein même de ce tissu social. Dans ce sens, il s'agit d'un acte politique. Or cet acte politique peut voir son sens totalement perverti en fonction justement de l'idéologie sur laquelle il repose. C'est là l'avertissement de la préface du Dr Petel et cela mérite d'être relu :

Aucune initiative, d'autant plus si elle vise à apporter de l'aide, qui plus est à des personnes fragilisées par leur contexte, n'agit dans la neutralité, hors de tout présupposé, de toute ambition (au sens noble du mot), de toute idéologie.

En d'autres termes, ce que nous allons entreprendre ou ne pas entreprendre va dépendre de façon directe de l'idéologie sur laquelle nous nous appuyons et de la philosophie qui nous habite. Plus encore, toute découverte, aussi scientifique qu'elle puisse paraître, reste guidée ou tintée par cette idéologie, ces représentations ou les pressions d'un mouvement politique.

Naturellement, ce document n'échappe pas à cette règle. La lecture de la théorie ainsi que les produits de notre expérience sont indissociables de nos histoires et du contexte de nos pratiques. Pour cette raison, le document débute avec une présentation de la cellule de soutien psychologique dans ou en collaboration avec laquelle nous tirons aujourd'hui plus de douze ans d'expérience dans les interventions immédiates et post-immédiates auprès des personnes victimes. La raison qui a poussé notre groupe de psychologues à s'organiser pour rencontrer des personnes aux prises avec de tels événement est probablement associée au fait que bien des personnes, en consultation psychologique ou psychothérapeutique, ont été victimes, souvent il y a longtemps, parfois malheureusement il y a trop longtemps d'une situation dramatique, et bien peu ont eu la chance de bénéficier d'un soutien. Le sentiment (peut-être erroné) selon lequel une action plus précoce aurait pu changer le cours des choses pour la personne, nous a amené à organiser un tel dispositif.

Soulignons qu'il ne s'agit pas là de notre gagne-pain. En effet, il nous est apparu très vite évident qu'il n'était pas possible, mais avant tout certainement pas souhaitable, de créer un nouveau « créneau » pour des professionnels qui vivraient de l'intervention auprès de personnes en détresse, tant le risque de clientélisation et par conséquent de mise en dépendance était grand. Pour cette raison, cette pratique d'intervention devrait rester une espace particulier, très particulier, dans nos existences respectives.

Bien qu'ayant essayé à tout instant d'utiliser les termes les plus simples et le vocabulaire le plus commun, il n'a pas été possible de faire l'impasse sur le vocabulaire professionnel. Chose intéressante, même chez les professionnels de la santé mentale, ce vocabulaire ne va pas sans ambiguïtés et malentendus. En effet, les mots spécialisés tirent leur sources de domaines qui, bien qu'apparemment assez proches, s'appuient sur des représentations fort différentes. Des mots identiques sont employés en psychanalyse, en psychologie et en psychiatrie alors que dans chacun de ces domaines ils ne représentent pas forcément le même phénomène.

Ainsi par exemple, va-t-il d'un terme qui va nous occuper au cours de ce travail, le diagnostic d'état de stress post-traumatique, qui réunit en une expression stress et traumatisme. Or, pour d'aucun ces deux mots recouvrent des concepts forts distincts et de provenances tellement différentes qu'il n'est pas raisonnable de les juxtaposer. Nous n'entrerons que timidement dans ce type de réflexion, pour toute intéressante qu'elle soit, mais, après la présentation de la cellule d'intervention, sa méthode et son idéologie, nous présenterons des définitions du stress et du traumatisme.

Comme relevé plus haut, la définition du traumatisme ne peux pas faire l'économie de sa propre histoire. Au travers de la lecture qu'en fait Judith Herman, sera visitée la partie de l'histoire de ce concept qui mena à la définition du diagnostic "d'état de stress post-traumatique". Par la suite nous détaillerons sa forme, les types et catégories de réactions qu'il recouvre. Que le lecteur n'aille surtout pas croire que ce diagnostic nous satisfasse, en aucun cas. Mais comment se pourrait-il qu'un diagnostic puisse par lui-même recouvrir de façon représentative toute l'épaisseur et la particularité de l'expérience singulière de chaque détresse individuelle ? Nous nous bornerons donc à le contextualiser et le comparer à d'autres diagnostics, laissant au lecteur le soin de développer les réflexions qu'il jugera nécessaires quant à leurs différences et leur pertinence.

Une première partie du document (chapitres 1 à 4) traitera encore de concepts jugés importants, la prémorbidité et la résilience. La prémorbidité correspond à l'existence, avant l'irruption d'un événement potentiellement traumatisant, d'une pathologie mentale ou d'un trouble de la personnalité que certains professionnels estiment être la source principale des réactions durables de souffrance. La résilience, hier fort à la mode, reste un point essentiel à aborder lorsque nous traitons de la détresse humaine.

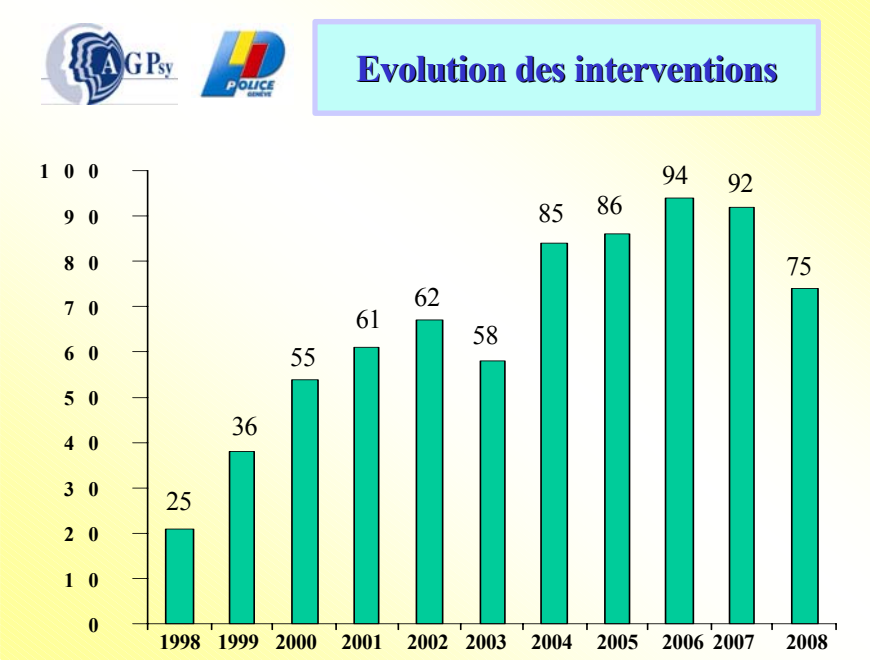
La seconde partie de ce travail portera sur la nécessité et la pertinence d'une intervention, les différentes formes d'intervention et la description plus en détail de certaines d'entre elles de même que des particularités inhérentes à l'intervention auprès des enfants. Nous avons tenté, de garder le caractère simple, accessible et pragmatique de cette partie. Pour ce faire nous avons été tenu à ne pas entrer dans les discussions, toutes fondamentales qu'elles soient, traitant de l'efficacité de ces dernières. La lourdeur qu'apporteraient ces débats serait fatale à l'objectif de clarté et d'accessibilité. Ceci justifie le choix d'extraire les débats contradictoires de cette partie du travail. Cependant, pour ne pas trahir notre devoir de rigueur intellectuelle, le lecteur trouvera dans les annexes deux traductions et résumés. La première est la traduction résumée de certains passages de l'excellent livre de Raphaël et Wilson (2000) qui propose une analyse critique fouillée et scientifique de l'intervention immédiate et post-immédiate, le second est la traduction d'un article plus récent encore se penchant sur le même sujet. Les lecteurs auront l'occasion d'y trouver les soucis et préoccupations du monde scientifique concernant l'intervention auprès de personnes victimes … et développer par eux-mêmes une réflexion sur le sujet (la notre ressortant assez clairement tout au long de ce document).

2. LE MODELE GENEVOIS D'INTERVENTION (C. D'Epagnier, M. Berclaz)

Ainsi, le canton de Genève a développé depuis 1996 un modèle de soutien psychologique en cas de catastrophes micro ou macro-sociales qualifié de psychosocial et spirituel (plutôt que médico-psychologique). Ce modèle, bien ancré dans le réseau professionnel cantonal revendique une intervention rapide, mais la plus discrète possible. Il vise la mobilisation des ressources résiduelles de l'individu, de la famille, du groupe ou de la communauté (en ce sens il touche au psychologique et au social). Il défend son caractère humain et spirituel, dans le sens où il s'agit avant tout d'accompagner et d'entourer des personnes dans la détresse pour les aider à garder le contact avec la « vie », une confiance dans l'humain et de l'espoir pour l'avenir. Ce modèle nécessite cependant des compétences certaines dans la gestion émotionnelle des intervenants, en particulier en ce qui concerne le sur-investissement. Cette approche consiste à " faire le moins possible, mais faire tout le nécessaire ".

La police genevoise et l'Association Genevoise des Psychologues (AGPsy)[1] ont uni leurs efforts afin de constituer une cellule d'intervention psychologique pour les situations de crises et de catastrophes. Cette cellule, créée en octobre 1996, intervient pour des événements tels que suicides, accidents graves, noyades, hold-up, prises d'otages, agressions, meurtres et autres situations potentiellement traumatisantes. Depuis 2001, cette même cellule se tient à la disposition du public et des entreprises ayant besoin de ses prestations sous le patronyme de « Cellule d'intervention psychologique de l'AGPsy ».

Lors de catastrophes macro-sociales, cette cellule est appelée à collaborer avec d'autres groupes d'intervention comme le Groupe d'Intervention Psychologique de la Sécurité Civile (GIPSY), la cellule inter-religieuse pour le soutien spirituel, le personnel soignant spécialisé des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), ou encore avec les "cellules débriefing" des corps constitués (police, sapeurs-pompiers et gardes-frontières). Lorsqu'il s'agit d'événements impliquant des enfants, tout particulièrement dans un cadre scolaire, l'intervenant fait appel à la cellule d'intervention du Service Médico-Pédagogique (SMP) spécifiquement formée pour travailler avec cette population. La cellule de l'AGPsy-Police cherche à collaborer également avec d'autres individus, groupes ou structures, tant au niveau cantonal qu'extra cantonal ou international.



L'ensemble de ces interventions a porté sur près de 3000 personnes.

En 2007, nous avions 92 interventions portant sur plus de 323 personnes.

L'année 2008 présente une diminution. Elle pourrait être associée à l'ouverture et le développement d'un Samu Social sur le canton. Samu qui se serait vu attribuer des demandes qui avant étaient faites à la cellule d'intervention.

[1] En 1996 elle portait le nom d'Association Genevoise des Psychologues et Psychologues-Psychothérapeutes (AGPP).

2.1. Modes d'intervention

Dans le dispositif actuellement en place au niveau du canton, les professionnels (psychologues, psychiatres, infirmiers, etc.) formés dans le cadre du GIPSY sont engagés pour des interventions en cas de catastrophes majeures, qui conduiraient au déclenchement du plan cantonal de catastrophe ISIS. La cellule AGPsy-Police est appelée à collaborer dans un tel contexte avec l'ensemble des intervenants sus-mentionnés, ainsi que d'éventuels volontaires ponctuels. Elle intervient toutefois principalement dans des situations impliquant un faible nombre de personnes, telles que prises d'otages, agressions, suicides ou accidents graves. Les interventions de la cellule se différencient des situations qui requièrent le recours à un psychiatre de garde, en ce sens qu'elles ne nécessitent pas de médication ou d'hospitalisation à priori. Dans le cas contraire, le psychologue intervenant pourra faire appel aux structures appropriées.

Les membres de cette cellule (une vingtaine de membres actifs et une dizaine de personnes ressources ou de réserve) sont tous psychologues affiliés à la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) et ont suivi une formation spécialisée en psychologie d'urgence et dans l'aide aux personnes victimes. La majorité d'entre eux sont psychothérapeutes, reconnus comme tels par cette instance professionnelle nationale. Ils sont appelables 24 heures sur 24 par la centrale d'alarme de la police genevoise, sur demande d'un officier de police. Les gardes sont assurées par deux psychologues simultanément qui sont de plus souvent possible accompagnés par un(e) stagiaire. Les interventions ne sont pas facturées aux personnes victimes, mais rétribuées par la police. Cette dernière peut facturer l'intervention à l'entreprise ou institution concernée le cas échéant.

La cellule d'intervention psychologique n'intervient pas directement auprès de membres de corps constitués (tels la police, les gardes-frontières ou les sapeurs-pompiers), mais participe à la formation de débriefeurs au sein même de ces structures, sachant que l'intervenant sera généralement mieux accepté s'il s'agit d'un pair. Dans la pratique, les membres de ces corps ont le choix de faire appel en cas de besoin à un pair formé ou à un membre de la cellule AGPsy-Police.

Les professionnels de la cellule suivent des formations permanentes et assurent des enseignements dans des structures spécialisées dans l'aide aux personnes victimes et auprès de personnes qui pourraient être appelées à assurer des interventions de premières lignes (à l'aéroport de Genève par exemple).

2.2. Modalités des interventions

Les interventions peuvent avoir lieu dans l'immédiat (dans les 20 minutes suivant l'appel) ou en différé les jours suivants. Les intervenants, après avoir évalué la pertinence de leur intervention avec l'officier de police, prennent contact avec les personnes impliquées. Dans le cadre de cet accueil, ils ont l'opportunité d'observer les types de réactions présentées et d'évaluer les ressources individuelles et collectives de ces personnes. Ils veillent à la mobilisation d'un réseau familial et social de soutien. Parfois les intervenants orientent les personnes impliquées dans l'événement, mais aussi à celles qui sont indirectement concernées, comme les proches ou les supérieurs hiérarchiques, sur les réactions potentielles. Ils peuvent également conseiller l'entreprise ou l'institution quant à la prise en charge de la situation et de ses suites. Un dépliant visant à donner des informations utiles pour mieux identifier et gérer ses propres réactions est distribué en certaines circonstances. Ce document contient aussi des adresses d'organisations qui peuvent apporter de l'aide aux niveaux juridique, psychologique, religieux, administratif ou financier. Ces informations sont souvent nécessaires sur le moyen et le long terme. Ce dépliant est pour le moment disponible en français, anglais, allemand, italien et espagnol. Le Réseau National de Psychologie d'Urgence (RNAPU, sous l'égide de l'Office Fédéral de Protection de la Population) met à disposition un document similaire, traduit en 14 langues.

Les intervenants peuvent organiser, dans les semaines qui suivent l'événement, une à deux rencontres individuelles ou en groupe, en fonction de la situation et des besoins. Il arrive également que les intervenants assurent un suivi ponctuel sous forme de téléphones et autres prises de contact sur une période pouvant aller d'une quinzaine de jours à quelques mois. Dans les cas qui le nécessitent, les personnes sont adressées aux structures et établissements adéquats, en particulier si un suivi thérapeutique ou psychiatrique est requis.

La cellule est déjà intervenue à de nombreuses reprises, pour des situations telles que des accidents, suicides et meurtres devant témoins, noyades, incendies et prises d'otages. Elle a également été sollicitée dans des interactions avec des forcenés ou encore des crash aériens.

De sa création en octobre 1996 à janvier 2009, près de 730 interventions ont été effectuées, portant sur plus de 3000 personnes. Pendant trois ans, la moyenne des interventions s'était stabilisée autour de 85 par année, 2008 a présenter une diminution (75 dans l'année). Plusieurs facteurs sont envisageables, le développement des appels au SAMU Social récemment créé dans le canton, la subjectivité de la demande de la part des officiers de police. L'hypothèse d'une diminution des situations est difficilement envisageable, seul la comparaison aux statistiques de la police pourrait répondre à cette question, or ces statistiques comparatives sont extrêmement difficiles à opérer.

Soulignons que le pourcentage le plus important d'interventions porte sur des situations de suicide. Elles sont justifiées lorsque des proches ou des témoins ont été choqués d'avoir assisté à la scène ou d'avoir découvert le corps, ou encore pour pallier momentanément à la pauvreté du tissu social (absence de famille, de proches ou d'amis).

Pour illustrer la portée de nos interventions mentionnons que les 58 interventions pratiquées en 2001 portaient sur 289 personnes. A ces 289 personnes s'ajoutent 545 passagers ainsi que des équipages et du personnel au sol de compagnies d'aviation. Ceci signifie que, pour la seule année 2001, nos interventions ont concerné plus de 900 personnes.

2.3. Le concept du soutien psychologique

La communauté scientifique reconnaît actuellement que toute personne exposée à un événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique peut présenter des réactions susceptibles de la marquer durablement. Ces réactions peuvent être somatiques (physiques), cognitives (intellectuelles), émotionnelles (affectives) et comportementales. Elles peuvent se manifester sur-le-champ ou plus tard.

Ces réactions sont reconnues comme naturelles, elles s'estompent le plus souvent avec le temps. Cependant il arrive qu'elles se chronicisent. Lorsque nous qualifions ces réactions de naturelles, nous entendons par là que les individus auprès desquels nous intervenons sont à priori sains et ne doivent donc pas être considérés comme des patients. Nous estimons que tout individu est capable, a priori, de faire face et d'intégrer leur expérience. Nous ne retenons pas l'hypothèse selon laquelle, seules les personnes présentant une prémorbidité (désordre mental ou trouble de la personnalité présents avant l'événement) sont susceptibles de développer une certaine forme de détresse.

Il est cependant important de souligner que la communauté scientifique estime que l'état actuel des recherches n'autorise aucune confirmation ou réfutation définitive de l'efficacité, voire même de la nécessité, des interventions psychologiques immédiates quelles qu'elles soient. Raphaël et Wilson (2000) avancent par exemple que si les techniques de débriefing bénéficient de la bonne foi, de la bonne volonté et du travail théorique de ceux qui les préconisent, elles sont loin de reposer sur des hypothèses systématiques fondées sur des données scientifiques avérées et vérifiées par des études empiriques conduites selon une méthodologie éprouvée. Mais, comme dans tout processus de développement scientifique, il faudra attendre le résultat d'une recherche systématique pour savoir quelles formules de débriefing sont recommandées selon telles circonstances.

De toute évidence, le soutien psychologique immédiat et post-immédiat est une approche aujourd'hui familière, mais nécessitant un ajustement progressif aux découvertes à venir.

Dans les conclusions de ces mêmes auteurs, il ressort clairement que le débat va se prolonger, mais il est à espérer qu'il permettra la reconnaissance des difficultés méthodologiques, des limitations aussi bien des résultats négatifs que positifs, ainsi que des précautions de base. Par exemple, il apparaît que l'on ne peut pas prétendre prévenir l'état de stress post-traumatique (ESPT). Si les interventions psychologiques d'urgence peuvent avoir un effet préventif de l'ESTP, des recherches systématiques restent nécessaires pour le démontrer. Finalement, le débat porte tant sur la science et ses interprétations que sur le point de vue des chercheurs. Ainsi, les théories sur lesquelles s'appuient le débriefing comme d'autres interventions nécessitent d'être bien plus clairement développées. Il s'agit de comprendre et de définir de façon beaucoup plus précise le contexte social, le concept de stress, ce que sont les agents stressants, les capacités d'adaptation psychologique, la phénoménologie des réactions au niveau neurophysiologique ainsi que les relations complexes entre ces divers éléments.

Raphaël et Wilson ajoutent encore que la bonne foi et la bonne volonté des intervenants n'étant pas à mettre en doute, nous pouvons nous questionner sur cette tendance altruiste bien légitime qui nous pousse à chercher à soutenir les personnes confrontées à des événements traumatiques. Il nous semble utile de bien séparer ce qui relève du soutien altruiste de ce qui a trait au débriefing, puisqu'il existe probablement toute une variété d'autres types d'intervention tels que le soutien psychologique d'urgence, l'éducation, l'information, les groupes de soutien, la consultation focalisée, ou l'assistance pratique entre autres.

Ce que nous retirons principalement de notre expérience dans ce domaine est que l'intervention auprès de personnes aux prises avec des événements dramatiques est avant tout un acte social et humain visant à accueillir l'individu, dans un simple sentiment de préoccupation. Parfois, il s'agit simplement de pallier momentanément à la pauvreté du tissu social, auprès de personnes ne pouvant faire appel à des proches. C'est lors de ce contact que l'intervenant est à même d'évaluer la forme que devrait prendre son soutien, la réponse ne pouvant en aucun cas être standardisée. Il s'agit d'accompagner la personne dans les premières phases de son processus de rétablissement.

Cet accueil consiste à recevoir la personne choquée dans sa détresse et avec l'ensemble de ses réactions, sans jugement ni crainte, sans obligation de parole non plus. Les victimes d'agressions, les proches de personnes décédées subitement, les rescapés d'accidents et autres personnes en état de détresse sont à risque de se replier sur eux-mêmes, de ne plus être capables de donner un sens à leur vie, de ne plus pouvoir investir le moment présent et finalement de rester paralysés mentalement et émotionnellement dans la reviviscence de l'événement traumatique. Le profond bouleversement psychique consécutif à une telle expérience peut être atténué si la personne est protégée de trop de stimulations supplémentaires, renseignée sur les circonstances du drame, entendue dans son désarroi, sa colère ou son impuissance, maintenue en activité tant que possible et rassurée quant à la variabilité et l'étrangeté de ses réactions à venir. Mais l'aspect humain et relationnel de l'intervention est central puisque l'intervenant sera souvent l'une des premières personne (sinon la première) à laquelle la personne victime sera confrontée. La responsabilité est grande puisqu'il s'agit de maintenir le lien avec les autres êtres humains, d'ouvrir une fenêtre sur l'avenir et d'aider la personne à investir du côté de la vie malgré la souffrance. C'est là toute la difficulté de l'aspect spirituel de ces interventions. Le risque est grand de créer un nouveau traumatisme par une approche trop directive et peu respectueuse.

Souvent, le travail avec les familles de victimes, consiste à accompagner les personnes à s'engager dans un processus de deuil : commencer à réaliser, accepter et intégrer la souffrance morale provoquée par la perte inattendue d'un être cher, ainsi qu'à essayer de s'adapter aux modifications familiales, existentielles, spirituelles ou encore socio-économiques qui en découleront.

Le travail d'accompagnement, bien que relativement simple au niveau technique, est particulièrement complexe au niveau relationnel. Il s'agit d'offrir une présence calme et chaleureuse, de recueillir et distribuer des informations claires et exactes concernant l'événement, d'orienter les personnes vers les services d'aide, de les rassurer quant aux diverses réactions découlant de leur adaptation à la situation bouleversante et de les guider dans les procédures policières, judiciaires et administratives. L'objectif principal est de stimuler leurs propres capacités à faire face et de les amener à utiliser leurs propres ressources individuelles, familiales, sociales ou religieuses. Un obstacle majeur au rétablissement suite à un traumatisme réside dans la tentation d'entrer soit en dépendance, soit en isolement. Afin d'éviter, dans la mesure du possible, cette situation, nous préconisons une approche où le soutien consiste en une présence discrète, maintenant une certaine distance, mais gardant active. la personne accompagnées.

Il s'agit ici d'être à disposition, tout en favorisant le plus possible les démarches autonomes, les prises de décisions individuelles, les relations entre pairs (au sein de la famille ou entre les personnes vivant le même drame). Or, du point de vue de l'accompagnant, cette distance est particulièrement difficile à observer. En effet, la détresse évidente des familles, leur sentiment de totale impuissance, mais particulièrement notre propre sentiment d'impuissance, nous conduit le plus souvent à présenter un comportement soit hyperactif soit d'évitement. Faute de savoir que dire (en effet, que pouvons-nous bien dire dans de telles circonstances ?), nous avons grand peine à nous empêcher de "faire". Le risque est alors d'en faire trop, de faire à la place des personnes victimes et de leur famille et donc d'installer progressivement tous ces gens dans une relation de dépendance, retardant ainsi la mobilisation de leurs capacités d'adaptation. S'il est clair que, bien souvent, les personnes victimes et leur famille apprécient grandement cette aide inespérée et ces marques d'affection, nous pensons qu'à moyen terme elles vont les desservir. Dans cette optique, l'intervenant se trouve devant un choix parfois difficile, être apprécié des personnes victimes et recevoir leurs signes de gratitude ou être efficace pour leur rétablissement.

Une autre difficulté majeure du travail de l'accompagnant est le processus de l'identification. Il est en effet fréquemment observé que l'intervenant peut ressentir les mêmes émotions que les victimes et les membres des familles touchées. La tristesse, la détresse, la colère, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou la confusion sont souvent vécu également par les intervenants. Une solide formation semble nécessaire pour pouvoir repérer et limiter chez nous les effets de ce processus. Ces réactions en miroir, ce partage d'émotions communes, cette identification en quelque sorte, sont susceptibles d'amener les intervenants à "réagir" de façon plus ou moins inadéquates, comme par exemple en entrant en conflit avec d'autres corps de métier impliqués dans l'intervention, en prenant parti pour les uns ou pour les autres, en se positionnant "avec" ou "du côté" des familles, en exigeant des marques de reconnaissance de leur travail ou de leur propre souffrance. Il s'agit là de leur propres réactions face à la souffrance, et dans ce sens, elles sont parfaitement naturelles. Cependant, il est nécessaire de les canaliser et de se situer de façon plus adéquate face aux personnes victimes, assurant ainsi une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité et des relations plus harmonieuses et plus propices au processus de récupération de chacun.

2.4. Principes de base

En fonction de ces considération, la Fédération Suisse des Psychologues, en collaboration avec le Réseau National de Soutien en cas de Catastrophe, reconnaît le principe que toute personne exposée à un événement potentiellement traumatisant peut présenter des réactions psychiques susceptibles de la marquer durablement. Par traumatisant, nous entendons un événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique, voire susceptible de causer un changement particulièrement marquant dans la vie de la personne, comportant des conséquences désagréables et durables, conduisant à un trouble de l'adaptation. Il peut s'agir du résultat d'un comportement humain ou de causes naturelles, dont l'étendue peut être micro- (impliquant un petit nombre de personnes) ou macro-sociale (où un grand nombre de personnes sont impliquées).

Les réactions des personnes victimes sont considérées ici comme conséquences directes d'un facteur de stress important ou d'un traumatisme persistant. Ces derniers constituent le facteur causal primaire et essentiel, sans lequel le trouble ne serait pas survenu. Dans ce sens, bien que des facteurs de stress psychosociaux ou de vulnérabilité puissent précipiter l'apparition des troubles ou influencer le tableau clinique, la notion de prémorbidité n'est pas un élément essentiel.

A partir du constat de l'existence de cette souffrance, et dans le but d'offrir aux membres de la société soutien et encadrement lors de ces situations dramatiques, la FSP s'attache à mettre à disposition des organismes le nécessitant, des intervenants formés à la psychologie d'urgence. La FSP propose la définition suivante de la psychologie d'urgence :

La psychologie d'urgence consiste à accompagner et soutenir les personnes concernées ainsi que leur entourage immédiatement après un événement extraordinaire potentiellement traumatisant.

Elle entend activer les ressources afin de rétablir le bien-être psychique et social et contribuer ainsi à éviter, dans la mesure du possible, les dommages subséquents.

PHILOSOHIE

- ► les interventions en psychologie d'urgence visent une approche psychosociale et ne sont pas des actions psychothérapeutiques ;
- ► les professionnels la pratiquant connaissent les principes de base des interventions dans le domaine ;
- ► ils sont capables d'utiliser les connaissances assimilées d'une manière critique et souple ;
- ► ils connaissent leurs propres limites et sont en mesure de se rendre compte des conséquences d'un traumatisme pour eux-mêmes ;
- ► la psychologie d'urgence est exercée uniquement par des professionnels qui n'en dépendent pas financièrement ;
- ► il s'agit d'une approche visant l'acceptation des réactions ;
- ► le professionnel n'est là que pour un temps, plutôt que se proposer comme ressource, il cherche à mobiliser en premier lieu celles de la personne, puis celles de sa famille et sa collectivité ;
- ► le professionnel est tenu de développer une réflexion éthique sur son intervention. Il doit être en mesure, par exemple, de refuser un mandat associé à l'intention d'un organisme de se défaire de sa responsabilité face à certaines décisions et/ou dans certaines situations socialement peu correctes ;
- ► l'approche est minimaliste : faire le moins possible, mais tout ce qui est indispensable. Offrir une présence et accorder un maximum de contrôle et de maîtrise à la personne et son entourage.

3. LE STRESS

3.1. Généralité :

Depuis le début des années 80, nous explique P. Davezies (in Thurin & Baumann, 2003), le monde du travail présente une transformation notoire, passant d'une logique sociale à une logique financière fondée sur la maximisation de la rentabilité à court terme et une recherche constante de diminution des coûts.

Cette recherche de diminution des coûts implique la diminution des stocks, l'ajustement maximal à la demande (impliquant une flexibilité extrême, travail à la demande et heures supplémentaires nécessitant un effort d'adaptation intense de la part des employés) et la réduction du personnel comme de la masse salariale.

Les recherches montrent que non seulement le travail à la chaîne ne diminue pas, mais il se complexifie. Le développement technologique impose au salarié l'apprentissage quasi constant de nouvelles pratiques, le développement de nouvelles compétences.

L'évolution de la technologique produit également une augmentation des risques à laquelle s'ajoute une responsabilisation toujours plus grande alors que la participation aux décisions, la liberté d'action et la prise en compte des besoins individuels diminuent de façon significative.

Ces nouvelles formes d'organisation du travail en provenance des Etats-Unis ont déjà produit là-bas une augmentation de 30% des atteintes à la santé de leur personnel. L'augmentation des contraintes, des pressions, la dégradation des conditions de travail, l'épuisement des capacités d'adaptation et la généralisation de la précarité ont un effet dramatique sur la santé des salariés souvent synthétisé par le terme de stress. Or, derrière ce terme de stress, il faut entendre entre autre :

- surcharge,
- surmenage,
- usure,
- intensification,
- harcèlement,
- souffrance,
- pathologies somatiques comme psychologiques.

Le risque, dans l'utilisation de façon générique du terme de stress, est de déposséder les divers acteurs de leur champ d'action sur le problème… ou pire encore, comme nous le verrons plus loin, de déplacer le champ de responsabilité en direction exclusivement des salariés pris individuellement. Avec le concept de stress nous avons, au niveau social, à la fois la reconnaissance d'un problème, d'une demande et un constat d'impuissance.

Nous aborderons ici le concept de stress à partir de trois domaines, pour qui il recouvre une signification et une représentation différente :

- la biologie,
- la psychologie et
- l'épidémiologie.

3.2. Le stress du point de vue de la biologie :

Le terme de « stress » depuis les année 50 à aujourd'hui a quitté les recherches laboratoires dont il était issu pour venir dans le langage commun. Dans son parcours il a vu son sens s'élargir progressivement.

Au début de sa pensée, en 1936, le psychologue canadien Hans Seyle définissait le stress comme une série de réactions physiologiques d'un individu (il s'agissait alors de recherche avec des rats) à un facteur externe. Ces réactions se déroulaient en trois étapes :

- la réaction d'alarme (choc, fuite et attaque),
- le syndrome général d'adaptation (syndrome de survie),
- la période d'épuisement.

La réaction d'alarme, associée à une décharge d'adrénaline (mais en particulier une montée de noradrénaline), implique le choc, l'attaque ou la fuite pour lesquels une série de réactions neuro-végétatives est produite, dont :

- augmentation de la tension artérielle,
- augmentation du rythme cardiaque,
- transpiration,
- réactions musculaires diverses,
- épuisement des réserves d'énergies (glucose et lipides)

Le syndrome général d'adaptation, la deuxième étape, consiste en une organisation des défenses permettant la gestion des excès de la réaction d'alarme. Associé au cortisol, situé à la charnière entre le psychique et le physique, il implique la mémoire et la capacité d'anticipation. Il permet notamment de :

- diminuer la tension artérielle,
- ralentir le rythme cardiaque,
- diminuer l'utilisation des ressources énergétiques,
- diminuer les réactions inflammatoires,
- rétablir l'organisme.

La phase d'épuisement : les mécanismes de l'étape d'adaptation peuvent être insuffisants, débordés ou épuisés. On connaît alors l'étape terminale, celle de l'épuisement.

Chez le rat, l'échec de l'adaptation se marque par la mort par ulcération digestive hémorragique. Elle peut survenir en quelques heures.

Chez l'être humain il peut prendre la forme de diverses pathologies physiques comme psychologiques.

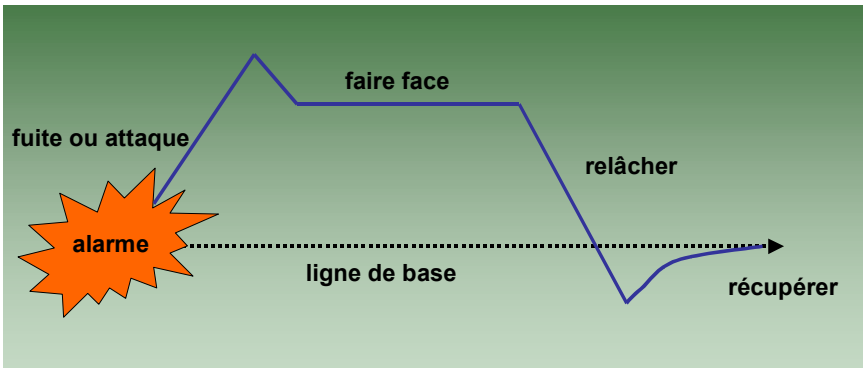
Ainsi, dans le cadre d'un fonctionnement adapté, les phases du stress seraient alors :

alarme : perception d'un danger, prise de conscience de l'imminence d'un événement difficile. Montée d'adrénaline/noradrénaline et choix d'une réaction à adopter.

action – résistance : l'individu doit mener une action, son organisme doit faire face à la situation, gérer le niveau d'alarme, l'effort, la dépense d'énergie, les inflammations, etc.

relâchement : correspond au contrecoup dès la fin de la phase d'action. Il est marqué par des réactions plus ou moins visibles (jambes coupées, tremblements, nausées, fatigue, etc.).

récupération : retour progressif à la normale.



Ce phénomène, nous le verrons un peu plus loin, rempli une fonction indispensable à l'adaptabilité et à la survie. Il a une raison d'être clairement positive. Toutefois il va toujours présenter un coût énergétique. Par ailleurs, en fonction du niveau d'intensité, de la répétition, de la durée, des ressources et de la possibilité de récupération, le stress est une source de pathologie. Parmi les risques ou symptômes associés au stress, nous pouvons trouver :

- maladies cardio-vasculaires,
- obésité,
- diabète,
- trouble de la peau,
- ulcère,
- inhibition du système immunitaire,
- abus d'alcool, de tabac, de café, de médicaments ou de drogues,
- troubles mentaux,
- insomnie, cauchemars,
- fatigue, apathie,
- maux de dos ou de tête,
- problèmes sexuels,
- tensions musculaires,
- replis sur soi, peur, anxiété,
- irritabilité, agressivité et hostilité,
- incapacité à se concentrer, troubles de la mémoire,
- image de soi négative,
- hyperactivité, comportements rigides, stéréotypés,
- …

Si au début de la pensée de Seyle le stress correspondait strictement à une réaction physiologique due à un facteur externe, le concept s'est progressivement élargi pour recouvrir l'ensemble des réactions d'un individu cherchant à s'adapter ou se réajuster à des pressions tant externes qu'internes. Ces réactions deviennent alors d'ordre : **physiologique, psychologique et comportemental**.

Dans ce cadre, on comprend que face à une agression, l'organisme tend à présenter un même réaction générale d'adaptation, mettant en œuvre une réponse biologique complex qualifiée de « stress ». Les réactions émotionnelles de stress, composées d'élément physiologiques et psychologiques ont une fonction clairement adaptative, qui permet de :

- **focaliser l'attention sur la situation de danger,**
- **mobiliser l'énergie nécessaire à l'évaluation et à la prise de décision,**
- **préparer à l'action (sidération, fuite ou attaque).**

Les émotions s'y rattachant sont inévitables et le coût en énergie important. L'épuisement de réserves en énergie peut conduire au stress dépassé.

Nous l'avons vu, les travaux des biologistes portent sur les réactions adaptatives mobilisées par l'organisme face à toute agression. A partir de l'étude sur des animaux, ils décrivent précisément les processus physiologiques impliqués dans la défense et l'adaptation lors d'une agression.

Bien que s'intéressant peu aux agents stressant, les biologistes ont toutefois établi que l'animal ne répond pas uniquement par des réactions physiologiques mais également avec des réactions comportementales.

Notamment, Henri Laborit avait montré, dans ses expériences soumettant des rats à des chocs électriques à partir du sol de la cage :

1) qu'un rat pouvant fuir l'agent stressant ne développait pas de souffrance délétère,
2) que deux rats dans la même cage semblaient pouvoir éviter le développement de pathologies somatiques en utilisant l'énergie de l'activation par des conduites de combat apparemment non dommageables tant du point de vue de la santé que de celui de la relation.

Suite à ces expériences, mais bien plus tard, Jay Weiss (dans les années 70), montrera que deux rats dans des cages différentes, mais soumis à la même source d'électricité, présentaient un destin foncièrement différent selon le fait qu'ils aient ou non une certaine action sur leur environnement. A savoir, le rat qui aurait dans sa cage un bouton ou une roue à tourner, susceptibles d'interrompre la décharge électrique, ne présentera aucun trouble alors que l'autre développera une pathologie mortelle. Pourtant tous les deux auront reçu la même quantité de chocs électriques.

Naturellement, il n'est pas adéquat de transférer à l'identique ces résultats à l'humain. En particulier, si l'utilisation du conflit est probablement utilisée de même façon chez nous pour faire face à une situation contextuelle pénible que l'on ne peut pas fuir, ce mécanisme de défense altère la relation et devient, en soi, une nouvelle source de stress. Toutefois, la fuite (lorsqu'elle est possible) et le contrôle ou la maîtrise de certains éléments de l'environnement sont clairement efficaces dans la lutte contre le stress. Dans ce sens, les travaux des biologistes rejoignent ceux des psychologues.

3.3. Le stress du point de vue de la psychologie :

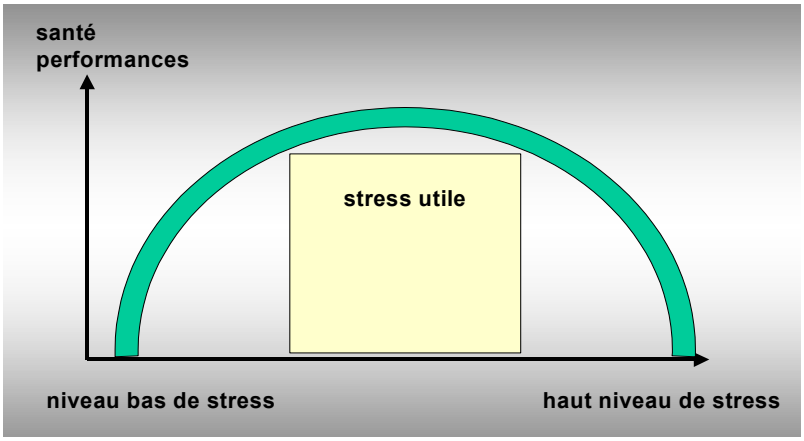
Les psychologues ont démontré que la réponse émotionnelle était intimement associée à l'évaluation que fait l'individu de la situation. Nous parlons ici d'évaluation cognitive (appraisal chez les anglophones) s'appuyant sur une mesure – parfaitement subjective – du rapport entre :

- le danger,
- les besoins,
- l'énergie nécessaire,
- les ressources disponibles,
- les capacités à faire face et
- le bénéfice direct comme co-latéral (succès, reconnaissance sociale, etc.).

Dans la situation, il est la résultante de processus émotionnels, cognitifs, sociaux et comportementaux. cette conception, le stress dépend bien plus de la perception subjective de l'individu que des conditions objectives de

Dès lors, nous comprenons que le stress, contrairement à l'idée générale que l'on peut s'en faire, est une réaction produite par la nature, pour permettre à l'individu de faire face aux dangers et aux difficultés. A priori, plutôt qu'un problème, il s'agit d'un processus de survie indispensable. Au dessous d'un certain seuil de stress, le sujet manque de motivation, peine à mobiliser ses ressources, manque d'attention et s'ennuie. Malheureusement, lorsque la situation perdure trop, que l'alarme est trop forte ou que le système d'adaptation est débordé, ce qui était une solution devient un problème et le sujet en souffre. Pour cette raison, il arrive que l'on parle de :

bon stress	**mauvais stress**
eustress ou	**distress ou**
stress protecteur	**stress dépassé**



Remarquons que, quelque fonctionnel puisse être le stress, il est presque toujours une usure du point de vue physique. Il fatigue et irrite le corps, à moyen ou long terme, il l'abîme. Peut-être faudrait-il distinguer des termes entre la motivation de base, l'éveil attentif et les niveaux plus « usant » du stress ? Par ailleurs ce schéma place l'ennui à l'opposé du stress, alors que pour certains il pourrait représenter un niveau important de stress (on s'agite, on s'énerve).

Stress ou anxiété : ses niveaux et ses effets :

niveaux	effet sur le champ des perceptions	effet sur la capacité d' attention à la réalité	effet sur la capacité d' apprendre et s'adapter
peu	La personne est alerte, voit, entend, comprend plus que d'habitude.	Affrontement de la situation, capacité de synthèse. Liens entre son comportement et les facteurs environnementaux.	Le sujet apprend quelque chose à son propos. Motivations stimulées. Observation, description, analyse formation des significations et des relations, validation de ces relations avec une autre personne, intégration et emploi du produit de l'apprentissage.
modéré	Le champ perceptif est rétréci : elle voit, entend, comprend moins bien, mais peut être dirigée. L'individu peut rester plus alerte, plus apte à se concentrer sur un élément spécifique.	L'attention diminue, l'individu ne voit plus ce qui se passe à la périphérie de son objectif immédiat.	Motivation stimulée. Filtrage des stimuli **+**
haut	Le champ perceptif est encore plus réduit, la personne se centre sur un ou des détails.	L'individu, pris dans son malaise, ne peut plus tenir compte de son environnement. Des tendances à la dissociation apparaissent en vue de prévenir la panique. Impossibilité de voir ce qui se passe. Incapacité d'évaluer les événements de façon réaliste.	Filtrage des stimuli **++** Le processus de raisonnement est entravé.
panique	Une terreur s'installe, le détail est agrandi à tel point qu'il devient exclusif. Les détails de la situation sont faussés, la capacité de concentration est perturbée. L'individu peut avoir l'impression que sa personnalité se désintègre.		Avec ou sans capacités bien développées, la personne s'orientera vers une réduction immédiate de l'anxiété par des comportements automatiques, qui ne nécessitent pas la pensée.

Sous stress, les facultés d'écouter et d'entendre sont altérées ! Quand un groupe réalise que les problèmes de communication sont liés au stress, il est essentiel qu'il prenne des mesures urgentes, dans le but de diminuer au plus vite les tensions internes. En effet, uni, un groupe fera toujours mieux face à l'adversité.

Les effets du stress sur la communication :

C'est un des domaines les plus touchés par le stress, car chacun(e) réagira de manière particulière, changeant ses comportements habituels.

Grandes catégories de réactions :

- repli sur soi,
- extériorisation maximum,
- « oscillations » entre repli sur soi et extériorisation maximum : cela comporte des sautes d'humeur parfois même incompréhensibles pour l'intéressé(e) !

Si le groupe est multiculturel, il est essentiel de garder à l'esprit que la capacité à s'« adapter » à l'autre sera diminuée. En effet, sous stress, chacun(e) aura tendance à communiquer plus volontiers à partir de son système d'encodage le mieux intégré, par exemple dans sa langue maternelle. La transmission d'informations importantes risque d'en être affectée et donc d'intensifier encore le sentiment de vulnérabilité de certaines personnes.

Exemples d'effets du stress sur la communication :

- messages mélangés, au contenu peu clair ;
- messages inexacts ;
- pas de messages ;
- messages inappropriés (contenu personnel dans des documents professionnels) ;
- rumeurs et « commérages » ;
- tendance à la critique et à la plainte.

Comme nous l'avons vu, le concept de stress est passé de la réaction physiologique causée par un agent externe, à l'ensemble des réactions physiques, psychologiques et comportementales visant à l'adaptation à des pressions internes et/ou externes. Aujourd'hui le concept qui a passé dans le vocabulaire commun, en dehors du phénomène adaptatif, désigne souvent la « cause » du phénomène, soit **l'agent stressant (ou stresseur).** C'est un événement, une situation, une personne, un objet perçu comme élément stressant, déclenchant une réaction de stress. Parfois cet élément est interne, comme une pensée par exemple. Il devient alors difficile, chez l'être humain, de distinguer le concept de stress de celui d'anxiété.

Stress et anxiété :

Le dictionnaire Larousse définit l'anxiété comme : une grande inquiétude. Etat psychique s'accompagnant d'excitation ou au contraire d'inhibition, et comportant une sensation de constriction à la gorge.

Pour le Petit Robert, l'anxiété est un état d'angoisse considéré surtout dans son aspect psychique.

En terme de médecine, il s'agit d'un malaise général accompagné d'un resserrement de l'épigastre et d'un besoin continuel de changer de position ; au moral, une inquiétude pénible et durable surtout due à l'incertitude.

ANXIETE

Niveau d'urgence, d'importance de gravité ou de danger de la situation (perception – compréhension)	Evaluation subjective de ses propres compétences : état actuel de santé, estime de soi, ressources. Poids des attentes, besoin de réussir.
Disponibilité de comportement adaptatifs opérants donnant l'impression de contrôle ou de maîtrise.	Capacité apparente de maîtrise par d'autres personnes impliquées dans la situation, en fonction de la relation à ces dernières.

Permet de mettre l'individu en alerte et le prépare à une action de défense (fuite ou attaque). Elle permet de réduire le champ perceptif , ce qui rend possible la focalisation sur les détails importants de la situation.

CONCENTRATION ET PREPARATION A L'ACTION
ADAPTATION
Si la personne n'a plus le sentiment de maîtriser la situation, et qu'elle n'est plus maîtrisable par une personne de confiance, l'anxiété peut :

Produit un comportement de fuite ou d'évitement

Diminution des compétences perceptives et cognitives, gène le sujet

DESADAPTATIF

Amène la personne à se montrer agressive voire violente

ADAPTATIF… mais probablement anti-social.

Les recherches les plus récentes et développées semblent démontrer aujourd'hui que l'étude du stress implique la considération globale de ce phénomène dans les interactions complexes qu'il peut entretenir avec les émotions, notre évaluation de la situation (appraisal) et la disponibilité de nos méthodes de gestion. En tous les cas il ressort comme évident que la façon avec laquelle nous évaluons et envisageons le problème est plus importante que le problème lui-même.

Angoisse

Le Larousse définit l'angoisse comme une anxiété physique accompagnée d'une oppression douloureuse, une inquiétude profonde qui serre le cœur.

Le Petit Robert décrit un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée.

En termes de médecine, l'angoisse est définie comme une grande anxiété accompagnée d'oppression et de palpitations, suppose, au moral, un état assez bref mais très douloureux, dans lequel une grande crainte d'un mal ou d'une aggravation de son mal s'accompagne d'un poids sur le cœurs.

Ces définitions comme le tableau ci-dessus montrent bien à quel point il est difficile de distinguer l'anxiété ou l'angoisse du concept de stress pris dans son sens le plus général. Du point de vue psychanalytique, l'anxiété et l'angoisse sont définies comme :

Dictionnaire de psychanalyse. Angoisse automatique : réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser. L'angoisse devant un danger réel : terme utilisé par Freud dans le cadre de sa seconde théorie de l'angoisse : angoisse devant un danger extérieur qui constitue pour le sujet une menace réelle.

Inquiétude

Le Larousse parle d'un trouble ou agitation de l'esprit alors que le Petit-Robert définit l'inquiétude comme l'état de celui qui est inquiet (inquietus : agité qui ne peut trouver le repos, la tranquillité, agité, remuant, troublé, impatient, insatisfait). Absence de quiétude ou de repos, de tranquillité, agitation, d'instabilité d'un esprit insatisfait, tourmenté.

Elle est comprise comme un état pénible, trouble déterminé par l'attente d'un événement, d'une souffrance que l'on appréhende, par l'incertitude, l'irrésolution où l'on est.

Crainte

Le Larousse en parle comme d'un sentiment d'appréhension devant ce que l'on juge dangereux alors que le Petit Rober parle de sentiment par lequel on craint (quelque chose ou quelqu'un), appréhension, inquiétude.

Peur

Du latin « pavor », le Larousse décrit un sentiment d'inquiétude, éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger.

Le Petit Robert décrit un phénomène psychologique à caractère affectif marqué qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace.

3.4. Le stress du point de vue de l'épidémiologie :

P. Davezies (2003) nous explique que les recherches épidémiologiques, jusque dans les années 1980 ont relevé toute une série de facteurs associés au stress professionnel, par exemple :

- surcharge,
- pression temporelle,
- mauvaises conditions de travail,
- excès / insuffisance de responsabilités,
- ambiguïté et conflits des rôles,
- incertitude sur l'avenir,
- promotions excessives ou insuffisantes,
- non participation aux décisions…

Au fil des publications la liste des agents stressants s'est allongée, sans toutefois permettre l'élaboration d'un modèle de compréhension satisfaisant. Il faudra attendre R. Karasek pour que le développement des recherches puisse s'établir sur un modèle conceptuel généralement accepté et aujourd'hui construit sur quatre composantes en interaction :

COMPOSANTES	DETERMINANTS
1) les exigences du travail Cependant, le niveau d'exigence ne suffit pas expliquer les effets du travail sur le comportement sur la santé. En effet, pour comprendre ces effets, faut ajouter :	R. Karasek explique qu'elles sont évaluables en terme de : - quantité, - complexité, - contrainte de temps
2) le degré d'autonomie du travailleur La contrainte produit une excitation, un déséquilibre. S le sujet dispose d'une autonomie suffisante, l'énergi mobilisée peut trouver une issue dans la recherche d solutions opérationnelles. Il contribue à la constructio de compétences, au développement du sujet et à l préservation de sa santé.	Dans ce modèle, l'autonomie s'applique sur deux dimensions : - la participation aux décisions, - le choix des modes opératoires et l'expérimentation de nouveaux modes. Il va démontrer que l'association de fortes exigences et d'une faible autonomie est corrélée à une souffrance psychique et des pathologies somatiques.
3) le soutien social Indépendamment des deux premières composantes l'absence de soutien social accroît les manifestation de souffrance psychique et certaines pathologie somatiques. L'isolement est un facteur de morbidité e de mortalité reconnu.	En 1990 R. Karasek et T. Thoerell vont ajouter cette composante s'appliquant sur deux dimensions : - la solidarité et le soutien entre pairs, - le soutien technique et la compréhension des cadres.
4) équilibre efforts – récompenses Les recherches semblent démontrer que le sentimer d'absence de réciprocité lié au déséquilibre entre ce deux éléments, le manque de reconnaissance, accro de façon importante la probabilité de survenue d pathologies cardiovasculaires ainsi que d manifestations dépressives.	J. Siegrist complètera finalement le modèle avec l'évaluation du rapport entre les efforts fournis et les récompenses perçues ou reçues. La contribution correspond aux : - attentes de la hiérarchie, - la prestation souhaitée par le salarié. Alors que la rétribution s'évalue par : - l'estime, - le statut et - les gratifications monétaires.

Nous pouvons ainsi distinguer deux types de stress s'enchaînant imperceptiblement, mais on peut également définir plusieurs catégories de phénomènes ou concepts associés au stress :

le stress protecteur	le stress dépassé
stress de base	
stress cumulatif	
épuisement professionnel	
stress traumatique immédiat	
stress post-traumatique	

Le stress de base : il correspond au niveau de la « ligne de base ». L'adaptation à la vie en groupe, en famille, en équipe ainsi qu'aux situations de travail implique un certain nombre de difficultés, parmi lesquelles : l'intégration au groupe, l'accommodation au style de leadership, l'adaptation professionnelle, les aléas familiaux, le manque de confort pour ne citer qu'eux. Ces efforts d'adaptation constituent le stress de base. Quoique variable d'une personne à l'autre, ce dernier est partagé par tous.

3.5. Stress dépassé :

Le stress cumulatif : contrairement au stress traumatique causé par une seule situation violente et soudaine, il est le résultat de l'exposition prolongée à des agressions diverses et répétées quotidiennement. Nous y trouvons par exemple :

- les aléas familiaux,
- les difficultés socio-économiques,
- le climat d'insécurité,
- les événements de vie et changements en cours,
- les frustrations ressenties…

Parmi les événements de vie, nous avons par exemple la répétition d'expérience de confrontation avec des situations critiques. Il semblerait notamment que les professionnels impliqués quotidiennement dans des situations dramatiques (urgentistes, ambulanciers, sapeurs-pompiers, gardes frontières, policiers, sauveteurs, équipes de soutien psychologique d'urgence…) soient mieux protégés contre les réactions traumatiques que le citoyen lambda. Ces professionnels apprennent à supporter ces événements, ils ont les moyens d'anticiper, les drames et le chaos sont leur quotidien, ils ont appris des procédures leur permettant d'être fonctionnel même lors des bouleversements émotionnels, ils savent « débrancher » leur contact conscient avec les émotions et évitent le sentiment d'impuissance dans le fait de remplir leur mission lors de l'intervention. Toutefois, la répétition de confrontations aux drames et à la détresse, le création de nombreux « fichiers » d'événements possiblement traumatiques produisent régulièrement une fatigue ou une usure susceptible des les amener à réagir de façon plus forte qu'à leur habitude à des situations pouvant leur paraître banales. On pourrait même voire se développer un état de stress post-traumatique, dont le processus est associé à la cumulation de vécus difficiles quoique bien gérés jusque là.

Concernant le tableau d'échelle d'ajustement social, le lecteur avisé relèvera facilement à quel point les unités de valeur, comme le rang paraît subjectif et finalement peu relevant. Les auteurs, Holmes et Rahe, en 1967 (c'est dire si les choses ont certainement bien changé depuis) ont tenté d'évaluer de façon quantitative l'intensité d'un stress sur une personne, représentant la moyenne des individus sans tenir compte de la signification personnelle de l'événement en soi.

Cette échelle d'ajustement social s'appuie sur l'a priori selon lequel les événements de vie, qu'ils soient bons ou mauvais, demandent une certaine énergie d'adaptation. L'étude avait porté sur des membres d'équipage de bateau, placés dans les mêmes conditions expérimentales (voyage de deux mois en mer). Les résultats avaient montrés que les personnes ayant un score égal ou supérieur à 300, dans les six mois précédant l'évaluation, présentaient un taux plus élevé de maladies que les autres, et ce de façon significative.

Naturellement, cette étude a provoqué bien des controverses en particulier concernant la haute subjectivité causée par les variations individuelles. Par la suite, d'autres recherches montreront que ce ne sont pas tant les changements de vie qui produisent des troubles, mais bien la composante émotionnelle bouleversante qu'ils sont susceptibles d'induire.

Le propos de la liste ici ne visent qu'à montrer comment l'addition (cumulation) d'événements auxquels il s'agit de s'adapter, peut élever la ligne de base de stress.

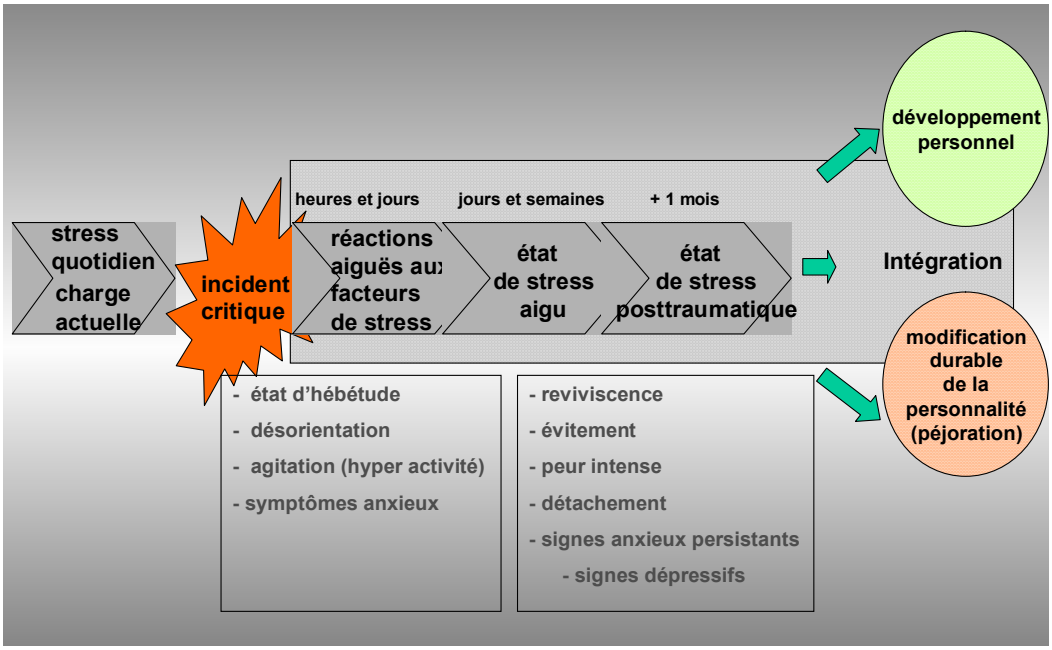
L'épuisement professionnel : les réactions propres à l'épuisement professionnel (burnout ou burning out) sont difficiles à distinguer des troubles anxieux, dépressifs ou traumatiques. Cependant, l'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres, de même que le soutien institutionnel, hiérarchique ou plus généralement social.

Dit autrement, il semblerait que l'épuisement professionnel soit produit par le rapport existant entre la quantité d'efforts investis et une série de déceptions et de frustrations. Ces déceptions seraient reliées à la différence entre la représentation que la personne se faisait de son travail et la réalité concrète. Déception de ne pas pourvoir faire autant et aussi bien qu'elle l'aurait souhaité. Frustration de ne pas pouvoir faire plus, de ne pas avoir ou ne pas recevoir les moyens nécessaires pour mener à bien de façon idéale ou acceptable les tâches demandées. Frustration de recevoir critiques et réprimandes de la part des collègues et surtout des supérieurs, manque de reconnaissance de l'institution et parfois de la société en général. Les signes de l'épuisement professionnel sont :

- baisse d'énergie, épuisement physique et psychique,
- manifestations anxieuses et dépressives,
- difficultés à se concentrer,
- difficultés à prendre des décisions,
- baisse de confiance en soi, en les autres, suspicion,
- difficultés relationnelles avec les collègues,
- baisse d'intérêt dans les domaines sociaux-professionnels,
- forte baisse de motivation au travail,
- absentéisme.

Le stress traumatique immédiat : (réactions aiguës aux facteurs de stress, état de stress aigu) correspond aux réactions immédiates ou post-immédiates susceptibles de se manifester lors de la confrontation à une situation critique, violente et soudaine.

Le stress post-traumatique : il s'agit en quelque sorte des complications du stress traumatique immédiat.



Nous n'entrerons pas ici dans les détails de ce concept. Il ne me parait cependant pas possible de traiter du stress sans l'évoquer le traumatisme. Or, la liaison de ces deux concepts de stress et de trauma dans le même diagnostic d'Etat de Stress Post-Traumatique semble produire un trouble sérieux chez les psychiatres français (plutôt que francophones).

3.6. Stress et traumatisme :

En effet, l'association de deux termes qualifiant des notions distinctes, mais surtout ce qu'ils considèrent comme une explication privilégiant le modèle de réaction au stress, leur causent problème. Il est probable qu'une prédominance du modèle intrapsychique leur conviendrait mieux. De Clecq et Dubois (*Les traumatismes psychiques*, 2001) semblent résumer ce point de vue dans le début du premier chapitre de leur passionnant ouvrage :

- " …"le PTSD" ne peut prétendre regrouper toutes les réactions psychiatriques et psychologiques qui suivent un traumatisme psychique. Qui plus est, ces conceptions anglo-saxonnes présentent un certain nombre de biais :
- la prédominance du modèle de réaction au stress pour expliquer la réaction du sujet face à l'événement catastrophique;
- l'accent mis sur la gravité ou les circonstances de l'événement traumatique plutôt que sur le vécu personnel du sujet qui le vit;
- l'évaluation du devenir du traumatisé psychique en fonction d'outils psychométriques privilégiant la symptomatologie du "PTSD" et non l'adaptation sociale et familiale du sujet. "

Pour définir le stress, ces auteurs citent Crocq (1999) : " *C'est une réaction éphémère. Elle est a priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Elle n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants. Cependant, trop intense, répétée à courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se transforme en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé*." Pourtant, ils se représentent la conception américaine (existe-t-elle de façon si univoque ?) de réactions de stress comme susceptibles de s'estomper aussitôt que disparaît l'agent stressant. Par ailleurs, ils semblent s'insurger contre le fait que des situations à caractère hautement menaçant puissent être susceptibles de produire de la détresse chez n'importe qui. Selon eux, mettre autant d'emphase sur l'impact de l'événement amène à perdre de vue la personne qui le vit et pourrait tendre à la déresponsabiliser.

Pour les psychiatres français, le traumatisme psychique se distingue radicalement du concept de stress, en particulier par le fait que le rapport au danger est plus important que l'objet même de ce danger, mais surtout par l'occurrence de la notion d'effroi. L'effroi y est décrit comme un état d'horreur, au-delà de la peur, de l'angoisse ou du stress. Il traduit la rencontre avec le réel de la mort. L'image de cette rencontre n'ayant aucune représentation, le sujet ne peut y donner de signification et se voit condamné à la revivre "comme un événement en train de se produire".

Pour bien souligner la composante qu'est la personne vivant le traumatisme, ils suggèrent l'utilisation des termes "d'événement traumatogène" plutôt que traumatique. Pour notre part, nous utiliserons l'expression "événement potentiellement traumatisant" pour décrire cet aspect foncièrement individuel des réactions, ainsi que celle de "personne victime" plutôt que "victime".

Nous ne partageons pas le sentiment selon lequel le DSM-IV ramènerait tout à la question du stress. Par ailleurs, si nous estimons que stress et traumatisme sont distincts, nous devons admettre qu'au niveau physiologique se retrouvent des fonctionnements communs. Les mécanismes engagés dans l'Etat de Stress Post-Traumatique semblent découler en grande partie des réponses aiguës et chroniques au stress, où aigu traduit l'aspect hors norme de l'expérience et chronique le fait que soit les réactions sont maintenues en l'absence de l'agent stressant, soit l'agent se voit maintenu présent (par la particularité du "souvenir traumatique" par exemple).

Comme nous l'avons vu, le concept de stress est passé de la réaction physiologique causée par un agent externe, à l'ensemble des réactions physiques, psychologiques et comportementales visant à l'adaptation à des pressions internes et/ou externes. Aujourd'hui le concept qui a passé dans le vocabulaire commun, en dehors du phénomène adaptatif désigne souvent la « cause » du phénomène, soit :

l'agent stressant (ou stresseur)

C'est un événement, une situation, une personne, un objet perçu comme élément stressant, déclenchant une réaction de stress. Parfois cet élément est interne, comme une pensée par exemple. Il devient alors difficile, chez l'être humain, de distinguer le concept de stress de celui d'anxiété.

4. LE TRAUMATISME

4.1. La *petite* histoire du traumatisme

J'ai choisi de nommer ce sous-chapitre la *petite* histoire pour deux raisons. La première s'appuie sur le fait que nous ne débuterons cette histoire qu'à partir de la fin des années 1800, laissant de côté tout le travail de défrichage des philosophes de la Grèce Antique par exemple. Or la chose n'est pas anodine, tant il est clair que nos hypothèses de recherche les plus modernes reposent encore sur les réflexions d'alors. La seconde raison est reliée au fait que j'ai choisi de tirer mes sources d'un ouvrage d'une brillante psychiatre nord américaine qui de façon délibérée opte pour un éclairage politique et relève plus les tribulations du concept de traumatisme sur son continent que sur le vieux. Cependant, s'il y a à perdre une partie non négligeable du développement historique de ce concept en Europe, il y a beaucoup à gagner dans la perspective socio-politique que cette spécialiste met si bien en lumière.

En effet, dans son remarquable ouvrage "Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror" (1992), Judith Herman explique que la réponse ordinaire aux atrocités est de les bannir du champ de la conscience. Certaines violations du tissu social sont trop terribles pour être révélées à voix haute : c'est là le sens du mot indicible.

Les atrocités, pourtant, refusent d'être enterrées. Relevons par exemple que le 10 décembre 2006, le président iranien Mahmoud Ahmadirejad, Manouchehr Mohammadi (porte parole du ministère iranien des affaires étrangère), associés à d'autres révisionnistes occidentaux, dénonçaient encore l'Holocauste, ou tout au moins son amplitude. Ainsi, le désir de dénier ces atrocités est aussi puissant que la conviction selon laquelle le déni ne peut fonctionner. La sagesse populaire est emplie de fantômes refusant le repos dans leur tombe aussi longtemps que leur histoire n'aura été dite. Le souvenir et le dévoilement de la vérité concernant les événements terribles sont des pré-requis tant pour la restauration de l'ordre social que pour la cicatrisation des blessures subies par les personnes victimes.

Le conflit entre la volonté de nier les événements horribles et celle de les proclamer tout haut correspond à la dialectique centrale du traumatisme psychologique. Les personnes ayant survécu à des atrocités souvent racontent leur histoire de façon tellement émotionnelle, contradictoire et fragmentée que leur crédibilité s'en voit altérée, servant ainsi le double impératif de vérité et de secret. Lorsque finalement la vérité se voit reconnue, les survivants peuvent entamer leur rétablissement. Mais bien trop souvent le secret prévaut et l'histoire de l'événement traumatique ne fait pas surface au travers d'une narration mais sous forme de symptômes. Ces symptômes de détresse psychologique simultanément attirent l'attention sur l'existence d'un secret indicible et détournent l'attention de ce dernier. L'antidote du secret se trouve dans la narration. Dans ce sens, pour Herman, les étapes fondamentales du rétablissement sont :

- le rétablissement de la sécurité,
- la reconstruction de l'histoire du trauma et
- la restauration du lien entre les survivants et leur communauté.

Dans ce même ouvrage, Judith Herman souligne avec beaucoup de clairvoyance que l'étude du traumatisme psychique possède l'étrange particularité de présenter des épisodes d'amnésie. Des périodes de recherches frénétiques ont alterné avec des périodes d'oubli et ce de façon répétée au cours des siècles passés. L'auteur postule que ces amnésies intermittentes ne sont pas le résultat des changements de mode ordinaires qui affectent tout développement intellectuel. L'étude du traumatisme psychique ne souffre nullement de manque d'intérêt. Bien au contraire, le sujet provoque des controverses tellement intenses qu'il tombe périodiquement dans l'anathème. Il a de manière répétée mené dans le domaine de l'impensable et fait resurgir des questions fondamentales de foi et de croyance.

Herman rappelle que dans les années 1890, Janet en France ainsi que Freud et Breuer en Autriche étaient arrivé à une formulation similaire : l'hystérie était une condition produite par le traumatisme psychique. Les insupportables réactions émotionnelles à l'événement traumatique produisent une altération de l'état de conscience qui à son tour induit les symptômes hystériques. Janet a nommé cette altération de la conscience "dissociation", Breuer et Freud l'appelleront "conscience double" ou dédoublée.

Janet et Freud reconnaissaient alors tous deux la similarité de l'état de conscience produit par le traumatisme psychique et celui induit par l'hypnose. Cependant, alors que Janet pensait qu'il s'agissait d'un signe de vulnérabilité psychologique et de suggestibilité, Freud et Breuer rétorquaient qu'il pouvait être rencontré parmi "des personnes à l'intellect le plus clair, la volonté la plus solide, le caractère le plus fort et l'esprit le plus critique". Janet comme Freud s'accordaient sur le fait que les symptômes somatiques de l'hystérie correspondaient à des représentations déguisées d'événements intensément saisissants ayant été bannis de la mémoire. Janet décrira ses patientes hystériques comme gouvernées par des "idées fixes inconscientes", le souvenir des événements traumatiques, Breuer et Freud écriront que "les hystériques souffrent surtout de réminiscences".

Au milieu des années 1890, ces chercheurs découvraient également que ces symptômes pouvaient céder lorsque le souvenir traumatique, de même que les émotions intenses s'y rattachant, étaient retrouvés et mis en mots. Cette méthode de traitement allait devenir la base de la psychothérapie moderne. Janet nommera cette technique "analyse psychologique", Breuer et Freud "abréaction et catharsis". Plus tard Freud lui donnera le nom de "psychanalyse". Cependant, Judith Herman relève que le plus simple et probablement le meilleur nom a été donné par une patiente de Breuer (sous le pseudonyme d'Anna O) "la cure par la parole".

Vers 1896 Freud pensera avoir trouvé la source de ces symptômes (in "The Aetiology of Hysteria") dans l'apparition d'une ou plusieurs expériences sexuelles prématurées dans les premières années de l'enfance. Alors que cette découverte présageait un grand pas en avant dans l'étude de l'abus sexuel chez l'enfant, cet article marquera en fait la fin de cette piste de recherche. En effet, en une année, réalisant que ces "actes pervers à l'égard des enfants" étaient endémiques non seulement dans le prolétariat parisien, mais également parmi la bourgeoisie respectable de Vienne, il réfutera sa théorie. La sexualité restera bien au centre de ses recherches, mais à titre d'étude des vicissitudes internes des fantasmes et du désir, clairement séparé de la réalité de ces expériences. Il écrira :

"***J'ai été finalement tenu de reconnaître que ces scènes de séduction n'avaient jamais existé, qu'elles n'étaient que des fantasmes produits par mes patientes***".

Pendant près d'une centaine d'années, ces patientes seront méprisées et tenues au silence. La découverte de Freud ne pouvait pas résister à la pression politique et sociale.

Son rival Janet, qui n'abandonnera jamais sa théorie du traumatisme verra son travail oublié et ses idées rejetées. Et Freud, cet homme qui avait poussé le plus loin ses recherches et saisi le mieux leurs implications sera celui qui présentera plus tard le déni le plus rigide, insistant sur le fait que ces femmes avaient imaginé et désiré ces rencontres sexuelles abusives dont elles se plaignaient. Il faudra attendre le combat des mouvements féministes pour que la réalité de l'abus sexuel sur les enfants soit à nouveau reconnue.

La réalité du traumatisme psychologique s'est à nouveau imposée à la conscience sociale au travers de la catastrophe de la première guerre mondiale. Parmi les nombreuses pertes de la dévastation belliqueuse, il y eut celle de l'illusion de l'honneur et la gloire virils au combat. Exposés aux horreurs des tranchées, les hommes ont commencé à "craquer" en nombre impressionnant. Tellement d'hommes se sont mis à se comporter comme les femmes hystériques, que les autorités militaires ont alors essayé de soustraire les rapports des cas psychiatriques à cause de leur effet démoralisant sur le public.

Initialement, les symptômes de décompensation ont été attribués à une cause physique produite par l'effet d'explosion qu'on nommera le "vent du canon" ou "vent du boulet". Ce terme allait rester quand bien même il devenait clair que ce syndrome pouvait apparaître chez des soldats n'ayant subi aucun traumatisme physique. Progressivement les psychiatres militaires devront reconnaître qu'il s'agissait d'un traumatisme psychique, tant le stress émotionnel de l'exposition prolongée à des morts violentes s'avérait suffisant à produire chez les hommes un syndrome névrotique ressemblant à l'hystérie.

Lorsque l'existence de la névrose de combat n'a plus été déniée, la controverse médicale, tout comme le débat passé sur l'hystérie s'est centrée sur le caractère moral des patients. Au regard des traditionalistes, un soldat normal devrait glorifier la guerre et ne trahir aucun signe d'émotion et en aucun cas succomber à la terreur. Le soldat qui développait une névrose traumatique était au mieux un individu à constitution inférieure, au pire un simulateur et un couard. Certaines autorités militaires allaient jusqu'à estimer qu'ils méritaient la cour martiale plutôt qu'un traitement médical.

Progressivement, les autorités médicales ont rétorqué, au contraire, que la névrose de combat était une condition psychiatrique "bona fides" susceptible d'apparaître chez les soldats au caractère le plus fort et de grande morale. Le champion de ce point de vue fut incontestablement W.H. Rivers, médecin, professeur en neurophysiologie, psychologie et anthropologie.

Peu après la fin de la guerre, l'intérêt médical pour le traumatisme psychique s'estompa à nouveau. En 1922 un jeune psychiatre américain, Abraham Kardiner travailla entre autre à la clinique du Bureau des Vétérans. Il s'acharna à développer une théorie du traumatisme de guerre pour finalement abandonner. En 1941, il publia une étude clinique et théorique "The traumatic neuroses of war" dans laquelle il déplorait les épisodes d'amnésie ayant frappé de façon répétée ce domaine.

La seconde guerre mondiale ravivera l'intérêt médical pour la névrose de combat. Il fut alors reconnu pour la première fois que n'importe quel homme pouvait décompenser sous le feu et que les pertes pouvaient être prédites en proportion directe avec la sévérité de l'exposition au combat. Les psychiatres américains centrèrent leur énergie sur l'identification des facteurs de protection contre la décompensation ou ceux menant à une rémission rapide. En 1947 Abraham Kardiner et Herbert Spiegel déclarèrent que la protection la plus efficace contre le débordement de terreur était le degré de relation entre le soldat, son unité de combat et leur officier.

Les stratégies de traitement développées pendant la seconde guerre mondiale visait ainsi à limiter le temps de séparation entre le soldat et sa petite unité. Dans leur recherche pour une méthode rapide et efficace, ils redécouvrirent le rôle de l'état modifié de conscience et utilisèrent à nouveau l'hypnose de même que le sodium amytal, technique qu'ils nommèrent "narcosynthèse". Comme pour l'hystérie, ils prônaient la "thérapie par la parole" et la catharsis.

Cependant, les psychiatres pionniers dans ces techniques comprirent bientôt que cette approche ne pouvait pas se montrer suffisante. Kardiner et Spiegel soulignèrent que bien que l'hypnose se montrait propre à accélérer le retour de la mémoire traumatique, une simple expérience cathartique se montrait par elle-même insuffisante, alors que Grinker et Spiegel remarquaient que le traitement ne pouvait réussir que si les souvenirs retrouvés sous l'influence du sodium amytal étaient intégrés à la conscience.

Pourtant ces sages avertissements ne furent pas suivis et la majorité des soldats ayant succombé à un état de stress aigu furent très vite renvoyés à leur poste. Aussi longtemps que ces soldats pouvaient fonctionner à un niveau minimal, ils paraissaient avoir récupéré. Bien peu d'attention fut portée sur le fait que ces hommes, de retour à leur vie civile après la guerre, voyaient le processus d'amnésie se réinstaller.

Il faudra attendre la guerre du Vietnam pour que des études systématiques soient reprises à grande échelle. Mais cette fois, la motivation ne vint pas des autorités militaires ou du monde médical, mais bien des efforts organisés de soldats démobilisés. Vers la fin des années 1970, la pression politique opérée par les organisations de vétérans permit la formulation d'un mandat légal pour un programme de traitement psychologique. Une étude en cinq volumes sur les effets de la guerre du Vietnam permit de formuler le syndrome de stress post-traumatique et démontra au-delà de tout doute raisonnable sa relation directe avec l'exposition au combat.

En 1980, pour la première fois, le syndrome caractéristique du traumatisme psychique devint un véritable diagnostic sous le nom "d'état de stress post-traumatique" (**P**ost **T**raumatique **S**tress **D**isorder) et fut intégré dans le manuel officiel de l'Association Américaine des Psychiatres (DSM-III).

Pour la plus grande partie du 20eme siècle, c'est l'étude des vétérans qui a mené au développement d'un corps de connaissances sur le traumatisme. Mais - et c'est toujours Judith Herman qui nous le rappelle - ce ne sera qu'à partir du mouvement de libération de la femme des années 1970 qu'il sera reconnu que les désordres post-traumatiques les plus communs ne sont pas ceux des hommes à la guerre, mais bien des femmes dans la vie civile. Jusqu'alors, parler de la violence sexuelle ou conjugale invitait à l'humiliation publique, au ridicule et à l'incrédulité.

La prise de conscience s'installa à partir de groupes partageant bien des caractéristiques des groupes de vétérans : la même intimité, la même confidentialité, et le même impératif de dire la vérité. La création d'espaces privilégiés rendit possible pour les femmes de dépasser les barrières du déni, du secret et de la honte qui les empêchaient de nommer leurs blessures. Dans l'environnement protégé des salles de consultation, des femmes avaient osé parler de viol, mais les hommes de science ne les avaient pas crues.

En 1975, en réponse aux pressions féministes, un centre de recherche sur le viol fut créé au sein du National Institute of Mental health. Les résultats de ces recherches confirmèrent la véracité des expériences féminines que Freud avait reléguées aux phantasmes un siècle auparavant. En fait, le mouvement féministe a non seulement attiré l'attention du public sur le viol, mais initié une nouvelle réponse sociale à l'égard des personnes victimes. En effet, un grand nombre de recherches sur les effets psychologiques de la victimisation a été mené à bien par des femmes aussi actives qu'impliquées dans ce mouvement.

Ce n'est qu'à partir de 1980, lorsque les efforts des vétérans ont réussi à légitimer le concept d'Etat de Stress Post-tramatique, qu'il est devenu clair que le syndrome repéré chez les survivants de viol, violence conjugale et inceste était essentiellement identique au syndrome trouvé chez les survivants de guerre.

Finalement, Judith Herman se demande, à juste titre, si ces découvertes vont être à nouveau perdues. Bien que les recherches et les écrits se soient étendus de façon impressionnante, l'histoire nous a appris que les connaissances pouvaient également disparaître tant elles étaient indissociables des pressions politiques et des mouvements sociaux qui les ont rendues possibles. Le professeur Herman publiait son ouvrage en 1992, or cette même année sortait "L'enfant mis à nu. L'allégation de l'abus sexuel : la recherche de la vérité" de Van Gijseghem au Canada. Cette fois, ce n'étaient pas les traumatismes de guerre ou la violence conjugale qui prenait le devant du tableau, mais bien l'abus sexuel des enfants, exactement le même sujet que celui traité 102 ans plus tôt par Freud. Et, malgré tout le chemin parcouru depuis, Van Gijseghem devait s'attaquer à la même question qu'alors : peut-on croire ce que disent les personnes qui réussissent enfin à passer la barrière du silence ?

De même que le DSM-III officialisait l'existence de la détresse traumatique au travers du diagnostic d'état de stress post-traumatique, le remaniement de ce manuel (DSM-III R, pour revisité) proposait le nouveau diagnostic de "trouble de personnalités multiples", traitant en particulier les réactions chez les personnes ayant été victimes d'abus répétés dans la petite enfance tout spécialement. Ce diagnostic n'apparaîtra plus dans la version suivante, le DSM-IV.

Force nous est de reconnaître que ce regard présente, en dehors de lacunes et imprécisions quelques erreurs. Pour un historique plus précis et plus développé, je renvoie le lecteur à l'impressionnant travail du Dr Louis Crocq sur ce sujet (*Les traumatismes psychiques de guerre, Ed. Odile Jacob, Paris, 1999, pp 33-59 / dans De Clercq et Lebigot : Les traumatismes psychiques, Masson, Paris, 2001, pp 23-59*). Pour ma part, je ne ferai qu'en relever quelques unes des si nombreuses références proposées par cet auteur :

- le récit historique d'un soldat à la bataille de Marathon par Hérodote (Histoire, livre VII, environ 450 av. J.-C.);

- des rêves traumatiques dans *le Traité des Songes* d'Hippocrate (vers 400 av J.-C.);

- le mythe platonicien du soldat Er (dans le livre X de *la République*, vers 380 av. J.-C.);

- le songe de Xénophon dans l'*Anabase*, vers 380 av. J.-C.);

- le cas du chevalier Pierre de Béarn dans les *Chroniques* de Froissard (1325-1400);

- lord Percy de Shakespeare (*Henry IV*);

- les souffrances du philosophe Pascal suite à un incident en carrosse, rapportée par Philippe Pinel en 1630;

- "**la nostalgie**" des soldats dans les armées de l'Ancien Régime (XVII et XVIIIeme siècles) chez qui l'expression de la peur était sévèrement réprimée. Elle sera reprise dans le *Traité d'Hygiène* de Michel Levy (1850) de même qu'au cours de la guerre de Sécession en Amérique du Nord avec également le "**soldier's heart**" "cœur du soldat" et "cœur irritable" qualifiant les manifestations neurovégétatives de l'anxiété (1861-1865);

- les "**névroses de la respiration ou de la circulation**", "**idiotisme**", manie ou mélancolie dans lesquels Philippe Pinel répertorie certains chocs émotionnels de guerre (dans *la Nosographie philosophique* de 1798 et 1808);

- "**le vent du boulet**", état stuporeux aigu produit par la frayeur chez les combattants ayant ressenti le passage proche du projectile. Ce terme est attribué à Desgenettes, Larrey et Percy, chirurgiens des armées napoléoniennes. On retrouvera ce terme dans le *Traité de chirurgie d'armée* de Legouest en 1872;

- les descriptions de la bataille de Solferino par Henri Dunant (dans *Un souvenir de Solferino*, 1862);

- "**l'hystérie**" que l'on doit à Briquet (Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1859), repris par Silas Weir Mitchell sous "**hystérie post-émotionnelle**" pour décrire les manifestations dissociatives, puis, pour les plus connus par Charcot, Janet Freud et Breuer;

- le concept de "**traumatisme psychique**" est introduit en 1888 par Herman Oppenheim dans ***Les névroses traumatiques*** (*Die Traumatische Neurosen*) A partir d'accident de travail et d'incidents ferroviaires, il décrit l'effet de l'effroi avec la monopolisation de la conscience par le souvenir de l'événement, les crises d'anxiété en réponse à ce qui peut rappeler ce dernier, les cauchemars, la perturbation de la sphère affective et l'hypersensibilité;

- les "**vent de l'obus**", "**obusite**", "**granatschockwirshung**" et "**shell shock**" seront employés par les psychiatres des armées qui, en fonction des variations cliniques, finiront, pour les français du moins, par distinguer les termes de : "**anxiété de guerre**", "**neurasthénie de guerre**" et "**hystérie de guerre**";

- finalement, la théorie psychanalytique des "**névroses de guerre**" sera développée par toute une série d'auteurs, parmi lesquels en particulier Ferenczi (1916) et Abraham (1918);

- au fil des guerres qui ont suivi, les termes de : "**exhaustion**" (épuisement), "**free floating anxiety**" (anxiété flottante), "**combat reaction**" (réaction de combat), "**combat fatigue**", "**war neurosis**" (névrose de guerre) "**schizophrénie de trois jours**" (bouffée délirante) seront alternativement employés;

- Abraham Kardiner va développer une conception des névroses de guerre différente dans le sens où il réalise que les mécanismes de défense classiques de l'approche freudienne ne suffisent pas à expliquer l'apparition des symptômes traumatiques (The traumatic neuroses of war, 1941 et War stress and neurotic illness en 1947);

- le système nosographique américain (DSM) dans sa première édition en 1952 propose le diagnostic de "**Gross Stress Reaction**" pour désigner les états psycho-traumatiques, sa révision de 1968 verra ce diagnostic disparaître et il faudra attendre 1980 pour que sa 3eme révision introduise enfin celui de "**Post-traumatic Stress Disorder**" (Trouble Etat de Stress Post Traumatique);
- finalement (et c'est moi qui ajoute) la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa dixième révision (1993) propose les diagnostics de : "**Réaction aiguë à un facteur de stress**", "**Etat de stress post-traumatique**" et "**Troubles de l'adaptation**", n'en déplaise aux psychiatre français.

En Suisse, c'est la votation d'un article de loi, la LAVI (loi d'aide aux victimes d'infractions) qui relancera l'intérêt pour ce domaine. Cette loi sera votée en 1993 et mise en application en 1994. C'est à partir de là que fut mis sur pied, par la Fédération Suisse des Psychologues, une formation spécialisée sur ce domaine par exemple. La petite histoire veut que les participants de la première volée en Suisse Romande aient été en majorité de Genève. Ce groupe sera à l'origine de la première cellule d'intervention psychologique suisse, cellule composée exclusivement de psychologues, spécialement formés et à disposition de la police cantonale lors d'incidents critiques micro- ou macro-sociaux.

Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que, bien que depuis 1998 environ, le sujet du traumatisme psychique – au travers de l'intervention auprès des personnes victimes – soit à nouveau fort à la mode, nous y retrouvons déjà les fantômes du passé et les graines de la discorde. Les fantômes du passé prennent la forme du concept de prémorbidité, les graines de la discorde poussent sur le terrain de l'intervention auprès des personnes victimes et autour de la place et du rôle des différents professionnels dans ce domaine. Cette notion de prémobidité qui apparaît déjà clairement dans l'historique sera reprise plus loin, de même que les discussions contradictoires concernant l'intervention immédiate et post-immédiate. Pour ce qui est de la discorde sur les fonctions des différents intervenants, nous la retrouvons par exemple dans un article d'Antonio Andreoli "De la maladie traumatique aux interfaces du traumatisme. Esquisse d'un modèle de traitement et de soins" (2000), mais, nous retrouvons également dans le "Précis de victimologie générale" d'Audet et Katz (1999), "Les traumatismes psychiques de guerre" (1999) de Louis Crocq ou encore chez Michel De Clercq et François Lebigot dans leur excellent ouvrage "Les traumatismes psychiques" (2001), où le monde médical semble vouloir s'instaurer comme seul détenteur du savoir et de la compétence. En ce qui concerne le débriefing par exemple, la chose est d'autant plus surprenante que les médecins se sont appropriés une pratique tirée du terrain (sapeurs pompiers, policiers, soldats) là où elle s'opérait avant de façon naturelle et informelle, pour l'imposer aujourd'hui formellement aux mêmes professionnels.

De façon plus générale, la chose prêterait simplement à sourire si elle ne présentait aucun danger. Or malheureusement il n'en va pas ainsi. En effet, le médecin, en ce qui concerne le psychisme, connaît essentiellement la maladie (contrairement au psychologue qui a étudié tant le fonctionnement normal que la souffrance psychique) et tend à s'orienter en fonction de celle-ci. Dans ce sens, la médecine traditionnelle court le risque de "pathologiser" les réactions de la personne, tout en banalisant le rapport à l'événement traumatique, risque consistant à ne comprendre la souffrance actuelle qu'au travers des aléas du passé ou des vulnérabilités individuelles, et donc à une potentielle nouvelle victimisation de la personne en détresse. L'historique proposé ici l'a démontré clairement à différents moments de l'histoire, il s'agit aujourd'hui de ne pas se laisser prendre à nouveau à ce regrettable jeu de pouvoir.

S'il est établi qu'une bonne partie du traumatisme est produite par la perte de la maîtrise et du contrôle de la personne dans une situation donnée, son rétablissement, ou plutôt l'intégration de cet événement dans son existence, devrait passer par une récupération de cette maîtrise et de ce contrôle. Or justement, les personnes qui pensent avoir des connaissances et surtout des compétences que nuls autres ne partagent sont justement celles qui pourraient présenter le plus de difficultés à mobiliser les ressources des personnes victimes. La souffrance produite par la terreur, les catastrophes et la barbarie n'est pas l'affaire de certains, c'est l'affaire de tous. Cette souffrance produit une brèche du lien entre individus et doit fatalement trouver sa réparation par les liens au sein même du tissu social. La chose est entendue, la réponse à cette détresse ne peut pas être médico-psychologique, elle se doit d'être (médico-)psycho-sociale et spirituelle.

4.2. Définition du trauma

Laplanche et Pontalis (Vocabulaire de la psychanalyse, 1967) définissent le traumatisme comme suit : « ***Evénement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathologiques durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En terme économique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations…***

Dans cette période, où la psychanalyse s'est constituée, le traumatisme qualifie d'abord un événement personnel de l'histoire du sujet, datable, et subjectivement important par les affects pénibles qu'il peut déclencher. On ne saurait parler d'événements traumatiques de façon absolue, sans envisager la « susceptibilité » (…) propre au sujet. Pour qu'il y ait traumatisme au sens strict, c'est-à-dire non-abréaction de l'expérience qui demeure dans ce psychisme comme un « corps étranger », des conditions objectives doivent être présentes. Certes, l'événement peut, par sa « nature même », exclure une abréaction complète (…) ; mais en dehors de ce cas limite, ce sont des circonstances spécifiques qui assurent à l'événement sa valeur traumatique : condition psychologiques particulières dans lesquelles se trouve le sujet au moment de l'événement (« état hypnoïde » de Breuer), situation de fait – circonstances sociales, exigences de la tâche en cours – qui interdit ou entrave une réaction adéquate (« rétention »), enfin et surtout, selon Freud, conflit psychique qui empêche le sujet d'intégrer à sa personnalité consciente l'expérience qui lui advient (défense). Breuer et Freud notent encore qu'une série d'événements, dont chacun à lui seul n'agirait pas comme traumatisme, peuvent additionner leurs effets (« sommation »). »

En ce qui concerne ce dernier point, l'effet de sommation, il s'agit justement du phénomène que nous serions tentés de nommer **stress cumulatif**. En effet, comme nous le traiterons plus loin, il semble que les professionnels de l'intervention en situation critique soient, par exemple, plus facilement sujets à ce type de réactions qu'à l'état de stress post-traumatique.

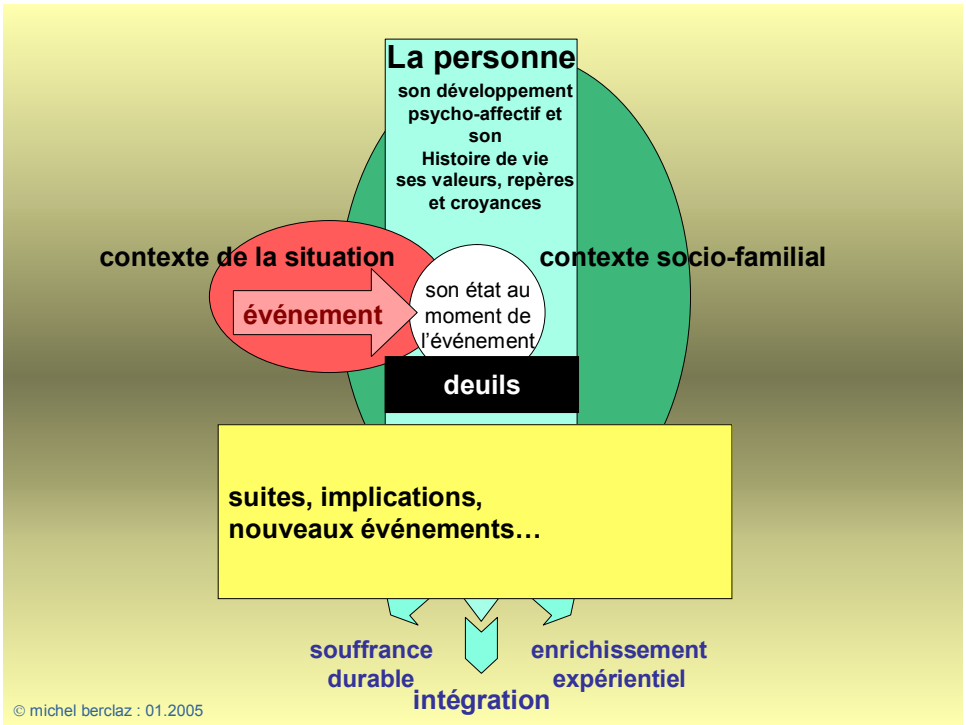
De façon plus générale, nous pouvons relever que le terme traumatisme dénote tantôt un événement, tantôt les aléas de l'économie psychique produits soit par un événement – voire des événements – particuliers, soit par une vulnérabilité individuelle. Au cours du développement de sa théorie, Freud va, par moment, souligner l'impact d'une situation critique donnée (inceste, guerre), à d'autres mettre en avant une vulnérabilité tirant sa source dans le développement psycho-affectif de la personne, voire même substituer le concept de fantasme à la réalité d'un événement.

Il est intéressant de noter que nous trouvons aujourd'hui encore, au travers des différentes théories (qu'elles traitent du diagnostic ou des traitements) cette même ambivalence. En effet, certaines accordent toute l'importance à la force de l'événement, d'autres à la vulnérabilité ou la prémorbidité de la personne (présence de pathologie mentale ou de troubles de la personnalités antérieures à l'événement). Notre position se veut plus globale, dans le sens où nous considérons que l'intégration d'un événement dans la vie, l'histoire et le psychisme d'un individu, va dépendre de la résultante de l'interaction de nombreux éléments distincts. En effet, l'expérience clinique montre bien qu'à un même événement chacun réagit à sa façon, avec des réactions plus ou moins fortes et plus ou moins retardées. Dans cette optique, il reste illusoire de prétendre pouvoir, au moment de l'événement, distinguer les personnes qui présenteront une souffrance durable de celles qui s'en sortiront grandies.

A mon sens, cette non prédictibilité est due justement, aux jeux des multiples interactions produites par les divers éléments impliqués. Ces divers éléments peuvent, chacun considéré séparément, amplifier l'effet traumatique ou, au contraire, participer à la protection du sujet ou à l'intégration de la situation critique. Parmi ces éléments, à l'instar de Laplanche et Pontalis, relevons par exemple :

- la nature même de **l'événement** : la violence de son effraction, la menace à l'intégrité physique ou psychique, son afflux excessif d'excitation ;
- **le niveau d'implication** de la personne face à cet événement, ou sa susceptibilité à certaines de ses caractéristiques ;
- **la condition psychique et l'état physique** de la personne au moment de la situation critique ;
- **les compétences individuelles** (mécanismes de défense, pare-excitation, résilience) ou au contraire ses vulnérabilités, développées au travers de :
- son développement psycho-affectif, sa structure ou ses troubles de personnalité, mais surtout son histoire de vie, **les aléas de son cheminement existentiel** ;
- **le contexte même de l'événement**, la prédictibilité de son apparition, le niveau de préparation, sa durée, etc. ;
- **le contexte socio-familial** de la personne, sa capacité à soutenir le sujet tout en évitant la mise en dépendance, ou, au contraire, sa fragilité et son altération ;
- la quantité et **l'importance des deuils** (objectifs et subjectifs) auxquels la personne devra faire face. Il peut s'agir du deuil de personnes aimées irremplaçables, mais encore deuil de compétences physiques ou mentales (liés à des déficits produits par l'événement), le deuil de représentations idéales de soi (impuissance lors de la situation) ou de la société (perte du sentiment de sécurité), parmi d'autres.

Relevons toutefois que le traumatisme traitant d'un événement de son passé (plus ou moins immédiat), nous ne pouvons détacher les réactions que concerne la situation en question de la suite des événements. L'implication de l'événement sur la suite de la vie, la façon avec laquelle le groupe social y a répondu (passer pour un héros, un lâche ou un traître par exemple) est aussi important que les composantes de la situation… si ce n'est plus encore.



Nous voici arrivé au point où il s'agit d'aborder la première querelle concernant le trauma : à partir du moment où il ressort comme évident que plusieurs personnes impliquées dans un même événement ne présenterons pas les mêmes réponses ou réactions, que la majorité d'entre elles s'en sortiront raisonnablement bien, comment comprendre que certaines (une minorité) vont vivre une détresse intense et parfois durable ? Devons-nous admettre l'existence d'une fragilité constitutionnelle, d'une vulnérabilité produite par l'histoire et les traumatismes passés ou devons-nous penser, comme le dit le diagnostic, que n'importe qui est susceptible de présenter des réactions intenses et durables ? En d'autre termes devons-nous choisir entre la prédominance du terrain, de l'histoire ou de l'impact de l'événement ?

Le lecteur l'aura compris, au vue de la page précédente, nous pouvons imaginer que la multiplicité des réponses possibles est associée à l'interaction complexe de l'ensemble des éléments listés plus haut, chacun ayant, en fonction des individus et des circonstances, une valeur ou une prégnance spécifique.

Vignette clinique :

Bénédicte, au début de sa carrière avait choisi une profession généralement assumée par des hommes. Elle avait dû supporter les quolibets et les mortifications de ses collègues et de son directeur. Elle décidera un jour de se libérer de ces contraintes, de s'assumer. Elle ouvrira un commerce dont elle sera la propriétaire et la directrice, devenant ainsi son propre patron. Ce faisant, elle opérera également une forme de réparation d'autres vécus pénibles associés à la relation avec son père notamment. Autonomie, indépendance et contrôle sont des valeurs importantes à ses yeux, en fonction de son histoire.

Un jour, elle sera victime d'un braquage. Menacée de mort à plusieurs reprises, elle sera contrainte à ouvrir son coffre, puis ligotée. L'homme va emporter également le contenu de la vitrine et des présentoirs, le tout pour plusieurs centaines de milliers de francs. Choquée par l'événement elle consultera une spécialiste. Son état ne s'améliore que très progressivement. Retourner dans sa boutique est particulièrement pénible. En fait, c'est de plus en plus difficile. Plus les jours avancent, plus elle reçoit de téléphones de clients toujours moins compréhensifs et d'appels ou de courriers de créanciers toujours plus pressants. Les factures s'accumulent. Retourner au travail, qui était déjà difficile à cause de la confrontation au souvenir de l'agression, devient finalement impossible, jusqu'au jour où sa compagnie d'assurances lui annonce qu'en fonction de la rapidité de l'événement, elle considère la situation comme du vol à l'étalage, ce qui correspond, selon le contrat, à une somme un peu supérieur à Frs 50'000.-.

Cette décision va produire des effets à plusieurs niveaux : elle implique la non reconnaissance de l'agression elle-même, une banalisation du vécu et par conséquent un message implicite concernant la proportionnalité de ses réactions. Comment peut-elle réagir si fortement à un événement aussi anodin ? Par ailleurs, ne pouvant plus rembourser ses créances elle est acculée à la faillite. Elle perd son commerce et la possibilité d'être indépendante. Du point de vue de son développement personnel et de ses valeurs, elle doit faire le deuil de toute une partie de son évolution. C'est un retour dramatique en arrière. Et cela arrive à un moment où elle est extrêmement fragilisée, vulnérable, incapable de se défendre, voire même de réagir. Elle doit envisager de retrouver un travail, comme employée, à nouveau et condamnée à verser une partie de son salaire au remboursement de ses dettes.

Comment pourrait-elle envisager d'avoir la force de travailler dans de telles conditions ? Aller mieux, se rétablir, impliquerait de devoir retourner travailler dans des conditions humiliantes pour elle (en fonction de son histoire) et pour donner son salaire dans un cadre vécu comme parfaitement injuste et inacceptable. En conséquence, comment pourrait-elle seulement aller mieux ? Que va-t-elle faire de son effroi, de l'irruption ses souvenirs, de sa peur constante et de sa colère indicible dans ce contexte post-événement?

Finalement, la potentielle chronicité de ses réactions sera-t-elle due à son histoire, à l'effroi de la confrontation à une mort violente ou aux implications futures de la décision de sa compagnie d'assurances ?

4.3. ESTP : modèle cognitif et données empiriques

(Grazia Ceschi Dr. Psy.)
Unité de Psychopathologie et Neuropsychologie Cognitive
Université de Genève

L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) a été introduit dans les systèmes diagnostiques en 1980 lors de la publication de la troisième version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-III ; APA, 1980). Depuis lors, l'intérêt porté à l'ESPT n'a cessé d'augmenter. Comme illustré dans la Figure 1, en 25 ans le nombre de publications dévolues à ce trouble a carrément explosé, passant d'un article scientifique en 1980 à plus de 800 articles par an dès 2005.

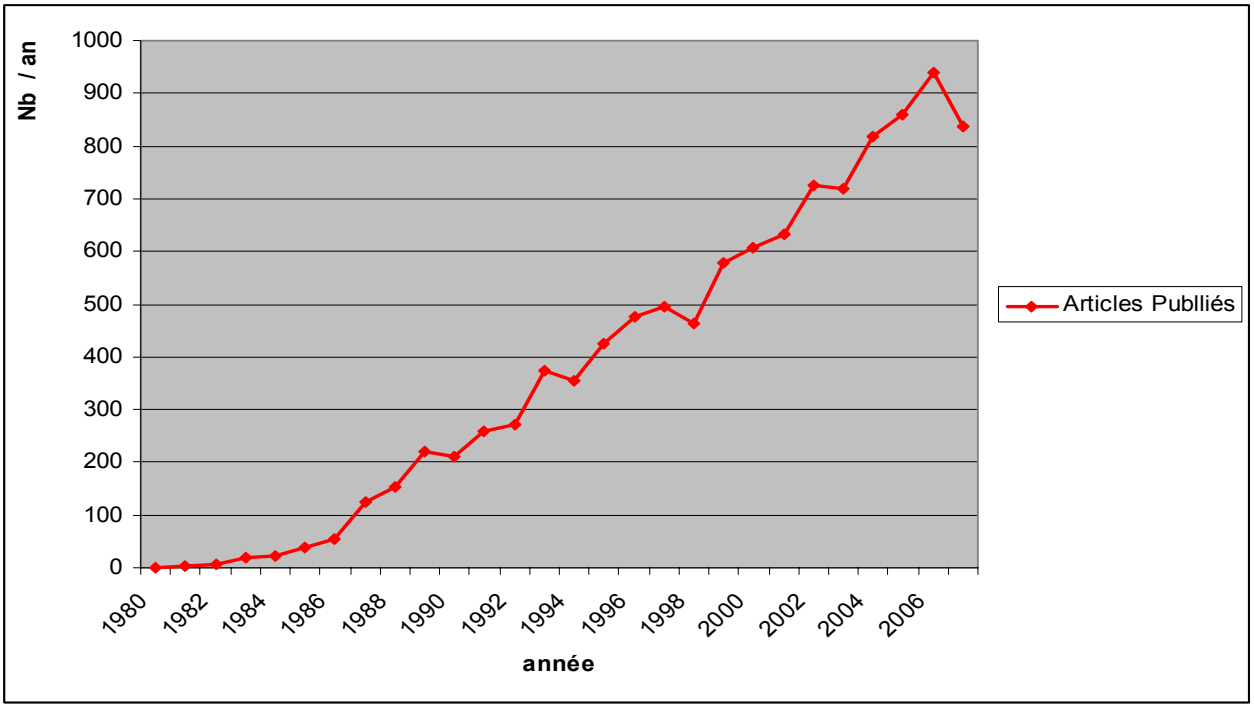


Figure 1 : Nombre d'articles scientifiques sur l'ESPT publiés par année (source PsycINFO, 2008 ; critères de sélection : "PTSD" dans titre, résumé ou mots-clefs ET [année]).

Cette importante et rapide cumulation de données empiriques nous oblige à une révision constante de nos connaissances théoriques. Suivant cette tendance, les modèles cognitifs de l'ESPT deviennent de plus en plus sophistiqués et nous permettent actuellement de rendre compte et de synthétiser de nombreux phénomènes complexes décrits dans cette littérature.

L'objectif de ce chapitre est avant tout de proposer une rapide revue de cette littérature par le biais de la présentation de deux modèles théoriques : le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000), et le modèle de la double représentation en mémoire du traumatisme de Brewin, Dalgleish, et Joseph (1996). Ces deux modèles sont particulièrement influents dans le domaine clinique. Dans l'ensemble, l'ESPT y est représenté comme un trouble chronique de l'élaboration du souvenir traumatique, du jugement subjectif du traumatisme et de ses conséquences, ainsi que des mécanismes de régulation émotionnelle. Après cette présentation, notre chapitre se conclura par la présentation de quelques implications cliniques issues de cette approche et dont la dissémination au travers de la communauté anglophone commence à modifier les pratiques d'intervention. Notre espoir est que ce chapitre contribuera à rendre accessible au publique francophone cette vaste et influence littérature normalement accessible uniquement en langue anglaise.

4.3.1. Modèles cognitifs de l'ESTP

En accord avec le DSM-IV-TR (APA, 2003), l'ESPT se caractérise par trois groupes de symptômes observables chez des personnes ayant survécu à un événement traumatique: (a) des souvenirs intrusifs (p. ex., flashbacks, cauchemars), (b) des réactions de protection telles qu'un engourdissement affectif, des signes d'amnésie et/ou un évitement des indices de récupération de l'événement traumatique, ainsi que (c) des réactions neurovégétatives d'hypervigilance et de sursaut. Pour pouvoir poser le diagnostic d'ESPT, le DSM-IV-TR spécifie qu'il est primordial que ces symptômes soient observés bien après l'événement traumatique (au moins un mois après) et qu'ils perturbent le fonctionnement de la personne au fil de sa vie quotidienne.

Nous savons actuellement que dans les suites immédiates du traumatisme sévère la grande majorité des personnes présentera une partie au moins de ces symptômes décrits ci-dessus. Par contre, seulement une faible minorité de gens continuera de présenter ces mêmes symptômes sur le long terme. Autrement dit, la plupart des gens ayant subi un événement potentiellement traumatisant (environ le 80 %) présente des symptômes de stress en situation aigue mais pourra bénéficier d'un processus de rémission spontanée. Ce dernier entraînera, dans l'espace de 3-4 semaines, une nette diminution des symptômes et ceci sans prise en charge spécifique. De part cette observation actuellement bien acquise (Schnyder et al., 2001), toute théorie qui se veut de rendre compte de l'ESPT se doit, avant tout autre chose, d'expliquer pourquoi la majorité des gens ayant survécu à un traumatisme guérissent spontanément, alors qu'une minorité d'entre elles continuent de présenter des difficultés psychologiques persistantes. De ce fait, l'un des principaux défit de tout modèle de l'ESPT ne sera pas d'expliquer l'émergence des symptômes de stress en phase aigue, mais bien plus leur chronicisation une fois le traumatisme passé.

En 2000, Ehlers et Clark proposent un modèle cognitif qui rend compte de ce phénomène. Pour les auteurs, l'ESPT se manifeste chez les individus qui procèdent à un traitement de l'information relative au traumatisme et/ou à ses séquelles particulier. Ce traitement produit un sentiment subjectif de « menace actuelle » indépendamment de la présence ou non d'une menace réelle. Comme illustré dans le Figure 2, le modèle propose que trois processus cognitifs contribuent à l'élaboration de ce sentiment subjectif de « menace actuelle » : (1) une évaluation cognitive dysfonctionnelle du traumatisme et de ses séquelles, (2) une perturbation de l'élaboration du souvenir du traumatisme et (3) des mécanismes de contrôle et de suppression de la menace et/ou des symptômes.

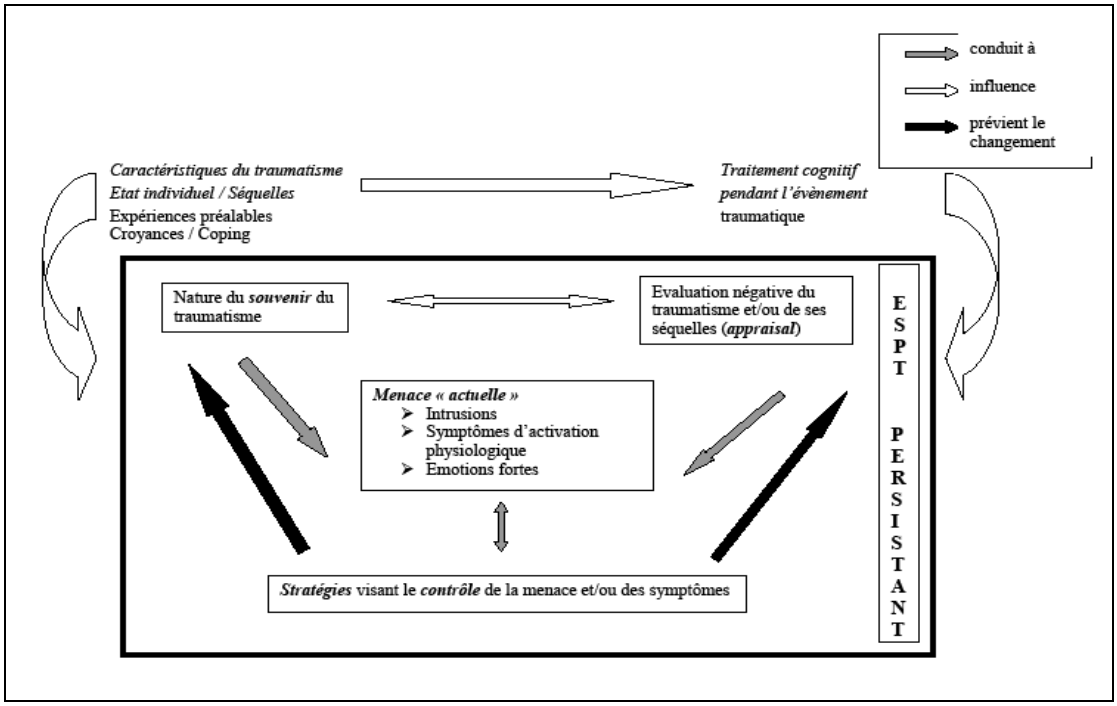


Figure 2 : Modèle cognitif de l'ESPT d'Ehlers et Clark (2000).

4.3.2. Evaluation cognitive dysfonctionnelle du traumatisme et de ses séquelles

Les modèles cognitifs de l'ESPT proposent que les évaluations cognitives de l'événement traumatique ainsi que, plus généralement, la capacité de la personne à comprendre et analyser ses propres expériences, constitue un élément décisif de son degré d'adaptation. Cette perspective suggère que des croyances catastrophiques sur soi-même, les autres, le monde, etc. conduisent à des évaluations cognitives exagérément négatives du préjudice subit, de la souffrance vécue ainsi que des conséquences du traumatisme pour son propre avenir. De ce fait, des évaluations cognitives exagérément négatives contribueraient au stress post-traumatique car elles conduisent à une surévaluation des propriétés aversives de l'expérience vécue. Par exemple, à une surévaluation du danger et à une sous-évaluation de sa propre compétence de faire face à la situation. En cela, ces évaluations augmentent la perception subjective de la menace et du risque actuel. Elles contribuent ainsi au maintient du sentiment de « menace actuelle » décrit dans le modèle d'Ehlers et Clark (2000).

Ces évaluations cognitives dysfonctionnelles se manifestent souvent sous la forme de pensées automatiques (p. ex., « je suis en danger »), de croyances (p. ex., « le monde est un lieu dangereux ») et/ou d'attributions dysfonctionnelles (p. ex., « j'estime le risque d'être tué sur la route à 80% »). Ces représentations mentales constituent un implicite qui conditionne notre regard sur le monde, soi-même et/ou son propre futur. Elles sont dites « cognitions chaudes » car elles s'associent toujours à une émotion qui en signale la présence. Ainsi, très souvent, l'émotion constitue la porte d'entrée à la prise de conscience de l'évaluation cognitive qui la produit. De manière un peu caricaturale, nous pouvons retenir que la peur condense en son sein une signification cognitive de type « je suis en danger, et/ou je ne peux pas faire face à la situation » ; la colère une évaluation de type « j'ai perdu quelque chose, X en est le coupable et j'ai les moyens de le lui faire payer »; la tristesse de « j'ai perdu quelque chose mais il n'y a pas de coupable et/ou je n'ai pas les moyens de le lui faire payer », etc.

La présence de ces évaluations dysfonctionnelles dans le cadre de l'ESPT est actuellement acquise et l'efficacité thérapeutique se fonde facilement sur leur modification. C'est le cas très directement par les techniques de « restructuration cognitive » qui visent la modification de ces évaluations dysfonctionnelles par des procédures telles que le questionnement Socratique. De nos jours, l'efficacité thérapeutique de cette méthode est validée aussi dans le cadre de l'ESPT (Brewin, 2003). Il est intéressant de constater que des études récentes indiquent que des évaluations cognitives dysfonctionnelles peuvent parfois préexister au traumatisme et constituer de ce fait un facteur de vulnérabilité (Bryant & Guthrie, 2005). Suite à ces observations, il a récemment été montré que la modification des évaluations cognitives dysfonctionnelles peut constituer un élément de prévention pour des populations à risque d'être exposées à des traumatismes (p. ex., les pompiers ; Bryant & Guthrie, 2005).

Etant donné que dans l'ESPT on trouve toujours un certain degré de peur, cette réponse a souvent été considérée comme l'émotion prépondérante dans le cadre post-traumatique. Ainsi, la diminution de la peur de la menace (réelle ou non) est souvent considérée comme l'objectif thérapeutique prioritaire de la prise en charge de l'ESPT (Foa & Kozak, 1986). Cependant, la littérature récente montre de manière convaincante que l'ESPT ne se caractérise pas forcément par une réponse de peur. D'autres émotions peuvent également le caractériser de manière prépondérante (colère, honte, culpabilité, tristesse, etc. ; p. ex., Brewin, 2003).

En résumé, il est possible de retenir que l'ESPT se caractérise par des évaluations cognitives de la menace et de ses séquelles amplement négatives. Ces évaluations contribuent au maintient d'un sentiment de « menace actuelle » et se manifeste par des « cognitions chaudes » colorées par une émotion spécifique. Bien que dans la grande majorité des cas l'ESPT s'associe à la peur, d'autres émotions sont également observées (colère, honte, culpabilité, etc.). Ces émotions autres que la peur, peuvent même s'avérer prédominantes dans le paysage affectif de certaines personnes souffrant d'ESPT. Il est couramment considéré que la présence de ces émotions constitue un élément de mauvais pronostic. Il est possible de postuler que les formes d'ESPT à prédominance non-PEUR soient résistantes aux traitements classiques cognitivo-comportementales, souvent basés sur les techniques d'exposition in vivo ou en imagerie ; Foa & Kozak, 1986). En effet, ces techniques d'intervention classiques sont conçues pour faire face prioritairement aux composantes anxieuses de l'ESPT (stress, peur, évitement, étc.). D'autres approches thérapeutiques, comme par exemple la « restructuration cognitive » (Wells, 1997) ou les approches « métacognitives » (Wells & Sembi, 2004) pourraient se révéler plus indiquées pour les personnes présentant un tableau clinique marqué par d'autres émotions (Grunert et al., 2007).

4.3.3. perturbation de l'élaboration du souvenir du traumatisme

Dans le cadre de l'ESPT on observe couramment deux phénomènes de mémoire distincts et apparemment contradictoires : (a) une sur-mémorisation de certains aspects du traumatisme qui, par la suite, peuvent réapparaître dans le champ de la conscience de manière intrusive (p. ex., flashback), et (b) des trous de mémoire pour d'autres aspects du traumatisme (p. ex., amnésie de l'événement ou désorganisation du souvenir autobiographique de l'événement).

Dans l'ensemble, les recherches relatives à la mémoire du traumatisme suggèrent que les deux types de souvenirs du traumatisme sont fonctionnellement et structurellement distincts (pour une revue détaillée de ces recherches voir Ceschi & Van der Linden, 2008). Bien que pour certains auteurs cette distinction est uniquement le fait d'une différence qualitative entre souvenirs issus d'un même processus de mémoire (Foa & Kozak, 1986), on postule actuellement que les souvenirs autobiographiques et les souvenirs intrusifs font appel à des processus de mémoire entièrement différents (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Brewin, 2001). Cette position s'accorde avec un certain nombre de modèles cognitifs de la mémoire qui postulent, par exemple, l'existence d'un système de mémoire perceptif indépendant du système de mémoire autobiographique ordinaire (Tulving & Schacter, 1990).

Brewin et al. (1996) résument cette pensée dans le cadre de l'ESPT au sein de la *théorie de la double représentation en mémoire du traumatisme* (cf. Figure 3).

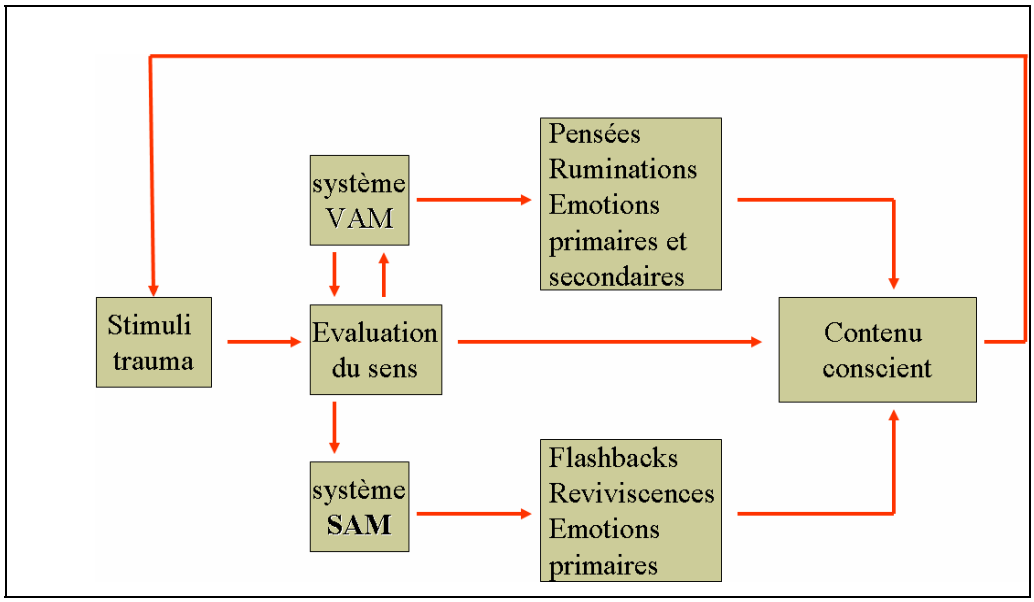


Figure 3: Modèle de la double représentation en mémoire du traumatisme (Brewin et al., 1996).

Comme illustré dans la Figure 3, pour ces auteurs deux systèmes de mémoire continuent à fonctionner en parallèle, mais par moments l'un peut prendre le dessus sur l'autre. Le système de "mémoire accessible verbalement" (VAM) se consacre au traitement des souvenirs du traumatisme intégrés en mémoire autobiographique et accessibles à une formulation verbale, orale ou écrite. Ces représentations du traumatisme sont intégrées dans un vaste réseau d'informations personnelles qui couvrent le passé, le présent et le futur de la personne. Elles font l'objet d'une récupération volontaire et leur évocation peut être communiquée aux autres. Cependant, ces souvenirs peuvent emmagasiner seulement une quantité réduite d'information. En effet, seulement les informations qui ont été considérées consciemment sont stockées. De ce fait, une distraction ou une forte activation au moment du traumatisme (*p. ex.,* associé à un processus de dissociation péri-traumatique) tendent à réduire considérablement le volume des informations enregistrées par le VAM.

Au contraire, les chercheurs considèrent que les flashbacks sont le produit du système de "mémoire accessible situationnellement" (SAM). Ce système est uniquement abordable par des indices situationnels - issus de l'environnement extérieur ou intérieur de la personne- qui déclenchent la production d'un souvenir intrusif de manière involontaire Indices de récupération). Le SAM contient un ensemble étendu d'informations perceptives, de bas niveau de traitement cognitif, liées à la scène du traumatisme (*p. ex.,* bruits, odeurs, etc.). Souvent, ces informations n'avaient pas été considérées fondamentales lors de l'événement traumatique et, de ce fait, n'avaient pas reçu les ressources attentionnelles nécessaires à un encodage dans le VAM. Le SAM retient aussi des informations relatives à la réponse corporelle de la personne, comme par exemple les variations du rythme cardiaque, de la température ou de la douleur. Toutes ces informations résultent, en fin de comptes, en des "flashbacks" vivaces et riches en détails sensoriels et fondamentalement enracinés dans le vécu émotionnel. Bien entendu, étant donné que le SAM n'utilise pas de code verbal, ces souvenirs sont difficilement communicables aux autres, comme à soi-même. En effet, il est parfois difficile de leur donner un sens, de comprendre ce qui les déclenche ou de les contrôler.

La théorie de la double représentation reçoit un incontestable appui par les données empiriques publiées dans le cadre des neurosciences affectives. Grâce à une vaste revue de la littérature, Brewin (2001) souligne ainsi l'importance pour le SAM de l'amygdale, et pour le VAM de l'hippocampe.

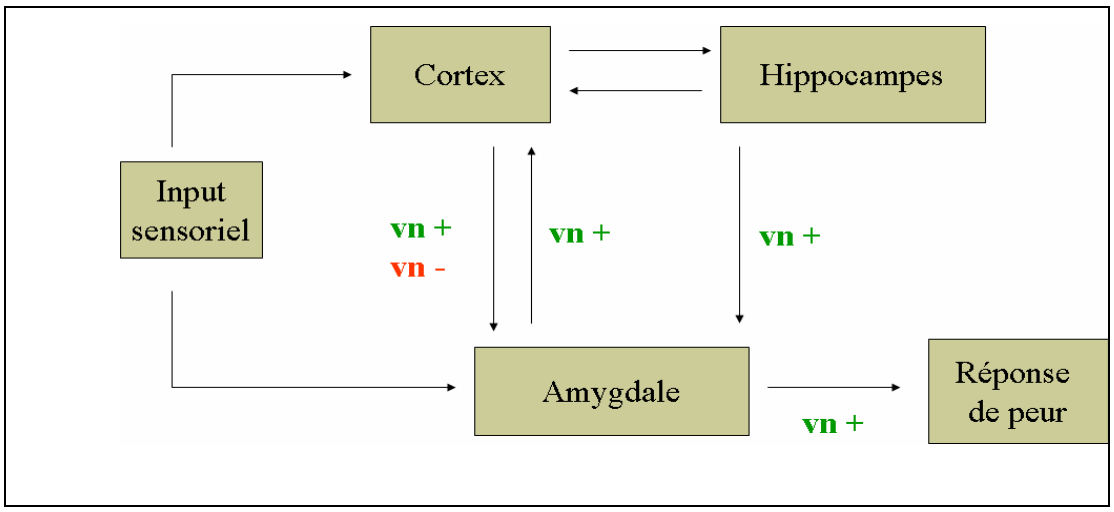


Figure 4 : Systèmes cérébraux impliqués dans le contrôle de la réponse de peur. *Note* : vn + = voie nerveuse activatrice ; vn - = voie nerveuse inhibitrice.

Comme indiquée dans la Figure 4, on considère au sein des neurosciences affectives que tout input sensoriel (p. ex., un traumatisme) fait l'objet d'un double encodage : l'un de niveau sous-cortical, rapide et implicite, lié à l'amygdale (SAM) qui produit, entre autre, des réponses de peur et des souvenirs intrusifs ; l'autre de niveau plus cortical, lent et explicite, lié à l'hippocampe (VAM) qui produit des souvenirs autobiographiques contextualisés. Comme indiqué dans la figure 4, ces deux systèmes entretiennent des multiples relations mutuelles d'activation et/ou d'inhibition. Sans vouloir entrer dans les détails de cette argumentation, il est intéressant de signaler ici que le stress exerce des actions très différentes sur l'hippocampe (inhibition) et sur l'amygdale (activation). En effet, une réaction de stress produit la libération, entre autres hormones, d'adrénaline et de glucocorticoïdes. L'adrénaline exerce une action activatrice sur l'amygdale, alors que le cortisol affecte de manière défavorable le fonctionnement de la mémoire lié à l'hippocampe (Nadel & Jacobs, 1998). Ce pattern différentiel d'effets du stress sur les circuits de mémoire implique donc que l'événement traumatique peut favoriser l'encodage par le SAM et entraver le traitement déclaratif par le VAM. Cette prédiction neurobiologique, correspond globalement à la "radiographie" du fonctionnement de la mémoire des personnes souffrant d'un ESPT : une sur-mémorisation de certain aspect peu explicités du traumatisme qui réapparaîtra sous forme de flashbacks et/ou des activation physiologiques sans cause apparente, et une sous-mémorisation d'une narration cohérente du traumatisme sous la forme d'un souvenir autobiographique inséré dans un contexte spatio-temporel cohérent.

L'activation amygdalienne est également au centre des mécanismes de conditionnement classique fondés sur l'apprentissage d'une association avec un stimulus menaçant non conditionné (LeDoux, 1986). En accord avec cette observation, une étude montre que les personnes souffrant d'un ESPT développent des réponses conditionnées aux stimuli aversifs plus rapidement que les autres personnes. Par ailleurs, l'extinction de ces réponses conditionnées est plus difficile (Orr et al., 2000).

Finalement, comme spécifié dans la Figure 4, il est intéressant de relever que les structures corticales supérieures peuvent avoir un effet inhibiteur sur l'amygdale, contribuant à diminuer la réponse de peur. Ainsi, bien que les souvenirs encodés par l'amygdale soient résistants au changement, ils peuvent être inhibés par les structures corticales de haut niveau impliquées dans le recodage verbal du traumatisme. En d'autres termes, nous avons les moyens de contrôler et/ou de réguler, au moins partiellement, les conséquences stressantes de nos souvenirs traumatiques. Cette régulation passe par l'intégration du souvenir au sein d'un contexte autobiographique. Cette intégration permettra une réévaluation cognitive du sens du traumatisme et une mise à distance de l'expérience vécue.

En résumé, les souvenirs du traumatisme peuvent être de deux types : les "flashbacks" et les souvenirs autobiographiques ordinaires. De nombreux arguments des sciences cognitives suggèrent que ces deux types de souvenirs sont soutenus par deux systèmes de mémoire indépendants qui fonctionnent en parallèle. En accord avec la théorie de la double représentation en mémoire du traumatisme de Brewin et collaborateurs, les deux systèmes subissent des perturbations de sens opposé lors d'une situation fortement activatrice, telle un événement traumatique. Cette théorie de la double représentation en mémoire n'est pas seulement une bonne description des preuves scientifiques collectées, elle entraîne également des intéressantes implications cliniques telles qu'évoquées par Brewin (2001). D'après l'auteur, la constitution d'un souvenir autobiographique verbal intégré dans le temps et l'espace, inhibe le déclenchement des flashbacks, du moins pour les informations situationnelles intégrées dans la représentation verbale. Ce recodage verbal peut se faire par la confrontation avec les points douloureux du souvenir traumatique (les "*hot spots*"). Bien entendu, ce processus doit être répété plusieurs fois, parce que les informations contenues dans le SAM qui doivent être recodées dans le VAM peuvent être nombreuses. Les Figures 5 et 6 résument les deux étapes de ce mécanisme de recodages des caractéristiques du traumatisme.

Comme illustré par la Figure 5, la réponse de peur produite par l'amygdale reste activée tant que tous les indices traumatiques ne sont pas recodés dan le VAM (codage partiel des indices F1-F10 uniquement). La répétition du processus de codage du traumatisme, par exemple par une exposition en imagerie au souvenir traumatique permet de recoder tous les indices traumatiques (de F1-F20) et d'inhiber ainsi progressivement la réponse de peur (Figure 6). Vu les capacités de recodage limitées du VAM, l'efficacité de ce processus est souvent fonction de ses multiples répétions.

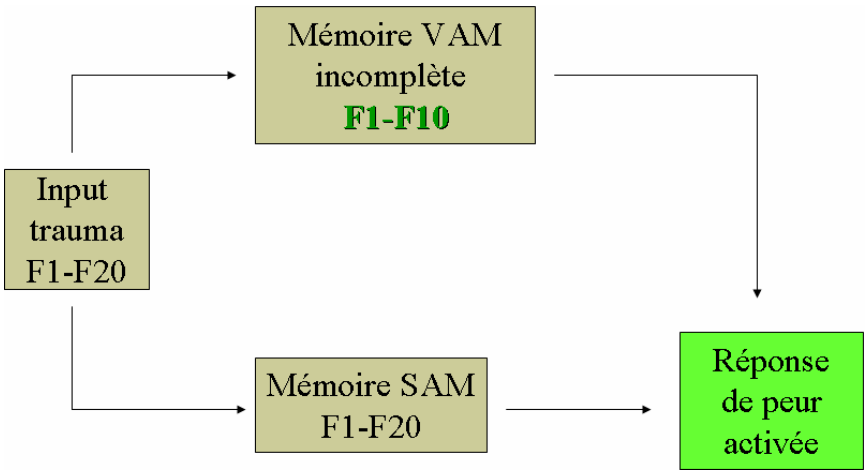


Figure 5 : Peu d'indices traumatiques (re)codés dans le VAM → Réponse de peur activée.

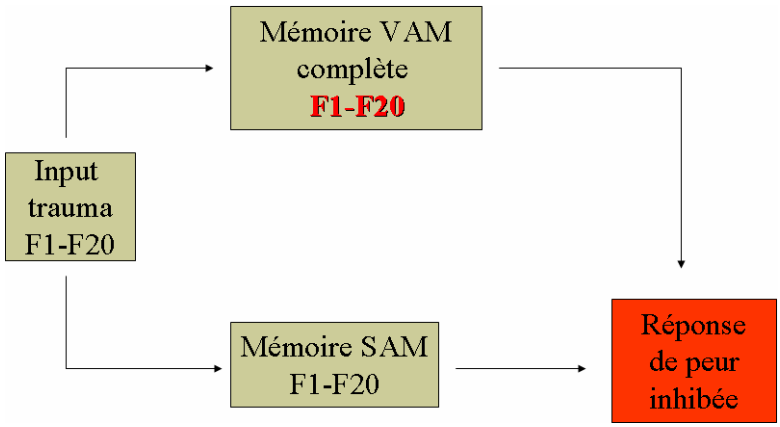


Figure 6 : Tous les indices traumatiques (re)codés dans le VAM → Réponse de peur inhibée.

D'un point de vue descriptif, la mémoire des personnes souffrant d'ESPT se caractérise principalement par des souvenirs intrusifs produits par la SAM. Ces souvenirs apparaissent rapidement et spontanément, faisant intrusion dans la conscience de la personne avec une fréquence élevée. Ils se manifestent facilement sous la forme d'images ou de sensation perceptives. De ce fait, ils sont couramment connus sous le terme générique d'« images intrusives ». Ces images sont accompagnées d'un éveil physiologique élevé et sont vécues comme des reproductions du traumatisme (flashback). D'autres souvenirs du traumatisme de cette nature peuvent également être plus fragmentés et consistent en des sensations tactiles, visuelles, auditives, et/ou olfactives isolées. Ces derniers souvenirs peuvent avoir les qualités des flashbacks sans nécessairement correspondre à un événement facilement reconnaissable. Rothschild (2000) appelle ces souvenirs des « mémoires corporelles » soulignant par-là leur caractère éminemment perceptif. Tous ces « souvenirs intrusifs » se distinguent qualitativement des « souvenirs ordinaires » de l'événement traumatique, dit autobiographiques. Ainsi, les « souvenirs autobiographiques ordinaires » sont récupérés en mémoire à long terme par une recherche intentionnelle. Au contraire, les « images intrusives » apparaissent dans le champ de la conscience de manière automatique et totalement indépendante de la volonté de la personne. Très souvent, les personnes disent ne pas avoir souhaité revivre ces images intrusives et, au contraire, avoir tenté activement de les supprimer. Dans les flashbacks, l'émotion semble être synthétisée dans son intensité d'origine. Souvent, l'évocation du traumatisme suffit à déclencher des images intrusives. Cependant, avec le temps, les personnes deviennent capables de rappeler délibérément et de décrire certains aspects de leur expérience traumatique de manière dépassionnée, sans que cela continue de provoque des flashbacks complets. Toutefois, des flashbacks peuvent encore être suscités par la récupération de certains détails du traumatisme ou par des indices de récupération inattendus. Il est intéressant de considérer que n'importe quel objet ou sensation peut constituer un indice de récupération d'une image intrusive conservée dans le SAM. Très souvent, ces indices de récupération n'entretiennent aucun lien explicite avec le traumatisme d'origine. La compréhension de ces liens implicites est longtemps restée dans l'ombre. Récemment, une série d'études expérimentales récentes nous montre que le lien existant entre les stimuli idiosyncratiques et le traumatisme d'origine est souvent uniquement spatio-temporel (Michael et Ehlers, 2007). Autrement dit, n'importe quelle perception ou sensation (même la plus insignifiante) ayant apparût en même temps (ou juste avant !) le traumatisme peut, successivement, constituer un indice de récupération d'une image intrusive. Par exemple, un homme emprisonné pendant des années par des terroristes présentait, sans comprendre pourquoi, des importantes réactions de panique à chaque fois qu'il entendait frapper à la porte. En cours de traitement et avec une observation personnelle minutieuse, il avait progressivement pu relier cette situation anxiogène à son emprisonnement. En effet, ses geôliers frappaient toujours à la porte de sa cellule avant d'entrer pour un interrogatoire. Comme prédit par le modèle VAM-SAM, la compréhension progressive de la nature de ce lien a progressivement permis d'inhiber l'activation de la réponse de panique qui y était associé et de constituer une narration verbale de l'événement. Autrement dit, le souvenir traumatique intrusif est recodé au sein d'un souvenir autobiographique ordinaire.

4.3.4. mécanismes de contrôle de la menace et des symptômes

De manière générale, l'ESPT se caractérise par une alternance entre reviviscence et évitement des souvenirs du traumatisme. En effet, les personnes souffrant d'ESPT tentent spontanément à faire face à leur souffrance par de nombreuses stratégies de contrôle cognitives (suppression de la pensée, dissociation, etc.) et comportementales (conduites de prévention, alcool/médicaments, abandon d'activités, etc.). Il est actuellement acquis que ces stratégies de contrôle permettent aux personnes souffrant d'ESPT d'éviter la confrontation avec les souvenirs, les pensées, les personnes, les lieux, les situations ayant un lien avec le traumatisme d'origine. Or, si ces stratégies de contrôle diminuent l'activation émotionnelle sur le cours terme, elles entraînent cependant toute une série de conséquences paradoxales indésirables sur le plus long terme. Ce constat intuitif s'appuie actuellement sur des évidences empiriques solides. Ainsi, par exemple, Wegner (1994) a montré que la suppression de la pensée participe très directement à l'augmentation de la fréquence d'apparition des images originairement supprimées. Un exemple simple permet d'illustrer ce phénomène connu sous le nom d' « effet de l'ours blanc ». Si on demande à une personne, laissée seule pendant 5 minutes, de nous rapporter le contenu de ses pensées pendant ce temps, il est peu probable qu'elle nous dise avoir pensé à un ours blanc. Or, si avant de la laisser seule nous lui demandons « de ne pas penser à un ours blanc » la fréquence des pensées liée à l'ours blanc va augmenter par rapport à la condition décrite précédemment. On considère aujourd'hui que des effets ironiques de cette nature sont à la base de l'augmentation de la fréquence des images intrusives dans le cadre de l'ESPT.

Pour Ehlers et Clark (2000), les stratégies de contrôle contribuent de diverses manières à la création d'un sentiment de « menace actuelle ». Premièrement, elles produisent directement des symptômes d'ESPT par des effets ironiques tels que ceux décrits par Wegner (1994). Deuxièmement, elles empêchent le changement des évaluations cognitives négatives parce qu'elles contribuent à bloquer l'apport d'informations nouvelles pouvant les infirmer. Finalement, elles détournent le recodage du souvenir du traumatisme du SAM au VAM, parce que ce processus nécessite un certain degré d'exposition aux représentations traumatiques.

4.3.5. conclusion et implication cliniques

En résumé et comme illustré dans la Figure 2, pour Ehlers et Clark (2000) les personnes souffrant d'ESPT effectuent un traitement cognitif particulier des informations de l'événement traumatique et/ou de ses séquelles. Ce traitement participe à la constitution d'un sentiment subjectif de « menace actuelle » par le biais de trois processus cognitifs dysfonctionnels: (1) des processus de mémoire fortement dominés par les souvenirs de l'événement traumatique de type perceptifs, récupérés en mémoire de manière involontaire et situationnelle par des indices de récupération, faiblement intégrés avec les autres souvenirs autobiographiques de la personne ; (2) des processus d'évaluation cognitive du traumatisme et/ou de ses séquelles particulièrement négative ; et (3) des processus de contrôle de la pensée entraînant des effets ironiques sur le traitement des informations traumatiques (p. ex., suppression de la pensée, évitements, mécanismes de dissociation, etc.). L'ensemble de ces processus aura diverses conséquences que voici :

Les informations traumatiques font l'objet d'un traitement chronique. Les personnes souffrent d'ESPT sont souvent incapables d'empêcher que les stimuli liés au traumatisme (indices de récupération) déclenchent automatiquement des souvenirs traumatiques chargés émotionnellement (images intrusives, flashbacks, etc.). De ce fait, ces personnes ont de la peine à considérer le traumatisme comme un événement passé et limité dans le temps.

Le traitement du traumatisme est inhibé prématurément. Les personnes souffrant d'un ESPT tendent à consolider en mémoire autobiographique seulement un souvenir partiel et déformé du traumatisme. De plus, ce souvenir ne sera pas remit en question de par les évaluations cognitives négatives qui le confirment et les stratégies de contrôle qui diminuent les chances de le remettre en cause.

L'évaluation du traumatisme et/ou de ses séquelles est catastrophique. La personne est incapable de considérer le traumatisme comme un événement ponctuel, limité dans le temps. De plus, ces évaluations négatives s'associent à des émotions négatives de forte intensité (selon le type d'évaluation négative de peur, colère, culpabilité, honte, tristesse) qui tendent à confirmer le caractère catastrophique de la situation.

De part ces observations, le principe général de l'intervention dans le cadre de l'ESPT sera d'aider la personne à réduire son sentiment subjectif de « menace actuelle » pour lui permettre de reconstruire un sentiment de sécurité et de confiance. Dans le cadre des thérapies cognitive-comportementale classiques, ce travail thérapeutique se pratique suivant trois axes d'intervention : (1) l'exposition de reviviscence au traumatisme (exposition in vivo ou plus souvent en imagerie), (2) la restructuration cognitive des évaluations dysfonctionnelles, et (3) l'apprentissage de stratégies d'acceptation au lieu que de contrôle des émotions.

Lors de l'exposition de reviviscence on demande à la personne d'évoquer le traumatisme dans tous ces détails sensoriel. La personne se lance dans ce récit comme si elle était en train de revivre le traumatisme, en partant images les plus douloureuses de l'événement (hot spots), et en rapportant les faits en détail à la première personne du présent. Le souvenir traumatique est élaboré et intégré dans le contexte des expériences autobiographiques précédentes et subséquentes à l'événement traumatique par un recodage des « hot spots » en souvenirs accessibles consciemment.

De part ce processus, l'information traumatique va acquérir un contexte (incluant la localisation dans le passé), ce qui va éliminer le sentiment de « menace actuelle » et restaurer un sentiment de sécurité. La récupération répétée de l'information reliée au traumatisme au sein du système de mémoire autobiographique va permettre d'intégrer cette information au sein de la connaissance autobiographique préexistante de la personne. Le traumatisme va être assimilé produisant par la même des changements dans les évaluations, et éventuellement dans la conception de soi et du monde. Ce processus s'accompagne automatiquement d'une restructuration cognitive.

Cependant, il est possible de compléter la modification des évaluations dysfonctionnelles par un questionnement socratique. Enfin, l'approche thérapeutique se doit de limiter l'usage spontané des stratégies comportementales et cognitives de contrôle qui empêchent l'élaboration du souvenir, exacerbent les symptômes, et empêchent le réexamen des évaluations problématiques.

Ces principes sont contenus dans divers protocoles d'intervention d'inspiration cognitivo-comportementale, notamment dans les techniques d'exposition (in vivo ou en imagerie) associées ou non à des programmes de restructuration cognitive. L'efficacité thérapeutique de ces méthodes d'intervention, et tout spécialement de l'exposition de reviviscence, est actuellement bien établie à la fois par des méta-analyses et par l'Institut National pour la Santé et l'Excellence Clinique Anglais (NICE, 2005).

Récemment, un certain nombre d'auteurs se sont demandé si l'exposition de reviviscence pouvait être considérée comme la procédure optimale à la fois pour activer des souvenirs traumatiques et pour réaliser une restructuration cognitive des évaluations dysfonctionnelles. Cette question s'est révélée suite à l'observation que l'exposition de reviviscence réduit les émotions de peur, mais laisse les autres émotions (colère, honte, etc.) pour ainsi dire inchangées (Grunert et al., 2007). Ainsi, une nouvelle technique d'imagerie commence à voir le jour au travers de la communauté anglophone : l'*imagerie de réinscription* (IR). L'IR peut être appliquée seule ou en association à une autre procédure, comme par exemple l'exposition de reviviscence. Le principe de base de cette procédure est d'intégrer au sein de la reviviscence du traumatisme des nouvelles informations structurantes. Très souvent, on demande à la personne lors de l'imagerie du traumatisme de se focaliser sur ses émotions, ses motivations et ses besoins. Lorsque la personne arrive à formuler ses points, elle est invitée à réinjecter ces informations dans une nouvelle image du traumatisme. Ceci conduit souvent la personne non seulement à exprimer (du moins en imagination) ses émotions et ses besoins inhibés, mais également à adopter un autre point de vue sur l'événement traumatique. De plus, nous pouvons considérer que cette méthode dépasse également la restructuration cognitive verbale, car elle fait appel à une modalité de traitement procédurale apparemment plus indiquée pour atteindre les souvenirs implicites en jeu dans l'ESPT.

Dans le domaine de l'ESPT il existe actuellement diverses variantes de cette procédure. Les plus courantes visent à la réinscription du souvenir traumatique à l'aide d'imageries de maîtrise (p. ex., terminer en imagerie un point du traumatisme resté en suspend; visualiser le traumatisme vécu pendant l'enfance avec les yeux de l'adulte ; imaginer l'accident avec la présence d'un ange gardien ; Arntz, et al., 2007) ou de compassion (se revoir avec un regard compassionné ; imaginer qu'on a agit au mieux de nos possibilités du moment ; imaginer qu'on laisse partir la personne décédée; Gilbert et al., 2004).

Une étude récente compare l'efficacité thérapeutique de l'exposition avec IR à celle de l'exposition seule (Arntz et al., 2007). L'étude montre auprès de 67 personnes souffrant d'ESPT que les deux conditions sont également efficaces pour réduire la sévérité des symptômes. Par contre, le complément IR se révèle meilleure sur trois points. Premièrement, la condition avec IR permet de diminuer le pourcentage de «drop out ». Deuxièmement, elle permet d'améliorer la gestion des émotions de colère, hostilité et culpabilité. Finalement, elle tend à diminuer le sentiment d'impuissance des thérapeutes et à augmenter leur degré de satisfaction face à la prise en charge.

En résumé, cette étude suggère que l'addition de l'IR contribue à rendre le traitement de l'ESPT plus efficace du moins pour les émotions autres que la peur (colère, culpabilité, etc.) et pour les personnes résistantes aux traitements plus conventionnels (p. ex., celles qui présentent un tableur clinique prioritairement orienté sur la colère). Ce dernier point a été confirmé par Grunert et al, (2007) qui ont observé une disparition des symptômes suites à un intervention IR chez 19 sur 23 patients ESPT n'ayant pas bénéficié d'un traitement conventionnel préalable. De plus, l'IR tend à rendre le traitement plus acceptable à la fois pour le patient (diminution du drop out) et pour le praticien (augmentation de son degré de satisfaction et diminution de son sentiment d'impuissance). Sachant la difficulté associée à la prise en charge de l'ESPT, à la fois pour le patient et le praticien, ces avantages ne sont certes pas à négliger.

Références

APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.

Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 373-393.

Brewin, C. R. (2003). *Post-traumatic stress disorder : Malady or myth ?* London, UK: Yale University Press.

Brewin, C. R., (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 765-784.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686.

Bryant, R. A., & Guthrie, R. M., (2005). Maladaptive appraisal as a risk factor for posttraumatic stress: A study of Trainee firefighters. *Psychological Science, 16*(10), 749-752.

Ceschi, G, & Van der Linden, M. (2008). L'état de stress post-traumatique: une perspective cognitive. In Van der Linden, M., & G. Ceschi (Eds.), *Traité de psychopathologie cognitive : Etats psychopathologiques* (Tome 2, pp 55-107). Marseille : Editions Solal.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.

Gilbert, P. and C. Irons (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people." *Memory 12*(4), 507-516

Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Jouranl of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*, 317-328.

Holmes, E. A., Brewin, C. R., & Hennessy, R. G. (2004). Trauma films, information processing, and intrusive memory development. *Journal of Experimental Psychology: General, 133*, 3-22.

LeDoux, J. E. (1986). Sensory systems and emotion: A model of affective processing. *Integrative Psychiatry, 4*, 237-248.

Michael, T., & Ehlers, A. (2007). Enhanced perceptual priming for neutral stimuli occuring in a traumatic context : Two experimental investigations. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 341-358.

Nadel, L., & Jacobs, W. J. (1998). Traumatic memory is special. *Current Directions in Psychological Science, 7*(5), 154-157.

NICE (2005). *Clinical Guideline for the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Summary of recommendations for health professionals* (www.nice.org.uk/cg026quickguide).

Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York, NY: Norton & co.

Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry, 158*, 594-599.

Tulving, E., & Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory systems. *Science, 247*, 301-306.

Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*, 34-52.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, GB, Wiley.

Wells, A. and S. Sembi (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Manuscript submitted to publication*.

4.4. Diagnostics

Ainsi, toute personne exposée à un événement potentiellement traumatisant peut présenter des réactions psychiques susceptibles de la marquer durablement. Par traumatisant, nous entendons un événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychique ou physique, voire susceptible de causer un changement particulièrement marquant dans la vie de la personne, comportant des conséquences désagréables et durables et conduisant à un trouble de l'adaptation. Il peut s'agir du résultat d'un comportement humain ou de causes naturelles, dont l'étendue peut être micro- (impliquant un petit nombre de personnes) ou macro-sociale (où un grand nombre de personnes sont impliquées).

En effet, une catastrophe peut être naturelle, comme un tremblement de terre, une éruption volcanique, un cyclone, une tempête de neige, une inondation, un incendie etc. ou le résultat de comportements humains tels une guerre, un génocide, une déportation de masse, un acte de terrorisme, un accident aérien, maritime ou ferroviaire par exemple, ou encore, sur une plus petite échelle, une prise d'otage, une attaque à main armée, des violences domestiques, une agression, un viol, un viol conjugal, un suicide, un accident par exemple.

Ces divers incidents critiques, bien que d'apparence forts différents les uns des autres partagent en commun d'être susceptibles :

- d'interrompre brutalement, et souvent modifier physiquement, le déroulement du quotidien des personnes impliquées. Ils altèrent la perception et la compréhension de la situation. Ils produisent chez la personne un **état de confusion** ;
- de représenter un danger pour l'intégrité physique et/ou psychique, de confronter à la mort. Ils provoquent un **débordement émotionnel**, inspirent la terreur, le dégoût et la douleur;
- d'être complètement en dehors du contrôle de la personne sur la situation, ses actions et son corps. Ils font passer la personne de sujet actif à un objet désarmé, éveillant ainsi un **profond sentiment d'impuissance**.

Selon Judith Herman, le traumatisme psychologique est une affliction des personnes rendues impuissantes par une force accablante, propre à déborder les capacités adaptatives ordinaires de l'individu de même que les systèmes conventionnels de soins qui éveillent un sentiment de contrôle, de lien à la vie et aux autres et finalement de signification à l'existence. D'après le "Compréhensive Textbook of Psychiatry" le dénominateur commun du traumatisme psychologique est le sentiment de "frayeur intense, d'impuissance, de perte de contrôle, et de crainte d'annihilation".

Alors que nous venons de proposer la confusion, le débordement émotionnel et le sentiment d'impuissance, Herman suggère de catégoriser les réactions traumatiques en trois autres regroupements : l'hyper vigilance, l'intrusion et la constriction. L'hyper vigilance reflétant l'attente persistante d'un danger imminent (débordement émotionnel), l'intrusion représentant l'empreinte indélébile de la situation traumatique (reviviscence) et la constriction illustrant l'engourdissement émotionnel, la reddition (impuissance).

Hyper vigilance

Après une expérience traumatique, le système humain d'auto-défense semble se mettre en état d'alerte permanent, comme si le danger pouvait revenir à tout instant. La personne souffre d'une combinaison de symptômes d'anxiété généralisée et de craintes spécifiques. Son corps et son esprit sont en continuel état d'alerte.

Permettez-moi la métaphore suivante : c'est comme si l'ampoule rouge du danger avait été allumée avec une telle quantité d'énergie qu'un court-circuit avait fait qu'elle reste constamment allumée. L'alerte restant ainsi engagée, le corps et l'esprit demeurent en permanence prêts à l'action…mais quelle action ? De la sorte, toute nouvelle situation est abordée à partir de l'à priori d'un danger imminent, avec toute la série de comportements agressifs ou hostiles qui s'y rattachent.

Intrusion

Bien après que le danger soit passé, les personne traumatisées revivent les événements comme si ils se déroulaient à nouveau dans le présent. Elles ne peuvent retourner au cours normal de leur existence, constamment interrompues qu'elles sont par le traumatisme.

La mémoire traumatique semble manquer de mots et de contexte ; plutôt elle semble encodée sous forme de sensations et d'images frappantes. La focalisation intense sur des sensations fragmentées et des images sans contexte donne à cette mémoire traumatique une impression augmentée de réalité.

Qu'elle que soit la façon avec laquelle on se la représente, compulsion de répétition (Freud) ou tentative d'intégration de l'événement (Janet, Horowitz, Russell) cette reviviscence n'est souvent ni consciemment recherchée, ni bien accueillie. Etant donné qu'elle produit une si intense détresse émotionnelle, les personnes déploient une énergie folle à l'éviter. Or les efforts pour échapper aux symptômes d'intrusion, bien que visant l'autoprotection, tendent à aggraver le syndrome post-traumatique. En effet, ces tentatives d'évitement trop souvent nécessitent un rétrécissement de la conscience, un retrait des interactions avec les autres et un appauvrissement de l'existence. Par ailleurs, l'expérience clinique tendrait à montrer une relation étroite entre l'évitement (chercher à ne plus repenser à l'événement) et les intrusions soudaines de mémoires dramatiques (flashback).

Constriction

Lorsqu'une personne est complètement impuissante, que toute forme de résistance se montre vaine, elle peut entrer dans un état de résignation. Le système d'auto défense s'écroule totalement. La personne désespérée s'échappe alors de sa situation, non pas par une action dans le monde réel, mais bien par une modification de son état de conscience.

Cette altération de conscience est le noyau de la constriction ou de cet état d'engourdissement émotionnel, de déréalisation ou dépersonnalisation. En effet, il arrive que des situations de danger imminent et inévitable produisent plutôt que de la terreur et de la rage, paradoxalement un état de calme, de détachement dans lequel la rage, l'effroi et la souffrance se dissolvent. Les événements continuent à être enregistrés, mais comme déconnectés de leur signification ordinaire.

Cet état de conscience modifié peut être considéré comme un geste de pitié et de compassion de Mère Nature, geste propre à protéger contre une détresse insupportable. Cependant, il tend à gêner la personne dans ses capacités à faire face, à anticiper et à faire des plans pour le futur. Il semble participer au développement du sentiment d'impuissance, de la perte de contrôle, au désengagement de la personne de ses responsabilités et à l'accroissement de croyances dans un pouvoir surnaturel, aux forces magiques et à la destinée.

La dialectique du traumatisme

Toujours selon Judith Herman, nous retrouvons, à la suite d'une expérience terrifiante, un rythme oscillatoire entre intrusion et constriction. Cette dialectique entre états psychologiques opposés pourrait bien être l'élément caractéristique de la souffrance traumatique. Etant donné qu'aucun de ces symptômes d'intrusion ou de constriction ne permet l'intégration de l'événement, le fait d'alterner ces états opposés pourrait être considéré comme une tentative d'atteindre un équilibre satisfaisant entre les deux. Or, l'équilibre est précisément ce qui manque à la personne traumatisée. Elle se retrouve enfermée entre l'amnésie et la reviviscence constante des événements, entre un débordement et un sentiment aride d'engourdissement et de détachement émotionnels, entre des actions hostiles impulsives et une complète inhibition de l'action. Ainsi, l'instabilité produite par cette alternance périodique exacerbe le sentiment d'imprédictibilité et d'impuissance chez la personne traumatisée. Dans ce sens, la dialectique du traumatisme tend à s'auto-perpétuer.

La personne, dans cet état d'alerte, est en attente de danger pouvant venir de n'importe où. Elle est sur ses gardes, hypersensible, vulnérable, irritable. Elle tend à interpréter les actions et les paroles de chacun dans le sens le plus hostile ou le plus funeste. Elle est déçue des autres, fâchée contre eux et de plus en plus méfiante à l'égard du genre humain. Ainsi, les événements traumatiques remettent en question les relations humaines de base. Ils brisent les liens d'attachement avec la famille, les amis et la communauté. Ils bousculent la construction du soi formée et soutenue par la relation aux autres. Ils minent les systèmes de croyance permettant de donner un sens à l'expérience humaine. Ils volent la foi en un ordre divin ou naturel et plongent la personne victime dans un état de crise existentielle.

Les dommages produit à la vie relationnelle ne sont pas, comme on le pensait, un effet secondaire du traumatisme. L'événement traumatique présente des effets primaires non seulement sur les structures psychologiques du soi, mais également sur le système d'attachement et de signification qui relient l'individu à la communauté.

Bien que chacun des signes répertoriés plus bas puissent apparaître individuellement dans d'autres troubles, ils sont considérés ici comme conséquences directes d'un facteur de stress important ou d'un traumatisme persistant. Ces derniers constituent le facteur causal primaire et essentiel, sans lequel le trouble ne serait pas survenu. Dans ce sens, bien que des facteurs de stress psychosociaux ou de vulnérabilité puissent précipiter l'apparition des troubles ou influencer le tableau clinique, la notion de prémorbidité n'est pas un élément essentiel, nous y reviendrons plus loin.

Les réactions produites par ces situations critiques sont répertoriées sous les diagnostics de : **réaction aiguë à un facteur de stress** (CIM-10) trouble transitoire sévère survenant à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. **Etat de stress aigu** (DSM-IV) à court et moyen terme. Il s'agit d'une réaction naturelle à une situation exceptionnelle et sa perturbation dure de 2 jours à 4 semaines. Bien que l'intensité, les formes de l'événement et les réponses individuelles varient grandement, souvent ces réactions diminuent progressivement dans la mesure où l'individu reconnaît et accepte ses propres émotions. Parfois elles persistent, provoquant alors : un **état de stress post-traumatique** (CIM-10 / DSM-IV) à moyen et long terme. Il correspond au développement pathologique de l'état de stress aigu lorsque ce dernier n'a pas pu être dépassé ou intégré par le sujet. Il peut survenir de façon différée, plusieurs mois après le facteur de stress et devenir chronique). En fonction de la situation, si la personne n'a pas assisté à la scène et que l'aspect de "l'effroi" n'est pas présent, lorsque ce sont les implications de l'événement qui causent les réactions, ces dernières sont répertoriées sous : **troubles de l'adaptation** (CIM-10).

Le **tableau 2** (annexe 6.3) nous permet une comparaison entre l'Etat de stress aigu (ESA) et l'Etat de stress post-traumatique (ESPT) dans le DSM-IV. Il apparaît que ces diagnostics ont en commun :

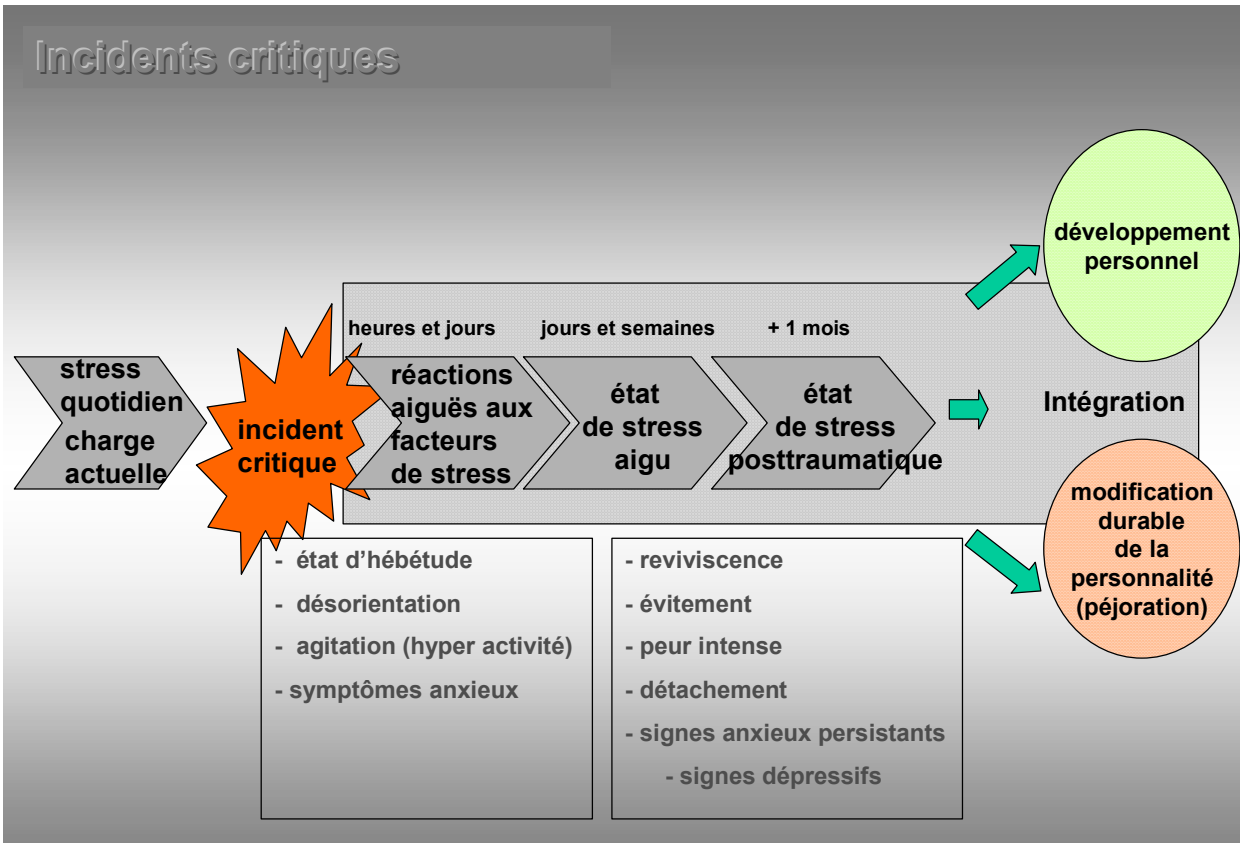
- l'exposition à une situation traumatique,
- la reviviscence de l'événement,
- l'évitement des stimuli y étant associés,
- les symptômes anxieux,
- la perturbation socio-professionnelle.

Ces diagnostics diffèrent principalement quant à l'inscription des réactions dans le temps. En effet, dans l'ESA la perturbation dure de deux jours à quatre semaines alors que le ESPT s'étale sur trois mois et que le ESPT chronique ne spécifie pas de limite.

La première différence apparente au niveau des symptômes concerne le point B de l'ESA, les symptômes dissociatifs. Une deuxième différence apparaît au point C du ESPT, l'émoussement de la réactivité générale, avec l'incapacité de se souvenir d'une partie de la situation, la réduction de l'intérêt pour la participation à des activités importantes, le sentiment de devenir étranger par rapport aux autres et la restriction des affects, rendant ces diagnostics, somme toute, assez similaires. Pourtant une analyse plus poussée nous permet de réaliser que l'ESA semble souligner particulièrement l'état de choc et l'anxiété produits par la proximité de l'événement, alors que du ESPT fait ressortir les éléments dépressifs dont l'expérience clinique montre l'augmentation progressive avec l'éloignement de la situation critique.

Le **tableau 1** (annexe 6.2) compare la Réaction au un facteur de stress (RFS) à l'Etat de stress post-traumatique (ESPT) dans la CIM-10. L'immédiateté et l'état de choc (état « d'hébétude », avec rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, l'incapacité à intégrer des stimuli, la désorientation et la confusion) apparaissent ici encore plus clairement dans la RFS, alors que l'ESPT est décrit comme une réponse différée ou prolongée à l'exposition. Par ailleurs, la reviviscence et le mécanisme d'évitement n'apparaissent que dans l'ESPT.

Pour cette raison, nous recommandons l'utilisation de la terminologie de la CIM-10, où la différence semble mieux marquée et plus pertinente. Concernant le **tab 3 (6.4)**, comparant le RAF de la CIM-10 à l'ESA du DSM-IV, ce dernier propose l'analyse de correspondance suivante : « *Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'une Réaction aiguë à un facteur de stress diffèrent de ceux du DSM-IV de plusieurs manières : 1) tout d'abord des symptômes anxieux sont inclus ; 2) le début des symptômes doit survenir dans l'heure qui suit le facteur de stress et 3) les symptômes doivent commencer à diminuer dans les 8 heures pour les facteurs de stress transitoires et dans les 48 heures pour les facteurs de stress prolongés. Contrairement au DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne nécessitent pas que des symptômes dissociatifs soient présents ou que l'événement soit revécu de manière persistante* ». Pour la comparaison entre le diagnostic de ESPT dans ces deux ouvrages (**tab 4 / 6.5**) le DSM remarque : « *Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 d'un Etat de stress post-traumatique fournissent un critère différent pour le facteur de stress : une situation ou un événement « exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». L'algorithme diagnostique de la CIM-10 diffère de celui du DSM-IV en ce que le critère D du DSM-IV constitué des symptômes d'activation n'est pas requis obligatoirement mais peut être remplacé par l'incapacité de se souvenir d'aspects importants du traumatisme. A l'inverse du DSM-IV, les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 ne spécifient pas une durée minimale des symptômes* ». De plus, l'expérience clinique montre que les troubles dissociatifs (décrits uniquement dans l'Etat de stress aigu) ne sont pas rares chez les personnes souffrant de ESPT.



© M. Leuchter, M. Berclaz

Diagnostic de trouble de l'adaptation

Comme nous l'avons relevé plus haut, si l'exposition à une situation d'une intensité traumatique exceptionnelle produit une Réaction à un facteur de stress, un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables conduit à un trouble de l'adaptation.

F43.2 Trouble de l'adaptation (CIM-10)

Etat de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation), ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié). Le facteur de stress peut être limité au sujet ou concerner également ses proches ou sa communauté.

Par rapport aux autres troubles décrits sous F43,-, la prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle plus important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause. Ses manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association de ces manifestations), un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou à supporter la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Le sujet peut se sentir enclin à des comportements dramatiques ou à des actes de violence, mais ne s'y livre que rarement. Le trouble peut s'accompagner d'un trouble des conduites (p. ex. un comportement agressif ou antisocial), en particulier chez les adolescents. Aucun de ces symptômes n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. Chez les enfants, le tableau clinique comporte fréquemment des phénomènes régressifs, p. ex. une énurésie, un parler « bébé », ou une succion du pouce. Quand ces caractéristiques sont au premier plan, on doit poser le diagnostic F43.23.

Le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée (F43.21). Quand les symptômes persistent au-delà de six mois, on doit modifier le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique, et on peut noter les facteurs de stress persistants à l'aide d'un code Z (voir Chapitre XXI).

Quand le recours à un service de santé est motivé par une réaction normale et culturellement appropriée au décès d'un être cher (deuil), ne dépassant pas habituellement six mois, on ne doit pas utiliser un code du chapitre V (F), mais un code du Chapitre XXI (code Z). Exemples : Z63.4 (disparition ou mort d'un membre de la famille) et Z71.9 (guidance) ou Z73.3 (facteur de stress non classé ailleurs). Les réactions de deuil, brèves ou prolongées, considérée comme pathologiques en raison de leur expression ou de leur contenu, doivent être notées en F43.22, F43.23, F43.24 ou F43.25 ; quand elles persistent au-delà de six mois, elles doivent être notées sous F43.21 (réaction dépressive prolongée).

La présence d'un facteur de stress doit être clairement établie et il doit exister des arguments importants, au moins de présomption, permettant de penser que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur incriminé. Si le facteur de stress est relativement mineur, ou la relation temporelle entre sa survenue et celle du trouble (moins de trois mois) ne peut pas être établie, le trouble doit être classé ailleurs en fonction de ses caractéristiques propres.

Inclure : choc culturel
hospitalisme chez l'enfant
réaction de deuil

Exclure : angoisse de séparation de l'enfance (F93.0)

La définition de ces catégories diagnostiques ne repose pas exclusivement sur la symptomatologie et l'évolution mais également sur l'un ou l'autre des facteurs étiologiques suivants :

► un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress

► un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet.

Réaction aiguë à un facteur de stress **CIM-10**	**Etat de stress aigu** **DSM-IV**
Trouble transitoire sévère survenant immédiatement après un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou jours.	Développement d'une anxiété caractéristique, dissociative et d'autres symptômes survenant dans le mois suivant l'exposition. Sa durée est de 2 jours à 4 semaines.

Etat de stress post-traumatique DSM-IV / CIM-10 :

Développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress.

aigu : moins de 3 mois ;

chronique : trois mois et plus ;

avec survenue différée : début des symptômes après 6 mois.

Troubles dissociatifs :

Il s'agit ici du terme que l'on utiliserait pour qualifier un état de stress post traumatique dont les réactions seraient spécifiquement dissociatives (amnésie dissociative, fugue dissociative, stupeur dissociative, troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens).

Troubles de l'adaptation :

Etat de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant le fonctionnement professionnel et social, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important

Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10) :

Modification durable de la personnalité faisant suite à l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour rendre compte de l'impact sur la personnalité.

Ces effets peuvent porter sur : les victimes de la situation, les témoins de l'événement, les sauveteurs et intervenants, les proches des trois catégories

4.5. Types de réactions

Symptômes dissociatifs

Pendant et après l'événement le sujet peut présenter des symptômes dissociatifs tels que : sentiment subjectif d'engourdissement, de détachement ou d'être étranger à la situation ; absence apparente de réponse émotionnelle; réduction de l'attention à l'environnement; déréalisation et dépersonnalisation amnésie dissociative; focalisation de l'attention sur un détail, une action ou une mission.

Reviviscence de l'événement

L'événement traumatique est constamment revécu au travers d'images, de pensées, de rêves, d'illusions, détails, framents, d'épisodes où la personne revit l'expérience. La personne ne peut s'empêcher d'y penser tout le temps, et vivre le besoin d'en parler constamment. Chez les enfants nous pouvons trouver des jeux répétitifs pouvant rappeler l'événement, un comportement désorganisé, des cauchemars sans contenu reconnaissable.

Evitement

Le sujet va présenter une tendance particulièrement importante à éviter tout ce qui pourrait réveiller le souvenir du traumatisme (comme les pensées, sentiments, conversations, activités, lieux, personnes etc.). En effet, il peut vivre une détresse intense face à tout ce qui pourrait rappeler ou se rapporter à l'événement traumatique. Dans son effet le plus important, l'évitement peut aller jusqu'à l'amnésie de tout ou partie de l'événement.

Signes d'anxiété et symptômes dépressifs

La personne montre dans un premier temps des signes profonds d'anxiété (troubles du sommeil, irritabilité, diminution de la concentration, hypervigilance, sursauts exagérés, agitation psychomotrice).

A moyen ou long terme, les signes d'anxiété sont souvent relayés par ceux de dépression et particulièrement ceux ayant trait à des douleurs chroniques ou encore un sentiment intense d'impuissance, d'inutilité, de perte d'estime de soi, le sentiment de ne pas pouvoir être compris. Chez l'enfant peut apparaître une agitation anormale, de l'irritabilité, le désir d'être seul, de fortes réactions à la séparation, la peur d'être seul aux toilettes, la peur de l'obscurité ou encore des comportements régressifs.

Désordres psychosomatiques :

Nous retrouvons fréquemment l'épuisement physique, une baisse du système immunitaire ainsi que différentes douleurs (maux de tête ou de ventre, mal de dos, douleurs musculaires). Finalement, tout terrain fragile du point de vue somatique est susceptible de voir développer une pathologie physique lorsque soumis à un stress important (extrêmement intense ou fort et durable).

Altération des fonctions socio-professionnelles :

La perturbation peut causer une détresse intense et provoquer de sérieuses altérations au niveau des relations sociales (retrait, dégradation des relations familiales, conflits de couple etc.,), du travail (absentéisme, perte de l'intérêt, diminution des compétences et des prestations) ou de tout autre champ d'activité. La capacité à mener à bien certaines obligations ou à demander l'aide nécessaire est également altérée.

Tendance à rapporter des événements traumatiques passés :

La personne à l'impression que sa vie ne consiste qu'en situations dramatiques et tend à se comporter de telle façon qu'elle se retrouve souvent dans une situation de victimisation. C'est comme si la personne dans un état de détresse, ne pouvait se souvenir que des événements de sa vie associés à cet état de détresse.

4.6. Catégorisation des réactions

De fait, l'analyse des cas de chocs intenses lors de situations critiques révèle que les personnes touchées réagissent de façons diverses. Les symptômes peuvent être divisés en quatre catégories, même si, en pratique, il n'est pas possible de séparer ainsi le corps de l'esprit ou des émotions. Devant un danger, l'organisme réagit de façon à assurer sa survie. Quel que soit le mode de défense choisi, les réactions physiologiques demeurent les mêmes. Quel que soit l'agent stressant, que le danger soit réel ou seulement appréhendé, le résultat sera le même.

réactions physiologiques

- baisse d'énergie, épuisement;
- faiblesse du système immunitaire (tendance aux rhumes, grippes, etc.);
- perturbations endocriniennes (menstruations, problèmes thyroïdiens,etc.);
- maux de tête, douleurs au dos ou musculaires;
- problèmes cardio-vasculaires
- frilosité avec bouffées de chaleur;
- changement dans les habitudes sexuelles : baisse ou augmentation de la libido, anorgasmie (absence d'orgasme).
- autres désordres somatiques.

réactions cognitives

- troubles de la mémoire, impossibilité de se souvenir d'aspects importants de l'événement;
- difficulté de concentration,
- diminution du champ de l'attention ;
- pensées récurrentes,
- images intrusives, flash-back;
- diminution de la confiance en soi, en ses capacités de jugement et de décision;
- perte d'objectivité;
- confusion;
- état de choc.

réactions psycho-émotionnelles

- anhédonie (absence de plaisir);
- étonnement, incrédulité;
- engourdissement émotionnel,
- sentiment de détachement;
- peur, phobie;
- vulnérabilité, susceptibilité;
- culpabilité ou sentiment d'indignité;
- impuissance;
- tristesse, solitude, désespoir, résignation;
- anxiété, angoisse,
- colère, rage;
- sentiment de ne pas être compris ;
- tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime.

réactions comportementales

- comportements d'évitement ;
- retrait, diminution de la participation à des activités significatives;
- prostration ;
- altération des champs familiaux et professionnels ;
- irritabilité, hostilité, instabilité et/ou
- comportements maniaques;
- tendance à se mettre en situation de danger;
- troubles du sommeil et de l'appétit;
- installation de dépendance aux toxiques (alcool, drogues et médicaments).

SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES AIGUS ET CHRONIQUES

événement	Symptômes (prédicteurs*)	diagnostic DSM-IV	diagnostic CIM-10
Réactions immédiates (péri-traumatique) quelques minutes à 1 jour	**dissociation** **activation physiologique** **évaluation cognitive**		**Réaction aiguë à un facteur de stress** (F43,0)
Réactions post-immédiates (stress aigu) 2 jours à 1 mois	**dissociation** **reviviscence** **évitement** **activation physiologique** **évaluation cognitive**	**Etat de stress aigu** (308.3) **ESPT forme "aiguë"** (309.81) (*si inférieur à 1 mois*)	**ESPT transitoire** (F43.1) (*si inférieur à 1 mois*)
Souffrances durables supérieure à 1 mois	**reviviscence** **évitement** **activation physiologique**	**ESPT forme "aiguë"** (309.81) *de 1 à 3 mois* **ESPT forme "chronique"** (309.81) (*supérieur à 3 mois*) **Troubles de l'adaptation** (309.0/F43.20)	**ESPT durable** (F43.1) *de 1 mois à 2 ans* **Modification durable de la personnalité** après une expérience de catastrophe (F. 62.0) (*supérieur à 2 ans*)

© G. Ceschi et M. Berclaz

Grazia Ceschi (non encore paru) relève que d'après un certain nombre d'études récentes, la présence des réactions marquées par (*) prédit de manière significative la survenue d'une réaction de stress durable. Toutefois, nous devons admettre qu'il s'agit ici des réactions propres à chacune de ces étapes et que la présentation de réactions immédiates n'implique pas de facto celle de réactions post-immédiates. Par ailleurs, l'ESPT peut être différé, ce qui signifie que les symptômes apparaissent de façon retardée alors que la personne peut n'avoir présenté aucun état de stress aigu, ni même de réaction immédiate. Par « évaluation cognitive », nous entendons une évaluation alarmiste (et souvent peu objective) de l'événement où la personne se disqualifie, se culpabilise de façon exagérée, envisage l'événement comme source d'une modification dramatique et durable de sa personne et son contexte, où elle appréhende son futur de façon définitivement pessimiste.

Nous l'avons relevé plus haut, une des critiques émanant des psychiatres français concernant le diagnostic tient dans le fait que l'ESPT ne peut prétendre regrouper toutes les réaction psychiatriques et psychologiques susceptibles de suivre un traumatisme psychique. Nous partageons d'autant cet avis qu'à notre sens aucune généralité propre à un diagnostic ne peut recouvrir l'ensemble des spécificités de chaque douleur individuelle. Au demeurant, il y a fort à parier que la généralité des événements extraordinaires ponctuels, sur un temps réduit, tende à produire des réactions globalement différentes de celles causées par des actes répétés et s'étalant sur une longue durée comme dans la maltraitance, les abus et la violence conjugale par exemple. Si ces situations sont aujourd'hui reconnues, leurs effets particuliers ne sont encore répertoriés dans aucune nosographie… or c'était justement là le propos du diagnostic de l'ESTP lors de sont établissement.

.

SYNDROME PSYCHOTRAUMATIQUE	ESPT CIM-10 (F43,1)	ESPT DSM-IV (309.81)
A – L'événement traumatique	A – L'événement traumatique	A – L'événement traumatique
A1 – violence et exception	A1 – exceptionnellement menaçant	A1 – menace de mort ou de blessure
A1 *bis* – relatif à personnalité ou conjoncture	A1 *bis* – prov. détresse pour quiconque	
A2 – vécu : effroi, non-sens, absences de secours	Mais prédisposition	A2 – vécu de peur, impuissance, horreur
B – Syndrome de répétition	**B – Symptômes de reviviscence**	**Symptômes de reviviscence**
Ses modalités de manifestation		
B1 – souvenir forcé	B1 – souvenirs envahissants	B1 – souvenir répétitif avec détresse
B2 – reviviscences hallucinatoires		B1 *bis* – perceptions et images flash-back
B3 – cauchemar de répétition	B2 – rêves, cauchemars	B2 – rêves répétitifs
B4 – vécu comme si … crises émotives		B3 – vécus comme si …
B5 – agir comme si … (conduites de répétition)		B1 *ter* – agir comme si … jeu répétitif
B6 – tics et sursauts de répétition		
B7 – rumination mentale de répétition		
Ses circonstances de survenue		
- spontanée		
- provoquée par stimulus	B3 – angoisse si exposé à stimulus évocateur	B3 – détresse si exposé à stimulus évocateur
	B3 *bis* – agressivité si exposé à stimulus évocateur	
- facilitée par altération de la conscience (endormissement, intoxication …)		B3 *bis* – flash-back de réveil ou d'intoxication
Ses registres non spécifiques		
- détresse		B1, B4 – détresse
- orage neurovégétatif		B5 – réactivité physiologique à stimulus évocateur
- raidissement de l'attitude		
D – Symptômes non spécifiques	**D – Activation neurovégétative**	**D – Hyperactivité neurovégétative**
D1 – anxiété	D3 – anxiété, dépression, idées suicidaires	
D2 – asthénie physique, psychique, sexuelle		D3 – difficulté de concentration
D3 – symptômes psychonévrotiques		
D4 – troubles psychosomatiques		
D5 – troubles des conduites	D4 – troubles du comportement, abus d'alcool, etc.	
		D2 – accès de colère
C – Altération de la personnalité		
Ca – blocage de fonction de filtration		
C1 – état d'alerte	D1 – hypervigilance, état qui-vive	D4 – hypervigilance
C2 – sursaut à tout stimulus		D5 – réaction de sursaut exagérée
C3 – résistance à endormissement, réveils fréquents	D2 – insomnie	D1 – difficulté endormissement, sommeils interrompu
	C – Contexte d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel	**C – Evitement des stimuli évocateurs, émoussement de la réactivité générale**
C4 – attitude de prospection-évitement	C1 – évitement des stimuli évocateurs	C1 – éviter pensées et sentiments évocateurs
C5 – retrait de l'environnement	C2 – éviter activités et situations évocatrices	C2 – éviter activités, lieux, gens évocateurs
		C3 – incapacité de se souvenir un aspect …
Cb – blocage de fonction de présence		
C6 – réduction d'intérêt pour loisir et travail		C4 – réduction d'intérêt pour activités antérieures
C7 – impression d'avenir bouché		C7 – sentiment d'avenir bouché
C8 – impression de détachement du monde	C8 – insensibilité à l'environnement	
Cc – blocage de fonction d'affection		
C9 – sentiment de détachement d'autrui	C5 – détachement par rapport aux autres	C5 – sentiment de détachement d'autrui
	MODIFICATION DE LA PERSONNALITE APRES EXPERIENCE DE CATASTROPHE (F62.0)	
C10 – régression narcissique	***e – détachement des autres***	C6 – restriction affects, incapacité d'aimer
C12 – irritabilité	***a – attitude hostile, méfiance envers le monde***	D2 – irritabilité
C13 – retrait social	***b – retrait social***	
	c – sentiment de vide ou perte d'espoir	
	d – impression d'être sur la brèche, menacé	
F ***– Souffrance psychique et invalidation sociale variables (gamme de cas)***	**F – MODIF-PERSO** : degradation du fonctionnement social	**F** – Entraîne une souffrance significative et une altération du fonctionnement social
E ***– Temps de latence dans tous les cas***	**E** – Latence : quelques semaines ou mois	**E** – "*différé*" si éclos 6 mois après le trauma
Affection durable, voire chronique	- **ESPT** : transitoire ou durable, évolue vers guérison	La perturbation dure plus d'un mois
	- **MODIF-PERSO** : dure plus de 2 ans, irréversible	(<3 mois = "*aigu*" : >3 mois = "*chronique*")

Tiré de : Crocq, L. *Les traumatismes psychiques de guerre*, Ed Odile Jacob, Paris, 1999.

5. PREMORBIDITE VERSUS RESILIENCE

5.1. Evolution du concept de prémorbidité

Cette étude attentive des diagnostics concernant le traumatisme psychologique nous mène au développement de quelques réflexions portant sur certaines notions telles la pertinence du concept de prémorbidité dans ce champ particulier, ainsi que la nécessité et les formes d'intervention.

Une croyance relativement répandue tant parmi le grand public que chez les professionnels de la santé mentale, nous l'avons vu plus haut, associe l'apparition et la force des réactions suite une situation critique à une vulnérabilité intrinsèque à l'individu, voire à un trouble psychique ou de la personnalité antécédents à l'événement. Voyons ici ce qu'en dit le CIM-10 dans ce domaine :

« Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faudra prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces facteurs ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé. En revanche, on admet que les troubles réunis sous F43 sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. L'événement stressant ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu... Les différents symptômes d'une Réaction aiguë à un facteur de stress ou d'un trouble de l'adaptation peuvent se rencontrer également dans d'autres affections ; ils présentent toutefois ici certaines caractéristiques particulières qui justifient leur regroupement dans une catégorie autonome.»

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress : «Trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel... Le diagnostic repose sur la présence d'une relation temporelle directe et évidente entre la survenue d'un facteur de stress exceptionnel... Ce diagnostic ne s'applique pas lors d'exacerbations soudaines de symptômes chez des sujets qui présentaient antérieurement des manifestations répondant aux critères d'un autre trouble psychiatrique, sauf s'il s'agit d'un trouble de la personnalité. Néanmoins, la présence, dans le passé, d'un autre trouble psychiatrique ne fait pas éliminer le diagnostic ».

F43.1 Etat de stress post-traumatique : « Des facteurs prédisposant, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome. »

F43.2 Trouble de l'adaptation : « ...la prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle plus important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause... La présence d'un facteur de stress doit être clairement établie et il doit exister des arguments importants, au moins de présomption, permettant de penser que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur incriminé... »

Ainsi, les troubles rassemblés dans cette catégorie ne sont pas considérés comme des maladies mentales, mais bien plutôt comme des réactions « naturelles », pour ne pas dire normale, suite à un événement d'une extrême intensité. De même, nous devons admettre que : « la présence, dans le passé, d'un autre trouble psychiatrique ne fait pas éliminer le diagnostic ». En d'autres termes, n'importe qui, sans exception, est susceptible de présenter de fortes réactions lorsque confronté à de telles situations, ce qui, tout bien considéré, semble tomber sous le sens.

Cependant, le sujet semble suffisamment important et intéressant pour ne pas être balayé aussi facilement. En fait, comment peut-on comprendre cette croyance tant répandue concernant la prémorbidité ?

A mon sens, cette croyance est associée à deux phénomènes distincts. Le premier pourrait bien consister dans la forme des réactions, et serait alors relié aux traits ou à la structure de personnalité. Le second pourrait tenir dans le fait que la majorité des personnes confrontées à un événement traumatique tendent à rapporter des expériences traumatiques antérieures voire même à relier et éventuellement mélanger la situation critique actuelle à un ou des événements dramatiques passés. Ce dernier point serait, à notre avis, à rattacher au fonctionnement dynamique du cerveau humain (ou de tout cerveau), qui tend à être basé sur un système d'association.

5.2. Structures et traits de personnalité

Non seulement certains traits de personnalité peuvent favoriser la survenue du syndrome ou en aggraver son évolution, mais également ils opèrent un impact important sur la forme des signes et des symptômes. De même, la structure de personnalité, lorsque la personne est confrontée à un événement extrêmement stressant, tend à apparaître d'une façon beaucoup plus claire. Autrement dit, lorsque l'individu présente d'intenses réactions, ses mécanismes de défense et ses peurs les plus profondes (angoisses prédominantes) vont apparaître clairement, révélant ainsi ses traits et structure de personnalité. Dans ces situations le professionnel de la santé mentale peut facilement se laisser tromper, amené à penser qu'il est confronté là à une pathologie mentale. En fait, les réponses varient grandement en fonction de la personne, de ses vulnérabilités individuelles ainsi que du type et de l'intensité de l'événement. Cependant, et quoi qu'il en soit, la forme et le genre de réaction vont inévitablement être relié à la structure de personnalité.

A l'instar de Jean Bergeret, rappelons ici certains éléments concernant les notions de normalité et de structure de personnalité. Par définition, « normal » signifie ce qui est relié à la norme. La norme étant un phénomène social, la normalité s'avère être une notion hautement relative, différente d'une culture à l'autre et sujette à des modifications constantes au fil du temps. G. Canguilhem, de son côté, estimait que l'être « normal » était celui adapté à son environnement, alors que la maladie mentale apparaissait avec la diminution de la tolérance de l'environnement à l'individu.

Avec S. Freud, on avait eu tendance à considérer les gens de structure névrotique (sujets dont la personnalité s'organise autour du complexe d'Oedipe et sur le primat du génital) qu'ils soient névrosés ou non comme normaux ou sains et les individus à structure psychotique (où l'Oedipe ne se trouve pas en position d'organisateur et pour lesquels l'économie génitale n'est pas essentielle) comme malades. Cependant, l'expérience a montré qu'il existe un passage aussi difficile entre une psychose et une certaine forme de "normalité", qu'entre une névrose et une autre forme de "normalité". Ainsi aujourd'hui, a-t-on tendance à distinguer "l'état normal" de "l'état de maladie" non plus en fonction de la structure ou de l'adaptation, mais en fonction de la "décompensation" ou d'un manque de structuration de la personnalité. Dans cette optique, l'homme considéré comme normal peut présenter, à tout moment, une pathologie mentale, y compris la psychose. La "normalité" correspond ici à des structures profondes, névrotiques ou même psychotiques, non décompensées (et qui ne le seront peut-être jamais), structures stables et définitives, qui se défendent contre la décompensation par une adaptation originale. Au contraire, la personne "pseudo-normale" ne jouit pas d'une structure profonde stable et définitive, mais est constituée, de façon parfois durable mais toujours précaire, par des aménagements divers lui conférant une apparence adaptée, afin de se défendre en particulier de la dépression selon Bergeret.

Toujours dans le cadre de la théorie développée par Bergeret, soulignons qu'une confusion certaine règne quant au sens donnés aux qualificatifs de « névrotique » ou de « psychotique ». En effet, on parle souvent de symptômes psychotiques en pensant au délire ou à l'hallucination, ou de symptômes névrotiques en parlant de la conversion hystérique, de rituels obsessionnels ou de comportements phobiques. Or, il s'avère qu'un épisode délirant peut se rencontrer en dehors de toute structure psychotique et une phobie est assez rarement d'étiologie névrotique. Ensuite et surtout, le symptôme présenté doit être considéré selon sa valeur relative, relationnelle, communicative et économique (dans le jeu des défenses par exemple).

Dans le même ordre d'idée, Bergeret fait remarquer qu'il n'est pas rare de rencontrer des défenses de type dit névrotique (y compris des symptômes) dans le système de protection des structures psychotiques vraies, et inversement, des défenses de type psychotique dans le camouflage de l'origine oedipienne des conflits au sein d'une véritable structure névrotique.

Pour ces diverses raisons, par prudence et pour ne pas se risquer à des diagnostics hasardeux, cet auteur suggère l'utilisation des termes de « mode » ou « d'allure » pour qualifier des éléments de forme névrotique ou psychotique. De plus, il souligne la nécessité de distinguer la décompensation d'une structure psychotique d'un épisode psychotique dans des cas particuliers tels, par exemple, l'accouchement, l'intervention chirurgicale - et particulièrement ce qui nous intéresse ici - le traumatisme pouvant amener quelques modifications du schéma corporel et mobiliser des décharges pulsionnelles importantes sans que l'on puisse parler de fond structurel psychotique.

Cependant, en fonction des relations aux parents, des frustrations, des conflits rencontrés, des traumatismes et parfois même de certains facteurs héréditaires (?), mais aussi des défenses organisées par le Moi, le psychisme va s'organiser, se cristalliser, en une structure stable (ou justement non stable) dont les trois modèles spécifiques sont la structure névrotique, la structure psychotique et les organisations propres aux états limites. Aussi longtemps que le sujet - qu'il réponde d'une structure ou d'une autre - n'est pas soumis à de trop fortes difficultés internes ou externes, il ne sera pas « malade ». Pourtant, si à la suite d'un événement, le « cristal » (Bergeret reprend ici la métaphore proposée par S. Freud) venait à se briser, il le ferait selon les lignes de rupture préétablies dans le jeune âge, ne pouvant développer qu'une décompensation sur sa propre structure. De même, l'intervention adéquate permet une « recompensation » sur sa propre structure, le passage d'une structure à l'autre n'étant pas possible.

Par ailleurs, dans la ligne des psychanalystes anglo-saxons et suite au travail de Mélanie Klein, W. Bion apporte un éclairage propre à complexifier encore ces notions de structures de personnalité. En effet, à partir de l'idée selon laquelle la structuration se fait, bien entendu dans le jeune âge, mais progressivement au cours du développement psychique, nous avons tous plus ou moins accès à chacune de nos étapes. De plus, la théorie kleinienne utilise le terme de « positions » (schizoparanoïde ou dépressive) plutôt que de stades soulignant ainsi la mobilité du système et donc la possibilité de passer de l'une à l'autre.

De son côté, Bion parle encore, par exemple, du « noyau psychotique » dont nous sommes tous pourvus et avec lequel nous sommes tous plus ou moins en contact, en fonction de notre organisation, de la souplesse de nos mécanismes de défense et du type de conflits ou de situations auxquels nous avons à faire. Cette approche permettrait d'expliquer le fait que, dans des situations où la vie même de l'individu ou celle d'autres personnes sont mises en danger – qui sont bien les situations qui nous occupent ici – les mécanismes de défense et l'angoisse présentés soient ceux généralement attribués à la structure psychotique (angoisse de mort ; déni de tout ou partie de la réalité, ici sous forme d'amnésie, d'évitement ; dépersonnalisation ; clivage ; projection par ex.).

5.3. Base neurophysiologique de la mémorisation

Dans son article, Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre suisse romand, (*Aux temps de la survie, le droit au silence, in Revue Médicale de la Suisse Romande, 117, 419-423, 1997*) fait remarquer que dans des situations de guerre ou de torture, le traumatisme s'étend sur une longue durée, qu'il est associé à toute une série de pertes aussi diverses que celles de proches, d'une maison, de biens matériels, d'un village ou d'un pays, d'un membre ou de l'usage d'une partie de son corps, d'une vision du monde et d'un sens donné à la vie. Il ne devient plus possible, dès lors, de dissocier deuil et réactions au traumatisme. Pour cette raison, il relève l'utilité du **concept de deuil congelé**.

Il explique qu'au cours d'un processus de deuil « normal », la première étape (de déni ou de non-réalisation), qu'il nomme phase de fermeture, vise à préserver la stabilité minimale nécessaire tant à la mise en route du deuil qu'à la confrontation à un environnement transformé par les pertes. Dans les situations où les menaces réelles persistent très longtemps, le deuil est interdit car il dilapiderait toute l'énergie nécessaire à la survie, à se cacher, s'enfuir ou se défendre.

L'auteur explique ce phénomène par la réaction physique au stress qu'est le jeu des vasoconstrictions et vasodilatations : « *… la circulation sanguine se voit modifiée : priorité est donnée aux organes dont le fonctionnement est nécessaire à la survie immédiate. Des feux rouges limitent l'accès de l'hémoglobine chargée d'oxygène aux systèmes digestif et urinaire. L'appareil de locomotion, quant à lui, est davantage irrigué. Comme si fuite ou attaque restait la seule alternative. Et il est important que nulle envie de manger ou d'uriner ne vienne entraver l'évasion ou le combat. … Et pour l'heure, l'élaboration psychique du deuil est retardée* ».

Il distingue les mécanismes de défense, permettant de protéger la vie psychique des menaces réelles ou subjectives, des modes de « coping » qui visent à assurer la survie physique, lorsque la vie biologique est en jeu. La mémoire des personnes traumatisées ne réussit pas à se détacher des événements, les souvenirs antérieurs ne sont plus accessibles et la répétition constante du souvenir des événements critiques correspond à un état d'alerte maximal visant à préparer la personne à la fuite ou l'attaque au moindre signe de danger. Aussi longtemps que dureront les menaces, le deuil congelé servira comme *« revêtement d'une armure ne laissant filtrer ni pluie, ni soleil, surmontée d'un heaume, étanche à la douleur et aux sentiments, dont le ventail a été soigneusement scellé pour qu'aucun mot ne passe* ». Ce n'est qu'au moment où tout danger sera écarté qu'éventuellement viendra le temps de l'élaboration du deuil, temps nécessaire à retrouver le goût du plaisir, de la connaissance, de l'action et de l'investissement affectif.

De l'évocation de traumatismes passés

Comme nous l'avons relevé plus haut, la majorité des personnes confrontées à un événement traumatique tend à évoquer, lorsqu'elle traite de cet événement, des expériences traumatiques antérieures. Souvent, les professionnels de la santé comprennent ce phénomène comme un deuil pathologique (la personne n'ayant pas pu faire le deuil d'une perte ou séparation passée, réagit trop fortement à cette situation), ou un signe d'une vulnérabilité particulière. Les sciences cognitives proposent une autre explication. En effet, afin de s'orienter dans des situations inhabituelles, notre cerveau semblerait comparer les nouveaux stimuli aux perceptions déjà enregistrées, comparer les nouvelles situations à des expériences partageant en commun certains éléments (sensation, perception, impression, émotion …).

A la lumière de cette explication, il est aisé de comprendre que, lorsque confronté à une situation traumatisante nous fassions référence à d'autres expériences de cet ordre. Pour expliquer le phénomène de façon plus précise, citons ici Daniel Goleman, tiré de "L'intelligence émotionnelle" (Robert Laffont, Paris, 1997) :

"*D'autres recherches ont montré qu'au cours des toutes premières millisecondes de la perception nous savons non seulement ce qu'est quelque chose, mais aussi si cela nous plait ou non; notre "inconscient cognitif" ne se contente pas de préciser l'identité de quelque chose à notre conscience, il lui donne aussi une opinion. "Nos émotions ont leur propre esprit, un esprit qui a ses idées à lui, tout à fait indépendantes de celles de l'esprit rationnel." …*

Ces opinions inconscientes sont des souvenirs affectifs dont l'amygdale est le siège. Les travaux de LeDoux et d'autres semblent montrer que l'hippocampe, longtemps considéré comme la cheville ouvrière du système limbique, enregistre et trouve un sens aux perceptions plus qu'il ne régit les réactions affectives. Sa fonction essentielle est de fournir une mémoire précise du contexte des événements, sans lequel il ne peut y avoir de sens émotionnel. C'est l'hippocampe qui permet de faire la différence entre l'ours que l'on voit au zoo et celui que l'on croise dans une forêt.

Si l'hippocampe mémorise les faits bruts, l'amygdale retient la saveur émotionnelle qui leur est attachée. Si nous évitons de justesse une collision sur une route à deux voies, l'hippocampe se souviendra des circonstances particulières de l'incident : l'endroit où cela s'est produit, les personnes qui étaient avec nous ou la marque de l'autre véhicule. Mais, chaque fois que nous doublerons dans des conditions similaires, c'est l'amygdale qui déclenchera une poussée d'anxiété. "L'hippocampe vous permet de reconnaître votre cousine. Mais l'amygdale ajoute qu'elle est antipathique", dit LeDoux.

Le cerveau recourt à une méthode simple mais astucieuse pour donner une force particulière aux souvenirs émotionnels : les systèmes d'alarme neurochimiques qui préparent le corps à réagir dans des situations dangereuses impriment leur marque dans la mémoire. En cas de stress (ou d'angoisse et même, vraisemblablement, d'excitation consécutive à une joie intense), le nerf qui relie le cerveau aux glandes surrénales déclenche la sécrétion des hormones épinéphrine et norépinéphrine. Celles-ci se répandent dans l'organisme et le préparent à faire face. Ces hormones activent des récepteurs le long du nerf vague ; celui-ci permet au cerveau de réguler le fonctionnement cardiaque, mais il transmet aussi en sens inverse des signaux déclenchés par l'épinéphrine et la norépinéphrine. Ceux-ci parviennent à l'amygdale, qui signale aux autres régions du cerveau de mémoriser avec soin ce qui se passe.

Apparemment, cette excitation de l'amygdale a pour effet d'imprimer dans la mémoire les moments d'émotion avec une force inhabituelle, c'est pour cela, par exemple, que l'on se souvient si bien de l'endroit où a eu lieu notre premier rendez-vous amoureux ou de ce que l'on était en train de faire lorsque l'on a appris le décès d'un être cher. Plus l'amygdale est excitée, plus profonde sera l'empreinte ; les souvenirs d'événements effrayants sont pratiquement indélébiles. Cela signifie qu'en réalité le cerveau possède deux systèmes de mémoire : l'un pour les faits ordinaires, l'autre pour les faits chargés d'émotion. Le second se comprend particulièrement bien du point de vue de l'évolution puisqu'il permet aux animaux de garder un souvenir vivace de ce qui est dangereux ou plaisant. Mais les souvenirs fortement émotionnels peuvent aussi être de mauvais conseillers sur le moment.

L'un des inconvénients de ces alarmes neuronales est que le signal envoyé par l'amygdale est parfois, et même souvent, dépassé, surtout dans l'univers social changeant qui est le nôtre. Dépositaire des "souvenirs affectifs", l'amygdale scrute les expériences vécues par l'individu et compare les événements actuels aux événements passés. Elle procède par association : quand un élément clé de la situation actuelle est semblable à un élément du passé, elle assimile immédiatement les deux situations, ce qui explique le manque de précision du système – il entre en action avant qu'il y ait entière confirmation. Il nous ordonne de réagir à la situation présente en fonction de pensées, d'émotions et de réactions tirées de circonstances qui ne sont souvent que vaguement semblables à la situation actuelle."

Ainsi, il apparaît que donner un poids excessif aux relations entre les différentes situations passées participe à maintenir une certaine confusion dans l'esprit de la personne victime, de plus cela est susceptible d'être vécu comme disqualifiant pour la personne, aux yeux de qui l'expérience spécifique est unique. Ce type de disqualification augmenterait fatalement le sentiment de ne pas être compris ou reconnu ressenti par la personne victime. D'un autre côté, utiliser les expériences passées afin de mobiliser les ressources, les compétences et les capacités à faire face de la personne, peut se montrer extrêmement efficace pour le processus de rétablissement.

De plus, dans certaines professions telles la police, les gardes frontières, les sapeurs pompiers, les infirmier(e)s urgentistes ou psychiatriques (susceptibles de travailler en contact avec la violence par ex.), ou encore les équipes d'organisations internationales de soutien, nous proposons d'utiliser la notion de "stress cumulatif". En effet, si ces professionnels semblent être moins à risque en ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, ils sont par contre victimes d'un épuisement, d'une certaine usure. Ils sont susceptibles de présenter – à une situation relativement banales selon leur expérience – des réactions intenses, produites par l'effet de sommation de l'ensemble de leurs confrontations à des événements potentiellement traumatisants.

- la confusion est moins intense étant donné que les situations rencontrées ne sont pas aussi inattendues, il s'agit de leur pain quotidien;
- le sentiment d'impuissance est atténué par le fait de remplir une mission, de se montrer capable d'agir les procédures acquises

Leur épuisement, sorte d'usure progressive pourrait bien être causé par :

► le sentiment de ne pas pouvoir remplir complètement leur mission,

► la confrontation entre leur idéal et la réalité,

► l'impression de ne pas être reconnu par la population, ni soutenu par leur hiérarchie,

► les horaires irréguliers, les difficultés familiales qui en découlent,

► mais surtout le cumul d'événements stressants ou traumatiques.

Finalement si les étiologies sont différentes entre l'état de stress post-traumatique, le stress cumulatif mais également l'épuisement professionnel, les signes et réactions sont plutôt semblables.

Toutefois, Grazia Ceschi (à paraître) relève cependant que de nombreuses études épidémiologiques ont progressivement allongé la liste de facteurs de risque, ou facteurs potentiellement précipitants. Ainsi, nous trouvons un nombre importants de variables prédictives (p. ex., sexe, histoire psychiatrique personnelle ou familiales, traumatisme préalable, QI, classe sociale, personnalité, ethnie, niveau de cortisol urinaire, qualité du sommeil, salaire, rythme cardiaque, dissociation, signes neurologiques mineurs, déficits mnésiques, évaluation cognitive…). Cependant eux méta-analyse récentes Brewin, Andrews & Valentine (2000 à partir de 77 articles) et Ozer, Best, Lipsey & Weiss (2003 à partir de 68 articles) semblent démontrer que les variables dites péri- ou post-traumatiques précoces disposent d'un pouvoir prédictif supérieur aux facteurs pré-morbides. Notamment, et dans l'ordre d'importance :

Pour Brewin et collègues : **- l'absence de support social,**
- le niveau de stress de base,
- la sévérité du traumatisme.

Pour Ozer et collègues : **- la dissociation péri-traumatique,**
- l'absence de support perçu,
- la menace perçue pour la vie,
- les émotions péri-traumatiques.

En d'autres termes, si le concept de prémorbidité en tant que tel n'est pas approprié, ni constructif. Il semblerait évident qu'ignorer la part du terrain ou du contexte serait de l'ordre du déni. Les recherches sus-mentionnées semblent bien démontrer l'importance de l'histoire de la personne, de la constitution de sa personnalité, des compétences ciselées par l'expérience, des fragilités produites par les aléas de l'existence comme de l'impact des circonstances et des contextes. Ainsi, en fonction de l'ensemble de ces divers éléments, la personne sera plus ou moins préparée, plus ou moins vulnérabilisée et plus ou moins protégée face à certains drames de l'existence.

Relevons cependant que ces recherches démontrent en particulier que les éléments les plus prégnants semblent bien être :

- la gravité de l'événement (menace pour la vie) ;
- le vécu pendant et juste après la situation (dissociation et émotions) ainsi que
- le sentiment subjectif d'être soutenu et entouré du point de vue social.

Concernant le dernier point, nous parlons de « sentiment subjectif » car la réalité de l'absence ou de la présence du support social semble bien moins importante que l'impression que les personnes peuvent en avoir. Il ressort en effet que, parfois, malgré une présence et des efforts soutenus de la famille, du groupe ou de la communauté, la personne – dans sa détresse et sa souffrance incommensurable – ne se sente pas soutenue, ou considère certaines positions ou actions comme annihilant le soutien. Au contraire, d'autres vont percevoir des attitudes ou des attentions de l'entourage comme un effort important et efficace de soutien.

Ce point est crucial dans la légitimation de l'intervention immédiate et post-immédiate, il est essentiel dans l'idéologie du soutien psycho-social et spirituel. En effet, nous l'aborderons plus tard en détail, aucune efficacité réelle n'a été démontrée dans les divers modèles d'intervention. Rien, pour le moment, ne permet d'affirmer l'aspect préventif de ces dernières. Il ressort comme évident que certaines souffrances sont durables et résistent à toute forme d'aide ou de soins. Par ailleurs, certains spécialistes sont d'avis qu'une intervention précoce présente un fort risque de gêner les mécanismes naturels d'intégration des événements dramatiques. Ce que nous considérons comme des « réactions », certains comme des symptômes, correspondent souvent aux moyens que la personne présente pour faire face au drame. Par exemple, la reviviscence pourrait être considérée comme un moyen d'intégration de l'expérience, une façon de chercher à se l'approprier, à trouver des méthodes plus efficaces de faire face à de tels événements dans le futur et finalement à combattre le sentiment d'impuissance. L'évitement protège momentanément l'individu d'une confrontation insupportable et probablement délétère à tout agent trop stressant. Les combattre signifierait s'interposer.

L'idéologie du soutien psycho-social et spirituel part du principe qu'entourer un membre de la communauté dans des moments de grande atrocité est un devoir social. La recherche le montre, se sentir entouré, accompagné et soutenu a un impact positif sur l'intégration de l'événement. Ce soutien ne doit pas gêner les mécanismes naturels de défense de l'individu, mais lui assurer une présence bienveillante et l'aider à reprendre contact avec ses compétences ainsi qu'à mobiliser ses ressources.

De son côté, Boris Cyrulnik (*Un merveilleux malheur, Ed. Odile Jacob, Paris, 1999*) propose, plutôt que de mettre l'emphase sur les dégâts incontestables et d'essayer de définir la typologie des personnes susceptibles de présenter les réactions les plus durables, de se pencher – à l'inverse – sur celles qui s'en remettent le mieux, et de partir en quête des processus de réparation. Ou, en d'autres mots, comme le disait Alice, ma grand-mère « pour réparer un chaussette, on ne part pas du trou, mais bien du bout de laine ». Pour ce faire, il traite du **concept de résilience**.

5.4. Résilience

La résilience, c'est « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* » (S. Vanistendael, Clés pour devenir : la résilience, in les cahiers du BICE, Genève, 1996, p.9). Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'histoire du traumatisme, la seconde guerre mondiale avait ravivé l'intérêt médical pour la névrose de combat. Il fut reconnu que n'importe qui était susceptible de décompenser sous le feu et la sévérité de l'exposition au combat. Les psychiatres américains centrèrent leur énergie sur l'identification des facteurs de protection contre la décompensation ou ceux menant à une rémission rapide. Nous trouvons probablement, dans cette démarche de chercher les facteurs de protection, plutôt que ceux de vulnérabilité, la graine de la résilience. Cyrulnik explique que cette capacité dépend effectivement d'un certain nombre de facteurs de protection tels :

- le clivage, lorsque le moi se divise en deux parties, l'une socialement acceptée et l'autre plus secrète ;
- le déni, qui permet de ne pas voir une réalité dangereuse ou de banaliser une blessure douloureuse ;
- la rêverie offrant des refuges merveilleux en sacrifiant les relations trop difficiles ;
- l'intellectualisation qui permet d'éviter l'affrontement qui nous impliquerait personnellement ;
- l'abstraction qui tire des lois générales nous permettant de maîtriser ou d'éviter l'adversaire ;

Cependant, ces facteurs de protection sont souvent cher payés au niveau de l'économie psychique et du développement, alors que d'autres mécanismes de défenses se retrouvent aussi bien chez les adultes épanouis que dans une population d'enfants résilients maltraités, il s'agit de :

- la sublimation, lorsque la force de vivre est orientée vers des activités socialement valorisées (artistiques, intellectuelles ou morales) ;
- le contrôle des affects associé à la sublimation rendant compte d'une capacité à supporter la frustration ;
- l'altruisme, où le dévouement à autrui permettant d'échapper au conflit intérieur et permettant de se faire aimer grâce au bonheur qu'on produit ;
- l'humour qui rend possible la transformation d'une pesante tragédie en légère euphorie. « *…puisque si je réussis à vous faire rire de mon malheur, je me fournirai la preuve que je redeviens le maître de mon passé et que je ne suis pas si victime que ça* ». L'humour par quoi le malheur devient supportable ;
- la créativité qui peut métamorphoser la détresse en œuvre d'art et une Histoire tragique en chemin vers la réussite sociale ;
- le tissage du sentiment de soi à travers le sentiment d'appartenance et l'identité narrative (le récit que l'on peut se faire de notre histoire, notre place dans l'Histoire, nos valeurs et compétences) ;
- l'équipement génétique. En effet, si cet équipement génétique contient une maladie, la personne aura plus de probabilités de devenir vulnérable. Cependant, très tôt au cours de son développement, une deuxième partie de son aptitude à tenir le coup est imprégnée en elle par son milieu affectif. En fait, la majorité des facteurs de résistance s'avèrent tissés par :
- le réseau social qui, en lui tendant des perches, lui offrent des circuits d'épanouissement possibles.

Dans son ouvrage, Cyrulnik montre, à partir de nombreuses recherches, références et situations cliniques, à quel point les notions de trauma et de résilience sont complexes. Il décrit cette dernière comme un tricot où de nombreux facteurs sont intriqués. Il donne en exemple, parmi de nombreuses autres, une recherche comparant des enfants juifs de la seconde guerre mondiale. Une partie avait été cachée, une autre déportée et une troisième avait participé à la résistance armée. Tous ont été dépressifs durant plusieurs années après-guerre, sauf les enfants de la résistance. En effet, ces derniers ont développé un sentiment d'appartenance et une identité plus proche de celle du héros que de la victime.

Or, si c'est dans le sous-groupe des enfants déportés vers l'âge de cinq ans qu'il y a eu le plus de dépressions après-guerre, c'est aussi dans celui-là que l'on trouve les plus belles réussites sociales et familiales. Pour surmonter l'immense blessure des camps, ils ont surinvesti le bonheur de l'affectivité familiale et de la réussite sociale. Il n'y a pas eu de dépressifs dans le sous-groupe des résistants armés, mais adultes, ils se sont contentés d'une place sociale moyenne, suffisante à leur satisfaction.

Cet auteur écrit : « *Même en psychologie on raisonne comme des mécaniciens, comme si une cause unique pouvait donner un effet global. Dire qu'un carburateur bouché fait hoqueter la voiture risque de faire penser qu'un traumatisme énorme dans l'enfance explique toutes les souffrances qui surviendront par la suite. Quand un événement est trop évident, il peut nous aveugler comme une lumière qui éblouit. Il est même possible qu'un traumatisme aigu, spectaculaire, soit moins délabrant qu'un traumatisme chronique, insidieux mais répété pendant le temps où un psychisme en voie de développement s'imprègne de son milieu* ».

Cyrulnik décrit une première mémoire sensorielle, tracée dans les neurones qui crée certaines aptitudes à éprouver l'événement et une seconde, celle des souvenirs, inscrite dans les représentations privées. Cette dernière est entretenue et sans cesse révisée par les récits que la personne se fait en son for intérieur ou qu'elle adresse à d'autres. En retour, le regard que l'autre porte sur la personne et son discours impose une empreinte sur ce souvenir. L'enchaînement de ces souvenirs significatifs correspond à l'historicité de l'individu et de son récit dépend grandement le sentiment de soi et la teinte émotionnelle.

Ainsi, il apparaît en toute évidence l'importance de l'effet du regard et du discours du réseau social, et tout particulièrement des professionnels de la santé sur la personne victime. De ce regard ou de ces discours vont dépendre, en grande mesure, les capacités de développement de la personne ou au contraire la stigmatisation de ses blessures.

De son côté, Michel Hanus (La résilience à quel prix ? Survivre & rebondir, Maloine, Paris, 2001) salue les travaux de Cyrulnik visant à faire prendre conscience de l'existence et de l'importance de la résilience plutôt que d'en définir ses origines et ses mécanismes, objectif de son propre travail.

Pour Hanus, la résilience, à l'instar du deuil dont il serait un avatar, son apothéose apparente, est un processus qui s'initie durant la prime enfance, se développe et se manifeste tout au long de l'existence. L'histoire de la résilience est également celle des traumatismes et de leurs destins. Elle est le fruit de la colère et de la révolte contre l'injustice « *pourquoi moi ?* ». La résilience est considérée comme une potentialité s'exprimant de façon variable en fonction du produit des interactions entre les éléments intérieurs du sujet (son tempérament, son caractère, ses mécanismes de défense, son histoire) et externes, dans son monde relationnel et son contexte propre. Cependant, cette potentialité ni fixe, ni déterminée, ni permanente, ni invariante a pour objectif immédiat d'obtenir un résultat, de faire advenir une réussite. Elle vise à contrôler, se rendre maître des effets négatifs des événements de vie. En effet, elle n'est pas qu'une forme de résistance, mais bien une réaction, la capacité d'agir sur ses propres situations difficiles dans le but de les modifier : « *Elle permet d'exprimer devant une nouvelle épreuve des « habiletés » de gestion de crise, mises en place tacitement auparavant à partir de l'interférence entre les qualités, innées et acquises, de l'individu avec les effets des facteurs de risque et des facteurs de protection, qui viennent ainsi à se révéler au grand jour et sont une source d'étonnement, sinon même d'émerveillement, pour ceux qui les constatent* ». Elle est un travail de restauration narcissique et œuvre de communication à titre d'hommage, de doléance, de revendication, un cri, une vengeance …

Cependant, cet auteur veut nous mettre en garde contre une représentation par trop simpliste ou idéalisée de ce phénomène. En effet, il se demande dans quelle mesure son aspect triomphant, source d'admiration, ne cacherait pas des blessures béantes, toujours prêtes à réapparaître. La résilience, facteur développemental s'il en est, pourrait bien être tant un symptôme protecteur que l'expression d'une souffrance insondable qu'elle s'efforce de masquer : « *Si nous reprenons ici l'hypothèse que la résilience a un prix, une face cachée, sombre de souffrance anesthésiée, un symptôme qui vise à la fois à exprimer pour partie le conflit sous-jacent et, pour autre partie, le cacher, la résilience en vient à s'apparenter à une défense maniaque, provisoirement réussie, contre la souffrance, contre le désespoir, contre la folie, contre le meurtre, contre la mort, contre le vide* ».

En effet, du point de vue de Hanus, la victoire apparente sur la difficulté indique également le besoin, la nécessité de colmater les effets d'une blessure psychique, narcissique, dont la douleur a dû se voir anesthésiée pour permettre au sujet de survivre. Dans ce sens, elle fonctionne tant comme un symptôme (exprimant la souffrance dont elle tire sa source) que comme une formation réactionnelle.

Le second avertissement que nous offre cet auteur reprend l'aspect de la temporalité. En effet, les qualités, les compétences individuelles sur lesquelles repose la résilience ne sont pas figées et permanentes. Elles se modifient, se développent ou s'estompent : « *La résilience n'étant pas nécessairement un état stable et durable, elle témoigne de la poursuite de l'activité psychique dynamique ; elle n'est pas un résultat mais un moyen et le cheminement n'en est jamais terminé. Aussi bien cette blessure affective secrète susceptible de se réveiller va évoluer elle aussi* ».

Finalement, Hanus va établir, en faisceau, les principales lignes de force de la résilience, sous forme de six hypothèses :

1) **l'installation de la résilience implique que la personne qui la présente ait été confrontée à une ou plusieurs situations extrêmes et douloureuses ayant menacé la vie physique et/ou mentale et d'y avoir survécu.** Cette personne a réussi à surmonter la ou les situations en se montrant active, sans se résigner. Son estime de soi et la confiance en ses propres compétences vont se voir fortifiées par le sentiment d'avoir réussi à survivre, à résister à l'épreuve. Cependant, si survivre est nécessaire, ce n'est pas suffisant. De plus, la résilience n'a pas attendu le traumatisme pour établir ses bases. Ces dernières trouveront leur point de départ dans le tempérament du sujet et sous l'effet des relations précoces. Le traumatisme ne ferait en quelque sorte que révéler des capacités latentes et les développer. De cette épreuve, la personne va sortir victorieuse, grandie, fortifiée dans une certaine mesure, mais non pas indemne, tant la blessure morale peut se montrer longue à cicatriser.

2**) la résilience comporte une face sombre, un prix à payer, un revers douloureux. La résilience naît d'un conflit et ses résultats en portent les traces.** En ce sens, elle est un symptôme et même si la sublimation et l'altruisme cache quelque peu cet aspect, l'esprit de revanche et de vengeance peut se retourner contre le sujet. La résilience est tout à la fois le baume, l'expression et le voile de la détresse qui la révélée :

« *La résilience semble manifester préférentiellement ses effets dans l'efficacité, dans l'action, dans la réussite ; elle est donc plus manifeste dans des expressions de réussite sociale, de quelque ordre qu'elles soient. L'hypothèse est ici que sa face cachée, secrète, non cicatrisée se situe habituellement sur le versant affectif, dans la vie affective intime, personnelle ce qui ne peut manquer de se faire sentir dans les relations avec les autres… Son idée (Cyrulnik) est que le résilient doit mettre de côté, dénier, cliver l'aspect douloureux du traumatisme afin de pouvoir le traiter efficacement… Mais quand il s'agit d'aider la résilience, de soutenir les victimes de traumatismes, l'accompagnement passe, nous le savons maintenant, par le fait d'aider la victime à mettre son vécu, ses images internes et ses émotions, en récit, c'est-à-dire, par ce biais, ou par tel autre qui se révélerait aussi efficace et respectueux, de permettre à cette personne de se rapprocher de son vécu émotionnel, de le laisser revenir à la surface et entraîner un état de souffrance actuel* ».

3) **la résilience est œuvre de révolte et fruit de la colère.** Face à l'injustice exprimée par « *pourquoi dois-je tant souffrir ?* » et « *pourquoi moi ?*», le sujet se montre capable de mobiliser les forces agressives de la révolte et de la colère pour se protéger d'une douleur dévastatrice. Une sorte de formation réactionnelle transforme l'abattement attendu en combat glorieux alors qu'une forme de déni semble banaliser la gravité du traumatisme. Si ces défenses doivent impérativement être respectées, tant leur fonction protectrice est évidente, le sujet résilient devra - le jour venu – réaliser le caractère traumatique intolérable de l'événement pour l'intégrer véritablement.

4) **le rôle de la famille, sous une forme ou une autre et à différents moments de la vie du sujet, est indéniable tant dans le développement de la résilience que dans ses diverses expressions.** Des bases stables, des relations riches mais également un climat soutenant lors de catastrophes sont tant de facteurs de protections propres à établir puis développer les compétences de résilience. Cependant, le malheur, la carence et le manque peuvent également participer, dans un mouvement de révolte ou de réparation au développement de mêmes mécanismes et compétences.

5) **la chance d'une relation satisfaisante ou préférablement, pour Hanus, la « rencontre », qu'elle soit durable ou éphémère, produite par le destin croisé de deux individus est aussi importante au devenir favorable de la personne qui souffre.** Cette rencontre peut prendre la forme d'un lien susceptible tant de permettre l'établissement de bases solides pour le sujet que de relation de substitution. Parfois il s'agira d'une rencontre ponctuelle où la personne se sera sentie reconnue, respectée et comprise.

6) **la résilience est un processus psychique analogue à celui du « deuil narcissique » et s'établissant sur la constitution de ce que Michel Hanus a nommé « l'aptitude au deuil ».** Comme pour le deuil, la résilience nécessite des capacités cognitives (reconnaître la situation traumatique) pour se réaliser. Comme pour le deuil, la résilience implique un laborieux travail interne fait d'intériorisation de la relation, de souvenirs, remémorations, fantasmatisations, idéalisations et identifications.

« *Présentée comme un symptôme positif, c'est-à-dire à la fois comme une expression et une porte de sortie du traumatisme, la résilience comporte alors un double envers : le prix qu'elle coûte, la dépense énorme d'énergie qu'elle demande, la fatigue qu'elle entraîne et peut-être un épuisement plus précoce : une enquête reste à faire sur la longévité des résilients et sur la qualité de l'ensemble de leur vie* ».

5.5. Incidences sur la prise en charge

Nous avons, ici, fait le tour du phénomène et de ses effets, de façon aussi complète et brève que possible. Les méthodes de gestion de situations difficiles, de stress ou d'anxiété, telles qu'elles sont enseignées dans les écoles de police ou les différents services (l'analyse transactionnelle, la sophrologie, la relaxation, par exemple) se montrent très utiles et adéquates dans les situations critiques quotidiennes. Elles s'avèrent probablement insuffisantes, voire inutilisables, dans des situations dramatiquement extraordinaires et anormales. Dans ce sens, en matière de catastrophe, plutôt que de gestion, il serait plus pertinent de parler de digestion.

En même temps, ce terme de « digestion » n'est pas entièrement satisfaisant. Il laisse entendre qu'une fois digéré, l'événement serait métabolisé. Malheureusement, il n'en va pas ainsi. Si le lecteur me permet une métaphore informatique, les choses semblent aller comme si, à chaque événement critique de notre existence, nous créions un nouveau fichier. Ce dernier, en fonction de sa prégnance ainsi que des éléments qui pourraient l'entretenir, va soit rester ouvert, soit en dossier actif « derrière l'écran », soit se refermer. Toutefois, chaque nouvelle situation pouvant s'y rapporter de près ou de loin est susceptible de rouvrir le fichier en question. Dans ce sens, un événement qui a été intégré, ou digéré, n'est rien d'autre qu'un fichier qui n'a pas encore été réouvert de façon trop douloureuse ou avec trop de perturbation, mais qui reste toujours susceptible de l'être.

Conscient de la portée réduite de nos interventions et en cohérence avec les réflexions associées à l'étude des facteurs de risques, des facteurs précipitants ainsi que du concept de résilience, nous pouvons revisiter la « philosophie » de l'intervention et lui apporter quelques commentaires.

PHILOSOPHIE OU IDEOLOGIE DE LA PSYCHOLOGIE D'URGENCE

► **les interventions en psychologie d'urgence visent une approche psychosociale et spirituelle, elles ne sont pas des actions psychothérapeutiques** ;

Nous l'avons vu, les réactions sont naturelles, aucune intervention n'a été démontrée comme propre à diminuer la souffrance ou encore à présenter une action préventive. La tâche consiste ainsi à entourer les personnes impliquées dans des événements dramatiques.

► **les professionnels la pratiquant connaissent les principes de base des interventions dans le domaine** ;

Toutefois, à partir du moment où un groupe professionnel est appelé officiellement à intervenir lors de tels événement, il semble important que ses membres connaissent les phénomènes qui s'y rapportent et développent des compétences comme par exemple celles visant à ne pas essayer d'en faire un terrain de thérapie ou de prosélytisme.

► **ils sont capables d'utiliser les connaissances assimilées d'une manière critique et souple ;**

La formation suivie devrait donner aux intervenants les compétences nécessaires pour trouver une réponse individuelle et adaptée à chaque situation. Ceci signifie donc que les approches standardisées sont considérées comme insuffisantes et non reconnues dans leur aspect universel. Une réflexion critique sur nos interventions reste toujours nécessaire. Devions-nous intervenir ? Avons-nous gardé notre place ? N'en avons-nous pas trop fait ?

► **ils connaissent leurs propres limites et sont en mesure de se rendre compte des conséquences d'un traumatisme pour eux-mêmes ;**

L'intervenant se doit être attentif à ses propres réactions (sur-investissement, conflits avec les autres intervenants, épuisement et traumatisme vacarien) et les organismes qui les encadrent devraient veiller à leur bien être également.

► **la psychologie d'urgence est exercée uniquement par des professionnels qui n'en dépendent pas financièrement ;**

Pour réussir à maintenir une bonne distance avec les personnes accompagnées, pour se montrer capable de s'empêcher d'en faire trop, en d'autres termes pour pouvoir fixer notre attention sur les compétences et les ressources des personnes et de leur entourage, il semble indispensable que l'intervenant puisse avoir d'autres champs d'occupation. Si sa profession devait être tournée exclusivement vers le soutien psychologique lors de catastrophe, le risque serait grand qu'il cherche à se rendre plus utile, voire nécessaire. Si la majorité de son revenu est associé aux catastrophes, le risque est grand qu'il cherche à légitimer son salaire en faisant beaucoup et en voyant des incidents critiques un peu partout.

► **il s'agit d'une approche visant l'acceptation des réactions ;**

Nous l'avons vu, les réactions sont considérées comme naturelles, mais elles peuvent également être envisagées comme des moyens pour se protéger, faire face et s'adapter. Sous cet angle, il ne serait pas cohérent de chercher à les combattre ou les faire diminuer. Toutefois, la personne victime souvent souffre et se plaint de ses réactions.

L'intervenant qui connaît bien les phénomènes associés aux incidents critiques et aux réactions traumatique devrait être à même de reconnaître chez la personne comme chez lui, les réactions associées. Pour permettre à la personne d'accepter ses propres réactions, il s'agit de pouvoir leur donner un sens, les expliquer et souvent de se montrer capable de supporter des réactions parfois surprenantes, éveillant chez nous surprise, incompréhension quand ce n'est colère ou dégoût.

► **le professionnel n'est là que pour un temps, plutôt que se proposer comme ressource, il cherche à mobiliser en premier lieu celles de la personne, puis celles de sa famille et sa collectivité ;**

La conception proposée ici repose sur l'idée selon laquelle, bien qu'elle puisse avoir momentanément perdu contact avec ses compétences, par le fait du choc, la personne est capable de faire face. En effet, au cours de la période de choc, tout individu, tout groupe ou Etat, tendent à se vivre impuissants, démunis et incompétents. S'offrire comme ressources, faire à la place, comporte un message implicite « nous vous pensons incapable de… ». Ce message, outre le fait qu'il soit disqualifiant, tend à la mise en dépendance de la personne et peut se montrer stigmatisant. Au contraire notre approche, associable sur ce point au concept de « salutogénèse », estime l'individu apte à faire face. Par ailleurs, lorsqu'épuisé ou momentanément neutralisé, son entourage ou sa famille qui font partie de ses ressources naturelles, sont les mieux placés pour apporter du soutien. Si ces derniers venaient à ne pas suffire, sa communauté peut alors prendre le relais.

Nous avons compris que le sentiment d'impuissance vécu par la personne victime s'étend progressivement sur ses proches lorsque la souffrance semble durer par trop. Se substituer à l'aide que peut apporter la famille tendrait à augmenter le sentiment potentiel d'impuissance chez les proches. Par ailleurs, pouvoir aider produit souvent une augmentation de l'estime de soi qui gagnerait à revenir aux proches plutôt qu'à des étrangers ne faisant pas partie du milieu naturel de la personne et dont les réponses pourraient être décalées voire à terme plus un problème qu'une solution.

Dans ce sens, notre intervention devrait porter sur la simple mobilisation des ressources individuelles (pour permettre à la personne de diminuer son sentiment d'impuissance, de retrouver un certain niveau de contrôle) et collectives du milieu dans lequel nous faisons irruption (pour que la personne victime puisse se sentir soutenue socialement, par les personnes auprès de qui elle vit).

► **le professionnel est tenu de développer une réflexion éthique sur son intervention. Il doit être en mesure, par exemple, de refuser un mandat associé à l'intention d'un organisme de se défaire de sa responsabilité face à certaines décisions et/ou dans certaines situations socialement peu correctes ;**

Intervenir à tout propos n'est pas adéquat. Parfois il semble même contre-indiqué d'intervenir, notamment dans des situations où notre venue pourrait être mal comprise, mal interprétée ou mal venue. Derrière le « nous venons vous aider », il y a un implicite : « vous avez besoin d'être aidés ». Or certaines personnes pourrait ne pas avoir besoin de cette aide et ne vouloir en aucun cas laisser entendre que – dans la situation en question – elles auraient besoin d'une aide qu'elle soit sociale, psychologique ou spirituelle.

Ainsi, l'intervenant ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la pertinence d'intervenir comme sur l'adéquation de l'intervention.

► **l'approche est minimaliste : faire le moins possible, mais tout ce qui est indispensable. Offrir une présence et accorder un maximum de contrôle et de maîtrise à la personne et son entourage.**

En résumé de toutes les réflexions tirées de la connaissance que nous avons des phénomènes associés aux incidents critiques et aux réactions traumatiques, il s'agira donc bien pour l'intervenant d'en faire le moins possible pour laisser le bénéfice du contrôle et de la reprise de maîtrise à la personne victime, ainsi que le sentiment d'avoir été utile et aidant à la famille.

La personne victime passe de l'état de sujet de son existence à l'objet d'un destin funeste, des forces de la nature ou des actions d'individus considéré malveillant. Si, pour apporter notre soutien, nous avons besoin de contrôler la situation et la personne, cette dernière passera de l'état d'objet d'une personne malveillante à celui d'une personne bienveillante. C'est mieux, naturellement, mais cela ne lui permettrait pas de retrouver son état de sujet, le pas nécessaire pour sortir de l'état de victime.

Cependant, il arrive que les personnes se sentent par trop démunies et que leur tissu social ne soit pas en mesure d'apporter le soutien nécessaire. C'est notre tâche de faire le diagnostic des ressources et de pallier le cas échéant à un manque trop important.

5.6. Conclusions

Pour finir, et en guise de conclusion, proposons ici les règles d'or, dont le respect pourrait permettre de ne pas gêner le rétablissement naturel ou peut-être de diminuer les risques de développement d'un processus pathologique :

1) évitons :

- de faire subir un nouveau traumatisme à la personne ;
- de la transformer en patient, en malade ou en victime ;
- de la rendre dépendante ;
- de participer activement à ses mécanismes d'évitement;
- de banaliser ou minimiser la situation vécue ou les émotions ressenties ;
- de la critiquer ;
- de souligner les pertes matérielles.

2) il est judicieux :

- de permettre l'expression des pensées et des sentiments, avec respect et acceptation;
- de restaurer l'estime de soi (par la valorisation du rôle, des comportements et des signes distinctifs de la personne);
- d'encourager l'acceptation des émotions ;
- de soutenir la personne dans ses démarches (administratives par exemple) ;
- de mobiliser les ressources individuelles, familiales et si nécessaires sociales ;
- de trouver un moyen lui permettant de reprendre, au plus vite sa mission, son service sa fonction dans la famille et la société;
- d'être attentif aux réactions que la personne peut présenter, une détérioration progressive de son état ou de sa situation socio-professionnelle par exemple ;
- de laisser un maximum de contrôle et de maîtrise à la personne.

3) Souvenons-nous que:

- A priori, ce sont des réactions naturelles dans de telles situations.

Ce ne sont pas tant la situation, le comportement ou l'acte qui définiront les effets possibles, mais bien les contextes internes et externes des protagonistes en lien avec cet incident critique.

Que les oiseaux noirs
du souci et de la préoccupation
volent au-dessus de ta tête,
tu n'y peux rien.

Mais qu'ils nichent dans
tes cheveux,
Ça tu peux le changer.

Chine

6. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

6.1. De la légitimité du soutien psychologique immédiat et post-immédiat.

Nous réalisons à quel point nous pouvons paraître contradictoires lorsque nous proposons une aide psychologique professionnelle tout en insistant sur la normalité de ces réactions et sur le fait qu'elles sont sensées disparaître d'elles-mêmes progressivement. Le risque de gêner le rétablissement naturel en cherchant à avoir une action sur ces réactions (dont on pense qu'elles pourraient participer justement à ce rétablissement) doit être considéré avec sérieux. Par ailleurs, depuis l'an 2000 cette aide psychologique se trouve bien controversée, nous reviendrons sur ce sujet plus tard. Mais retournons plutôt à la définition de l'Etat de Stress Aigu du DSM-IV:

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

Comprenons ici, que les personnes victimes, souvent, se montrent incapables de mobiliser, de façon efficace, leurs stratégies d'adaptation. Ecrasées par leurs sentiments de culpabilité et de honte (présents la majorité du temps dans de telles situations), de même qu'avec la soudaine impression de devenir "folles", les personnes ont de grandes difficultés à demander de l'aide. Ce dernier point s'avère crucial dans le choix de la légitimité de l'intervention.

Les individus présentant les réactions les plus fortes s'avèrent être les moins capables de franchir les pas nécessaires pour obtenir l'aide indispensable, tant des membres de leurs familles que des professionnels de la santé. Par ailleurs, lorsqu'ils arrivent à se confier à un proche, après une période d'intérêt, de curiosité et de compassion toujours trop brève, ces derniers finissent également par présenter des réactions d'évitement se traduisant par des expressions comme: "c'est fini maintenant, tu dois oublier, fait comme si rien ne s'était passé…". Ils tendent à minimiser ou rationaliser la situation. Se sentant impuissants à soulager la personne aimée, ils ne supportent plus l'expression de leur souffrance. Ce faisant, ils accroissent chez le survivant le sentiment de ne pas être compris, jusqu'au moment où ce dernier cesse définitivement de parler de son expérience.

Pour cette raison, nous pensons que les praticiens, dans ce domaine (psychiatres, psychologues, aumôniers, paramédicaux ou travailleurs sociaux formés à l'aide aux victimes) devraient ici modifier leur mode de fonctionnement habituel en se montrant quelque peu proactifs lorsqu'il s'agit d'événements critiques. En effet, à quoi bon attendre patiemment, dans un cabinet confortable, la venue d'une personne qui n'a même pas la force de téléphoner ? Dans ce sens, nous pensons que les professionnels doivent, dans de tels contextes, faire le premier pas sous forme d'un plus ou moins rapide contact ou d'une intervention. Ici encore, apparaissent des désaccords parmi les professionnels, tant concernant le moment de l'intervention (sommes-nous utiles sur le site par exemple) que sur sa forme. Des questions sont soulevées concernant aussi bien l'opportunité de l'intervention psychologique sur le site que l'efficacité des méthodes. A l'origine de la psychologie d'urgence se trouvait la pratique aujourd'hui commune et longtemps exclusive, du débriefing. Un certain nombre d'articles ont progressivement relevé, chez les intervenants, peu d'efficacité concernant le débriefing, voire des résultats moins bons chez les personnes débriefées. Ce point a nécessité et nécessite encore une attention et une réflexion soutenue.

Rappelons également ici la remarque du Professeur Herman relevée plus haut : les dommages produit à la vie relationnelle ne sont pas, comme on le pensait, un effet secondaire du traumatisme. L'événement traumatique présente des effets primaires non seulement sur la structure psychologique du soi, mais également sur le système d'attachement et de signification qui relient l'individu à la communauté. En effet, l'événement traumatique détruit les présupposés fondamentaux concernant la sécurité dans le monde, la valeur positive de soi et l'ordre de la création.

Le sentiment de sécurité dans le monde, ou la confiance de base, est acquise au cours des toutes premières relations avec les donneurs de soins. Tirant ses origines dans la vie elle-même, cette confiance de base soutient la personne à travers ses cycles de vie. L'expérience originelle avec le donneur de soin, les parents en d'autres mots, rend possible pour l'être humain d'envisager un monde auquel il appartient, un monde accueillant et hospitalier pour la vie humaine.

En situation de terreur, nous cherchons spontanément nos premières sources de confort de protection. Les soldats blessés et les femmes violées appellent Dieu ou leur mère au secours. Lorsqu'il n'y a aucune réponse à ce cri, le sentiment de confiance de base est atteint. La personne traumatisée se sent totalement abandonnée, complètement seule et isolée. Par la suite, un sentiment d'aliénation, de déconnexion va se développer et envahir toutes les relations, du lien familial le plus intime au sentiment d'appartenance à la communauté ou la religion le plus abstrait.

Ces considérations doivent impérativement être placées au tout premier plan lorsque l'on considère la légitimité de l'intervention auprès des personnes victimes ou encore la quantité d'efforts qui doit être consenti à cette démarche. En effet, il ressort clairement que la préoccupation pour la souffrance de l'autre est un impératif tant sur le plan humain, moral que social. Nous savons aujourd'hui pertinemment que le prix à payer des troubles de l'attachement inévitables d'une non prise en considération de ces besoins est une cause potentielle de la désintégration du tissu social et au développement de la violence.

Comme le disent si bien les psychiatres Jean-Marie Lemaire et Christian Petel, la fracture des liens indique les lieux de réparations et d'interventions, mais ces liens ne constituent pas seulement ce qu'il s'agit de réparer, ils sont ce par quoi ce qui peut être restauré le sera.

Il s'agit de développer des pratiques qui mobilisent, individuellement et collectivement, les ressources des personnes victimes de crises et de traumatismes, celles qu'elles peuvent trouver dans leur contexte, dans leur histoire, dans les énergies individuelles et dans la préoccupation du souci de l'autre.

Les crises, les traumatismes, comme la souffrance qui en résultent, sont des processus complexes ne s'attachant pas uniquement au traumatisme lui-même, mais également au contexte ainsi qu'à l'intégration de l'événement dans l'histoire de la personne.En retour, la réponse (en termes d'aide, de soins, de soutien) qui peut être apportée, s'effectuera dans et par l'histoire ainsi que dans le contexte même de la personne.

Dans ce sens, l'intervenant va devenir un élément-ressource, surgissant à un moment d'une histoire, préoccupé par le respect de celle-ci, par le respect de la personne victime comme un sujet, par les conséquences pour la personne du traumatisme comme de l'intervention proposée.

C'était en tous les cas ainsi que nous formulions notre idéologie. Plus de douze ans plus tard, avec l'expérience, l'intégration des résultats de nombreuses recherches ainsi que des questionnements pertinents qu'elles ont soulevés, nous ne nous considérons plus comme des « éléments ressources » mais plus simplement comme des vecteurs de mobilisation des ressources individuelles, familiales et collectives.

Le lecteur l'aura probablement déjà compris, l'évolution de notre démarche est allé dans la direction à la fois d'une diminution de l'activisme et de l'interventionnisme et d'un élargissement des pratiques. Tout en maintenant la croyance en la légitimité d'une intervention immédiate, nous en avons restreint son ampleur. Nous avons cessé de penser que la méthode de débriefing était la bonne réponse dans toute situation. Nous avons réalisé l'importance de l'adaptation de notre pratique aux individualités et aux diversités de contexte. Finalement nous avons réduit nos ambitions concernant la portée de notre mission et nous avons soumis nos démarches à un questionnement éthique toujours plus poussé.

6.2. La *petite* histoire du soutien psychologique immédiat et post-immédiat

Jeffrey Mitchell et George Everly (dans l'ouvrage de Raphaël et Wilson, 2000) nous proposent un rapide survol de l'histoire de l'intervention de crise. Ils débutent l'histoire avec la recherche d'Edward Stierling (1909) sur les effets de la catastrophe minière majeure de 1906 en Europe. En 1919 T.W. Salmon apporta sa pierre à l'édifice avec son recueil et ses analyses sur les urgences psychiatriques durant la première guerre mondiale. C'est de ce travail ainsi que de celui de Kardiner et Spiegel (1947), dont nous avons parlé plus haut, qu'ont été tirés les trois principes de base de l'intervention de crise. Ils estiment que la description d'Eric Lindemann (1944) concernant l'incendie du night club Coconut Grove correspond au premier pas de l'intervention de crise moderne. Ce dernier sera bientôt rejoint par Caplan, avec qui ils mettront en place le premier centre d'intervention de crise aux USA et définiront plus clairement la nature théorique et pratique de cette intervention. C'est par exemple Caplan (1969) qui définira deux types de crises : développementales et situationnelles.

Comme nous l'avons vu dans "la *petite* histoire du traumatisme", au cours de la seconde guerre mondiale les psychiatres militaires avaient beaucoup travaillé sur les mécanismes de résilience (devenu phénomène de mode avec les travaux de Manciaux, Cyrulnik et Hanus en Europe) et sur les méthodes permettant aux soldats en détresse de se remettre au plus vite. Ayant réalisé que le facteur relationnel dans une petite unité était fondamental, ils ont développé une approche verbale visant à permettre le retour au plus vite au sein de cette unité. On découvrira cependant plus tard, que cette approche rapide et limitée dans le temps permettait effectivement de fonctionner "à minima", mais ne protégeait pas suffisamment contre l'émergence des réactions au retour à la vie civile.

En 1979, Bordow et Poritt démontrent, dans le cadre de victimes d'accidents de la route, que l'intervention de crise à composantes multiples était plus efficace qu'une session de soutien psychologique unique. Mitchell, à partir de 1981 suggérera qu'un programme d'intervention de crise à composantes multiples devrait être utilisé afin d'atténuer la détresse psychologique au sein du personnel des services de secours.

Ce modèle à composantes multiples comprenait diverses interventions parmi lesquelles :

- des services de soutiens individuels,
- des discussions par petits groupes, en trois étapes, nommées défusing,
- des discussions structurées de groupe en six puis sept étapes, nommées "formal critical incident stress debriefing",
- diverses interventions dans le cadre du suivi.

Cependant, Mitchell a eu la malencontreuse idée de nommer son modèle "Critical Incident Stress Debriefing" (CISD) ce qui eu le malheureux effet de créer une confusion entre le tout et une de ses parties, participant fort probablement à la croyance selon laquelle une intervention unique pouvait suffire et donc à la déception qui ressort clairement aujourd'hui quant à l'efficacité du soutien psychologique.

6.3. Différentes formes d'interventions

Historiquement, le développement de la psychologie d'urgence s'est ainsi opéré à partir de la méthode de débriefing. Comme nous le verrons plus loin, cette méthode s'adressait alors spécifiquement aux équipes d'intervenants. La méthode a évolué, puis s'est vue transférée (avec plus ou moins de bonheur) aux survivants, aux témoins et aux familles. Le terme de débriefing a été alors utilisé pour qualifier des pratiques différentes, à divers temps d'intervention. En fait, il apparaît aujourd'hui qu'utiliser le même terme de débriefing pour des niveaux aussi distincts d'intervention prête à confusion. Dans ce sens, nous suggérons de n'employer le mot débriefing que pour désigner une procédure (plus ou moins) structurée, opérée quelques jours après l'incident critique par exemple. Gardons-nous de nommer n'importe quelle intervention "débriefing", afin d'éviter la confusion, le malentendu et la disqualification.

Il est compréhensible que, de l'avis de certains auteurs, le débriefing soit une procédure spécifique des équipes d'intervenants. Cependant, nous l'avons souligné plus haut, les survivants, les familles de ces derniers comme des victimes, les témoins ainsi que les équipes de sauvetages sont susceptibles de présenter des réactions. Dans ce sens, ils pourraient tous tirer bénéfice d'une forme de soutien immédiat ou post-immédiat. Pour cette raison, et afin de ne pas ajouter à la confusion, nous suggérons l'utilisation de la terminologie suivante:

soutien psychosocial et spirituel immédiat, qui pourrait recouvrir trois champs :

- l'intervention auprès des survivants et des témoins ;
- l'accueil et l'accompagnement des familles de personnes victimes et de survivants ;
- l'encadrement et le soutien des équipes d'intervention ;

au cours desquels un défusing (déchoquage) peut être éventuellement opéré;

activité de verbalisation sur l'événement (débriefing par exemple), s'adresse principalement aux survivants ainsi qu'aux équipes de secours. Différents articles semblent montrer qu'il gagne en efficacité lorsque opéré plusieurs jours après l'événement critique et qu'une séance unique n'est souvent pas suffisante. Les animateurs doivent être formés spécifiquement et avoir une solide expérience dans la gestion de groupes ;

relation d'aide à séances limitées (des sessions de thérapie brève en quelque sorte) sont parfois nécessaires aux membres des différents groupes. Dans notre expérience, cinq à dix séances se montrent souvent suffisantes pour permettre à la majorité des personnes de mobiliser leurs stratégies d'adaptation. Il s'agit d'entretiens centrés d'abord sur l'événement, puis progressivement sur la mise en valeur d'éventuelles améliorations, le développement des capacités à faire face ainsi qu'un travail sur le futur ;

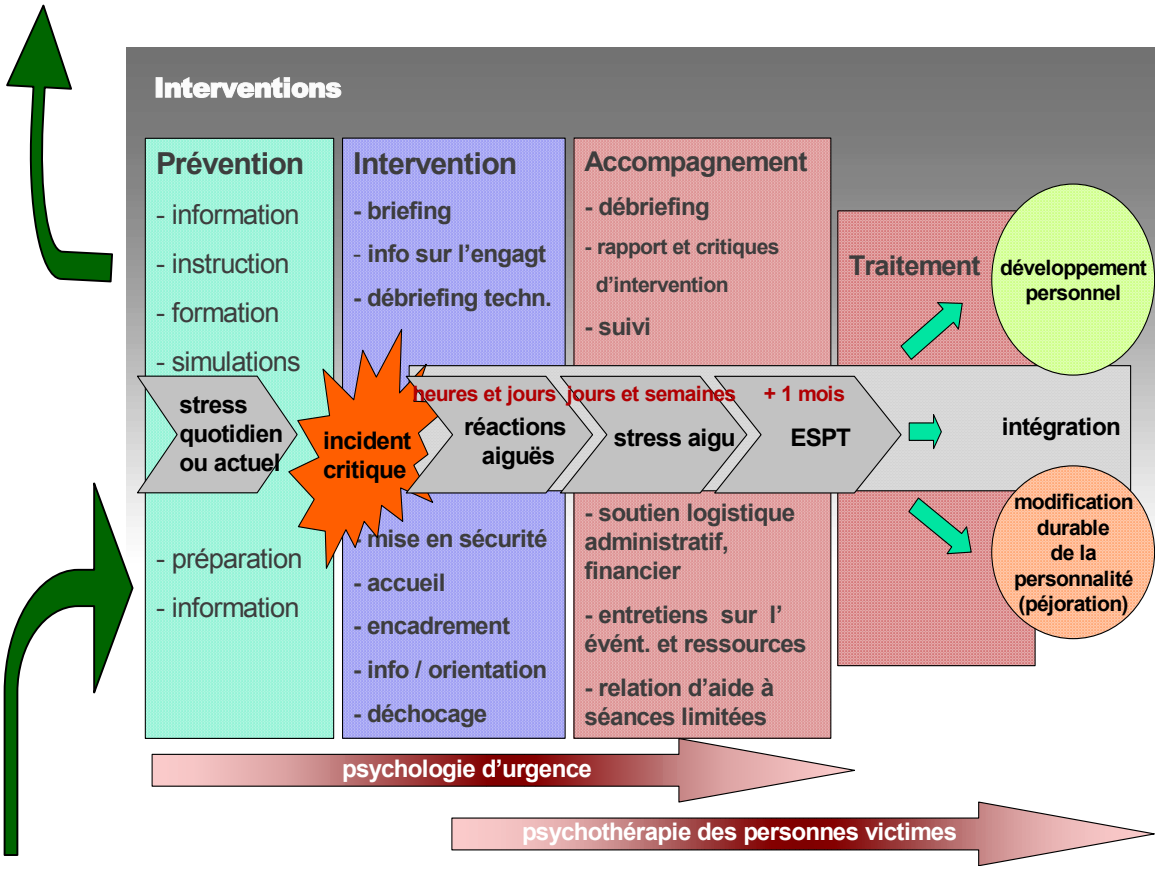
la psychothérapie à proprement parler peut s'avérer nécessaire. En effet, pour différentes raisons, nous devons l'admettre, les réactions chez certains individus peuvent ne pas diminuer d'elles-mêmes. Ces personnes nécessiteront une aide psychothérapeutique, de préférence par un spécialiste au bénéfice d'une formation dans l'aide aux personnes victimes ;

l'intervention contextuelle, travaille, avec le réseau (familial, social, scolaire, religieux etc), sur la mobilisation des ressources résiduelles. Si cette approche est envisageable dans la majorité des situations, elle semble la seule opérationnelle lors de catastrophe à grande échelle, où les structures du pays sont dépassées – si ce n'est effacées – et où les réponses médico-psychologiques individuelles sont illusoires.

Le travail, dans le cadre de la psychologie d'urgence et l'aide aux personnes victimes débute avant l'occurrence de tout événement, par la préparation et l'information. Dans le cadre d'un incident critique, le soutien immédiat et post-immédiat peut être apporté et parfois un traitement à moyen ou long terme doit être envisagé.

Si la population comme les intervenants peuvent tirer bénéfice d'un soutien, contrairement à ce que l'on a pu penser pendant une période, il n'a pas forcément la même forme :

A l'intention des divers intervenants



à l'intention de la population, des survivants et des familles de survivants et de personne victimes

6.4. Le soutien psychosocial et spirituel immédiat

Le rôle et la mission d'un groupe d'assistance des dépendent fortement de l'intégration de cette structure dans l'organisation générale des secours et du soutien. En effet, en fonction de l'ampleur de l'incident critique, de l'organisation du plan catastrophe du canton principalement impliqué, du niveau de préparation et du style d'administration de la crise de cette région entre autres, cette mission peut se montrer très variable.

Sa tâche particulière réside dans le soutien social, psychologique, logistique, administratif et parfois même financier sur le court, moyen terme. Cette tâche peut implique l'accueil des survivants, des parents de personnes impliquées, et de l'encadrement des familles. De manière générale, le groupe d'assistance est chargé de veiller aux besoins des personnes impliquées et de leurs familles.

Besoins des personnes impliquées

Des événements récents ont permis de constater que les personnes impliquées ont toujours des attentes similaires vis-à-vis de l'organisation de prise en charge.

Elles désirent avant tout:

- **avoir des nouvelles de leurs proches ;**
- **s'y retrouver dans le chaos ;**
- **pouvoir s'appuyer en continu sur un service d'assistance / un centre de prise en charge ;**
- **obtenir des informations de première main d'une personne compétente ;**
- **prendre contact avec les victimes, à l'hôpital, au lieu d'accueil, etc.**
- **se rendre le plus proche possible du lieu de l'accident ;**
- **avoir leur sphère privée, leur environnement protégés ;**
- **obtenir un hébergement, de la nourriture et des boissons ;**
- **être aidées face aux problèmes financiers, conformément aux directives de la cellule de crise ;**
- **être comprises du point du vue culturel et religieux ;**
- **parler leur propre langue ;**
- **être consultées, associées aux décisions importantes.**

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

Les tâches du soutien psychosocial :

- **sécuriser (lieu)** : se protéger avant d'aider
- **parler** : prise de contact
- **protéger** : réduire les stimuli
- **soutenir** : proposer une structure, soutien émotionnel
- **si nécessaire** : organiser un soutien psychogique plus conséquent

- se présenter (nom et organisation),
- orienter et expliquer nos tâches et fonctions,
- se renseigner sur l'état actuel général de la personne,
- répondre aux besoins de sécurité et de confort,
- récolter les informations nécessaires,
- procurer des informations utiles (sur la situation, l'organisation, des contacts variés)
- se montrer visible et disponible,
- relever les noms, adresse et no de téléphone de la personne,
- relever les noms des personnes de contact (victimes ou survivants recherchés, familles),
- amoindrir la confusion,
- favoriser l'autonomie,
- soutien et accompagnement,
- évaluation et activation des ressources individuelles et collectives,
- évaluation de la détresse et ses conséquences,
- encourager les relations d'entre aide.

Tâches et objectifs de l'intervention :

- **évaluation :** **de la situation**
  de l'état des personnes impliquées
  des ressources disponibles
  des besoins immédiats

- **mobilisation des ressources :** **1) individuelles**
  2) familiales
  3) et sociales

- **collaboration avec les différents intervenants, organismes et institutions pour un choix de stratégies le plus pertinent possible.**

- **contact pour un éventuel suivi.**

- **analyse et évaluation des démarches entreprises.**

© michel berclaz : janvier 2004

Check list pour l'intervention immédiate :

Après l'alerte)

- ☐ Se concentrer, faire le point. Comment je me sens – suis-je prêt pour une intervention ?
- ☐ Organisation de notre environnement professionnel et familial.
- ☐ Choisir une tenue et des chaussures appropriées.
- ☐ Papiers (carte de légitimation de l'organisation, carte d'identité, permis de conduire).
- ☐ Médicaments (à usage personnel uniquement), lampe de poche, de quoi écrire.
- ☐ Moyen de communication – téléphone portable **avec** chargeur.
- ☐ Mouchoirs en papier, chocolat, bonbons ou autres.
- ☐ Parcourir et emporter les documents / check-lists.
- ☐ Partir suivant l'appel, organiser le transport le plus adéquat jusqu'au point de contact.

Après l'arrivée au point de contact

- ☐ Procurer des informations vérifiées auprès de l'appelant ou du coordinateur d'intervention.
- ☐ Qui sont les personnes touchées? (nombre, cultures, langues)
- ☐ Qui est responsable de quoi? (structure d'organisation de l'intervention)
- ☐ Quelle est ma mission ? Quelles sont mes compétences pour cette intervention ?
- ☐ Procurer une liste téléphonique et une liste de contacts.
- ☐ Prendre et garder du recul.

En cours d'intervention

- ☐ Moins signifie souvent plus
- ☐ Agir de préférence avec retenue – pas «d'assistance agressive».
- ☐ Ecouter plutôt que parler.
- ☐ Laisser venir à soi les personnes touchées, simplement «être là».
- ☐ Répondre aux besoins des personnes accompagnées.
- ☐ Soutenir la personne dans ses recherches de solutions.
- ☐ Si nécessaire, suggérer des alternatives.
- ☐ Prendre garde à ses propres limites. Demander du soutien suffisamment tôt.
- ☐ Ne transmettre que des informations ayant fait l'objet d'une vérification – pas de conjectures. Respecter les règles de déclaration officielle.
- ☐ Ne pas oublier que dans les situations exceptionnelles, tous les comportements peuvent être attendus.
- ☐ Prendre ses propres besoins au sérieux (se reposer, boire, manger, être encadré par le chef de groupe, obtenir des informations, etc.).
- ☐ Pas de contact physique avec les personnes prises en charge sans leur autorisation.
- ☐ Noter les noms des personnes accompagnées ainsi que les principales actions menées et ce qui a été convenu.
- ☐ Respecter la confidentialité des données et la protection de la vie privée.
- ☐ Attention: je fais partie d'une équipe – pas d'action individuelle non coordonnée.
- ☐ Prendre régulièrement contact avec la direction des opérations – comptes-rendus sur la situation, participation aux briefings et rapports.
- ☐ Pas de contact avec les médias sans le consentement de la direction des opérations.

Après l'intervention

- ☐ Noter les principales actions et les tâches non achevées dans le rapport d'intervention.
- ☐ Entretien de liaison lorsque quelqu'un d'autre poursuit la prise en charge.
- ☐ Entretien / réunion sur l'intervention avec le groupe d'intervention.
- ☐ Signaler ses disponibilités pour le(s) groupe(s) d'intervention qui prendront la relève.
- ☐ Utiliser les possibilités de désamorçage, de débriefing.
- ☐ Faire quelque chose de bien pour soi.
- ☐ Ne pas perdre de vue l'état dans lequel on se trouve – demander un soutien si nécessaire.
- ☐ Mettre un terme au contact avec les personnes prises en charge en connaissance de cause.

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

L'Office Fédéral de la Protection Civile (suisse), dans sa fiche concernant le soutien immédiat (9406-814-02-f) estime qu'un tel soutien est la meilleure façon d'aider les personnes en situation de détresse psychique aiguë. Il relève que, lors de situations critiques, l'objectif immédiat est de sauver des vies, mettre les personnes à l'abri et apporter les soins médicaux d'urgence.Il souligne cependant qu'il convient d'accorder une égale importance à son psychisme qu'à ses fonctions corporelles.

L'OFPC relève également trois principes de base : **proximité** (assistance sur place), **rapidité** (prise en charge dans les meilleurs délais) et **simplicité** (méthode simple, pas de psychothérapie). De même, il suggère un certain nombre de règles pratiques et de comportements à adopter :

dites qui vous êtes	Présentez-vous et dites quelle fonction vous exercez. Demandez aux personnes à assister de se présenter à leur tour.
rester auprès de la personne	Restez si possible auprès des personnes qui vous ont été confiées. Si vous devez absolument vous absenter, faites en sorte qu'un autre secouriste assure la relève.
montrez votre sympathie, vos sentiments	N'essayez pas de minimiser ou d'enjoliver l'événement.
donnez à la personne à assister le sentiment d'être protégée, d'être en sécurité	Protégez les blessés et leur proches des regards indiscrets. Cherchez prudemment à établir un contact physique : tenir la main d'une personne victime dans les siennes, mettre la main sur l'épaule, par exemple. Souciez-vous des besoins essentiels des personnes confiées à votre charge.
informez régulièrement les personnes concernées	Informez des mesures prises pour maîtriser l'événement ainsi que des mesures prévues concernant les personnes victimes. Dites toujours la stricte vérité et ne cherchez pas à donner de faux espoirs.
maintenez le dialogue et écoutez attentivement	Maintenez le dialogue. Pratiquez l'écoute active et encouragez les personnes à exprimer elles aussi leurs sentiments. N'abordez pas le problème de la responsabilité.
aidez les personnes victimes à se prendre en charge	Faites participer les personnes victimes à des tâches pratiques quotidiennes afin de renforcer leur sentiment d'autonomie.
assurez le suivi du soutien psychologique	Recherchez avec les personnes victimes si elles n'ont pas quelqu'un dans leur réseau de relations qui pourrait les assister par la suite, une fois les choses revenues à la normale (médecin de famille, aumônier, parents ou connaissances). Laissez une adresse de contact (service psychiatrique, par exemple).

Indications sur le comportement à adopter avec les personnes en situation de détresse psychique aiguë :

Situations	Comportement / réactions du secouriste
incertitude	Tenir bon, ne pas vouloir rassurer à tout prix tant que l'on est sûr de rien.
désarroi, désorientation, perte du sens de la réalité	Mettre en place des structures claires, donner un sentiment de sécurité, plus par le comportement que par le discours ; « trier » les problèmes, clarifier une chose après l'autre.
état de choc, immobilité, mutisme	Etre là tout en gardant une certaine distance.
peur, anxiété	Laisser verbaliser, écouter attentivement.
agitation, hyperactivité, panique	Ne pas laisser contaminer, rester calme, tenter d'apaiser plus par le comportement que par le discours.
refus d'admettre la réalité, négation de l'événement	Essayer de comprendre, ne pas essayer de contredire, de corriger la vision des faits.
méfiance, refus de toute aide	Essayer de comprendre, ne pas le prendre personnellement, ne pas s'imposer.
colère, recherche de coupables	Supporter l'agressivité, ne pas appuyer les accusations et ne pas défendre non plus les accusées.
sentiment de culpabilité	Laisser s'exprimer, essayer de comprendre, ne pas vouloir corriger dans l'immédiat.
auto-agressivité	Essayer de protéger la personne d'elle-même, utiliser éventuellement la manière forte pour l'empêcher de se faire du mal, la conduire dans un lieu isolé et calme.
tendance à la fugue, désir de s'échapper	Tenter de raisonner la personne, de la motiver à rester ou alors lui céder ; l'empêcher toutefois de conduire elle-même un véhicule si elle est dans l'incapacité de le faire.
question sur le pourquoi	Ne pas répondre, mais ne pas être sourd au cri de détresse derrière la question, tenir bon.
pleurs, cris, tristesse, profonde douleur	Laisser s'exprimer la douleur, offrir sécurité et protection, une présence attentive et rassurante.

L'OFPC tire ce tableau de : R. Albisser, Seelsorger (aumônier), Lucerne, 1998

Eléments de réflexion sur le thème de «l'écoute» *

1. Adaptez-vous à votre interlocuteur.

Tenez compte du fait que votre interlocuteur se trouve dans une situation particulièrement éprouvante. Souvenez-vous cependant que pour accomplir votre mission de prise en charge, il faut de l'empathie et non pas de la pitié.

2. Ne parlez pas.

On ne peut pas écouter lorsqu'on est soi-même en train de parler. La présence, tout simplement, est souvent la forme de communication la plus appropriée.

3. Mettez votre interlocuteur à l'aise

Créez un environnement «détendu». Faites attention à votre posture. Proposez-lui quelque chose à boire.

4. Montrez que vous voulez écouter.

Montrez à la personne en face de vous que cela vous intéresse réellement d'écouter ce qu'il / elle a à dire. Lorsque vous n'avez pas compris quelque chose, posez des questions.

5. Ecartez les sources de diversions.

Fermez les portes, les fenêtres. Eteignez votre portable momentanément. Ne faites rien d'autre – par exemple, feuilleter des dossiers ou dessiner.

6. Faites preuve de patience.

Lorsque vous êtes confrontés à un interlocuteur faisant preuve d'un important besoin de communiquer, ne perdez pas patience. A l'inverse, laissez également place aux moments de silence. Il ne doit pas remarquer que vous êtes pressé par le temps.

7. Maîtrisez-vous.

Essayez de rester calme, même si vous n'êtes pas d'accord avec ce qui est dit pour l'instant. Vous aurez certainement l'occasion de donner votre avis – si tant est que cela soit nécessaire…

8. Ne vous laissez pas provoquer par des reproches ou des critiques. Gardez votre calme.

Dites-vous: «J'ai une mission à remplir et c'est de cela dont il s'agit».

9. Posez des questions.

Cela encourage votre interlocuteur et lui prouve votre intérêt. Les questions ouvertes lui permettront de mettre en mots ce qu'il ressent et ce qu'il pense.

10. Et encore une fois: soyez à l'écoute!

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

6.5. Defusing (déchocage) et débriefing

Pour bien comprendre ces méthodes d'intervention post-immédiates, peut-être est-il utile d'en comprendre le mythe fondateur :

Le terme débriefing nous vient de l'armée, l'armée de l'air en particulier. En effet, avant toute mission, une escadrille est rassemblée pour un « briefing », réunion dont le but est de décrire la mission, définir la cible et évaluer les caractéristiques de l'intervention. Au retour de mission, l'escadrille est à nouveau rassemblée pour analyser l'intervention, juger sa portée, relever les difficultés et caractéristiques particulières, il s'agit du « débriefing ». Cette pratique s'est étendue non seulement à l'aviation civile, mais également à d'autres professionnels de l'intervention. Notamment chez les sapeurs pompiers, probablement avec Mitchell, dans la fin des années 70, cette pratique prend une nouvelle fonction. On remarque que le vécu émotionnel des intervenants mérite d'être abordé, on passera progressivement (avec plus ou moins de bonheur une fois encore) du débriefing technique au débriefing psychologique.

Il reste nécessaire, toujours pour bien saisir le phénomène, de réaliser que la naissance de cette pratique apparaît dans un contexte très particulier, celui d'une culture « para-militaire », s'adressant à une équipe constituée travaillant dans des situations critiques quasi quotidiennes. Cette pratique est répétée aussi souvent que nécessaire. Elle est structurée en étapes précises, probablement parce que les « procédures » ou protocoles sont de mise dans ce type de culture et de situations (automatiser des comportements de façon à pouvoir être opérationnel dans des situations où la pensée a de forte chance d'être gênée), mais également parce que sous-tendue par l'approche cognitivo-comportementale.

Le transfert de cette pratique à d'autres sujets, personnes moins aguerries, moins souvent confrontées à ce type de situations (survivants, témoins) n'a pas pu s'opérer sans difficultés. Par exemple, on remarquera que le débriefing se montre souvent peu opérationnel dans l'immédiat. On dira d'abord qu'il faut « dormir » sur l'événement, puis attendre 24 heures, puis encore 48, 72 heures. Enfin on décidera qu'il est bon, pour les non professionnels, de l'opérer quelques jours après l'événement. Cependant, on remarquera que quelque chose mérite toutefois d'être fait dans l'immédiat, ainsi va naître la pratique du défusing (entretien de déchoquage).

De même, toujours dans cette tentative d'adapter le débriefing à la population générale, il ressortira progressivement qu'une seule séance se montre souvent insuffisante. En effet, il est important de comprendre qu'une seule séance, pour des professionnels qui auront de nombreuses occasions de répéter la manœuvre, ne peut en aucun cas avoir la même efficacité que pour des personnes civiles qui n'y seront sujettes qu'une fois et se retrouverons « lâchées » par la suite. Pour cette raison, la pratique, en Suisse-romande, allait dans le sens d'une intervention sur le site (avec éventuellement un défusing) suivi d'une ou deux séances de débriefing. Les objectifs du débriefing, assez rapidement, n'étaient pas de faire disparaître les réactions – c'était définitivement illusoire – mais bien de tenter de mobiliser les ressources individuelles et sociales.

Aujourd'hui nous évitons d'utiliser le terme de débriefing, parce qu'il prête à confusion et que finalement ce qui est fait dans l'immédiat et le post-immédiat est à chaque fois adapté aux personnes et aux situations.

Pour beaucoup, ces interventions suffisent, parfois un suivi plus poussé s'avère pourtant nécessaire, de cinq à dix séances par exemple, avec un spécialiste. Nous appellerons cette méthode, faute de mieux, « thérapie brève » ou encore « soutien psychologique à séances limitées ». Il s'agirait en fait d'entretiens centrés spécifiquement sur la situation, mais surtout ses suites, pouvant s'étaler sur plusieurs mois.

Finalement, si nous voulions tenter de distinguer le déchocage du débriefing, nous pourrions envisager la comparaison sous la forme suivante :

Le defusing (déchocoage)	Le débriefing
Le défusing initial est un entretien relativement bref suite à un événement critique.Il vise à désamorcer une situation susceptible de devenir explosive.Le défusing initial intervient immédiatement ou dans les heures suivant le drame.Plus simple, il cherche à traiter les réactions à court terme, l'état de choc.	Le débriefing psychologique est un entretien approfondi tenu après un événement grave. Il cherche à engager le processus d'intégration de l'événement dramatique. Le débriefing est tenu dans les jours qui suivent la situation critique. Généralement plus structuré, il traite les réactions à moyen et long terme, produites par l'événement.

Le defusing (déchoquage)

Mitchell définit le defusing comme un entretien en petit groupe, traitant de l'expérience possiblement traumatique. Il a lieu idéalement entre 8 et 12 heures après l'incident critique. Cette procédure consiste en trois phases : introduction, exploration et information.

- L'introduction brève invite le personnel à suivre une ligne de conduite propre à garantir sécurité et harmonie dans la démarche (pas de rapport, confidentialité etc.);
- La phase d'exploration permet aux participants de décrire les événements dans leur ensemble.
- La phase d'information vise à orienter les participants quant aux types de réactions susceptibles d'être présentées.

Parfois le défusing se montre suffisant. Plus généralement il permet d'évaluer la nécessité de la mise en place d'une procédure de soutien plus importante.

L'Office Fédéral de la Protection Civile (brochure 9406-814-03-f) dit du défusing qu'il consiste à donner à des personnes venant de participer à un engagement dans le cadre d'un événement traumatisant, la possibilité de s'exprimer brièvement sur ce qu'elles viennent de vivre en attendant d'avoir le temps d'analyser ce vécu en profondeur. » Selon l'OFPC, ses buts sont de réduire l'intensité des réactions, les normaliser, égaliser le niveau d'information quant à l'événement, constituer un réseau social afin d'éviter l'isolement des personnes concernées et évaluer la nécessité d'un suivi (débriefing).

Le débriefing (activité de verbalisation sur un événement)

Le débriefing est avant tout un événement social. Il marque la fin d'une situation dramatique sortant de l'ordinaire, du chaos qu'elle engendre, le début d'une période de reconstruction. De ce point de vue, il est **un rituel**, un rite de passage.

Il donne aux participants l'occasion de mettre en mots et de partager leur expérience, permettant éventuellement de remettre de l'ordre dans les représentations et d'exprimer leur vécu, dans un cadre protégé où l'animateur devra mobiliser ses aptitudes de "contenant", de sorte que l'expression d'émotions autrement indicibles puissent, dans la mesure du possible, être entendues. Il s'agit cependant en aucun cas de faire tomber les défenses indispensables, le risque étant trop important de reproduire un nouveau traumatisme et de causer une potentielle "cristallisation" du discourt comme du vécu traumatique.

Dans le but de développer une réflexion sur cette méthode, étudions ici l'article suivant : « Debriefing Red Cross Disaster Personnal : the multiple stressor debriefing model » d'Amstrong, K. & all, (in Journal of Traumatic Stress, Vol 4, No 4, 1991). L'article examine les applications théoriques et pratiques du Critical Incident Stress Debriefing de Mitchell, pour les volontaires et les équipes de la Croix Rouge. Bien qu'ils n'aient pas toujours été directement exposés, les longues heures de travail avec des victimes de traumatismes les ont placés à risque concernant la ESPT. Le département des Veterans Affairs du Centre Médical de San Francisco a mis sur pied une équipe de débriefeurs pour la CR. Il s'agit de professionnels formés dans des disciplines variées mais dont tous sont expérimentés dans la thérapie de groupe. Cinq modèles ont été étudiés :

L'intervention de crise (Cohen et Ahearn, 1980) ; le débriefing de l'Organisation Nationale d'Assistance aux Victimes (NOVA, 1987) ; le débriefing didactique (Dunning, 1988, pp 184-207) ; le débriefing psychologique (Raphael, 1986) ; le débriefing de traumatisme lors d'incidents critiques (Mitchell, 1983, 1984, 1986). C'est ce dernier qui a été retenu comme le plus pertinent pour le personnel de la CR : un incident critique y est défini comme : « toute situation rencontrée par le personnel des urgences susceptible d'éveiller chez eux des réactions émotionnelles intenses, propres à altérer leur fonctionnement tant sur le site que plus tard. » Le but du débriefing est de : « protéger et soutenir le personnel et d'enrayer le développement de réponses anormales susceptibles de causer une perte de temps et d'efficacité au travail ainsi que des difficultés au niveau familial. »

Pour ces auteurs, il existe quatre types de débriefing : a) Débriefing sur le site ou à proximité ; b) Défusing initial ; c) Le Critical Incident Stress Debriefing formel ; d) Le follow-up CISD.

1. Le débriefing sur le site ou à proximité : opéré par des personnes ayant observé les opérations et surveillé les éventuelles réactions traumatiques. Le facilitateur aide les sauveteurs à exprimer leurs sentiments concernant le travail. Après avoir ventilé leurs émotions, bien souvent ils sont aptes à retourner à leur mission. Le facilitateur peut également suggérer à l'officier en charge de relever momentanément une personne présentant des réactions intenses, ou la placer sur un poste moins exposé.

2. Le défusing initial : quelques heures après l'incident, il peut être conduit par un professionnel en Santé Mentale, mais peut souvent se passer de leader. Les sauveteurs y discutent leurs émotions dans une atmosphère de support mutuel et de détente. Pour ce faire, une heure obligatoire de réunion doit être organisée après la conclusion du désastre.

3. Le CISD formel : 24 à 48 heures après l'incident, il s'agit d'un processus de 3 à 5 heures s'organisant en sept étapes. Il est mené par un professionnel en Santé Mentale, expérimenté dans les techniques de groupe et les réactions de Stress Aigu. Il doit également bien connaître les demandes propres aux intervenants des services d'urgence. Les étapes sont les suivantes :

4. Follow-up CISD : doit avoir lieu chaque fois que des éléments non résolus, propres à causer un dysfonctionnement, apparaissent. Il peut être mené individuellement ou en groupe.

Critical Incident Stress Debriefing (Mitchell)

1. **Introduction** : les règles du débriefing sont présentées, on insiste sur la confidentialité et sur le fait qu'il ne s'agit aucunement d'une critique, mais bien d'un moment de soutient où l'on peut faire entendre son vécu et s'écouter les uns les autres.

2. **Les faits** : les membres sont amenés à décrire ce qu'ils ont vu, entendu, senti, touché et fait pendant leur intervention.

3. **Les pensées** : où les facilitateurs demandent au groupe les premières pensées concernant les éléments les plus dramatiques de la situation.

4. **Les émotions** : permet aux membres de discuter leurs réactions émotionnelles. Des questions sont posées concernant ce qui a été ressenti lors des événements, de même que ce qui est vécu sur le moment, s'ils ont déjà ressenti de telles émotions par le passé. On veille à ce que chacun puisse s'exprimer.

5. Il est demandé si des **symptômes physiques ou psychiques** apparaissent chez certains.

6. Présentation de la **Réaction de Stress Aigu** ainsi que de **l'Etat de Stress Post-traumatic**.

7. **Conclusion** : le retour dans les foyers respectifs est discuté. On répond aux questions. Des informations sont prodiguées aux personnes pouvant nécessiter des conseils supplémentaires.

Dans ce débriefing avec le personnel de la CR, le nombre de participants a été limité à moins de 20. Deux co-leaders interviennent sur une durée obligatoire de 1H½ . Ils proposent pour des situations sur long terme et à traumatismes multiples un modèle particulier :

Le modèle de débriefing pour traumatismes multiples (msdm), modèle composé de quatre étapes. Ce modèle est repris dans un autre article, quelque peu plus récent : "Multiple Stressor Debriefing and the American Red Cross: The East Bay Hills Fire Experience" de K. R. Amstrong & all. Social Work, Vol 40, No 1, 1995.

Dans cet article, les auteurs expliquent que les groupes de débriefing tirent des aspects de trois principales tendances: les courants principaux de la pratique sociale de groupe, les groupes structurés et les thérapies de groupe. En effet, comme dans les courants principaux du travail social, le but est commun, les membres sont encouragés à se montrer actifs et les leaders gèrent la quantité de directions prise par le groupe. Comme dans les groupes structurés, le but est prédéterminé et planifié pour aider chaque membre. Les personnes ne sont pas considérées comme malades. Le débriefing est préventif dans le sens où il encourage les personnes exposées à une situation critique à discuter leur expérience afin d'éviter l'installation de troubles chroniques. Une composante éducationnelle fait également partie intégrante du groupe de débriefing, où, dans une atmosphère soutenante, les difficultés ainsi que les éléments positifs sont abordés. La confidentialité, à l'instar des groupes thérapeutiques est valorisée et revendiquée.

Débriefing	Modèle de débriefing pour traumatismes multiples
1. Introduction : les buts de cette phase sont de permettre à l'équipe de se présenter et d'exprimer sa sollicitude envers les victimes de l'événement, d'expliquer la méthode, son intérêt et ses règles fondamentales : - confidentialité, - choix des participants, - pas l'obligation de parler, - égalité entre les participants, - respect de ce qui est révélé, - ne pas quitter la réunion, - entrevue individuelle après si nécessaire. **2. Description :** les participants sont incités à décrire l'événement, les faits qu'ils ont vécus, leurs rôles et fonctions pendant l'événement. **3. Réflexion :** les participants révèlent les premières pensées ayant fait irruption pendant la situation traumatique ainsi que les ressentis et les impressions sensorielles. Ainsi, les participants redonnent du sens à leurs pensées morcelées et de l'intérêt à leur vécu par rapport au récit sensationnel des faits. **4. Réactions :** on y aborde les réactions apparues pendant et après la situation critique. Les ressemblances et différences individuelles sont relevées. Le vécu émotionnel de cette phase est généralement intenses avec l'expression des émotions (pleurs, angoisse, vécu de frustration) ou, au contraire, repli hermétique sur des émotions semblables (frustration, angoisse, culpabilité). **5. Symptômes :** chaque participant est invité à décrire ce qui est différent dans son comportement et son vécu depuis l'événement. Il s'agit de la recherche des symptômes. **6. Enseignement :** le leader résume les émotions, pensées, impressions, vécus, etc. de tous les participants et en quittance la normalité. Il présente les réactions possibles à court, moyen et long terme et aborde les stratégies à mettre en place pour faire face à ces troubles. Il évoque la possible nécessité d'un suivi médicopsychologique. **7. Conclusion** : le retour dans les foyers respectifs est discuté. On répond aux questions. Des points de contact sont proposés aux personnes pouvant nécessiter des conseils supplémentaires. Des rafraîchissement sont généralement distribués et une conversation libre peut s'engager, permettant d'exprimer un sentiment de détente.	**1. La narration des événements** : les leaders y décrivent les paramètres de l'intervention, comme la durée, les buts et les limitations de la confidentialité (en lien avec les lois par exemple). Ils expliquent au groupe qu'il ne s'agit ni d'une thérapie, ni a priori d'une critique des événements passés. Le débriefing offre aux personnes un temps pour faire une pause dans leur mission et pour développer une réflexion sur les aspects positifs et négatifs de leur travail. Au cours de cette phase, les leaders encouragent les membres à discuter un ou deux points particulièrement difficiles. Un des leaders écrit les situations au tableau. L'utilisation du support visuel souligne l'aspect éducationnel ou didactique et diminue l'inquiétude des membres d'être diagnostiqués pendant la procédure. Il s'agit également d'une façon concrète de montrer l'intérêt porté à leurs pensées, sentiments et émotions. De plus, placer les événements en dehors des personnes (sur le tableau), de manière organisée, peut permettre une prise de distance propre à faciliter l'intégration de l'expérience. Les éléments clairement positifs, les stratégies d'adaptation efficaces et les points forts sont identifiés au cours de cette phase. **2. Emotions et réactions :** les membres sont amenés à ventiler leurs pensées et émotions concernant les points inscrits sur un tableau, elles sont reconnues comme normales dans une telle situation. **3. Les stratégies d'adaptation** : les réactions normales et pathologiques au stress sont présentées et discutées. Les leaders orientent les participants quant aux éventuels mécanismes de défense désadaptatifs. On y répertorie également les divers moyens mis en place par chacun pour supporter de telles situations, ce aussi bien dans le cadre de cette catastrophe que dans celle d'autres situations précédentes. De même le retour à la maison est abordé. Sont recommandés par exemple : 1) l'exercice physique 2) une bonne alimentation 3) un congé professionnel 4) des activités de détentes 5) l'échange avec les collègues 6) la participation aux réunions d'équipe 7) le contact avec la famille et les amis 8) l'utilisation des méthodes personnelles destressantes utilisées par le passé. On souligne le fait que l'aide qu'ils pourraient apporter aux autres va dépendre du soutien et de l'attention qu'ils s'apporteront à eux-mêmes. **4. L'étape de clôture** : les aspects positifs de l'expérience sont évoqués. Des liens intenses s'étant probablement noués, un moment est offert pour les adieux. Il est vital de parler de la transition vers le foyer. Les effets retardés de la réaction aiguë sont expliqués. Un follow-up individuel ou familial est vivement recommandé à ceux qui sont encore en difficulté.
Mitchell, tiré du Précis de victimologie générale (1999).	Amstrong & all (1995)

Les auteurs formulent toute une série de recommandations intéressantes :

1. Les objectifs, règles et phases de la session nécessitent d'être clairement expliqués au début de la rencontre.

2. Les leaders doivent être prêts à se montrer verbalement actifs tout au long de la procédure. Ils doivent gérer avec beaucoup de prudence le haut niveau d'anxiété. Ils sont responsables de la qualité de "contenant" lors de l'exploration des passages difficiles. Il est important d'évaluer la capacité des membres à supporter ce niveau d'anxiété, quitte à insister d'avantage sur les aspects didactiques que sur les difficultés, si nécessaire.

3. La procédure se déroulant au moment de quitter le site, il est important de fournir une ambiance détendue et des services confortables.

4. Les leaders devraient rassembler (avant le débriefing) le plus d'informations possible sur les tâches spécifiques de chaque sous-groupe. La familiarité avec ces tâches ainsi que le contact rapproché avec les participants lors des interventions permettent de développer une meilleure alliance avec les membres du groupe.

5. Les sessions de débriefing s'appuyant sur le modèle du MSD tournent mieux lorsque facilitées par deux co-leaders :

a) la gestion des effets du traumatisme étant lourde, le partage du travail peut diminuer les éventuels problèmes;
b) l'équilibre des personnalités ou le partage des rôles, tel : un leader porté sur les pensées, l'autre sur les émotions, peuvent améliorer l'efficacité du groupe;
c) bien que le débriefing ne soit pas une séance de thérapie de groupe, il n'est pas à l'abri de la dynamique transférentielle et contre-transférentielle. Le co-leadership peut participer à diminuer l'effet pervers de ces dynamiques.

6. Il semble pertinent de répartir les intervenants et les responsables dans des groupes distincts, ce afin d'éviter certains facteurs négatifs possibles reliés à la relation avec l'autorité par exemple.

7. La communication entre les leaders et les travailleurs en santé mentale se doit d'être claire et précise, les informations doivent passer régulièrement.

8. Les leaders doivent se montrer capable d'offrir une atmosphère propice à la discussion sur les événements. Ils doivent être capables d'éviter que les membres ne se sentent critiqués quant à leurs réactions ou leurs actions.

9. Il est fondamental de traiter des aspects positifs de l'expérience. Cela facilite grandement l'intégration des événements dans le cours de vie. Cependant les leaders doivent être attentifs à ce qu'il ne s'agisse pas là d'un moyen d'éviter d'aborder les éléments difficiles et les problèmes rencontrés.

10. Le débriefing devrait être fortement recommandé, mais en aucun cas rendu obligatoire. L'individu possède de nombreux moyens pour s'en sortir et faire face à l'adversité. Ces divers moyens doivent être respectés, encouragés et développés.

11. Des entretiens informels (défusing/déchoquage) individuels ou en groupe peuvent être offerts aux personnes présentant des signes d'état de stress aigu. Le cas échéant, ces personnes devraient être adressées à des spécialistes.

12. Des sessions de débriefing devraient également être offertes au groupe des personnes ayant mené les débriefings.

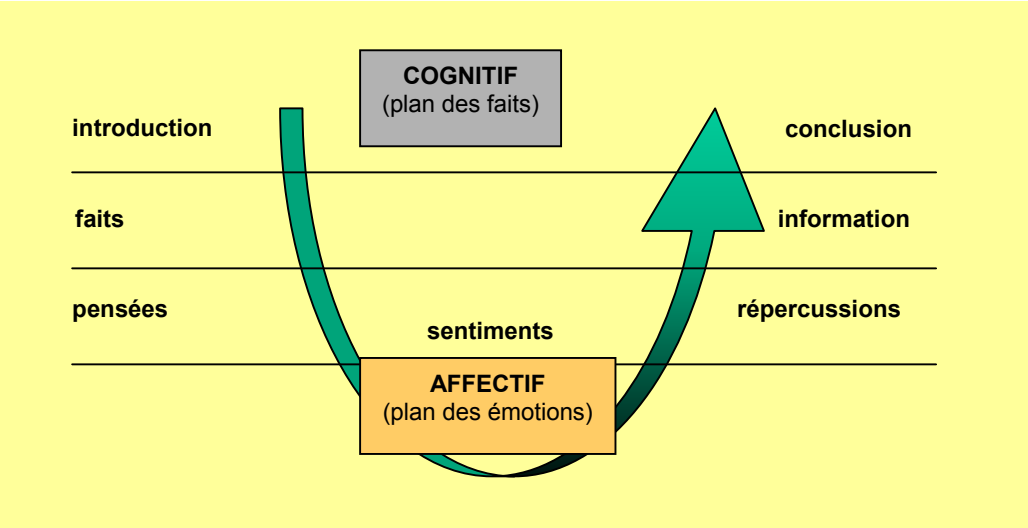
Une étude attentive de l'évolution du concept de débriefing permet de réaliser qu'il existe finalement deux catégories principales :

- les débriefings clairement structurés et
- les débriefings moins structurés.

Les débriefings structurés s'inspirent tous du modèle de base de Mitchell, y apportant plus ou moins de variantes, d'ajouts ou de particularités et organisant les étapes ou phases de façon plus ou moins différentes. Comme nous l'avons relevé plus haut, les objectifs des phases reposent principalement sur deux éléments :

a) le premier repose sur une culture d'entreprise (militaire et urgentiste), et s'adresse aux facilitateurs (débriefeurs, animateurs). Il organise le déroulement en protocole ou procédure, permettant aux leaders de gérer leur propre stress ;

b) le second est sous-tendu par l'approche cognitivo-comportementale, elle-même fortement structurée. La séparation des étapes vise à permettre d'aborder progressivement les émotions, tout en évitant une déstabilisation trop forte (re-victimisation, décompensation), pour ramener progressivement les participants à un certain niveau de calme et de détente. Concernant ce point, l'OFPC explique que son déroulement est conçu pour permettre le passage en douceur du plan des faits au plan des émotions, pour finalement revenir aux faits concrets, bouclant ainsi le cycle. Il propose le schéma suivant :



Les débriefings non ou peu structurés veulent donner plus de place à la libre expression des paroles comme des émotions. Nous y trouvons par exemple la règle des trois T (« tears, talk, and time »), repris par Daniel Smaga (1995) dans son trois P : laisser pleurer, parler et prendre du temps. Ces approches insistent sur le respect du rythme propre à chaque personne. Elles cherchent à éviter la revictimisation de la personne, toujours possible lorsque l'on cherche à tout prix à faire exprimer les émotions, lorsque l'on tente de « casser » les mécanismes de défense.

Ce sont souvent ces mêmes approches qui nous ont permis de questionner le bien-fondé des débriefings de groupe avec les personnes n'appartenant pas à une équipe pré-constituée d'intervenants. Sous-tendues par des prémices psychanalytiques, nous y retrouvons l'expression libre (association libre) et le travail psychothérapeutique individuel. A l'époque, la mise en doute de la pertinence du débriefing s'appuyait plus sur un plan théorique que sur l'expérience.

Il ressort de ce survol, que les méthodes semblent se distinguer tant par leurs développements historiques que par leur contexte (culture d'entreprise, approches psychothérapeutiques sous-jacentes). Finalement, l'expérience clinique tend à montrer que l'intervenant est tenu d'adapter constamment son travail à la situation même, à certaines de ses caractéristiques, au contexte ainsi qu'aux personnes auxquelles il s'adresse.

Par exemple, le choix d'un travail en individuel ou en groupe va dépendre aussi bien de la formation de l'intervenant (habitude ou non de travailler avec des groupes), que de l'ambiance ou du type prévisible de relations parmi les éventuels participants. Ainsi, le choix d'inclure, lors d'une situation de collision, le chauffeur du car au groupe de passager, peut dépendre du sentiment qu'aura l'intervenant que ce dernier puisse être considéré comme responsable de l'accident ou au contraire, comme ayant, par ses réactions, sauvé la vie des survivants.

De même, le choix d'opérer dans l'immédiat ou non, la profondeur et la portée possible du travail, va dépendre de l'état des participants, de la forme de leurs réactions (état de choc, non réalisation, ou alors apparente bonne intégration de l'événement), mais encore du temps disponible, du contexte, des impératifs divers (besoins de l'enquête judiciaire, procédures diverses, reprise du travail, etc.).

Finalement, la légitimité de l'intervention comme sa forme vont dépendre de l'évaluation des besoins, du diagnostic des ressources (individuelles et collectives) ainsi que des diverses variables du contexte.

6.6. Objectifs des interventions

Nous avons ainsi réalisé, que l'organisation du débriefing psychologique en sept ou quatre étapes, ainsi que la description progressive des faits, des pensées puis enfin des émotions, ne sont pas fondamentaux. En effet, il semble bien plus important d'étudier, de comprendre la fonction de la méthode et de maîtriser ses techniques spécifiques. D'un autre côté, il pourrait bien apparaître qu'en travaillant ainsi, on retrouve partie des étapes et des contenus en question. Comme relevé plus haut, les facteurs causaux des réactions au stress semblent être la confusion, le débordement émotionnel et l'impuissance. Notre méthode s'avère théoriquement fort simple: tout ce qui est fait dans un débriefing – comme dans tous les autres niveaux d'intervention - doit être susceptible d'agir sur ces éléments. Nous ne cherchons pas à faire disparaître l'ensemble des réactions. Nous avons compris à quel point ces réactions s'avèrent souvent les moyens mis à disposition par le psychisme pour faire face, sans trop de dégâts, au drame. Dans un mouvement pouvant paraître paradoxal, nous accompagnons la personne dans l'acceptation de ces réactions et le respect de leur fonction tout en tentant de diminuer les trois éléments que nous considérons à leur source.

Dit autrement, **tout ce qui y est entrepris doit viser et se montrer propre à diminuer un des éléments** (confusion, débordement émotionnel ou impuissance) **tout en n'augmentant pas les deux autres**. Dans ce sens, nous listerons ici un certain nombre de moyens utiles.

Cependant, avant de se lancer dans toute une série de suggestions, conseil, attitudes, réflexions, il nous faut répéter encore à quel point il est fondamental de prendre, à tout moment, le temps de réfléchir à la portée de notre intervention, à l'effet qu'elle est susceptible d'avoir à moyen et à long terme sur le bénéficiaire de nos soins. En dernier lieu, nous voulons souligner ici, que tout ce qui a été écrit sur le débriefing doit être considéré dans le contexte culturel d'où il est tiré. Il ne s'agit aucunement d'aller imposer une méthode, mais, avec le développement de compétences et de connaissances qui nous sont propres, d'aller à la rencontre de l'autre, pour un partage où chacun sortirait grandi. Il n'est pas inutile de répéter ici la mise en garde de Christian Petel :

"*A tout moment, nous avons plutôt à être, sans fausse-modestie, des éléments-ressources, intervenant à un moment donné d'une histoire, préoccupés par le respect de celle-ci, par le respect de la personne victime comme un sujet, par les conséquences pour la personne du traumatisme lui-même et de l'intervention proposée. Nous devons avoir à l'esprit la préoccupation constante de notre propre départ, de notre propre absence. Nous avons à soutenir notre pratique d'une confiance dans les ressources individuelles et collectives des personnes victimes*."

CONFUSION

Nous l'avons vu précédemment, l'incident critique fait irruption dans la vie de la personne. Le plus souvent inattendue, elle bouleverse le quotidien. Il est rare d'en avoir une représentation dans notre histoire, difficile si ce n'est impossible de la « re-connaître ». Nous avons peine à la comprendre et n'avons pas de référentiel pour présenter des actions adaptées. L'événement, comme le dispositif mis en place pour y répondre, baignent dans le chaos. La personne impliquée brusquement dans une telle situation va probablement ressentir tout d'abord une réaction de choc, elle ne va pas réaliser pleinement ce qui se passe, se sentir "bizarre", puis progressivement va présenter des troubles de la mémoire et de la difficulté à se concentrer par exemple. Cet état de confusion montre à quel point il lui est difficile d'intégrer cognitivement l'événement, la difficulté qu'elle a à le penser, le comprendre. L'expérience montre que les personnes impliquées dans de telles situations expriment de façon extrêmement forte leur besoin quasi inextinguible de comprendre. Il est évident que, souvent, c'est la difficulté à accepter qui se cache derrière ce besoin de mieux comprendre. Il reste cependant impératif de tenter de répondre le mieux possible à ce besoin et permettre ainsi de diminuer cet état de confusion, tout en respectant le fait qu'il peut également être un moyen pour la personne de se protéger d'une réalisation trop rapide et trop destructrice de l'horreur. Pour ce faire, nous recommandons une série d'actions simples :

Présentation et introduction: il s'agit ici de nous présenter comme personne, notre fonction, l'organisation à laquelle nous appartenons, notre mandat et le mandataire. Ce point est fondamental. Imaginez que la personne rescapée a été " l'objet " d'une situation ou d'une personne mal intentionnée. Au moment des secours, une armée de sauveteurs, médecins, policiers et autres personnes bien intentionnées (et plus ou moins agitées) mais pris par l'urgence, se sont adressées à elle et lui ont donné des consignes, l'ont placée ici ou là. Bref le rescapé se retrouve encore l'objet des intervenants. Au moment de notre rencontre, le fait de nous présenter (en tant que personne et représentant d'un dispositif), mais surtout de s'intéresser à qui elle est, correspond à mettre fin (d'une façon symbolique s'entend) à cette situation. Elle redevient une personne, avec un nom, une pensée propre, des besoins, des intentions. Elle reprend ici une petite part de son contrôle. Il s'agit également **d'orienter la personne sur le type d'intervention** en cours, d'expliquer ce en quoi elle consiste (ou de négocier), de définir son cadre, sa durée, ses objectifs ainsi que d'éventuelles règles de fonctionnement groupal jugées nécessaires.

Informations: dans la mesure du possible, il faut rassembler le plus grand nombre d'informations sur les événements, leurs causes, déroulement ainsi que leurs effets sur le futur. Il est fortement recommandé, encore une fois lorsque c'est possible et pertinent, de faire venir des représentants des autorités, de la direction de l'entreprise ou de l'organisation impliquée, pour des clarifications de même que des spécialistes du domaine (pompier, sauveteur, ingénieur, responsable de l'enquête etc.) afin de fournir **des éléments de compréhension techniques** et organisationnels ainsi que de répondre à d'éventuelles questions.

Explications, descriptions et clarifications: après ces explications contextuelles offertes par les spécialistes, il s'agit ici de rassembler les éléments factuels à disposition de chaque membre du groupe. Chacun aura la possibilité de décrire les faits contenus de leur expérience. Chacun étant le dépositaire, en quelque sorte, d'une pièce du "puzzle" qu'est l'événement dans sa globalité. Les participants ont ainsi la possibilité de "remplir les trous", mieux saisir le déroulement, corriger des impressions incorrectes, en résumé, mieux comprendre la situation. Il incombe ici au facilitateur de reprendre les divers éléments, les résumer, leur apporter plus de cohérence. Ce dernier peut avoir à se montrer très actif. Il est le garant du "fils rouge". En effet, cette reconstruction ne doit en aucun cas augmenter la confusion. Il se montre souvent efficace, lorsque le temps à disposition le permet, de commencer la narration par les heures précédant la situation critique et de la terminer par la description des jours suivant l'événement, jusqu'au jour du débriefing par exemple. En effet, la confusion amène souvent la personne à avoir l'impression que la situation perdure alors que se sont les réactions qui subsistent encore. Souligner la chronologie avec un avant, un pendant et un après peut se montrer propre à diminuer cette confusion. Il peut également s'avérer nécessaire d'offrir une certaine **orientation dans le temps et l'espace.**

Orientation quant à une éventuelle procédure: si des suites organisationnelles, logistiques, administratives ou légales, par exemple, sont attendues, il est bon de les expliquer.

Redondances: pour combattre les effets de la confusion, il faut souvent répéter les informations. Les présenter sous diverses formes: oralement (les exposer de plusieurs façons) et par écrit (tableau noir, flip-chart, transparents, dépliants, photocopies et schéma ou dessins).

Eviter les amalgames entre événements passés et situation actuelle : comme nous l'avons relevé plus haut, les personnes, dans la majorité des cas, font référence à des événements traumatiques antécédents, voire relient la situation actuelle à des événements passés. Les animateurs peuvent être amenés à permettre aux participants de distinguer les divers éléments et clarifier d'éventuels amalgames.

Distinction entre peurs, besoins, attentes et désirs : en effet, la confusion entraîne souvent des mélanges entre différentes notions. Leur clarification produit souvent un sentiment de soulagement.

Lors de l'expression d'agressivité ou de colère, vérifier le bien-fondé de leurs cibles : nous savons que les expériences traumatiques produisent des sentiments de colère et éveillent l'agressivité. Souvent, ces sentiments sont sujets au déplacement, adressés à la mauvaise cible ou tout bonnement retournés sur soi. Les participants peuvent être accompagnés à mieux comprendre le phénomène. L'intervenant devrait se garder de toute prise de parti. Ses réactions naturelles, nous l'avons compris, seraient de s'activer, de prendre la « défense » des personnes rencontrées, de se sentir également envahi de colère et de l'adresser à des coupables présumés ainsi qu'aux autres intervenants. La responsabilité de l'intervenant ici est de tenter de reconnaître ses propres tendances, les comprendre et les juguler. Il s'agit d'accepter ces réactions chez la personne victime, mais sans les nourrir ou les amplifier et sans se laisser agir par elles.

DEBORDEMENT EMOTIONNEL

La personne ayant été confrontée à une atteinte à l'intégrité psychique et/ou physique, voire à la mort, c'est sa sphère existentielle qui a été mise en péril. Dans ce sens, les premières actions à présenter consistent évidemment à mettre la personne à l'abri, en sécurité et de répondre à ses besoins physiologiques de base.

Protection physique: le lieu et la situation de rassemblement ou de rencontre devraient, dans la mesure du possible, ce n'est naturellement pas toujours possible dans une situation souvent chaotique, se montrer sécurisantes (parfois il s'agit de trouver un lieu connu et représentant la sécurité, parfois, au contraire, il vaut mieux choisir un endroit sans lien avec la situation). La chaleur, des boissons et de la nourriture participent souvent à offrir ce sentiment de sécurité, par le fait qu'ils satisfont des besoins de base. De plus ils favorisent un climat plus détendu et moins formel.

Sécurité et confort: ces éléments peuvent être offerts par le cadre même de l'intervention. En effet, parler de la situation critique correspond à aller contre le mécanisme d'évitement. Repenser à l'horreur de l'événement est propre à augmenter la souffrance psychique et éveiller de violentes émotions. Il s'agit donc de proposer un cadre sécurisant. Les règles de fonctionnement groupal y participent. Les personnes sont invitées à parler, en douceur, et sans aucune obligation. Les membres sont priés d'exprimer leur vécu. Il s'agit d'éviter soigneusement les critiques non constructives ainsi que les bouffées d'hostilité ou d'anxiété. La règle principale pourrait bien être le respect et l'acceptation des comportements, réactions et points de vue de chacun. Le facilitateur a la responsabilité de ce cadre et le devoir d'interrompre l'intervention s'il ne peut en garantir le bon fonctionnement.

Offrir un "contenant": en d'autres termes, l'intervention doit s'offrir comme un contenant propre à accueillir avec respect les réactions, pensées et émotions de chacun. Il doit pouvoir présenter la fonction de "filtre" décrite par Freud, ou celle de "contenant" de Bion. Les membres du groupe peuvent y exprimer leurs émotions primaires, être amené à les comprendre et peut-être alors les accepter. C'est au cours de ce travail progressif qu'un recul peut être pris, les éléments mentalisés et l'expérience susceptible d'être intégrée plus facilement.

Travail cognitif, "mentalisation": il semble aujourd'hui généralement reconnu que, lorsque nous sommes dans des sphères plus intellectuelles (la pensée, la mentalisation, la compréhension), nous investissons moins les aires émotionnelles. Ainsi, orienter les personnes sur le cognitif permet souvent de diminuer la sursimulation émotionnelle. C'est d'ailleurs la stratégie utilisée dans le CISD de Mitchell. En effet, passer progressivement de la description factuelle, puis des pensées aux émotions est une stratégie de désensibilisation. Elle permet d'aborder avec prudence les éléments les plus sensibles. La critique que nous pouvons opposer à cette méthode porte surtout sur la lourdeur de la structure et le fait qu'elle mène souvent à perdre de vue la fonction même de cette stratégie. Autrement dit, il est sans importance de respecter ou non ces étapes. Le fondamental réside dans la capacité du facilitateur à utiliser cette méthode afin de diminuer la sur-stimulation et de permettre aux participants de reconnaître et éventuellement d'accepter leurs émotions.

Travail sur les sensations et perceptions: ce travail va exactement dans le même sens que le précédent, mais insiste sur le passage du physiologique, de l'organique à la représentation. Finalement, quelle que soit la méthode employée pour diminuer la sur-stimulation émotionnelle, l'indispensable réside dans le fait de permettre aux participants de reprendre les événements à un niveau émotionnel supportable. Il s'agit d'éviter à tout prix de faire revivre à l'individu un niveau de stress et d'angoisse supérieure ou même identique à la situation originale. En d'autre terme, pour atteindre son véritable effet cathartique (ou la méthode d'exposition), l'abréaction visée doit impérativement être supportable et progressive. Dans une situation impliquant un événement traumatique fraîchement vécu, ces démarches pourraient tenir de la revictimisation et se montrer extrêmement contre productives. En fait, il se pourrait bien que les piètres, voire nocifs, résultats relevés dans certains articles traitant du débriefing, proviennent de pratiques insistant trop sur la reviviscence et pas assez sur la "digestion" de l'événement.

Normalisation des réactions: où les réactions décrites par les participants sont reprises, éventuellement expliquées. Parfois même, un **recadrage positif** des mécanismes de défense s'avère indiqué. En effet, il peut dans certaines situations être démontré (ou alors l'hypothèse considérée comme plausible) dans quelle mesure certains de ces mécanismes ont pu contribuer à la survie lors de la situation ou permettent, par la suite, l'intégration progressive de l'événement dans l'histoire de l'individu. Le facilitateur se doit **d'éviter la banalisation** (qui tend à augmenter le sentiment de ne pas être compris et celui d'isolement qui en découle généralement) **comme la dramatisation,** qui pourrait engendrer des réactions qui ne seraient peut-être pas advenues sans notre intervention.

Favoriser la représentation: lorsque la verbalisation se montre par trop difficile ou insuffisamment efficace, il peut être utile de choisir, dans un premier temps, un autre support, comme l'expression écrite individuelle, le dessin ou tout autre moyen maîtrisé par l'intervenant.

Définir les caractéristiques de notre "bulle de sécurité": où chacun est amené à réfléchir sur les éléments nécessaires, ou associés à son propre sentiment de sécurité.

Accompagnement dans le para- et non-verbal: la majorité des éléments décrits jusqu'ici sont de l'ordre du factuel. Ce sont des actions à poser, des points à respecter ou à éviter. En fait, l'expérience tend à montrer que le succès et l'efficacité de ce type d'intervention tiennent autant dans le respect de ces divers éléments que dans une certaine attitude ou devrions-nous dire aptitude. Autrement dit, et au risque de la platitude, il y a le faire et l'être. Non seulement l'intervenant doit se monter accueillant et compréhensif, mais il a à faire également avec ses propres réactions, ses mécanismes de défenses. Ses capacités à supporter et gérer un tel stress sont ici mis à rude épreuve, or, elles sont essentielles dans cette situation. Il doit se montrer apte à recevoir ces expressions de souffrance, voire des marques d'hostilité à son égard, et présenter une attitude enveloppante et soulageante tout en évitant les contre-attitudes massives tant hostiles que sur-protectrices, déresponsabilisantes ou bêtifiantes. Il apparaît, dans ces situations où des processus primaires sont déclenchés, que la verbalisation puisse se montrer insuffisante. En effet, elle porte sur des processus et des compétences d'un niveau plus développé. Dans ce cadre, le para- et le non-verbal présentent un impact extrêmement puissant. Des **méthodes tirées des techniques hypnotiques** peuvent s'avérer ici fort utiles, dans le sens où elles agissent sur des niveaux plus primitifs des développements tant phylogénétique qu'ontogénétique.

IMPUISSANCE

Accompagner la personne dans l'acceptation de ce sentiment d'impuissance: en effet, il s'agit bien là de reconnaître et d'accepter l'inéluctable. La personne s'est trouvée dans une situation où la force de la nature, des éléments, de la fatalité ou du pouvoir de personnes mal intentionnées s'est montrée incontournable.

Dans la plupart des situations critiques, les personnes ressentent et expriment leur sentiment de culpabilité, tant en ce qui concerne ce qu'elles n'ont pas pu faire qu'au sujet des comportements qu'elles ont effectivement présentés. Ils tentent de reprendre la situation en expliquant ce qu'ils auraient dû faire a posteriori. Ils se sentent coupables, indignes, sales. Il s'agit de les accompagner ici dans un processus qui pourra les mener éventuellement à accepter leurs limites, **à s'octroyer le pardon**. De même, elles se reprochent souvent leurs réactions, qu'elles considèrent comme au mieux une faiblesse et au pire une pathologie. Il s'agit alors de leur permettre, dans la mesure du possible, **de se donner la permission "d'aller mal"**. Il semblerait que cette permission soit indispensable dans le processus de rémission. En effet, plus la personne accepte ses réactions et plus vite il lui est possible de les dépasser. En d'autres termes, plus elle s'en veut de réagir ainsi et moins elle pourra retourner dans un fonctionnement "normal".

Recadrage (modification du sentiment et de la représentation): comme nous l'avons relevé dans le cadre du combat contre le débordement émotionnel, certains mécanismes de défense peuvent se prêter à un recadrage efficace. Ce qui peut paraître, à première vue, comme un comportement inadéquat (la sidération ou la fuite par exemple), peut être interprété comme un comportement adaptatif ayant permis de limiter les dégâts ou tout bonnement assurer la survie de l'individu. Hurler, par exemple, peut être considéré comme un signe d'épouvante ou alors dans son éventuelle fonction d'interrompre l'agresseur, d'appeler à l'aide ou encore de prévenir d'autres personnes afin qu'elles puissent se protéger. De tels recadrages, lorsqu'ils sont pertinents et recevables par la personne, peuvent se montrer extrêmement efficaces. Le recadrage ne s'impose pas, c'est un processus progressif d'influence.

Mobilisation des ressources: il s'agit là d'aller à la recherche des ressources personnelles, familiales et communautaires. Nous pouvons aller chercher dans l'histoire de la personne, au fil de ses expériences, les capacités à faire face et à gérer de telles situations. Nous allons relever, au cours de la situation, les comportements adaptatifs présentés et les valider. Nous allons lister l'ensemble des stratégies et ressources individuelles et collectives à disposition.

Donner un maximum de contrôle et de maîtrise: confronté à des individus généralement très désemparés ainsi qu'à son propre sentiment d'impuissance tant à l'égard de l'événement passé qu'à celui de la souffrance des personnes, l'intervenant présente de très fort risque de se montrer hyperactif, sur-protecteur, déresponsabilisant, en résumé d'en "faire trop". Ce faisant, il augmente involontairement le sentiment d'impuissance des personnes, et les place en position de dépendance. Il s'agit plutôt de permettre à la personne de mobiliser ses compétences, de lui donner le plus de maîtrise et de contrôle sur sa vie. Cet aspect est extrêmement complexe. Lorsque l'intervenant en fait trop, il éveille la gratitude et le sentiment d'être aidé et soutenu, alors que, lorsqu'il est quelque peu en retrait et plus stimulant, il génère souvent de la colère chez les survivants et leurs familles. Par ailleurs, une attitude par trop inscrite dans l'expectative de la part de l'intervenant peu s'avérer totalement inadéquate lorsque les personnes impliquées n'ont plus la possibilité de contacter leurs capacités à faire face, utiliser leurs ressources voire même demander l'aide nécessaire. Il s'agit donc de trouver la juste mesure entre présenter le soutien nécessaire et faire à la place de la personne. Cela consiste également à supporter de ne pas être toujours vécu comme "suffisant" par les victimes. Finalement, en faire trop ou pas assez pourrait bien être en lien avec les mécanismes de défense de l'intervenant, l'évitement ou le passage à l'acte relié au sentiment d'impuissance vécu par ce dernier face à l'inéluctable de la situation. Dans ce sens, travailler dans l'aide aux personnes victimes implique des compétences étendues dans la gestion de ses émotions ainsi que de ses propres réactions. C'est particulièrement en cela qu'un travail sur soi, une formation psychothérapeutique et de nombreuses supervisions se montrent sérieusement utiles.

La force déstabilisante des émotions produites par l'horreur, la terreur et l'effroi s'applique sur toutes les personnes impliquées dans de telles situations. Les survivants, les familles de victimes, les intervenants, les spécialistes penchés sur ces phénomènes semblent tous étrangement mobilisés dans un double mouvement (la dialectique du traumatisme) rage et désespoir ; sidération et agitation ; impuissance et toute-puissance. Le débat concernant la nécessité ou non d'une intervention immédiate en est le fuit, comme le choix des intervenants les plus appropriés. Les controverses concernant la forme que devrait prendre le soutien également. Nous ne pouvons rester sans rien faire et laisser les gens se débrouiller. A partir du moment où nous intervenons, il faut bien définir sur quoi et comment. Nous avons choisi une position de « compromis », être là, en faire le moins possible, mobiliser les ressources, ne pas gêner les mécanismes naturels de rémission, choisir une intervention adaptées aux besoins et aux situations et finalement, un suivi discret, peut-être seulement téléphonique. Il rend possible l'évaluation du processus de rétablissement et permet la détection d'apparition d'un éventuel état de stress post-traumatique retardé, ainsi que d'engager la personne à consulter si nécessaire. Ensuite, l'expérience clinique montre clairement les effets positifs d'un suivi très discret (c'est-à-dire qui ne tend pas à dramatiser la situation, la maintenir dans le temps ou provoquer la dépendance) auprès des familles. En effet, les survivants et les familles reçoivent généralement un support au moment du drame, tant des professionnels que du réseau social. Or la grande majorité, lors du retour aux routines quotidiennes, déplore la progressive diminution d'intérêt des uns et des autres à leur égard. Ils se sentent alors oubliés, abandonnés. Ces sentiments pourraient bien participer aux consultations multiples auprès de divers praticiens, généralement pour des plaintes somatiques, si souvent observées. Un contact téléphonique ponctuel est susceptible de leur permettre de se sentir considérés, compris et souligne le fait qu'il n'est pas anormal de ressentir encore peines et difficultés.

Comme nous l'avons vu plus haut avec le Dr Métraux, la phase du *deuil congelé* est nécessaire, il s'agit de la respecter, respecter le droit au silence, respecter l'innommable et l'indicible. « *Ne pas précipiter les effusions de langage, le nettoyage dans la mémoire de ces tiroirs où s'entassent les cadavres, les sévices, les horreurs. Remettre à demain le débriefing. Calmer notre curiosité et ne pas s'enquérir, ni même chercher à deviner les événements subis* ». Pour cet auteur, il s'agit d'adopter une attitude d'attente tant avec les enfants qu'avec leurs parents. Cependant, pour lui, cette attitude ne signifie pas ne rien faire, et il propose un certain nombre d'actions :

- ► reconnaître l'injustice subie et exprimer cette reconnaissance en affirmant que la pathologie est sociale, non individuelle ;
- ► reconnaître la normalité des symptômes présentés, en affirmant que la détresse, le désir d'oublier, l'incapacité à se concentrer sur une tâche scolaire ou professionnelle, constituent des réactions naturelles dans de telles conditions et aider ainsi les individus à reprendre confiance en eux-mêmes, en leurs compétences, en leurs qualités et en leurs ressources ;
- ► offrir des espaces de sécurité où le droit au silence est reconnu, mais où l'assurance est donnée que la parole sera écoutée, légitimée et soignée ;
- ► donner la priorité à l'élaboration des deuils et traumatismes présents comme ceux d'un abri permanent assuré, d'une scolarité tranquille, d'une société où les clivages ethniques seraient inconnus. Aider la personne et la communauté à redevenir acteurs et auteurs de leur avenir ;
- ► créer des ponts entre passé et présent, trouver des points communs entre le lieu d'origine et le lieu d'accueil, encourager les communications avec les membres de la famille restés au pays ;
- ► aider parallèlement parents et enfants ;
- ► multiplier les appartenances parce que la multiplicité des appartenances devient remède contre l'exclusion, la guerre, la violence.

Jean-Claude Métraux estime que la responsabilité des professionnels de la douleur est immense, parce qu'ils ont les moyens de réhabiliter ces douleurs, leur donner le statut de mémoires et donc « *de soigner cette éthique que les artisans des guerres et autres violences cherchent à déchirer en lambeaux* ». Il est d'avis qu'il ne s'agit pas de travailler sur la survie ou de développer l'adaptation à l'injustice, mais bien de mobiliser les ressources pour recréer du sens et construire un demain où « *le rêve a un palais dans la Cité* » doit motiver nos gestes.

Si Cyrulnik, comme nous l'avons vu plus haut, estime que l'historisation est un processus qui soigne et qui est nécessaire à la construction de l'identité individuelle ou collective, il nous met cependant en garde également contre la mémoire abusive qui peut emprisonner notre passé. Il en donne pour exemple l'essor du diagnostic d'Etat de Stress Post-traumatique et des risques qui s'y rattachent. Parmi les risques il cite l'utilisation par la personne victime ou par la société de cette mémoire. « *Le blessé a raison de se défendre, mais il suffit d'une rencontre ou d'une simple phrase pour qu'il se serve de son histoire afin d'agir sur l'autre, de le culpabiliser ou de moraliser sa vengeance… En fouillant dans notre passé, on trouvera toujours quelque chose à venger. L'oubli n'est pas une solution puisqu'on laisse se remettre en place les conditions de la répétition. Mais la soumission au passé est une préparation à la revanche. L'oubli laisse la répétition s'installer, alors que l'abus de mémoire prépare à la répétition intentionnelle.*

Ni oublier, ni utiliser : le seul moyen de s'en sortir, c'est de comprendre. Pour se sentir cohérent et en paix, le blessé de l'âme est contraint à faire un récit de son épreuve pour l'adresser à une société qui, après l'avoir fait taire, voudra le valoriser afin d'en faire une arme idéologique ou l'enjeu d'une négociation sociale… Mais à peine le blessé a-t-il fait un récit qu'il voit que son histoire lui échappe et alimente un discours qu'il ne reconnaît pas. Contraint, pour se défendre, à raconter son malheur, il s'adresse à une culture qui ne cesse de changer et d'attribuer au même événement des significations toujours différentes…

L'abus de mémoire pétrifie l'avenir et contraint à la répétition, encore plus que l'oubli. Travailler à comprendre l'histoire, et non pas à l'utiliser, permet d'associer la mémoire qui donne sens avec la désobéissance au passé qui invite à l'innovation .»

A titre d'exemple de l'utilisation de la détresse, citons, dans leur article "Une défense perverse méconnue: l'exportation des conflits intrapsychiques dans la société. Par exemple : une campagne décervelante". *(in Bulletin des Médecins Suisses, cahier 25, 1997*), Maurice Hurni et Giovanna Stoll. Après une description fort bien résumée de la personnalité et de l'histoire du pervers, ces médecins suisse romands tirent la sonnette d'alarme concernant une dérive sociale dont la dynamique reprend les comportements mêmes des sujets qu'elle décrie.

En effet, ces auteurs posent des questions de fond sur une campagne officielle, en Suisse, concernant la violence des hommes dans le couple, campagne où est considérée, de façon exclusive, la violence des hommes et ignorée délibérément celle des femmes à l'égard de leurs conjoints. Ils en estiment l'idéologie questionnable, basée sur des idées quasi délirantes où seuls les hommes seraient porteurs de violence, les femmes en étant totalement dénuées. Cette idéologie ne cherche pas à comprendre les sources d'une telle violence chez l'homme et ne présente aucune prise en compte d'une histoire ou d'une relation. Ils ajoutent : *"…paradoxalement, elle est également insultante à l'égard des femmes auxquelles elle dénie toute agressivité en propre, ainsi que la responsabilité et la dignité de la gérer au mieux. Ce faisant, cette idéologie leur nie en réalité leur statut d'être humains, la capacité d'accéder à leur fonctionnement psychique et de l'assumer dans sa contradiction et sa plénitude; elle les déclare incapables d'assumer les responsabilités de leurs actes*". Le problème conjugal n'y existe que chez un des protagonistes et derrière une tentative de séduction des femmes "vous êtes angéliques" se cache un mépris, un encouragement à la méfiance et à la projection.

Hurni et Stoll expliquent qu'une telle campagne, faisant appel aux pulsions les plus basses que nous possédons tous, fait émerger chez les personnes qu'elle touche, des affects violents amenés à être directement déchargés sur le bouc émissaire. Elle pousse les membres d'une société à s'identifier à un groupe officiellement défini comme "bon", pour pourchasser une autre catégorie de personnes désignées comme "mauvaises". Elle incite à déresponsabiliser les deux partenaires face au problème de leur violence, dans une véritable intention de l'assumer, la contrôler et la maîtriser, à l'image même du comportement pervers. Et toujours de même façon que le pervers, elle est une attaque au lien où l'amour à l'égard de l'autre et l'espoir d'une amélioration ne sont considérés qu'à titre d'obstacles à la séparation ou à la sanction sociale.

Ils concluent leur article par une citation de La Fontaine (Fables, VI, 15) *« Les injustices des pervers servent souvent d'excuse aux nôtres.* »

Mais revenons maintenant à Cyrulnik. Si cet auteur reconnaît, lorsque « *la mémoire est fraîche* », le besoin d'en faire un récit dans le but de maîtriser les émotions, de socialiser l'épreuve, de se sentir à nouveau comme les autres il énumère également une série d'éléments propres à expliquer la réticence que peuvent montrer certaines personnes à parler, à dévoiler leur secret. Parmi ces éléments citons :

- la crainte d'altérer nos proches, gâcher une soirée, faire souffrir, contraindre ceux qui nous aiment à mener notre propre combat ;
- la crainte de s'exposer au regard des autres, qu'il soit avide ou moqueur, que la société s'approprie leur douleur pour l'utiliser, la relativiser, en rire ou la dramatiser ;
- le refus d'une intrusion dans l'intimité de la personne par une société qui tente de la forcer à redevenir normale ;
- lors de dévoilement d'abus de la part des personnes mêmes qui auraient dû protéger l'individu, la crainte de devenir l'agresseur à son tour, de risquer de perdre ces êtres qu'il aime pourtant encore. Et puis il y a la honte lorsque l'aveu se transforme en faute, voire tout bonnement la honte d'être le fruit de tels parents.

Finalement, si l'expression de sa souffrance est indéniablement utile à la réparation, il ne suffit pas de dire la détresse pour que tout soit réglé. Une telle croyance tiendrait du miracle, de la toute puissance du désir de réparation. Nous retrouvons là, en quelque sorte, la croyance dans la médecine des émonctoires (saignée, diurèse, lavement) ou la parole serait la purge de l'âme. Le pouvoir tranquillisant, restructurant voire libérateur de la parole tient en très grande partie à l'empathie et au respect de celui qui écoute ainsi qu'à la responsabilisation que ce dernier autorise à la personne blessée.

Nous l'avons vu plus haut, l'aide aux personnes victimes s'échelonne sur des niveaux différents à partir de la psychologie d'urgence (avec l'accueil, le soutien, les divers espaces d'échange et de ventilation) jusqu'à l'approche contextuelle et l'aide humanitaire. Nous l'avons vu également, et les résultats de recherches scientifiques les plus récentes vont bien dans ce sens, le débriefing sur lequel nous avions placé tellement d'espoir, s'est montré quelque peu décevant. En fait, il s'agit là d'une figure de style. La psychologie d'urgence cherchait une méthode universelle, standard, que l'on aurait pu intégrer et reproduire dans chaque situation et dont l'efficacité aurait été telle qu'elle se serait montrée propre à chasser l'horreur des expériences les plus dramatiques et la détresse de la condition humaine. C'est notre espoir qui est déçu et non la méthode qui s'avère décevante. Nous réalisons aujourd'hui que le débriefing est une méthode dont l'efficacité dépend notamment des objectifs que nous lui destinons, du choix des situations dans lesquelles nous l'appliquons et de notre souplesse à en adapter la forme au contexte.

Avec le recul autorisé par l'expérience, les efforts d'adaptation de nos interventions aux individualités, aux particularités des besoins, des ressources et des contextes, nous avons pris le parti de ne plus donner d'autres noms que ceux de soutiens immédiats et post-immédiats à nos interventions. Parmi les outils à disposition nous avons bien le débriefing, dont nous gardons l'intitulé et l'usage pour les situations qui nécessitent ce qui s'en rapproche le plus, qu'il soit ou non structuré et que nous réservons plutôt aux corps constitués.

6.7. La thérapie brève

Au cours des péripéties du développement de cette méthode de débriefing, il semble ressortir clairement que non seulement il s'agit d'une approche parmi d'autres mais qu'en plus, la réalité chaotique des situations auxquelles elle s'applique nécessite qu'elle puisse prendre des formes multiples. En effet, le point fort de l'expérience en matière de psychologie d'urgence semble tourner autour de la capacité d'adaptation. Toute situation de catastrophe, en dehors du chaos qui la compose, se montre tellement particulière qu'elle rend indispensable le développement de cette capacité d'adaptation. Or cette adaptation porte également sur la méthode de débriefing, nous amenant à lui donner tant de formes qu'il s'agit pour nous de nous questionner quant à la pertinence de l'utilisation d'un tel terme. Peut-être devrions-nous trouver un terme générique pour désigner l'ensemble de ce qui est susceptible d'être proposer dans l'accueil et l'accompagnement des personnes victimes depuis peu et réserver le nom de débriefing pour la méthode structurée appliquée chez les professionnels des secours et de l'urgence ?

L'histoire du débriefing a également montré qu'à vouloir adapter à la population la séance unique proposée aux professionnels on ne pouvait que rencontrer des déconvenues. Nous avons alors passé à trois séances (l'intervention sur le site, un débriefing à proprement parler quelques jours plus tard et une dernière séance dans les semaines qui suivent). Naturellement, les résultats des recherches montrent bien que ces trois séances ne permettent pas de protéger la personne contre le développement d'une souffrance potentiellement durable, mais c'est là un objectif clairement illusoire. Cependant, ces interventions s'étalant sur un certain temps permettent un meilleur accompagnement de la personne dans les premières semaines après le drame. L'acte social de préoccupation pour les personnes dans la détresse y trouve bien mieux son compte. De plus, ces quelques semaines (avec quelques brèves conversations téléphoniques) donnent plus de chance à l'évaluation (toujours illusoire dans le cadre du débriefing) de la mobilisation des ressources individuelles comme celles du réseau.

Toujours est-il que si, pour certaines personnes, notre intervention s'avère superflue voire contre-indiquée, pour d'autres l'accueil et l'accompagnement se montrent insuffisants. Pour ces dernières, et notamment dans le cadre de notre collaboration avec le Centre LAVI, nous avons développé une pratique à partir de cinq ou dix séances pouvant s'étaler sur des mois, jusqu'à plus d'une année. Cette pratique présente l'avantage de proposer un accompagnement sur un plus long terme, c'est également une alternative intéressante à la psychothérapie dont elle n'a pas la lourdeur ni certaines de ses connotations sociales. Il n'est pas rare cependant qu'elle débouche sur une psychothérapie à proprement parler. Nous pourrions même imaginer que lorsqu'elle s'avère nécessaire, cette pratique facilite l'accès à la démarche psychothérapeutique.

Pour beaucoup d'entre nous cette situation implique globalement d'adapter les pratiques psychothérapeutiques propres à chacun au nombre restreint de séances (plus qu'à la durée qui ne l'est pas forcément). En effet, les psychothérapeutes sont formés au minimum dans une approche ou une école thérapeutique, ont développé un concept de la santé, une représentation de la relation thérapeutique, et ils adaptent leurs conceptions et les compétences acquises à la personne, son contexte, au type de victimisation et notamment ici au nombre limité de séances.

Si j'ai utilisé le terme de thérapie brève, pour ce niveau donné de l'aide aux personnes victimes, niveau qui, je le rappelle, se trouve à mi-chemin entre la psychologie d'urgence et la psychothérapie, c'est plus par commodité que par souci d'exactitude. En fait, je ne trouve pas de terminologie satisfaisante pour décrire un accompagnement discret limité dans le nombre de séance mais pouvant s'étaler dans le temps et dont les objectifs sont principalement d'offrir un soutien et de mobiliser les ressources de la personnes et son réseau.

Par ailleurs, le terme "thérapie brève" correspond à des approches relativement bien définies qu'il s'agisse de la thérapie brève développée par Sandor Ferenczi (*Technique de psychanalyse active*) en parallèle des travaux de Freud concernant la cure psychanalytique, de la thérapie brève systémique de Palo Alto et ses développements, ou encore l'approche psychiatrique de la thérapie brève à partir des concepts de crise. A mon sens, ces divers approches ne peuvent pas être appliquées ici sans adaptation. Elles ont toutes en commun (ce n'est pas tout a fait vrai pour l'approche systémique) comme critère de choix, la capacité chez le soigné, d'établir des objectifs. Or la personne traumatisée se trouve déconcertée, dans une profonde détresse et souvent incapable de se projeter dans le futur. Une bonne part du processus va justement viser, dans un premier temps, à établir les conditions propres à permettre la sécurité de base nécessaire à la formulation des dits objectifs.

Dans ce sens, et toujours pour satisfaire à cette exigence d'adaptabilité intrinsèque au problème qui nous occupe, je suis d'avis que l'approche utilisée se doit d'être transthéorique. Je vais m'attacher à décrire ici, plutôt qu'une méthode ad hoc, des caractéristiques de la relation thérapeutique, caractéristiques s'inspirant, en plus des trois catégories de thérapie brève mentionnées plus haut, d'autres pratiques, telles que par exemple l'approche cognitivo-comportementale, la Gestalt Thérapie, l'analyse transactionnelle ou encore la relation d'aide développée dans les soins infirmiers en milieu psychiatrique. Si toutefois je devais essayer de décrire le processus général, je dirais qu'il passe par :

- ► l'installation de l'alliance, la reconnaissance du statu ponctuel de victime et de la détresse qu'il implique ainsi que l'établissement d'un certain niveau de sécurité ;
- ► l'affirmation de la position dans une relation (définir ce que l'on refuse et ce que l'on souhaite et chercher à l'exprimer) ;
- ► la ré-instauration d'une relation plus équilibrée (nommer ses besoins et apprendre à négocier) ;
- ► la définition du problème : analyse des difficultés concrètes du quotidien ;
- ► la définition des solutions : analyse des solutions tentées et de leurs résultats ;
- ► l'élaboration d'objectifs (quant aux difficultés concrètes ainsi que concernant le futur) ;
- ► l'accompagnement sur une partie du cheminement (objectifs de vie et processus de deuil);
- ► la fin de l'intervention.

Les soins infirmiers, et particulièrement ceux traitant de la santé mentale, ont développé le concept de relation d'aide, définissant aussi bien la structure de cette relation que les attitudes et les techniques de communication s'y rattachant. Cette approche s'inspire notamment de Carl Rogers.

La pensée rogérienne est communément acceptée comme ouverte et non dogmatique. C'est celle d'un praticien de la psychothérapie qui a avant tout élaboré une théorie de la personnalité et de la relation. Sa théorie repose sur la prémisse de la positivité du développement humain. La personnalité y est considérée en son fond comme une tendance à l'intégration de ses différents éléments, à l'actualisation de soi, à la relation avec autrui. Cette théorie repose également sur l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'autre.

Rogers rejette la notion de pluralisme de la personnalité, tel que le pluralisme psychanalytique représenté par les instances et topiques (Ca, Moi, Surmoi) ou son dualisme avec Eros et Thanatos. Pour lui, l'unité de la personne n'est pas celle d'une structure, mais bien une unité dans un processus créatif ne se laissant saisir que dans un devenir, une évolution. Dans ce sens et au moment de son apparition, la pensée de Rogers se présentait comme une protestation vivante contre les courants dominants de la société industrialisée et son type de pensée scientifique. Elle a été vécue comme une contestation de la société et de la science nord-américaine, se rapprochant de certains courants dissidents de la psychanalyse, Otto Rank en particulier et s'inscrivant dans une idéologie marxiste qui se montrait alors dans ce contexte quelque peu sclérosée.

Dans cette approche, la psychothérapie n'est autre qu'une rencontre entre deux individus. Le seul facteur thérapeutique s'avère être la disponibilité du thérapeute à l'égard de ses propres émotions et celles de son interlocuteur, son degré d'authenticité ainsi que sa cohérence interne. Selon Rogers, l'entretien thérapeutique correspond à :

« Deux personnes face à face, dont à la limite il est presque indifférent de dire que l'un est le thérapeute et l'autre le patient. Ce n'est pas son appartenance professionnelle qui constitue le thérapeute, ni ses connaissances théoriques et techniques, mais son désir et sa capacité d'aider. »

La thérapie rogérienne est également une démarche de recherche, celle de la découverte de soi et de l'autre. C'est avant tout une rencontre, rencontre qui tend vers l'engagement affectif, le refus de compartimentalisations protectrices, la responsabilité et l'amour. La non-directivité du thérapeute préconisée par Rogers ne se situe pas dans l'absence du désir d'influencer, mais dans la disponibilité à être influencé en retour, en d'autres termes au processus d'influence réciproque. Les différentes techniques décrites (reformulation-reflet, reformulation comme rapport inverse, reformulation clarification, confrontation, etc...) ainsi que les attitudes préconisées (empathie, authenticité et sens de l'immédiat) ne prennent sens que par l'intention qui les anime.

Selon Carl Rogers, promoteur du concept, la définition de l'empathie correspond à une : "*présence intuitive à autrui dans laquelle nous ne sommes plus centrés sur nous-mêmes mais sur l'autre, totalement attentifs à ses sentiments, tout en restant profondément nous-mêmes sans crispation défensive*." Il s'agit d'entrer dans l'univers des sentiments de notre interlocuteur, tout en restant soi-même. Ceci implique donc :

- d'accueillir l'autre, l'accepter tel qu'il est, croit être et se présente;
- de tenter de comprendre ce qu'il est, comment il le vit.

L'attitude de compréhension empathique consiste à :

⇨ comprendre par l'intérieur ce que l'autre éprouve ;

⇨ lui communiquer ce que nous avons compris ;

⇨ offrir une présence chaleureuse et solide plutôt qu'un discours.

Rappelons que comprendre ne signifie pas de fait approuver. C'est écouter pour entendre précisément, en étant orienté sur l'autre en tant que sujet, et centré sur ce qui est vécu par lui, plutôt que sur les faits qu'il évoque. Dans ce sens, l'empathie n'est pas une forme de sympathie dans laquelle on s'identifie à l'autre, ce qui nous empêcherait de lui apporter de l'aide. Elle n'est pas non plus une forme de neutralité bienveillante où le sujet serait traité comme un cas plutôt qu'une personne, mais bien : *" … consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une autre personne avec exactitude et avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rattachent, comme si l'on était l'autre personne, mais sans jamais perdre la condition "comme si" … si la qualité de "comme si" se perd, alors il s'agit d'identification*".

L'empathie, cette capacité de comprendre comment l'autre perçoit, découvre et invente ses mondes intérieurs et extérieurs, nous la pratiquons tous. L'ennui c'est que souvent nous nous trompons dans nos estimations. Nous supposons que ce qui se passe dans la tête des autres est identique à ce qui se passe dans la nôtre. Nous oublions que nous sommes différents. Pratiquer l'empathie, c'est reconnaître ces différences et en tirer parti, c'est l'occasion de s'enrichir. Pour l'atteindre on ne peut faire l'économie d'une certaine décentration et de vérification continue concernant ce que l'on croit comprendre. Les techniques de reformulation sont un outil pertinent dans ce travail complexe.

La reformulation – reflet :

Où l'un des interlocuteurs est resaisi avec des mots équivalents, sans ajouter rien au contenu et sans jugement ni interprétation d'aucune sorte (dans la mesure du possible).

La reformulation comme rapport inverse :

Où il s'agit de faire ressortir le contenu latent d'un discours de façon à renvoyer le client à lui-même autant qu'à son discours.

La reformulation – clarification :

Qui aide le sujet à retenir l'essentiel de son discours. Elle porte sur une partie du discours paraissant central, ou relève le "leitmotive" de l'interlocuteur.

La confrontation :

Elle correspond à une demande spécifique faite à l'interlocuteur afin qu'il examine certains aspects de son comportement qui sont en discordance ou en contradiction avec ce qu'il dit ou fait. Elle doit tenir compte des aspects verbaux, para-verbaux et non verbaux de la communication. Elle peut être de type :

- informatif : décrivant le comportement visible de l'autre personne,
- interprétatif : exprimant les sentiments et la pensée concernant ce comportement et peut comprendre des hypothèses sur sa signification.

Une confrontation efficace s'appuie sur six éléments au moins :

1) l'utilisation de pronoms personnels tels que je, moi, mon, avec des affirmations individuelle ;
2) l'utilisation de phrases et d'affirmations par lesquelles le soignant exprime ce qu'il ressent face à son interlocuteur ;
3) les descriptions du comportement visible de la personne (analyse) ;
4) la description des sentiments personnels en spécifiant le nom de ces émotions ;
5) l'utilisation de réponses visant à la compréhension du comportement telles les paraphrases ou la vérification des perceptions
6) l'utilisation des techniques de rétroaction constructive (reformulations).

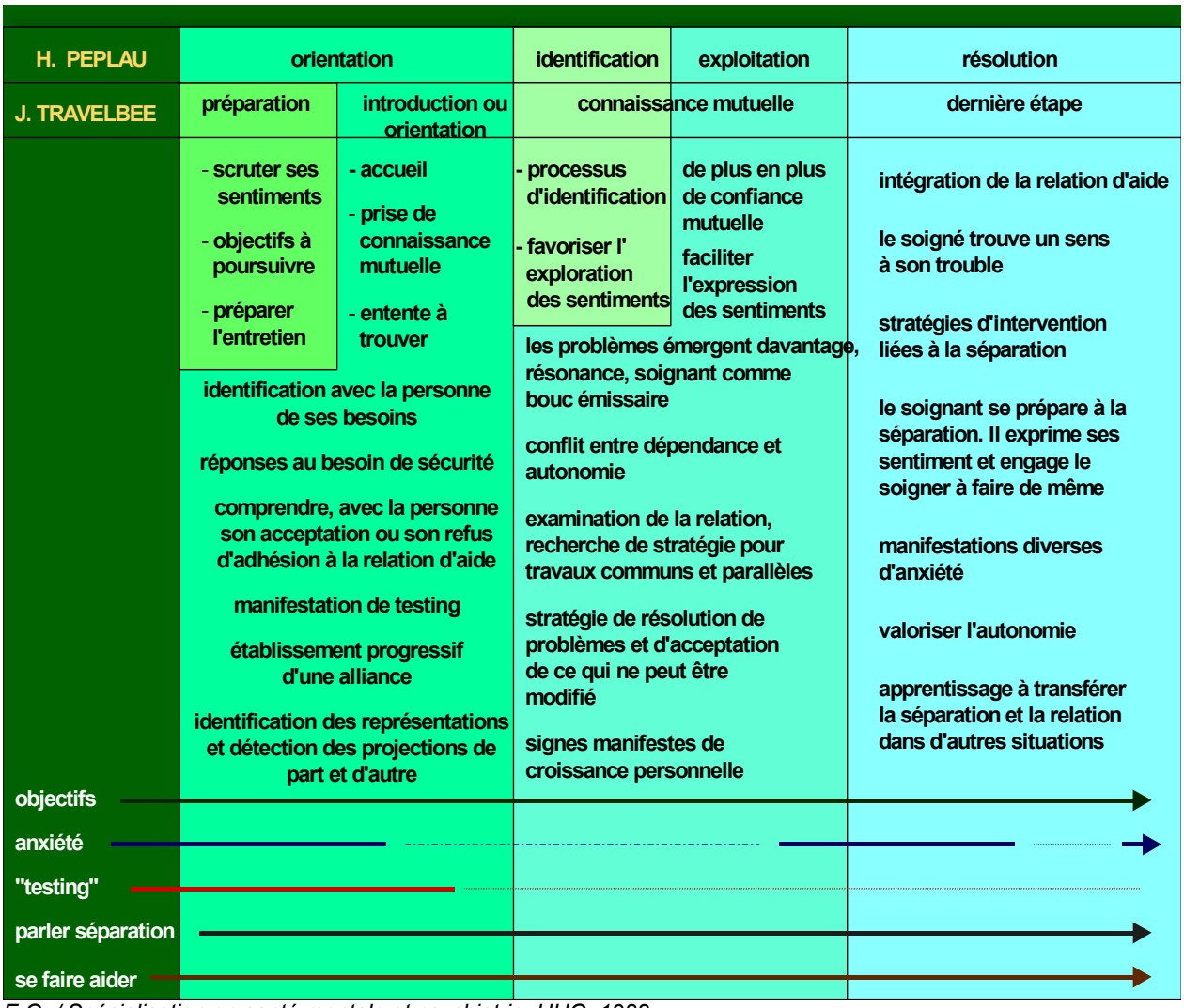
L'authenticité :

Elle correspond à la capacité d'être vrai et d'exprimer avec honnêteté, lorsque le soignant estime pertinent de le faire, ses émotions, sentiments, images, fantasmes, pensées et hypothèses.

Le sens de l'immédiat :

Il s'agit de la qualité permettant au soignant de réagir aux éléments qui surviennent entre lui et le soigné dans la relation ici et maintenant. Intimement relié à la confrontation, nous partons ici de l'idée selon laquelle les aléas de la relation de l'individu avec son milieu ont de très fortes probabilités de se retrouver dans notre relation avec lui. Dans ce sens, ramener la problématique entre lui et nous, permet un net enrichissement de la compréhension pour les deux interlocuteurs. Il va sans dire que l'authenticité, ici, garde toute son importance tant il est vain d'imaginer amener le sujet à contacter ses émotions et clarifier ses pensées si nous ne faisons pas de même avec lui (faire ce que je dis et non ce que je fais).

La relation d'aide, telle que définie par les soins infirmiers (H. Peplau, J. Travelbee par exemple) décrit un processus structuré en différentes phases auxquelles correspondent des objectifs et des niveaux d'implication distincts, pour les deux protagonistes de la relation.



E.G. / Spécialisation en santé mentale et psychiatrie, HUG, 1988

Dans ce tableau, nous retrouvons les phases de la relation d'aide, de même que ses contenus. Les flèches traversant les divers étapes illustrent le fait que :

- des objectifs spécifiques doivent être établis à chaque niveau ;
- l'anxiété est importante, particulièrement en début et vers la fin de la relation ;
- le soigné va tenter de "mesurer" le soignant, saisir le type de relation possible avec lui ;
- il s'agit d'anticiper la séparation et d'en parler tout au long du processus, de s'y préparer ;
- il est nécessaire de se faire aider (supervision, intervision) tout au long du processus.

Ces éléments s'inspirent de la psychanalyse, la psychologie et des approches humanistes. Ils offrent un cadre propre à orienter, de façon générale, l'intervenant dans le travail d'accompagnement. Cependant, le travail avec les personnes victimes nécessite une adaptation particulière, nous allons l'aborder ici.

Aucune intervention qui retirerait le pouvoir à la personne ne peut participer à ce rétablissement, quand bien même elle semblerait aller dans le sens de son intérêt immédiat. Dans certaines circonstances exceptionnelles, lorsque la personne a abdiqué toute responsabilité pour sa prise en charge, ou lorsqu'elle se montre à risque pour elle-même ou pour les autres, une intervention rapide s'avère pourtant nécessaire avec ou sans son consentement. Cependant, la personne devrait tout de même être consultée, et se voir offrir le plus de choix possible, dans la mesure de sa sécurité. Par ailleurs, la personne victime a vu sa confiance de base sérieusement altérée. Elle doit impérativement trouver, auprès de l'intervenant, un allié. Or, le risque de mise en dépendance est tel que ce dernier doit être extrêmement attentif à se montrer désintéressé et neutre :

- **désintéressé**, dans le sens où il doit s'abstenir d'utiliser son pouvoir pour satisfaire des besoins personnels et où

- **neutre** signifie qu'il ne doit pas prendre parti dans les conflits internes de la personne ni tenter de la diriger dans ses décisions.

Cependant, le développement d'une relation de confiance nécessite que l'intervenant ou le thérapeute affirme explicitement une position de solidarité à l'égard de la personne victime. Il s'agit, dans le tout premier temps, de reconnaître formellement à la personne son statu ponctuel de victime. Ceci ne signifie pas que la personne ne puisse pas avoir commis des erreurs, cela implique seulement une compréhension de l'injustice fondamentale de l'expérience traumatique et du besoin de la restauration d'un certain sens de la justice.

Reconnaître le statu de victime ponctuel à la personne s'avère une étape indispensable à l'installation d'une relation de confiance, c'est une réponse au besoin intense d'être reconnu et il s'agit probablement du seul moyen pour dépasser le sentiment de culpabilité profondément ancré chez la personne traumatisée. En même temps c'est une position extrêmement risquée à moyen et long terme quant à la porte qu'elle ouvre vers la coalition, la sur-simplification, la mise en dépendance comme d'autres pièges relationnels encore.

Mais alors la question lancinante s'il s'agit de reconnaître l'état ponctuel de victime, porte sur comment ne pas entrer dans une triangulation (victime, persécuteur, sauveur) ? Comment éviter d'être aspiré par la tourmente émotionnelle. Le triangle de Karpann (ou triangle dramatique) décrit ce type de ralation (le lecteur en trouvera une description dans le chapitre sur les risques du métier). Les tenants de l'Analyse Transactionnelle postulent qu'il n'est pas possible d'en sortir, que le mal résiderait surtout dans le fait de n'habiter qu'un seul des états. Selon moi, il y a fort à parier qu'il est impossible de ne pas passer, à un moment ou un autre, pour persécuteur aux yeux de quelqu'un, tant il est évident que nous ne pouvons éviter de frustrer chacun. De plus, nous l'avons vu clairement dans ces deux derniers chapitres, aider quelqu'un peut participer à le faire sombrer dans la dépendance. Ce qui ne peut lui rendre service ! ?

Il s'agit encore de considérer les multiples jeux produits par nos propres mécanismes de défense. Ces mécanismes de défense sont activés pour tenter de gérer tant nos conflits internes que la charge émotionnelle (colère, rage, horreur, haine, tristesse, désespoir, impuissance…) induite par la situation et les émotions perçues chez les personnes auprès de qui nous intervenons. Les jeux multiples que ces mécanismes produisent vont être justement de l'ordre du clivage, de l'idéalisation, de la diabolisation et de l'utilisation pervers des situations pour gérer nos propres pulsions ou encore répéter une situation comme nous l'avons vu dans l'article de Maurice Hurni et Giovanna Stoll (1997)

Alors, si je ne peux pas éviter de passer pour persécuteur, que puis-je donc faire ? Quelques secondes de réflexion et la réponse apparaît en toute évidence : éviter d'être victime ou sauveur. En effet, si je veux interrompre, ou tout au moins ne pas participer au triangle dramatique, il me faut travailler ce sur quoi j'ai un éventuel effet. Dans ce sens, je peux tenter de ne pas être victime et éviter à tout prix de maintenir le triangle en jouant ce rôle, si délicieux pourtant, qu'est celui de sauveur.

Reconnaissons cependant qu'il n'est pas facile d'éviter d'être victime. Force nous est d'admettre que l'autre ou les éléments sont souvent plus puissants que nous. Cependant, s'il n'est alors pas possible d'éviter d'être, à un moment donné, victime, nous pouvons faire en sorte de ne pas développer une identité de victime. Pour ce faire je suggère un cheminement en cinq étapes « les pas vers la dévictimisation » (le premier ayant été ajouté par Diane Lauzier) qui sont :

- ⇨ rétablir les faits (sortir de la confusion) ;
- ⇨ savoir dire non ;
- ⇨ nommer ce que je veux ;
- ⇨ accepter de négocier ;
- ⇨ assumer la séparation.

Rétablir les faits, c'est se montrer capable de développer une réflexion sur la situation et de prendre toute la mesure de notre responsabilité. Nous distinguons la responsabilité de la culpabilité. Cette étape est fondamentale, elle autorise le passage vers les autres, mais y rester bloqué impliquerait de devenir une « victime éclairée » ou pire encore, une personne rongée de culpabilité.

Savoir dire non, c'est s'affirmer, montrer à notre interlocuteur que nous ne sommes pas un objet à sa disposition. Une fois encore, cette étape est fondamentale, pourtant s'y arrêter trop longtemps ferait de nous une « condition passive-agressive », passant son temps à rejeter toutes les propositions, à refuser toute collaboration.

Nommer ce que je veux s'avère la suite logique de ce processus. En effet, il ne suffit pas de s'élever contre ce que nous ne voulons pas, il faut encore être capable d'exprimer ce que l'on veut. Il s'agit ici de nommer nos objectifs. Naturellement, s'arrêter à cette étape ferait de nous un persécuteur, puisque nous passerions notre temps à rejeter les objectifs de nos interlocuteurs, pour imposer les nôtres.

Accepter de négocier : pour entrer dans une véritable relation interdépendante, la volonté de négocier est nécessaire. Elle implique d'accepter d'écouter l'autre tout en se respectant soi-même, d'être prêt au compromis, mais certainement pas à se compromettre.

Assumer la séparation se montre indispensable tant il est évident qu'il n'est pas toujours possible de négocier. Si nous voulons voyager dans la même voiture, il faut aller dans la même direction. Les objectifs de chacun n'étant pas toujours compatibles, ne devons-nous pas nous résigner parfois à changer de compagnons de route ?

Tout bien considéré, si l'on se tient à ce processus afin d'éviter de développer une identité durable de victime, il y a de fortes chances pour qu'on ne glisse pas non plus dans le rôle de sauveteur. En effet, la personne affirme ses besoins et désirs, nomme ses objectifs, assume ses choix, en quatre mots, elle prend ses responsabilités. A vrai dire, **non seulement elle prend toutes ses responsabilités, mais aussi, seulement ses responsabilités**, autorisant ainsi aux autres protagonistes la possibilité d'en faire autant. C'est probablement dans la répartition pertinente des responsabilités que se situe la possibilité éventuelle de sortir du triangle infernal.

7. LE DEBRIEFING CHEZ LES ENFANTS (Dr Christophe Grandjean)

7.1. Introduction

Aucune guerre, aucune catastrophe naturelle ni aucun accident ou fait de violence par exemple urbaine n'épargne plus les enfants que les adultes, et il n'y a ainsi aucune raison pour que les enfants ne soient pas touchés, comme les adultes, par la souffrance et la détresse traumatiques. L'aide humanitaire dans des pays ayant connu des traumatismes macro-sociaux a bien observé, depuis longtemps, les conséquences de ces événements sur le développement des enfants. Avec, bien sûr, une incidence particulière de la rupture des liens précoces et de la faillite de l'étayage substitutif, lui-même souvent traumatisant, par exemple avec des orphelinats sous-équipés.

Malgré ces expériences douloureuses, une certaine méconnaissance de la souffrance de l'enfant sous prétexte d'une innocence et d'une immaturité prétendument protectrices a longtemps persisté. Pourtant, des auteurs se sont penchés il y a déjà fort longtemps sur cette question. Nous retiendrons ici les travaux de A. Brauner, pendant la guerre d'Espagne entre 1936 et 1939, cités par Crocq dans l'ouvrage récent de De Clercq et Lebigot. A. Brauner a fait dessiner et écrire des enfants rescapés du front sur le thème de « ma vie avant, pendant et après la guerre ». Le très important collectif étudié a bien montré l'existence d'un syndrome psycho-traumatique chez l'enfant, caractérisé par une indifférence émotionnelle derrière laquelle persistent des angoisses d'abandon, de néantisation et un sentiment d'insécurité. Par la suite apparaissent les études d'A. Freud, durant les bombardements de Londres entre 1940 et 1942, avec des enfants mis à l'abri en institution loin de la ville, et dont l'évolution a paru très liée à celle de leurs parents. 1946 voit la publication des travaux de Spitz, avec ses notions d'hospitalisme et de dépression anaclitique chez des enfants très jeunes ayant subi la perte de leurs parents.

Nous reviendrons plus loin sur des données plus récente de la littérature à partir des années 1980, mais relevons encore ici les perspectives actuelles, qui tendent de plus en plus à montrer que les situations traumatiques chroniques, répétitives ainsi que des états de stress post-traumatiques graves et persistants semblent s'accompagner de modifications importantes du développement des structures cérébrales chez l'enfant et l'adolescent. Il pourrait y avoir ainsi dans peu de temps une avance décisive permettant la corrélation entre des données de la clinique, de la neurobiologie et de l'imagerie cérébrale. Ces perspectives permettront probablement de mieux comprendre la clinique et l'évolution des syndromes de stress post-traumatiques du jeune, avec peut-être la délimitation d'un équivalent chez l'enfant de la notion de « modification durable de la personnalité après traumatisme » telle qu'elle existe dans la CIM-10 pour l'adulte, sur la base d'un véritable syndrome psycho-organique.

Mais précisons d'emblée que notre expérience se limite essentiellement aux suites d'événements soudains, uniques, inattendus et traumatisants pour l'enfant. Une connaissance plus vaste nous semble cependant indispensable pour pouvoir recevoir adéquatement ceux-ci et leurs proches.

7.2. Données de la littérature contemporaine

Quelques auteurs ont marqué l'histoire récente de l'étude des états de stress post-traumatiques chez l'enfant. Mentionnons entre autres Terr (1976), qui a étudié les conséquences d'une prise en otage d'un bus scolaire avec 23 enfants en Californie, Mc Farlane (1987), qui a suivi une cohorte de 800 enfants confrontés à un immense incendie de broussaille en Australie, Pynoos et Nader (1990) avec l'observation chez une centaine d'enfants des suites d'une fusillade meurtrière dans un préau d'école, Yule (1990) qui a observé l'évolution de 300 adolescents survivants du naufrage d'un navire, Pynoos et Groenjian (1993), qui se sont occupés du devenir de 218 enfants après le tremblement de terre en Arménie en 1988…

En fait, avec l'arrivée du diagnostic d'état de stress post-traumatique selon la DSM-III en 1980, puis de précisions dans la DSM-IIIR en 1987, les études se sont multipliées et dès cette époque, la littérature médicale a vu publiées des données cliniques et épidémiologiques sur l'ESPT chez l'enfant. Il s'agissait à ce moment-là d'une part de reconnaître l'équivalent pour l'enfant du trouble connu chez l'adulte, d'autre part d'identifier son incidence et sa prévalence.

En ce qui concerne l'incidence et la prévalence des ESPT dans des populations jeunes, nous citerons d'abord la revue de la littérature anglo-saxonne faite par Mouren-Simeoni. (1994) en ce qu'elle nous sensibilise à la nature de la situation traumatisante. Il en ressort une différence suivant l'aspect unique (traumatisme de type I) ou répétitif voire chronique (traumatisme de type II) de l'exposition à la situation traumatisante, avec plus de moments de repli, de dissociation ou de dépersonnalisation, de plaintes somatiques et d'auto-agressivité pour les seconds. Les autres facteurs tiendraient à l'origine de la situation traumatisante, notamment comme facteur aggravant la violence humaine. Citant d'une part Mc Farlane, 1987, 20 à 50% des enfants victimes de sévices souffrent d'ESPT, et d'autre part Fitzpatrick et Boldizar, 1993, 27% de 221 noirs américains de 7 à 18 ans issus du milieu urbain présenteraient un ESPT complet. Dans leur article, Vila et Bertrand (2001) citent d'autres études épidémiologiques (Giacona, 1994, 1995) montrant que 40% des adolescents de 18 ans ont subi un traumatisme significatif selon la définition de la DSM-IIIR et que 6% sont porteurs d'un ESPT pour toute leur existence.

Les études que nous résumons ci-après nous amènent à appréhender tant la clinique que l'évolution de populations d'enfants confrontés à différents types d'incidents critiques ou de situations stressantes.

Papazian (1992) prend pour modèle d'analyse les conséquences de tremblements de terre et fait une revue critique des publications sur le domaine (notamment à Mexico en 1985, en Arménie en 1988). Il relève déjà que les enfants réagissent plus fortement à la séparation de leurs parents et aux types de réactions de ceux-ci qu'à la catastrophe elle-même. La clinique est caractérisée par une dépendance craintive, des syndromes phobo-obsessionnels et dépressivo-anxieux ainsi que des symptômes somatiques. A 2 mois de la catastrophe, 70% de la population infantile est hautement symptomatique, et 2 ans après, ce sont 30% qui continuent de présenter les caractéristiques de l'ESPT. Les enfants persistent longtemps à remettre en scène l'événement à travers leurs jeux. Les populations d'enfants d'âge préscolaire et les adolescents semblent plus touchés, des facteurs aggravants intervenant également en fonction de la séparation d'avec les parents pendant et après le traumatisme et/ou de la perte de l'un ou des deux parents. L'auteur note une différence certaine si la catastrophe touche l'enfant avant ou après l'âge de 2 1/2 - 3 ans, en fonction du développement de la pensée verbale, ce seuil représentant l'accès à la capacité de mémorisation verbale (et à la possibilité de verbalisation) de souvenirs traumatiques ainsi qu'à la possibilité de comprendre l'événement. A l'adolescence, le suicide est une complication importante du traumatisme, notamment lié à la culpabilité du survivant et à la persistance de l'état dépressif. 7 mois après le séisme, 400 consultations mère-enfant montrent que 80 % des enfants présentent une énurésie ou une encoprésie diurne et/ou nocturne.

Minkowski (1993) fait une revue de différentes circonstances: guerres et guerres civiles (Viêt Nam, Liban, Palestine, Israël, Ethiopie, Cambodge, Croatie), catastrophe naturelle (Cyclone au Bengladesh en 1991). Il relève l'impact de ces circonstances sur la population infantile et la nécessité de mise en place de programmes d'aides spécifiques. Il note différents types de symptômes, dont des troubles autistiques, des troubles du langage, des instabilités avec hyperkinésie, et à l'adolescence de nombreux troubles du comportement (délinquance, toxicomanie, prostitution, suicides) en plus des mêmes troubles phobo-obsessionnels, dépressivo-anxieux et somatiques mentionnés plus haut.

Un incident critique a été constitué par le bombardement irakien contre Israël avec des missiles sol-sol SCUD pendant la guerre du Golfe. Les études de Schwarzwald et al. (1993, 1994) à 1 et 12 mois d'un collectif de 326 grands enfants et adolescents a montré que les conséquences psychologiques étaient le plus importantes chez les plus jeunes, les garçons en particulier, indépendamment de la proximité des impacts de missile, les filles montrant, elles, des réactions aiguës de stress essentiellement dans les zones touchées. A 1 an, les symptômes de stress ont très largement régressé, mais les sujets ayant manifesté le plus de symptômes à 1 mois sont aussi ceux chez lesquels des signes de stress subsistent à plus long terme. Une autre recherche (Laor, Wolmer et Cohen, 2001) à partir du même incident a pris en compte 81 enfants de 8-10 ans dont la maison a été détruite par les missiles 5 ans plus tôt. 8% des enfants présentaient un ESPT sévère. Les auteurs ont trouvé une corrélation entre la sévérité et la persistance des symptômes des enfants avec plusieurs facteurs, entre autre le fait d'avoir dû déménager, de vivre dans une famille ayant peu de cohésion et en particulier avec une mère pauvre en ressources psychologiques, le jeune âge de l'enfant au moment de l'attaque dans une telle situation familiale constituant également un facteur aggravant.

L'étude de Di Gallo, Barton et Parry-Jones (1997) a porté sur 57 enfants de 5 à 17 ans victimes d'accidents de la route. Elle a montré que chez ces enfants, 14% présentent encore, après 3-4 mois, d'importants symptômes d'ESPT et 17% des phobies directement liées au trafic routier. Le pronostic semble moins bon quand l'enfant a vécu un haut niveau de détresse psychique au moment et dans la suite immédiate de l'accident. Une autre étude sur des enfants victimes d'accidents de la circulation (Winston et al. 2002) trouve, lors d'une évaluation à 1 mois du traumatisme, 88% d'enfants et 83% de parents qui présentent ou ont présenté des symptômes aigus de stress, avec une intensité dramatique pour 28% des enfants et 23% des parents.

Un article de Vila et al. (2001) relate les conséquences psychologiques d'un désastre industriel en Lorraine, deux explosions ayant l'intensité d'un séisme à quelques jours d'intervalles en 1996. Ces auteurs ont pu évaluer 3 groupes de quelque 40 enfants: ceux qui ont été évacués avec leur famille en urgence (de 4 à 13 ans), ceux qui se trouvaient dans une zone à risque et une population témoin du voisinage (8 à 13 ans), 6 mois après le sinistre. Si les 2 derniers groupes ne montraient pas de perturbation, en revanche le 1er montrait un taux important de symptômes de stress, d'autant plus intenses si les parents eux-mêmes étaient perturbés.

Vila, Porche et Mouren-Simeoni (1999) nous donnent le résultat de leur recherche sur un groupe de 26 enfants de 6 à 9 ans 1/2 d'une classe prise en otage, montrant 4 cas d'ESPT (selon la DSM-IV) complet et 9 incomplet à 2 mois du traumatisme, puis, à 18 mois, 7 cas d'ESPT complet (dont 2 d'apparition différée). Il n'y avait que 8 enfants sur 26 qui sont restés indemnes, et globalement, 69% avaient présenté des troubles post-traumatiques au cours de la période d'observation au-delà de la phase aiguë. Un des intérêts de cet article est aussi une formulation en français des critères d'ESPT adaptés à l'enfant de moins de 5 ans, reprise de Scheeringa et al. (1995).

L'article aborde encore les différences cliniques chez les enfants victimes de traumatismes de type II, i.e. exposés de manière chronique ou répétitive à une situation stressante: maltraitance, abus sexuels répétés, mais également guerre, torture, internement. Les enfants éviteraient généralement de parler de l'agression dont ils ont été victimes ou se rétracteraient dans leur secret. En situation, la caractéristique n'est pas la surprise, mais la résignation, voire l'extrême passivité ou l'établissement de liens pathologiques avec leur agresseur à l'image du syndrome de Stockholm chez l'adulte. A long terme, les complications de type dépression chronique et/ou état limite peuvent d'autant plus recouvrir le diagnostic d'ESPT que le déni du traumatisme peut être massif et des pans entiers de l'enfance sombrer dans l'amnésie.

Cette question du lien entre pathologie limite et traumatisme de type II, en particulier l'abus sexuel chronique et la maltraitance est précisément le sujet de l'article de Dethieux, Raynaud et Abadie (2001). Les débats à ce sujet sont anciens et se poursuivent pour savoir si les états limites ne seraient pas une conséquence au moins partielle du traumatisme, les auteurs se positionnant assez clairement dans une perspective psychanalytique relevant entre autres la notion de distorsion des relations précoces.

Un autre article nous a semblé pertinent par rapport à la délimitation et à l'intrication du concept d'ESPT avec d'autres champs nosologiques. Grappe (2001) montre qu'il existe des différences importantes entre l'ESPT et l'état de deuil chez l'enfant, sans exclure des recouvrements possibles de ces deux cliniques. Un article de Grossman et al. (1995) faisait déjà un constat similaire en étudiant le processus de deuil chez 16 enfants confrontés au suicide de leur père. Nous reprenons en partie le schéma de Grappe dans le tableau 1, mais reviendrons sur la question du deuil chez l'enfant plus bas.

Alors que la CIM-10 ne fait pas de distinction entre l'ESA et l'ESPT chez l'adulte et chez l'enfant, la DSM-IV (1995) relève un certain nombre de particularités: "Chez les jeunes enfants, des rêves de l'événement, source de souffrance, peuvent en quelques semaines se changer en cauchemars généralisés de monstres, de sauvetage des autres ou de menaces vis-à-vis de soi ou des autres. Les jeunes enfants n'ont habituellement pas le sentiment qu'ils sont en train de revivre le passé; le fait de revivre le traumatisme peut plutôt survenir à travers des jeux répétitifs (p. ex., un enfant qui a été impliqué dans un accident automobile grave rejoue d'une manière répétitive des accidents de voiture avec ses petites voitures). Dans la mesure où il peut être difficile pour les enfants de faire état d'une diminution des intérêts pour les activités significatives et d'une restriction des affects, ces symptômes doivent être soigneusement évalués à partir des comptes-rendus des parents, des enseignants et d'autres observateurs. Chez les enfants, le sens d'un futur sans lendemain peut se traduire par une croyance que la vie sera trop courte pour pouvoir devenir un adulte. Il peut également y avoir une "création de présages" c.-à-d. l'enfant peut croire avoir la capacité de prévoir de futurs événements malheureux. Les enfants peuvent également présenter des symptômes physiques variés tels des douleurs à l'estomac ou des maux de tête." (op.cit., p. 501)

Les critères DSM-IV concernant l'ESPT chez l'enfant ne font actuellement plus l'unanimité. D'un côté, des études montrent bien la pertinence d'échelles d'évaluation et d'auto-évaluation à fin de diagnostic de l'ESPT dérivés de la DSM-IV (Muris et al., 2000). D'un autre côté, plusieurs auteurs rapportent que d'une part, nombre d'enfants peuvent ne pas présenter un tableau complet remplissant les critères d'ESPT, mais manifestent d'intenses et invalidants symptômes dans l'un ou l'autre des domaines après un traumatisme, d'autre part les questionnaires impliquant l'enfant ou son entourage proche peuvent refléter les stratégies d'évitement, la banalisation ou la minimisation de symptômes et sous-estimer l'incidence d'ESPT, d'autre part encore l'ESPT se superpose souvent à d'autres diagnostics: trouble obsessionnel-compulsif, trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, trouble de l'humeur, trouble anxiété généralisée, trouble anxiété de séparation de l'enfance, troubles phobiques, etc., enfin, ce qui complique le tout, c'est qu'un certain nombre d'enfants développent un véritable ESPT sans avoir été confrontés à un événement traumatique majeur au sens où la DSM-IV l'entend. Cf à ce sujet les "Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder" de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1998), le résumé qu'en a fait Cohen (1998), l'article de Harpreet et al. (2002) sur les conséquences possibles de la vision en boucle d'images de catastrophes à la télévision ainsi que celui de Tierney (2000) faisant la revue des controverses sur la question de l'ESPT chez l'enfant.

Notons à ce propos la publication de Carrion et al. (2002), qui démontre qu'en terme de détresse et de perturbation du fonctionnement, il n'y a pas de différence significative entre les enfants présentant un ESPT complet selon la DSM-IV et ceux ne remplissant qu'une partie de ces critères, conclusion faite sur un collectif de 59 enfants et adolescents entre 7 et 14 ans, tous confrontés à des traumatismes significatifs, dépistés et investigués avec différentes échelles. Dans le même ordre d'idée, Silva et al. (2000) analysant un collectif de même grandeur d'enfants et jeunes de 3 à 17 ans observent que 22% présentaient un ESPT complet et 32% un syndrome type ESPT. Ce collectif consistait en témoins et victimes de violences domestiques et victimes d'abus sexuel.

A la décharge de la DSM-IV, relevons que l'attribution de diagnostics primaires (axe I) autres que l'ESPT ou l'ESA, par exemple des troubles de l'adaptation peuvent néanmoins refléter leur caractère post-traumatique par l'intermédiaire de l'une ou l'autre rubrique du IV^{ème} axe (problèmes psychosociaux et environnementaux, en particulier : décès de proches, abus sexuel, maltraitance, négligence, victime d'un crime, exposition à une catastrophe naturelle, à la guerre…) et leur incidence sur la vie de la personne perturbée être cotée par le biais de l'évaluation globale du fonctionnement (EGF, axe V).

Une avance majeure dans la reconnaissance de l'ESPT chez l'enfant nous paraît résider dans la Classification diagnostique de 0 à 3 ans du National Center for Infants, Toddlers and Families (1994, traduction française publiée en 1998). Cette classification est très proche de la DSM-IV dans sa structure diagnostique multi-axiale, reprenant celle-ci sauf lorsque des critères spécifiques existent chez le jeune enfant. S'agissant de l'ESPT, force est de constater que nombre de symptômes de la DSM-IV ne peuvent qu'être rapportés par la victime elle-même, mais l'enfant de moins de 5 ans n'a qu'exceptionnellement la possibilité d'avoir un discours détaillé sur lui-même et son propre fonctionnement et en tous cas pas avant d'accéder au langage. L'aspect problématique de l'utilisation de la DSM-IV pour le diagnostic de l'ESPT chez l'enfant en bas âge a été bien montré par Scheeringa et al. (2001), qui ont développé une échelle alternative déjà mentionnée, applicable aux enfants de moins de 48 mois. Comme cette échelle modifiée, la 0-3 prend en compte les manifestations comportementales, cognitives et développementales qui peuvent être repérées par les proches ou les professionnels à la suite d'un traumatisme. Notre impression est que la 0-3 est également utilisable pour la tranche d'âge de 3 à 6 ans et constitue un précieux instrument. Pour comparaison, nous faisons en annexe une synthèse résumée (tableau 2) des critères d'ESPT selon la DSM-IV, selon les modifications de Scheeringa et la classification 0-3.

Dans le cadre de ce tour d'horizon très partiel, relevons un certain nombre d'observations récentes dans le domaine de l'imagerie cérébrale. Carrion et al. (2001) trouvent chez 24 jeunes de 7 à14 ans victimes de traumatismes une baisse de l'asymétrie des lobes frontaux et une baisse du volume cérébral total par comparaison avec un groupe contrôle. De Bellis et al. (2001) constatent une augmentation relative de la matière grise de la partie supérieure du lobe temporal droit, ainsi que d'autres modifications des asymétries morphologiques normales entre les hémisphères gauche et droit, chez 43 enfants et adolescents maltraités et présentant un ESPT. Dans une autre étude (2001), ces auteurs, comme Carrion, n'avaient pas trouvé de modifications des volumes du lobe temporal, de l'amygdale et de l'hippocampe, contrairement à ce qui peut être observé chez l'adulte présentant un ESPT. Il n'est à l'heure actuelle pas possible d'établir un lien direct entre la clinique et ces modifications morphologiques quand elles existent. L'évolution et la régression éventuelle de ces transformations n'est pas encore documentée. Il est par contre déjà possible de retenir que les traumatismes chroniques et/ou répétitifs ont une incidence sur le développement cérébral.

A ce stade de cette revue, nous pouvons voir que l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant, avec un certain nombre de spécificités cliniques, est actuellement reconnu, quoique les instruments diagnostiques semblent devoir encore être développés. Il apparaît ainsi que l'enfant vit les incidents critiques d'une manière analogue à l'adulte, et que l'ESPT qu'il est susceptible de développer comporte les mêmes symptômes caractéristiques de reviviscence de la scène traumatique que ses aînés, des stratégies d'évitement des stimuli associés au traumatisme, des symptômes affectifs, émotionnels,

cognitifs, somatiques et pouvant s'inscrire sur un long terme, souvent selon des modalités qui lui sont propres en fonction de son niveau de développement, de l'âge auquel il a été exposé au traumatisme et des particularités de l'étayage familial dont il bénéficie. Une des constantes dans la littérature est précisément la sensibilité de l'enfant aux réactions de son entourage, quel que soit la nature du traumatisme.

Pour revenir au débriefing psychologique lui-même, à côté des attaques dont cette technique en général est l'objet actuellement, comme dans la Cochrane review (2003), il faut dire que la littérature sur le stress et le traumatisme psychique chez l'enfant en parle peu. Il est mentionné comme mesure d'intervention de crise très populaire, mal documenté sur son efficacité, sur qui est susceptible d'en bénéficier et sur le moment le plus opportun de le pratiquer (Pfefferbaum, 1997). Dans le *guideline* de l'AACAP (1998) pour l'évaluation et la prise en charge des ESPT, il n'est que brièvement évoqué dans le chapitre des autres mesures de prise en charge psychosociale ; d'une part comme premiers secours psychologiques (Pynoos et Nader, 1993) sous forme de technique d'entretien structuré applicable autant avec des classes d'élèves qu'individuellement, d'autre part en tant que débriefing psychologique (Chemtob et al., 1997).

Quelques autres références sont citées dans l'ouvrage de Vila, Porche et Mouren-Siméoni (1999), qui, à côté du débriefing psychologique selon L. Crocq (1995), le mentionnent aussi comme une des formes de groupe thérapeutique justifié dès le moment où des enfants touchés par le même événement traumatique appartiennent à la même communauté. Ils évoquent Gillis ainsi que Klingman (1993), qui, les deux, en conseillent l'application à tous les enfants victimes d'événements traumatiques majeurs. Les auteurs citent encore Yule (1992) qui a comparé des groupes d'élèves de faibles effectifs (15 à 25) non débriefés et débriefés, avec une significative amélioration de l'évolution des seconds sur les premiers à 5 mois d'un naufrage, du moins dans certains domaines comme les phénomènes d'intrusion, d'évitement et de peurs, tandis que les scores d'anxiété ou de dépression étaient restés comparables.

Loin des critiques au manque d'études statistiques impliquant des moyens d'examen étendu, un groupe contrôle et un effectif d'enfants victimes comparables entre eux (type de traumatisme pour les uns; âge des enfants, conditions socio-culturelles etc. pour les deux catégories), nous trouvons des publications directement issues de l'expérience clinique du terrain. Ainsi en Suisse Leuenberger (1997), Herzig et Muller (1997) Klauser-Reucker et Clément (2000) qui montrent des possibilités d'utilisation du débriefing dans le cadre scolaire, avec le récit d'interventions parfois très touchantes.

Remarquons encore que, dans le cadre de ces autres mesures de prise en charge psychosociales dont ferait partie le débriefing psychologique, nous trouvons beaucoup de moyens d'information tant destinés aux parents, qu'aux enseignants et aux enfants eux-mêmes. Les formes sont multiples, allant des sites Internet comme celui de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (http://www.aacap.org/publications/factsfam/) avec des conseils aux parents pour parler d'événements tragiques aux enfants, des moyens de dépister l'apparition de l'ESPT chez leurs enfants entre autres, en passant par les cahiers de devoirs, de jeux et de dessins (AACAP, 1998) apportant des informations et devant permettre l'ouverture du dialogue au sein d'une classe d'école, voire dépister par ce biais les enfants à risque de développer des difficultés en lien avec l'événement, jusqu'aux groupes d'entraide et associations de victimes (Vila, Porche, Mouren-Siméoni 1999).

Ces mesures utilisables sur une large échelle, même si elles ne peuvent prouver leur efficacité, traduisent les nécessaires efforts qui sont faits pour tenter une prise en charge de la détresse des enfants et de leurs parents consécutive à un incident critique. Le débriefing psychologique ne peut actuellement plus prétendre être une mesure thérapeutique, ni une mesure de prévention de l'ESPT, ni un moyen performant de dépistage des enfants qui nécessiteraient une prise en charge psychothérapeutique. Par contre, il nous semble avoir sa place dans la chaîne des secours comme rite social, moyen d'ouverture du dialogue, instrument de recadrage et moment pédagogique à caractère informatif et de guidance éducative.

Tableau 1 :

Eprouvés et symptômes se rapportant au deuil et au trauma.

REACTIONS POST-TRAUMATIQUES	REACTIONS DE DEUIL
Développements cognitifs	
- Intrusions de la scène traumatique, associées à de la détresse et de l'angoisse - Chez l'enfant: jeux répétitifs, représentation du trauma dans les dessins - Préoccupations douloureuses concernant l'événe-ment traumatique et les circonstances de sa survenue - Peurs, réminiscences d'aspects menaçants de l'événement, impression d'un danger omniprésent	- Surgissements d'images de la personne disparue, involontaire ou recherché - Angoisse provoquée par le constat renouvelé que la personne n'est plus là - Préoccupations concernant les liens avec le défunt, images du passé où s'exprimaient de forts sentiments - Réminiscences faisant surgir la présence de la personne, comme si elle était encore là (bruits, toucher, signes)
Réactions affectives	
- Angoisse: affect principal, présent en permanence et/ou sous forme critique; déclenchée par des intrusions d'images, des souvenirs, des lieux, objets ou personnes rattachées à l'événement. - Peur: impression d'un danger ubiquiste; déclenchée par un effet de surprise (bruit, lumière…).	- Angoisse: pas toujours présente. Angoisse spécifique de séparation, liée à la perte de la personne disparue. Parfois déclenchée par des images du futur (l'endeuillé réalise que le défunt ne reviendra pas) - Tristesse: intense, douloureuse, profonde. Nostalgie de la personne disparue qui persiste avec le temps, déclenchée par des souvenirs où elle est présente.
Phénomènes d'évitement	
- Evite tout ce qui rappelle l'événement - Peut avoir de grosses difficultés à parler de l'événement - Plus rarement "hémorragie du discours" répétant la même histoire détaillée - Retrait social	- Peut rechercher des endroits familiers du défunt, des objets lui ayant appartenu (photos, images…) - Peut essayer au contraire d'éviter les souvenirs qui rappellent l'absence du disparu - Peut essayer d'adoucir ses souffrances par des distractions - Peut éprouver le besoin de parler de la relation perdue, du disparu
Phénomènes d'hypervigilance	
- Orientés vers les menaces et les dangers - Sur ses gardes, surveille - Réaction de sursaut exagérée - Réactions émotionnelles fortes aux indices spécifiques du trauma	- Orientés vers la personne disparue - Recherche dans l'environnement les indices de la personne disparue - Réactions de tristesse (pleurs, gémissements) aux indices, aux messages qui rappellent la personne disparue

Modifié d'après Grappe M. "Deuil et traumatisme chez l'enfant et l'adolescent", Stress et Trauma, 2001; 1 (5) : 291-296

7.3. Clinique de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant

Il y a des différences entre l'adulte et l'enfant pour les signes et symptômes de l'état de stress aigü et de l'état de stress post-traumatique comme nous l'avons vu précédemment. Pour les signes et symptômes communs, il existe des différences de répartition des symptômes en fonction du niveau de développement. Nous n'allons pas réénumérer la liste des symptômes que nous pouvons retrouver chez l'enfant (cf les critères reproduits au tableau 2), nous les avons pratiquement tous entendus cités par eux ou par leurs proches, soit dans les jours qui ont suivi un événement, soit à mi-distance de celui-ci ou longtemps plus tard. Nous les reprenons ci-après avec quelques commentaires et exemples, en suivant la succession des critères de la DSM-IV.

A. Exposition et réaction à l'événement traumatique :

C'est l'un des points où une différence importante existe entre l'enfant et l'adulte. Comme il a déjà été relevé dans la revue de la littérature, l'enfant peut très bien ne pas avoir été lui-même confronté à l'événement et développer ensuite un véritable ESPT avec tous les autres critères requis. Souvent, il n'a vécu l'événement que comme victime tertiaire, réalisant, au contact de ses parents qui eux-mêmes auraient été des victimes primaires ou secondaires, des symptômes évidents de stress traumatique « by proxi ». Cela se vérifie d'autant plus que l'enfant est jeune. Sans que nous comprenions s'il s'agit d'un mécanisme de dissociation, l'enfant peut très bien n'avoir manifesté, dans l'événement, ni terreur, ni sentiment d'impuissance, ni d'horreur, ce qui a amené Scheeringa à abandonner ce critère. Dans la classification 0-3, seule compte l'existence anamnestique d'un événement ou d'une situation traumatique.

B. Reviviscence :

Il est difficile d'observer des flash-back et même des enfants d'âges scolaires ne les rapportent pas aisément. L'existence de ceux-ci ou un équivalent peut cependant être déduit lorsque l'on observe des instants d'absence, de rupture par rapport à ce que l'enfant est en train de faire, interruption du dialogue avec l'autre par exemple. De véritables remises en acte partielles s'observent, tant au plan du comportement psychomoteur par des gestes de défiance ou de fuite soudains que dans des activités organisées comme le jeu, par exemple une destruction subite de ce que l'enfant construit, ou dans le dessin qui est transformé d'un coup en gribouillage chiffonné. Notons que les remémorations du traumatisme, quand elles peuvent être rapportées par l'enfant, apparaissent préférentiellement quand il est seul et inoccupé, typiquement au coucher, à la nuit tombante ou dans l'obscurité. Selon la littérature, les rêves répétitifs liés au traumatisme lui-même seraient moins fréquents que chez l'adulte. Les rêves ont plus souvent les thèmes de cauchemars usuels chez l'enfant, monstres etc. ou n'ont pas de contenu reconnaissable. Des questions et des commentaires répétitifs de l'enfant sur l'événement ou ses suites traduisent autant la reviviscence de l'événement et la présence de pensées intrusives que l'anxiété qui, elle, est notée, dans la DSM-IV, sous D, « activation neuro-végétative »

C. Evitement et émoussement :

Des auteurs comme Sheeringa ou la classification 0-3 ont noté dans ce chapitre les manifestations régressives. Cela peut se présenter au plan affectif et comportemental -reprise d'un nounours abandonné depuis longtemps, retour d'un "parler bébé", succion du pouce, difficultés de séparation, agrippement, qui signent une perte partielle de l'autonomie résultant de la fragilisation affective et de l'anxiété. Des troubles phobiques fréquents chez l'enfant et normaux à certains stades du développement peuvent apparaître ou réapparaître: peur du noir, peur de fantômes, par exemple, qui sont très proches au fond des conduites (phobiques) d'évitement et peuvent traduire autant la régression que l'anxiété. Certains de ces symptômes font partie, dans ces deux classifications, d'une catégorie de manifestations mises à part au cas où elles n'auraient pas été préalablement constatées, mais nous avons l'impression qu'elles peuvent tout autant être considérées comme étant en lien direct avec l'hypervigilance de la rubrique D qu'avec plusieurs points de la rubrique B de la DSM-IV.

La solitude et l'obscurité peuvent en effet constituer des stimuli en quelque sorte négatifs rappelant certains aspects ou des impressions vécus lors de l'événement traumatisant. Un autre plan où peut se manifester la régression, c'est le domaine psychosomatique: apparition ou réapparition d'une énurésie, de terreurs nocturnes, de tics, d'un bégayement, d'un eczéma, etc., voire stagnation ou perte d'acquisitions du développement psychomoteur, parfois aussi discrètes que la descente pas à pas ou le besoin de donner la main dans un escalier là où avant l'événement traumatisant, l'enfant était capable de le faire de manière continue et autonome.

D. Activation neurovégétative :

Nettement plus fréquemment que chez l'adulte, nous observons des symptômes d'agitation psychomotrice et de désorganisation tant sur le plan du comportement que sur le plan cognitif. Le sens de ces symptômes sera réabordé plus bas, mais relevons qu'ils ne sont pas sans poser au *débriefeur* des problèmes de gestion du groupe et de la démarche de l'intervention. La difficulté d'attribution d'un symptôme à l'une ou l'autre des catégories se retrouve avec les difficultés d'attention et de concentration. Nous l'avons observé à travers les fréquentes difficultés scolaires d'enfants après un traumatisme. Une baisse plus ou moins longue et profonde des performances scolaires peut être due autant à un ralentissement de l'idéation, en somme un symptôme dans la lignée du C - émoussement, qu'à une attention dispersée proche de l'hypervigilance du D ou morcelée par des pensées intrusives du B, l'ensemble interférant avec la capacité de concentration.

E.- F.

Correspondant à ces rubriques, Scheeringa et la 0-3 évoquent divers symptômes, agressifs, anxieux (par exemple face à la nouveauté) et somatiques plus spécifiques de l'enfant. Certaines peuvent correspondre à des étapes du développement comme dit plus haut, y compris certaines manifestations agressives, et être faussement interprétées comme étant en lien avec le traumatisme, même si elles sont postérieures à celui-ci, particulièrement entre 1 ½ et 5 ans. Elles peuvent aussi préexister (et néanmoins prendre une ampleur dramatique suite au traumatisme). Il s'agit là de savoir que la préexistence de symptômes phobo-anxieux, chez l'enfant et/ou chez ses parents semble constituer un facteur de risque important pour le développement d'un ESPT. Enfin, rappelons que très souvent chez l'enfant les manifestations post-traumatiques peuvent être différées, notamment en fonction des difficultés de son milieu.

Plus globalement, la question se pose d'un équivalent chez l'enfant à ce que la CIM-10 appelle "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe", soit la personnalité d'une victime d'un ESPT avec des séquelles chroniques et irréversibles. Chez l'enfant, dont le psychisme est en devenir, il semble assez évident que des situations stressantes ont des conséquences. Comme on l'a vu, celles-ci peuvent être de l'ordre de régressions ou de stagnations transitoires sur l'une ou l'autre ligne du développement, à priori sans impact sur le développement à moyen ou à long terme. Par contre, il est hautement probable que des stress importants, dans leur cumul, leur durée, leur ampleur ou leur moment de survenue par rapport au niveau de développement de l'enfant puissent également aboutir à des fixations permanentes. La personnalité de l'enfant pourra en porter la marque avec un développement atypique, des fragilités perceptibles dans certaines situations et d'autres séquelles plus ou moins bien compensées, ou développer de graves pathologies psychiatriques, (parfois à grande distance du traumatisme) et probablement – au moins en partie - sous-tendue par une altération du développement cérébral comme on l'a vu.

Il est ainsi possible de concevoir qu'un certain nombre de déficiences mentales soient secondaires à un traumatisme ou à des traumatismes répétitifs, ce qui semble peu décrit, alors que les troubles du comportement et de l'intégration sociale sont bien connus (cf ce qu'en dit Bailly L, 2001). Ces altérations cognitives accompagnent en effet très souvent les états limites, les prépsychoses et autres dysharmonies évolutives dont une partie au moins pourrait être liée à des situations chroniquement stressantes et des traumatismes répétitifs et cumulatifs.

Cette assertion résulte directement de notre expérience de consultant dans un internat pour enfants perturbés au plan relationnel, comportemental et très en retard sur le plan des acquisitions, dans l'histoire desquels nous trouvons malheureusement si souvent des antécédents d'abus sexuel, de négligence et de maltraitance. Dès lors, le champ des manifestations de l'ESPT chronique de l'enfant pourrait bien s'élargir. Il faudrait bien sûr arriver à délimiter ce qui serait la conséquence des atteintes pré-traumatiques, le "terrain" en quelque sorte, comme les altérations des relations familiales et des relations précoces parent-enfant avant la survenue des abus et les conséquences neuro-développementales de ces contextes défavorables.

Au-delà, la question de cette "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe" se pose d'une manière beaucoup plus évidente pour les très nombreux enfants et adolescents victimes de guerre, avec leur cortège de traumatismes: décès de proches, déportation, torture, internement, émigration plus ou moins forcée, privations... Dans toutes ces situations, il n'est pas possible de discerner un traumatisme, mais bien des détresses multiples dont il est difficile d'imaginer qu'elles soient sans conséquences sur l'être encore en développement. La fréquence des troubles du comportement sous forme d'agressivité ou d'autres tendances dyssociales, de troubles de l'attachement avec des conduites de dépendance et d'agrippement, de rejet ou de repli, les toxicomanies, les tendances suicidaires et conduites à risque, les dépressions et états anxio-dépressifs est beaucoup plus élevée dans ces populations et probablement aussi dans les générations qui suivent. Par rapport au vécu de jeunes confrontés à de tels cataclysmes, la question de savoir s'ils présentent un syndrome ou un état de stress post-traumatique en relation avec un ou des incidents critiques, en raison de traumatismes secondaires ou à cause des conséquences du bouleversement de leur étayage affectif, social et physique paraît dénuée d'intérêt. Certains peuvent cependant survivre psychiquement et manifester une remarquable résilience.

Tableau 2-1:

Comparaison des critères DSM-IV pour l'ESPTavec les critères alternatifs pour l'enfance et la petite enfance de Scheeringa et la Classification 0-3

Critères DSM-IV F43.1 [309.81]	Critères alternatifs de Scheeringa pour l'enfant	Classification 0-3: 100.- Etat de stress traumatique
Tiré de: American Psychiatric Association, DSM-IV Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, traduction française par Guelfin JD et al., Masson, 1996, p.503-504	Traduit de: Comparison of Two Sets of Criteria for Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and the Alternative Criteria for Infancy and Early Childhood. In: Scheeringa MS et al. Two Approches to the Diagnostic of Posttraumatic Stress Disorder in Infancy and Early Childhood. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry. 1995(Feb); 34 (2): 191-200	D'après: Classification diagnostique de 0 à 3 ans (Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington DC, 1994), traduction française Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1998, p 25-28 et 96-97)
A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : 1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. 2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.B.: Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.	**A.** **1)** identique à la DSM-IV **2)** abandonné de la DSM-IV	Ce diagnostic décrit un ensemble de symptômes qui peuvent être manifestes chez des enfants ayant subi un ou des événements traumatiques ou un stress chronique persistant. Si la notion d'un événement traumatique et que des symptômes ci-après sont présents, le diagnostic d'état de stress traumatique l'emporte sur les autres diagnostics de l'axe I (diagnostic primaire).

Tableau 2-2:

Critères DSM-IV F43.1 [309.81] (suite)	Critères alternatifs de Scheeringa pour l'enfant (suite)	Classification 0-3: 100.- Etat de stress traumatique (suite)
B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des façons suivantes: **1)** souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.B.: Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme. **2)** rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B.: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable. **3)** impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se produire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'intoxication). N.B.: Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir. **4)** sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause. **5)** réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.	**B.** Syndrome de répétition (un critère requis): **1)** Jeu post-traumatique i.e. répétant de manière compulsive des parties de la scène traumatique, ne soulageant pas l'angoisse, manifestant moins d'élaboration et d'imagination que le jeu habituel **2)** Remise en acte par le jeu de parties du traumatisme, mais sans l'aspect répétitif monotone ni les autres aspects du jeu traumatique **3)** Rappels récurrents de l'événement traumatique autres que ce qui se révèle dans le jeu, et qui n'est pas forcément source de détresse **4)** Cauchemars: en lien avec l'événement traumatique ou en fréquence augmentée sans contenu définissable. **5)** Episodes avec les caractéristiques objectives d'un flashback ou d'une dissociation **6)** Détresse lors de l'exposition à ce qui évoque le traumatisme	**1.** Reviviscence du traumatisme, qui se révèle par: **a)** Jeu post-traumatique i.e. reconstituant de manière compulsive, non ludique et peu élaborée des parties de la scène traumatique **b)** Questions et commentaires récurrents sur l'événement traumatique, avec ou sans angoisse manifeste, en dehors du jeu **c)** Cauchemars répétés, en particulier en lien avec l'événement traumatique **d)** Détresse aux rappels du traumatisme **e)** Episodes de mise en acte dissociée du contexte et d'une intentionnalité présentant certains aspects du traumatisme, équivalent au "flash back"

Tableau 2-3:

Critères DSM-IV F43.1 [309.81] (suite)	Critères alternatifs de Scheeringa pour l'enfant (suite)	Classification 0-3: 100.- Etat de stress traumatique (suite)
C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes : **1)** efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme. **2)** efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme. 3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme. **4)** réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités. **5)** sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres. **6)** restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres). **7)** sentiment d'avenir « bouché » (p. ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir un cours normal de la vie).	**C.** Baisse de la réactivité * (Un critère requis) **1)** Restriction du jeu **2)** Retrait social **3)** Restriction du champ des affects **4)** Perte d'acquisitions développementales, particulièrement régression du langage, de la propreté * Traduction littérale: Engourdissement de la sensibilité	**2.** Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement: **a)** Retrait social accru **b)** Restriction du champ émotionnel **c)** Perte momentanée de capacités développementales acquises auparavant (langage, propreté, etc.) **d)** Diminution du jeu, dans sa richesse, sa variété et sa durée

Tableau 2-4:

Critères DSM-IV F43.1 [309.81] (suite)	Critères alternatifs de Scheeringa pour l'enfant (suite)	Classification 0-3: 100.- Etat de stress traumatique (suite)
D. Présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes : **1)** difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu **2)** irritabilité ou accès de colère **3)** difficultés de concentration **4)** hypervigilance **5)** réaction de sursaut exagérée.	**D.** Activation neuro-végétative ** (un critère requis): **1)** Terreurs nocturne **2)** Difficultés à aller au lit sans lien avec une peur de faire des cauchemars ou une peur de l'obscurité **3)** Réveils nocturnes sans lien avec des cauchemars ou des terreurs nocturnes **4)** Baisse de la capacité de concentration: baisse marquée de la capacité d'attention et de concentration en comparaison avec avant le traumatisme **5)** Hypervigilance **6)** Réactions de sursaut exagérées	**3.** Symptômes d'éveil augmenté: **a)** Terreurs nocturnes **b)** Refus du coucher, difficultés d'endormissement **c)** Réveils nocturnes répétés non liés à des cauchemars **d)** Troubles significatifs de l'attention **e)** Hypervigilance **f)** Réactions de sursaut exagérée
E. La perturbation (symptômes des critères B, C, D) dure plus d'un mois.	**E.** Peurs et manifestations agressives nouvelles (1 critère requis) **1)** Nouvelles manifestations agressives **2)** Nouvelle angoisse de séparation **3)** Peur d'aller seul aux toilettes **4)** Peur de l'obscurité **5)** Toute peur nouvelle de choses ou de situations pas particulièrement reliées au traumatisme	**4.** Symptômes non présents antérieurement **a)** Agression envers les pairs, les adultes ou les animaux **b)** Angoisse de séparation **c)** Peur d'aller seul aux toilettes **d)** Peur du noir **e)** Autres peurs nouvelles **f)** Défaitisme ou comportement manipulateur ou attitudes provocatrices masochistes **g)** Comportements sexualisés et agressifs inappropriés à l'âge de l'enfant **h)** Autres réactions non verbales: symptômes somatiques, reviviscences motrices, stigmates cutanés, souffrance ou maintien de positions douloureuses.
F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Spécifier si : Aigu : si la durée est de moins de trois mois. Chronique : si la durée est de trois mois ou plus. Survenue différée : si le début survient au moins six mois après le facteur de stress.	**F.** La perturbation dure plus d'un mois ** Traduction littérale: Augmentation de l'activité, de l'excitation, de l'éveil	

7.4. Développement du processus de deuil chez l'enfant

C'est pour trois raisons qu'il nous semble pertinent d'aborder cette question ici. Premièrement, l'enfant n'a pas la même perception du temps que l'adulte. De même la notion de mort évolue, entre autres, en fonction du développement psychologique de l'enfant. Deuxièmement, les syndromes dépressifs de l'enfant et de l'adulte sont très différents. Il en résulte que le *débriefeur* peut ne pas percevoir certains signes, se méprendre sur l'interprétation qu'il peut en faire et répondre de manière inadéquate à certaines paroles d'enfants ou questions de parents sur leurs enfants confrontés à une mort traumatique. Enfin, comme on l'a vu dans la revue de la littérature, les cliniques du deuil et du stress post-traumatique peuvent partiellement se recouvrir, et il ne nous paraît pas adéquat d'aborder celui-ci sans rappeler quelques notions quant à celui-là.

En effet, tout deuil est potentiellement traumatique, notamment pour l'enfant dans ce qu'il perd comme étayage, mais la mort ne produit pas forcément un état de stress aigu puis un éventuel état de stress post-traumatique. Cela dépend du contexte et de la nature du décès. Soudain, inattendu et marqué par l'horreur et l'impuissance ou au contraire attendu, préparé et source parfois d'un certain soulagement, le départ d'un être cher n'est pas le même lorsqu'il s'agit d'un fait divers tragique ou le terme d'une longue maladie connue pour être incurable et mortelle. Devant ces évidences, il n'y a pas lieu de s'étonner que la clinique du deuil puisse se superposer ou non à un état de stress aigü ou à un état de stress post-traumatique, et il n'y a à ce titre pas de différence entre l'adulte et l'enfant. Cela dit, il suffit de consulter la CIM-10 au chapitre des épisodes dépressifs F32 et à celui des réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation F43 pour percevoir que les caractéristiques de ces deux entités cliniques se recouvrent sur bien des points. Les choses se compliquent encore avec l'état dépressif qui est un diagnostic difficile en raison de l'absence de spécificité des signes et symptômes de ce trouble chez l'enfant.

Dans la littérature sont décrits différents stades du développement de la notion de mort en fonction de l'âge de l'enfant, mais ce développement dépend aussi de ce que l'enfant a connu comme circonstances dans sa vie et en particulier s'il a déjà été confronté à la mort (Hanus M, 1995). Et comme pour d'autres domaines du développement de l'enfant, un stade peut paraître acquis à un moment, puis laisser à nouveau se manifester pour un temps variable le stade précédent.

Jusqu'à l'âge de deux ans, l'enfant semble plus réagir à l'absence de l'être aimé qu'à sa perte dont il ne peut concevoir le caractère définitif. Il traverse classiquement trois phases successives:

- la protestation,
- le désespoir (et la désorganisation)
- puis le détachement.

L'étayage substitutif et le maintien des habitudes de l'enfant, tant que faire se peut, joue un rôle essentiel dans la résolution du deuil. L'enfant est d'emblée, comme nous le verrons souvent, extrêmement sensible et réactif à la souffrance de son entourage immédiat.

Entre deux et cinq ans, l'enfant peut percevoir la mort comme un phénomène réversible très proche du, voire assimilé au sommeil, avec une certitude dans la possibilité du retour de l'être cher décédé. L'enfant, à ce stade encore teinté de toute-puissance, peut aisément croire que ses comportements sont la cause du "départ" du défunt et en ressentir de la honte. En fonction du niveau de développement encore réduit de la capacité de symbolisation de l'enfant, l'adulte se doit d'éviter des images et des métaphores que l'enfant pourrait encore prendre au pied de la lettre. Elles pourraient en effet le confirmer dans le caractère non définitif de l'absence (comme "il est parti pour un long voyage") ou générer des troubles par assimilation; ainsi une angoisse de l'endormissement en relation avec celui qui "repose en paix". Cependant, sa compréhension de l'environnement et le développement de son langage permettent déjà la préparation de l'enfant au concret du futur immédiat. L'exposé de ce qu'il verra, notamment les adultes en souffrance lors de la cérémonie funèbre, semble même essentielle et propre à diminuer l'impact traumatique de la révélation de la faiblesse de ceux qui constituent le reste de ses points de repères affectifs.

Entre cinq et neuf ans, les conceptions de l'enfant évoluent considérablement. D'abord, l'enfant personnifie souvent la mort qu'il assimile ou distingue du défunt. Il peut encore se faire du souci pour les besoins vitaux du mort, mais il acquiert progressivement l'idée de la mort comme un arrêt irréversible des fonctions vitales. Il comprend l'aspect définitif de l'absence, mais ne reconnaît pas encore l'universalité de la mort pour le vivant. Cette tranche d'âge peut manifester un intérêt parfois perçu par l'adulte comme morbide pour les aspects biologiques et les rites funéraires. Ce serait par exemple le souci pour les fonctions vitales du défunt: comment peut-il respirer sous terre, a-t-il de quoi manger… L'enfant dans cette phase peut déjà participer activement aux rites funéraires des adultes, ce qui contribue à le sortir de l'impuissance face à la situation et l'aide à assimiler son propre deuil.

Dès neuf ans, la conception de la mort chez l'enfant rejoint celle de l'adulte. Il accède progressivement à des représentations plus symboliques. Il existe cependant une grande variabilité d'un sujet à l'autre. Certains ont ainsi pu moins bien élaborer que d'autres un deuil et en avoir une conception plus infantile que leur âge chronologique, d'autres au contraire avoir de la mort une conscience en avance sur leur âge. Cette variabilité dépend entre autres de la qualité de l'étayage substitutif que l'enfant a pu retrouver après une perte, des réactions de son entourage (y compris la capacité des adultes à faire leur deuil, à pouvoir parler de la mort et de la vie du défunt et à pouvoir aborder avec l'enfant leur propre souffrance) et probablement du contexte dans lequel est survenu le décès: mort honteuse et tabou ou au contraire glorieuse, décès tragique mais résultant d'un attentat exceptionnel ou banalisé dans le contexte d'un pays en guerre par exemple. Cette variabilité dépend aussi bien sûr de l'aspect cumulatif de pertes successives et de leurs conséquences sur l'enfant et son entourage ainsi que des modifications plus ou moins radicales sur leurs conditions d'existence.

7.5. Abord des situations

Notre activité dans le contexte d'une policlinique de pédopsychiatrie collaborant à l'occasion avec des institutions scolaires ou hospitalières nous confronte essentiellement à des traumatismes micro-sociaux. Le quotidien nous amène ainsi à rencontrer des enfants traumatisés par l'accident de la route d'un de leur pair sur le chemin de l'école, par l'hospitalisation puis le décès suite à une méningite d'un camarade, par l'incendie ou le cambriolage de leur appartement, par le suicide ou l'irruption de la maladie mentale ou physique chez l'un de leurs parents. Ils sont eux-mêmes victimes primaires fréquentes d'accidents de la circulation, de racket, etc.

Il n'est pas forcément nécessaire de procéder systématiquement à un débriefing formel pour toutes ces situations de traumatismes micro-sociaux faisant somme toute partie des misères du quotidien. Nombre d'entre elles ne font d'ailleurs pas l'objet d'une approche spécifique et restent prises en charge dans le cercle de leurs relations habituelles, malgré la mode du débriefing.

Cela dit, en tant que pédopsychiatre, nous avons eu déjà suffisamment l'occasion d'intervenir dans différents contextes et pour divers types de traumatismes chez des enfants et adolescents de tous âges avec la technique du débriefing pour en voir les bénéfices à court terme. Il nous manque bien sûr l'évaluation à moyen et à long terme de l'effet de ces interventions ponctuelles chez l'enfant, ce qui est le cas pour de nombreuses pratiques à but éducationnel et préventif.

Nous ne sommes cependant pas sans ignorer que cette technique est contestée, considérée comme inefficace voire nuisible. Le problème est qu'il s'agit quand même d'accueillir et d'accompagner, en phase immédiate et post-immédiate, des victimes d'incidents critiques parfois très jeunes, leurs proches, leurs pairs, eux-mêmes perturbés ou pour le moins déconcertés par les manifestations psychiques qu'ils vivent ou observent. Dans la plupart des situations, il s'agit de troubles transitoires qu'il serait inopportun de surmédicaliser. D'un autre côté, c'est bien au « psy » qu'est adressée une demande, pour un avis et une intervention face à une détresse aiguë, dans une société qui n'a plus d'anciens et de sages à disposition ni de liens avec un clan familial étayant.

Au moins, la technique du débriefing constitue une base, un point de repère, un bureau virtuel pour rencontrer ces victimes sans être soi-même défait par la contamination du débordement émotionnel, de la confusion ou de l'impuissance. Régulièrement, nous sommes appelés, envoyés, sans pouvoir rester dans l'abri protecteur de notre consultation et là, la technique nous est apparue d'un précieux secours. Il s'agit là d'une des raisons pour lesquelles nous continuons de nous y référer en l'utilisant de manière plus éclectique, selon la situation, que sous une forme compulsivement systématisée.

Relevons d'emblée que nous considérons comme inadéquate l'utilisation du débriefing pour des situations de traumatismes chroniques et/ou répétitifs pour lesquelles l'urgence -quand la vie n'est pas actuellement directement menacée- nous semble plus souvent résider chez ceux qui découvrent ces situations et sont débordés au plan émotionnel. Ceci n'empêche d'ailleurs pas l'offre d'une forme de débriefing comme le Multiple Stressor Debriefing Model d'Armstrong auprès des victimes, non dans l'objectif du traumatisme vécu que de celui de ses conséquences, elles-mêmes sources de traumatismes secondaires. Par exemple, la rupture immédiate de liens familiaux suite à la révélation d'un abus sexuel par l'incarcération d'un parent, le placement sine die en institution à fin de protection d'une victime de maltraitance, la confrontation à un agresseur au tribunal...

Lorsqu'un incident critique frappe directement ou indirectement une école, le niveau émotionnel initial peut prendre une ampleur très dramatique, attisé par les médias et les parents. Il appartient à la direction scolaire et à sa cellule de crise de mobiliser les moyens utiles pour contribuer à ramener le calme dans l'établissement, par des informations adéquates, par la mise en place de moments d'échange, éventuellement par l'organisation de défusing encadrés par des psychologues et des infirmières en milieu scolaire, mesures qui, le plus souvent, suffisent à une reprise du cours normal pour la plupart des élèves et des enseignants. Pour certaines victimes secondaires et tertiaires, un débriefing formel peut être nécessaire, notamment lorsque l'incident modifie la composition du groupe: disparition d'un enseignant, décès d'un élève, entre autres. Cette indication est préalablement étudiée dans le cadre de la cellule de crise de l'école, et un suivi ultérieur est également possible, par exemple par le biais d'entretiens entre le ou les enseignants concernés et l'un des membres de la cellule.

Différentes sont les situations d'enfants encore non scolarisés et de familles directement touchées par un drame. L'indication à un débriefing peut avoir été posée par un service d'urgence et transmise à la famille, qui vient alors avec cette demande. L'indication n'est ici abordable que dans la séance elle-même (parfois très partiellement avant lors du téléphone avec le demandeur), ce qui n'est pas sans poser divers problèmes, notamment d'organisation pratique de la séance. La question de l'indication et d'un éventuel suivi repose ici uniquement sur l'appréciation du moment par les intervenants et sur celle de la famille touchée, qui de manière très variable bénéficie d'un étayage social et de possibilités d'accès aux professionnels.

7.6. Pratique du débriefing chez l'enfant

Globalement, nous avons l'impression que le débriefing peut être appliqué aux enfants sans modification de la technique, que ce soit individuellement, en groupe de pairs ou en famille. Dans les situations que nous avons eues, les enfants se sont prêtés avec intérêt à cette forme d'intervention. Lorsqu'ils sont vus avec des adultes également traumatisés, nous avons pu observer qu'indirectement, ils aident tant les *débriefeur*s que ces adultes victimes. Nous imaginons que leur statu d'enfant leur permet plus aisément que des adultes d'admettre leur débordement émotionnel, la faillite momentanée de leurs défenses et de leurs ressources ce qui en facilite la verbalisation. Ils évoquent aussi beaucoup plus ouvertement que des adultes leurs signes et symptômes dans le contexte très étayant et pédagogique que constitue le processus de débriefing.

Les commentaires des enfants eux-mêmes montrent qu'ils profitent de ce cadre très structuré qui leur permet d'aborder ce qu'ils ont vécu et ils en sont souvent reconnaissants. Ils peuvent en effet se trouver assez démunis face à leurs proches, en particulier leurs parents qu'ils sentent aussi ébranlés par ce qui les a touchés, même si les adultes souvent les pressent à s'exprimer. L'enfant perçoit assez aisément que l'adulte, en face de lui, est trop remué pour pouvoir vraiment l'écouter, et qu'en s'exprimant sur son vécu, il va contribuer à la genèse d'un traumatisme secondaire chez son interlocuteur.

Nous pouvons aussi employer avec les enfants ce qui fait partie de leurs ressources naturelles: le dessin, le jeu, éventuellement le jeu de rôle, la constitution d'une maquette pour retracer l'événement. Il s'agit cependant de rester vigilant. Le dessin réalisé à la demande, constituant une autre voie de reconstruction des faits, voire un pan d'élaboration, peut aussi soudain déboucher sur un dessin compulsif, qui n'a pas plus de valeur qu'une reviviscence traumatique ou l'équivalent d'une remise en acte symptomatique. Il en est de même du jeu. L'emploi de modèles devrait rester entre les mains du *débriefeur*, afin d'éviter que les enfants s'en emparent et reconstituent un jeu traumatique sans valeur élaborative, vite envahissant par le débordement émotionnel et la confusion, par exemple dans la reconstitution d'un carambolage de voitures.

La fonction de l'adulte reste engagée dans l'encadrement d'un groupe d'enfant et une coordination préalable avec répartition des rôles est nécessaire entre les *débriefeur*s et entre ces derniers et le responsable du groupe, par exemple un enseignant ou un moniteur. Il faut en effet s'attendre, au cours du processus de débriefing, à ce que se manifeste une importante agitation. Celle-ci peut nécessiter le recours à une activité plus individuelle, par exemple le dessin ou la rédaction, qui devrait rester en lien avec l'événement ou ses suites. Le matériel récolté pourra d'ailleurs être réutilisé dans le cadre du groupe. Soit parce qu'il permet de reprendre le fil des événements tels qu'ils ont été vécus par chacun - avec sa part d'imaginaire - ou renvoyant à d'autres traumatismes vécus par certains, comme une hospitalisation, le décès d'un autre proche ou à des souvenirs de moments partagés avec celui qu'ils viennent de perdre, soit parce qu'il manifestent des symptômes de stress ou des stratégies d'évitement qui peuvent être verbalisés et partagés tout en étant respectés et accueillis, par exemple l'incapacité à dessiner – retracer – quoi que ce soit de l'événement. Finalement, un dessin ainsi évitant peut aussi être un cadeau, un rêve qui console de l'horreur ou la représentation de l'attente d'un jour meilleur où tout serait retourné à la normale.

Une aide très concrète tant pour les enfants que pour les *débriefeur*s réside dans l'usage du tableau noir qui subsiste encore dans toutes les classes. Il renvoie l'enfant à ce qui lui est familier, le cadre scolaire et à la fonction très pédagogique du débriefing. Il permet la représentation des règles, une reconstitution graphique des événements, le listing et la quantification des symptômes rapportés et la reprise de ceux-ci dans une séance ultérieure.

Notre rôle d'intervenant est également d'encourager les enfants à mobiliser ou remobiliser leur créativité, ce qui peut ensuite déboucher sur leur propre ritualisation de l'adieu au défunt lorsqu'il y a eu un décès, en parallèle ou intégré aux rites du monde des adultes auxquels ils sont amenés à participer. Ce peut être la lecture d'un texte collectif lors d'une cérémonie, un encart avec des dessins et des poèmes dans la presse locale, une bougie allumée ou un bouquet de fleurs au pupitre d'un élève disparu. Ces projets de la dernière étape, le futur, permettent aussi d'aider les enfants à se représenter ce qui les attends lors des cérémonies auxquelles ils vont participer et auxquelles ils n'ont souvent encore jamais été confrontés.

Bien souvent, le délai entre l'événement et le moment du débriefing fait que beaucoup de choses se sont passées entre-temps, ce qui nous amène à devoir intégrer également les suites de l'incident telle qu'une cérémonie funèbre ou des nouvelles d'un blessé dans la reconstitution des faits. C'est en effet tout un flux événementiel auquel l'enfant n'est pas préparé et qu'il a à subir, parfois de manière encore plus traumatique que l'incident lui-même. Par exemple dans la découverte soudaine de la souffrance manifeste des adultes de son entourage, ce que nous avons déjà évoqué et que nous reprendront plus bas.

Plus d'attention nous semble en effet devoir être portée au contexte qu'à la technique proprement dite. Nous savons qu'il existe chez l'adulte des facteurs influençant le pronostic. Ces facteurs sont: le type de traumatisme, les antécédents d'autres traumatismes et leur degré d'élaboration, le réseau social et affectif, les modifications des conditions d'existence de la victime pour ce qui concerne les aspects extérieurs. Le bouleversement de l'étayage affectif, la destruction de ses convictions, l'existence éventuelle d'une responsabilité et d'une culpabilité de la victime et la présence de séquelles à intégrer constitueraient l'écho intérieur du traumatisme sur le sujet. A quoi il faut bien sûr ajouter la solidité, la stabilité et les ressources de la personnalité avant le traumatisme. Chez l'enfant, nous devons aussi prendre en compte tous ces facteurs, mais la dépendance de l'enfant à son entourage donne un relief particulier qui implique la prise en charge de ses parents, éventuellement de ses enseignants. Il s'étaye en effet sur eux, et pâtit de leur propre ébranlement. Et plus l'enfant est jeune, plus cet étayage paraît important et plus les perturbations de son environnement vont nuire aux possibilités d'élaboration du traumatisme.

Concrètement, l'information des parents sur ce que l'on propose lors de nos interventions est essentielle, d'abord pour un motif éthique, mais également pour les orienter sur les éventuelles formes que peut prendre la détresse traumatique chez leurs enfants. Ceci pourrait leur éviter de présenter des réactions ou attitudes potentiellement inadéquates. Ce serait par exemple contribuer à éviter que des parents aient une attitude trop rapidement répressive face à un jeu perçu comme morbide de leur enfant qui, pendant quelques jours, ne cesse de reproduire avec ses jouets l'accident auquel il a assisté ou dont il a été victime.

Le *débriefeur* peut dire à ces parents l'analogie qu'il y a avec l'adulte qui, dans un premier temps, raconte répétitivement à ceux qu'il rencontre ce qui lui est arrivé, ce qui constitue une partie somme toute usuelle du retraitement et de l'élaboration de son traumatisme. Un autre exemple serait constitué par l'inquiétude de parents qui s'étonnent que leur enfant ne s'exprime pas, voire refuse de manière persistante et parfois véhémente de leur répondre sur le traumatisme qu'il a vécu. Nous pouvons leur dire que quand il sera prêt et que cela lui sera nécessaire, il tentera d'aborder la chose avec eux, parfois sous un prétexte futile pour tester la réalité de leur disponibilité à le recevoir. Nous pouvons aussi leur dire que leur enfant a peut-être d'autres personnes avec qui il partage son vécu… Enfin, en aidant les parents à reconnaître chez leur enfant la persistance ou la résurgence de symptômes plus ou moins typiques et parfois à grande distance du traumatisme, le *débriefeur* leur facilite le recours ultérieur à des aides thérapeutiques en cas de nécessité.

Il peut être nécessaire d'intégrer les parents au débriefing lui-même, et c'est même indispensable pour des enfants de moins de 4 ans, qui profitent sûrement plus de la détente de leurs parents face à l'événement que de la technique elle-même, celle-ci impliquant quand même l'accession au registre de la pensée verbale. Cette intégration des parents permet aussi de relever des signes de stress chroniques, qui ne sont souvent pas rapportables par l'enfant lui-même, comme des stratégies d'évitement, des comportements de répétition compulsive ou des modifications globales dans l'économie du sujet, par exemple la baisse transitoire de son autonomie (voire une tendance à l'agrippement) ou de ses performances scolaires.

Enfin, le débriefing des parents eux-mêmes est le plus souvent une nécessité, dans la mesure où ils sont traumatisés par le traumatisme de leur enfant et les réactions de celui-ci, les faisant de facto des victimes tertiaires. Ainsi vaut-il mieux parfois procéder d'abord à un débriefing des proches avant d'aborder celui des enfants.

Nous résumons dans le tableau 3 les différentes mesures à prévoir et à organiser avant d’entreprendre un débriefing.

Tableau 3 : **Aide-mémoire pour l'organisation d'une prise en charge d'un groupe d'enfants**

1. Préalables nécessaires côté adultes
(Mettre sur pied une cellule de crise responsable de recueillir, analyser, rediffuser les informations, organiser et coordonner les diverses mesures, p. exple ligne téléphonique spécifique pour les parents, heures de permanence, contacts avec la presse.)
- Pour les *débriefeurs*, contacter puis accompagner la cellule de crise, son responsable.
- Accueil, information, éventuellement défusing des professionnels et des parents
- Organiser l'accompagnement des professionnels en charge des enfants
- Information des professionnels et des parents sur le débriefing
- Débriefing de(s) professionnels si nécessaire
- Planification de personnes-relais pour les professionnels et les parents en difficulté
- Négocier l'accord formel des parents pour la participation de leur enfant au débriefing
- Débriefing de(s) parents si nécessaire
- Organiser un nouvelle rencontre d'information des parents à quelques semaines
- Prévoir un accompagnement possible des familles (contact avec des services spécialisés)

Pour toutes ces mesures, les débriefeurs doivent rester à disposition de la cellule de crise pour évaluer avec elle l'opportunité et l'adaptation des mesures entreprises en fonction de l'évolution de la situation. Les débriefeurs doivent se soucier de la fonctionnalité des membres de la cellule et de son responsable, exposés à un risque de burn-out.

2. Déroulement côté enfants
- Informations sur l'événement critique par leurs adultes de référence
- Défusing éventuel, repérage avec les adultes de référence des enfants les plus touchés
- Planification de moments de discussions en groupe
- Débriefing éventuel du groupe en présence de ses adultes de référence
- Nouveau débriefing à quelques jours/semaines
- Organiser un accompagnement individuel par des personnes-relais des enfants les plus touchés
- Evaluation continue de l'évolution du groupe par l'intermédiaire des adultes de référence
- Signalement éventuel d'enfants inquiétants par les *débriefeurs* aux responsables

Pour ces mesures, la question de la pertinence de la participation des débriefeurs doit être soigneusement évaluée, à l'exception des débriefings eux-mêmes.

3. Encadrement des débriefings du groupe d'enfants
- Ne pas forcer la participation, mais inviter dans la mesure du possible
- Prévoir accompagnement des enfants qui ont refusé
- Réunion du groupe dans un lieu familier
- Prévoir des personnes-relais si des enfants doivent être sortis de la séance
- Convenir de la responsabilité de l'encadrement du groupe
- Obtenir la présence de(s) adulte(s) de référence du groupe
- En cas d'agitation excessive, pause éventuelle ou ajournement de la séance
- Accompagner les plus touchés après la séance de groupe
- Signalement éventuel aux responsables, aux parents

4. Précautions lors des séances de débriefing
- Tenir compte du niveau de développement des enfants
- Utiliser le tableau noir: noms des débriefeurs, croquis de l'événement, listing des émotions, des symptômes éprouvés, de ceux qui peuvent survenir, etc.
- Parler une langue accessible
- Ne pas forcer à s'exprimer
- Respecter les croyances
- Eviter les expressions métaphoriques
- En cas de débordement, proposer des tâches individuelles (écriture, dessin)
- Mobiliser la créativité des enfants pour le futur immédiat

C. Grandjean/mars 2003

7.7. Situations d'enfants perturbés avant l'incident

Notre expérience nous a amené à rencontrer des enfants de classes d'enseignement spécialisé, individuellement ou en groupes: enfants psychotiques, présentant de graves troubles du langage, handicapés mentaux. De manière générale, nous estimons que cette population est plus fragile et peut avoir encore moins de moyens que d'autres pour affronter et élaborer un traumatisme.

Nous avons cependant eu la surprise de voir certains d'entre eux beaucoup plus adéquats dans le contact et dans l'évocation de ce qui leur est arrivé qu'à leur habitude, nous amenant à penser que la situation d'être confronté à une situation extraordinaire, objectivement perturbante, pouvait parfois permettre une perception moins altérée de la réalité qu'une confrontation à un quotidien envahi d'angoisses fantasmatiques. La question reste évidemment posée de ce qui se passe quant le traumatisme réalise au concret le fantasme le plus angoissant.

Nous avons été confrontés à des groupes d'enfants perturbés dont l'agitation extrême a compromis partiellement la démarche de débriefing. Les raisons sont multiples. D'une part, l'agitation est un symptôme très peu spécifique qui renvoie bien sûr à l'état de stress résultant de l'incident critique avec ses composantes de surstimulation et de confusion directement produits par l'incident. Il n'est pas étonnant que l'évocation de l'incident reconvoque et réactualise dans la séance ces aspects, la confusion pouvant finir par gagner le *débriefeur* lui-même qui perd le fil de sa démarche. D'autre part, cette agitation est un indice général de l'anxiété sous-jacente quelle qu'en soit la cause, en particulier pré-traumatique. Il y a ainsi toutes les angoisses pathologiques de ces enfants qui s'ajoutent aux craintes physiologiques, avec probablement un effet synergique de la rencontre entre le fantasme et le souvenir de la réalité auquel l'enfant tente d'échapper. L'impuissance peut elle-même se traduire secondairement par une agitation psycho-motrice, et le manque de mots, l'incapacité à exprimer en est une cause majeure. C'est là que nous pensons que les paroles de l'entourage et du *débriefeur* offrent à ces enfants qui ont, moins que d'autres, accès à la pensée et au langage des moyens essentiels pour entamer l'élaboration de leur traumatisme. La reformulation des faits, la qualification des sensations et la verbalisation des émotions par l'adulte qui connaît les réactions des enfants permet à ceux à qui il s'adresse de mettre en mots leur propre vécu.

Très pratiquement, il s'agit naturellement de s'adapter au niveau de vocabulaire des enfants et de souvent contrôler notre compréhension de ce qu'ils expriment, en particulier avec des enfants au langage et à l'élocution très perturbée. A ce titre, la participation de l'enseignant, de l'éducateur, de la logopédiste ou d'un membre de la famille pour "traduire" les paroles de l'enfant au *débriefeur* paraît incontournable. Il s'agit également de cultiver un style de phrases très simples, l'anxiété contribuant à diminuer une capacité de compréhension déjà perturbée ou amoindrie.

Nous estimons aussi qu'il est important de citer, en particulier avec ces enfants-là, ce que nous pensons qu'ils ont pu ressentir, en gardant notamment à l'esprit que les émotions se manifestent par des symptômes et que pour certains, il n'est pas aisé de faire le lien entre des maux de ventre, le cœur qui bat trop vite, l'air qui manque, les jambes qui tremblent et des "fourmis dans les mains" avec la peur. Dans la mesure où le débriefing ne participe pas à une enquête judiciaire, la crainte d'induire des réponses suggérées n'est pas fondée. Il semble en effet plus adéquat que l'enfant puisse entendre et adopter, provisoirement, des mots qui ne qualifient pas forcément exactement son vécu, mais tendent à s'en approcher, quitte à ce qu'il les remplace par d'autres ultérieurement lorsque son discernement le lui permettra.

Des pathologies particulières ont aussi leurs manifestations spécifiques lors d'états de stress résultant d'incidents critiques. Nous avons ainsi vu la reprise de stéréotypies ou la recrudescence de celles-ci, une aggravation de l'écholalie ou de l'acathisie chez des enfants autistes. D'autres enfants psychotiques n'ont apparemment rien manifesté d'anormal, ni sur le moment, ni plus tard, mais ont montré que quelque-chose les travaillait, en donnant par exemple quotidiennement à la maison des nouvelles d'un camarade de classe blessé alors que d'habitude la famille ne sait jamais rien de ce qui se passe en classe à travers les discours de leur enfant.

Reste bien sûr que si les conditions du débriefing ne permettent plus aucune écoute, il vaut probablement mieux suspendre temporairement la démarche orale et proposer une activité plus individuelle comme le dessin, ou abréger la séance, quitte à la reprendre plus tard. Parfois, c'est un enfant qu'il vaut mieux sortir, non parce qu'il perturbe le groupe, mais parce que son agitation peut aussi signer qu'il n'est pas en état d'entrer dans la démarche ou parce qu'il n'a pas trouvé d'autre moyen de la refuser. Il est important d'ailleurs que celui qui doit être sorti soit accompagné par un adulte et qu'il puisse lui retrouver une activité de son quotidien. Cela implique l'organisation de personnes relais autour de l'intervention.

Enfin, même si l'enfant n'a pas encore accès à une pensée verbale, l'acte extraordinaire que représente pour lui la venue du *débriefeur* et la réunion en famille ou en groupe avec cet étranger contribue à donner la quittance que quelque-chose de très anormal s'est passé.

Plus généralement, nous pouvons faire le constat que les propositions de ce chapitre, qui résultent de l'expérience, s'appliquent également à des enfants à priori non perturbés avant le traumatisme.

7.8. Limites de la technique et précautions

L'efficacité du débriefing, que ce soit pour les victimes primaires d'un traumatisme ou pour les victimes secondaires et tertiaires s'avère bien contestée depuis quelques années. Par contre, dans l'immédiat, le débriefing, individuel ou collectif, donne sûrement un cadre très appréciable pour aborder les situations traumatiques, et des parents nous ont dit avoir été très soulagés que nous ayons pu parler avec leur enfant, là où eux-mêmes ne savaient trop comment aborder l'événement, et il en a été de même avec des enseignants face à leurs élèves. Au plan du contenu, le bénéfice résultant de la reconstruction des faits, de l'échange en groupe d'informations sur la situation et sur les symptômes vécus ou pouvant encore survenir est assez évident. Une fillette nous a ainsi dit qu'elle ne nous avait pas cru quand nous lui avions dit qu'elle pourrait faire des cauchemars dans l'après-coup. Elle nous avait cependant entendus et a pu ainsi relier ce symptôme lorsqu'il est apparu pour elle avec ce qui s'était passé, sans être plus inquiétée.

Ainsi, le débriefing permet d'amorcer la restructuration d'un vécu traumatique, sa délimitation, puis son dépassement. En termes cognitifs, ce retraitement de l'événement et de ses conséquences semble profiter autant à l'enfant qu'à l'adulte.

Des limites existent cependant. L'une d'elle a déjà été évoquée, c'est la nécessité de l'étayage parental. Il est probable que si le traumatisme n'est pas un tant soit peu abordable avec eux, ne serait-ce que pour leur demander l'autorisation formelle de faire un débriefing avec l'enfant, il vaut mieux ne pas entraîner celui-ci dans la démarche: problème de loyauté de l'enfant vis-à-vis de ses parents, mais peut-être aussi risque que celui-ci, fort de son expérience avec des tiers formés et bienveillants, ne viennent bouleverser ses parents pour lesquels la situation n'est pas encore abordable.

Une autre limite réside dans la nature du traumatisme. Il nous semble que tout ce qui est traumatique avec une certaine gravité ne peut pas faire l'objet d'un débriefing. L'abus sexuel intra-familial répété n'a sûrement pas le même impact qu'un viol par un tiers plus ou moins inconnu, et pendant longtemps, la sécurité de la victime, là où elle devrait être le plus garantie, à savoir chez elle et entourée de ses proches, est justement un leurre. Rappelons ici que le débriefing doit en principe être pratiqué avec des victimes hors de danger, ce qui n'est qu'exceptionnellement le cas avec des victimes d'abus sexuel intra familial. Les situations d'enfants et d'adolescents survivants de la guerre et d'autres traumatismes macro-sociaux au développement parfois sur une génération entière, semblent représenter le même genre de contre-indication au débriefing. On doit se rappeler que le réfugié a somme toute peu de raisons de se sentir en sécurité durablement là où il est accueilli, la plupart du temps d'une manière transitoire qui contribue à maintenir la précarité et l'angoisse. Il n'en demeure pas moins que ces victimes peuvent et doivent faire l'objet de mesures de prise en charge, ce qu'il ne nous appartient pas de développer ici.

Enfin, au niveau de la technique elle-même, le débriefing doit rester une proposition que la victime peut accepter ou non. Dans la pratique, ce n'est pas toujours aisé. La puissance de la loyauté au groupe - particulièrement à l'adolescence - peut amener à la séance des enfants qui ont peut-être de bonnes raisons de ne pas vouloir y assister, par exemple en raison de leur fragilité émotionnelle et de la prématurité pour eux d'une telle démarche. Au contraire de ce qui a pu être préconisé, leur tendance à l'évitement momentané de la remémoration devrait être respectée: comme chez l'adulte, il est essentiel de ne pas faire effraction dans leur sidération ou tenter de forcer leur anesthésie émotionnelle, ce qui aurait pour effet probable un traumatisme secondaire. Il en est de même par rapport à l'expression verbale durant la session: la possibilité de s'exprimer doit rester une invitation, et nous sommes convaincus que tel enfant qui s'est confiné dans son mutisme, mais s'est montré extrêmement attentif à tout ce que les autres ont dit, celui-là a aussi profité du débriefing et s'angoissera moins face à ses propres symptômes en sachant que ses camarades les ont aussi éprouvés temporairement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crocq L. Perspectives historiques sur le trauma. In : De Clercq M, Lebigot F, éditeurs. Les traumatismes psychiques. Masson, Paris, 2001, 36-53.

2. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des maladies. 10ème révision. ChapitreV(F). Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation mondiale de la Santé. Traduction de l'anglais par Pull CB. Masson, Paris, 1993.

3. DSM-III Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association, version internationale, Washington DC, 1987; traduction française par Guelfin JD et al., Masson, Paris, 1989.

4. Mouren-Simeoni MC. Actualité du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. Annales médico-psychologiques, 1994; 152, 10: 685-688.

5. Vila G, Bertrand C. Etats de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent: particularités cliniques. Stress et Trauma, 2001; 1 (3): 161-168.

6. Papazian B. Traumatisme psychique en cas de catastrophes. Psychiatrie de l'enfant, 1992; 35 (1): 273-314.

7. Minkowski A et al. Le stress et ses conséquences psychiques chez les enfants exposés à la guerre et aux catastrophes naturelles. Devenir, 1993; 5 (1): 55-73.

8. Schwarzwald J et al. Stress reactions of school-age children to the bombardment by SCUD missiles. J abnor Psychol 1993 Aug: 102 (3): 404-410.

9. Schwarzwald J et al. Stress reactions of school-age children to the bombardment by SCUD missiles: a 1-year follow-up. J Trauma Stress 1994 Oct: 7 (4): 657-667 [abstracts])

10. Laor N, Wolmer I, Cohen DJ. Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. Am J Psychiatry 2001 Jul; 158 (7): 1020-1026.

11. Di Gallo A, Barton J, Parry-Jones WL. Road trafic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. British Journal of Psychiatry, 1997; 170: 358-362.

12. Winston FK et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric trafic injury. Pediatrics, 2002 Jun; 109 (6): e90.

13. Vila G et al. A study of posttraumatic disorders in children who experienced an industrial disaster in the Briey region. European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 2001 Mar; 10 (1): 10-18.

14. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-months longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school. Psychosomatic Medicine, 1999; 61: 746-754.

15. Scheeringa MS et al. Two approaches to the diagnosis of post-traumatic stress disorders in infancy and early childhood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995; 34: 191-200.

16. Dethieux JB, Raynaud JP, Abadie I. Pathologies limites de l'enfant et traumatismes: quels liens? Stress et Trauma, 2001; 1 (3): 169-174.

17. Grappe M. Deuil et traumatisme chez l'enfant et l'adolescent. Stress et Trauma, 2001; 1 (5): 291-296.

18. Grossman JA et al. Child bereavement after paternal suicide. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 1995 Apr-Jun; 8 (2): 5-17.

19. DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association, version internationale, Washington DC, 1995; traduction française par Guelfin JD et al., Masson, Paris, 1996.

20. Muris P et al. Screening for trauma in children and adolescents: the validity of the Traumatic Stress Disorder Scale of the screen for child anxiety related emotional disorders. Clinical Child Psychology, 2000; 29, (3): 406-413.

21."Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; 37 (10, supplement): 4s-26s.

22. Cohen JA. Summary of Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998; 37 (9): 997-1001.

23. Harpreet S et al. PTSD and TV viewing of World Trade Center. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; 41: 494-495.

24. Tierney JA. Post-traumatic stress disorder in children: controversies and anresolved issues. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2000 Oct-Dec; 13 (4): 147-158.

25. Carrion VG, Weems CF, Ray RD, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in Youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002 Febr; 41 (2): 166-173.

26. Silva RR, Alpert M, Munoz DM, Singh S, Matzner F, Dummit S. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescent. Am J Psychiatry, 2000 August; 157: 1229-1235.

27. Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington DC, 1994, traduction française Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1998.
28. Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH. Toward establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Jan; 40 (1): 52-60.

29. Carrion VG, Weems CF, Eiez S, Patwardhan A, Brown W, Ray RD, Reiss AL. Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic disorder. Biol Psychiatry 2001 Dec 15; 50 (12): 943-951.

30. De Bellis MD, Keshavan MS, Frustaci K, Shifflet H, Iyengr S, Beers SR, Hall J. Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. Biol Psychiatry, 2002 Apr1; 51 (7): 544-552.

31. De Bellis MD, Hall J, Boring AM, Frustaci K, Moritz G. A pilot longitudinal study of hippocampal volumes in pediatric maltreqatment-related posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry, 2001 Aug 15; 50 (4): 305-309.

32. Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

33. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children. A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1503-1511.

34. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. L'enfant victime d'agression. Etat de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Masson, Paris, 1999.

35. Leuenberger JF. Sensibilisation au débriefing dans le contexte scolaire. Rev Med Suisse Romande. 1997; 117 (5): 413-418.

36. Herzig L, Muller C. Debriefing dans un cadre scolaire par l'équipe Jeunesse et Santé. Gestion des conséquences d'un assassinat dans une classe d'apprentis. Rev Med Suisse Romande. 1997; 117 (1): 55-59.

37. Klauser-Reucker C. Erfahrungen einer Allgemeinärztin mit Debriefing. In: Perren-Klingler G Ed. resp. Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort. Hintergründe und Praxisbeispiele. Haupt, Bern, 2000. Trad. franç.: Maux en mots. Débriefing: modèles et pratique. Viège (Suisse), Institut Psychotrauma, sept. 2002, 145-157.

38. Clément V. Debriefing in der Schule: Wann, wie, von wem, warum. In: Perren-Klingler G Ed. resp. Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort. Hintergründe und Praxisbeispiele. Haupt, Bern, 2000. Trad. franç.: Maux en mots. Débriefing: modèles et pratique. Viège (Suisse), Institut Psychotrauma, sept. 2002, 173-186.

39. Bailly L. Syndromes psycho-traumatiques chez l'enfant. In : De Clercq M, Lebigot F, éditeurs. Les traumatismes psychiques. Masson, Paris, 2001, 137-147.

40. Hanus M. Le deuil chez l'enfant. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2ème édition. PUF, Paris, 1995, 1463-1476.

8. LE SOUTIEN SPIRITUEL

8.1. Choc traumatique et soutien spirituel

(Maurice Gardiol & Cosette Odier)[2]

Qui ne s'interroge pas sur soi-même ne vit pas une vie humaine
Platon (Apologie de Socrate I,28)

Depuis quelques années, de multiples contacts ont été établis entre communautés religieuses de Genève et avec la cellule d'accueil pour intégrer la possibilité d'un soutien spirituel au soutien psychosocial déjà proposé. Les diverses rencontres de formation et de dialogue nous ont amenés à la réflexion suivante.

Repenser le spirituel et le religieux

Les approches globale et intégrante de la personne humaine qui ont cours aujourd'hui nous ont permis de dépasser en partie le rationalisme et le scientisme positiviste qui, dans le courant du 20ème siècle, ont entraîné une compréhension parcellisée de l'individu. Ce discours était renforcé, sur le plan religieux, par une conception néo-platonicienne opposant l'âme et le corps. Cette manière de voir a eu pour conséquence qu certains méprisèrent le " soma " (corps) et que d'autres considéraient l'" anima " (âme) comme un concept irrationnel et archaïque que l'esprit scientifique éclairé par les lumières de la raison se devait de dénoncer.

La résistance et la persistance du sentiment religieux, en dehors même des institutions traditionnelles qui étaient sensées le gérer et le promouvoir, la mise en évidence des troubles psycho-somatiques, ainsi que la confrontation à d'autres cultures par le métissage que vivent nos sociétés modernes, nous obligent à corriger notre regard sur l'humain et à redécouvrir la complexité de l'existence de chaque individu. dans tout ce qui la constitue par de permanentes interactions[3].

"L'existant est plus que la vie" affirme un philosophe contemporain s'appuyant sur les réflexions de Kierkegaard et de Paul Ricoeur[4]. C'est ainsi qu'il peut écrire : " L'existant n'est pas un vivant qui se réduit à sa fonction et qui, par conséquent, pourrait s'expliquer par un ensemble de causes et d'effets. L'existant est un vivant en quête de sens, donc qui se situe dans le temps, donc qui est conscient de sa finitude. Dire qu'il est en quête de sens, c'est affirmer du même coup qu'il est habité de liberté et donc qu'il ne se réduit pas à ce que l'on peut en savoir ou en dire par des explications basées sur le principe de causalité… ".

Ainsi, est-il nécessaire aujourd'hui de distinguer la dimension spirituelle de la dimension religieuse. Dans notre culture occidentale principalement, bien des questions existentielles se posent dans des termes spirituels sans que les personnes soient forcément rattachées à des communautés religieuses. S'il n'est pas question de vouloir récupérer ces démarches, nous nous rendons pourtant compte que ces questions sont proches de celles que posent, en termes religieux, les personnes qui pratiquent une religion et appartiennent à une communauté.

---

[2] Diacre de l'Eglise protestante de Genève, coordinateur du groupe inter-religieux de soutien spirituel en cas de catastrophe. Colette Odier, pasteure, est formatrice en éducation pastorale clinique au CHUV.

[3] Il est intéressant de noter à cet égard que la nouvelle Constitution du Canton de Vaud affirme dans son article 169, al. 1 : « L'Etat tient compte de la dimension spirituelle de la personne humaine. »

[4] Michel Cornu, bulletin du Centre protestant d'études, Genève – juin 2002

Choc traumatique et spiritualité

Si certaines formes de religiosité peuvent paraître alimenter des croyances magiques, des comportements de fuite ou diverses superstitions rassurantes[5], nous devons reconnaître que pour beaucoup de gens la foi est une ressource. Elle leur permet de nourrir une spiritualité et une communion " reliant " à une transcendance où chaque histoire individuelle s'inscrit dans un projet plus vaste, en lien avec l'histoire et la culture de sa communauté.

Profondément cela donne un sens, une orientation à leur existence. Le verbe français " s'orienter " signifie étymologiquement " se tourner vers l'Orient ", c'est-à-dire symboliquement vers le lieu d'où vient le sens des choses et des êtres. Nous avons l'habitude de dire que lors d'un choc traumatique, nous sommes désorientés. Pas seulement dans le temps et dans l'espace, mais aussi dans le lien à nos repères habituels. Cette désorientation peut se trouver dans des expressions populaires telles que :

" Qu'est-ce que j'ai fait au bon Dieu ? "

" Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? ", etc.

Elles font apparaître un sentiment d'injustice et d'abandon révélant une confrontation insoutenable avec l'absurde, le tragique de la vie et la prise de conscience d'une fragilité ignorée ou refusée. Ce cri que fait surgir une blessure profonde peut aller dans certaines situations jusqu'à l'appel à la vengeance, jusqu'au désir de détruire ou de se détruire. Mais crier, c'est encore être vivant ! Hors de fort anciennes traditions comme par exemple celle des Psaumes ou du Livre de Job dans la Bible nous montrent l'importance de pouvoir " sortir " sa colère, y compris contre Dieu, et d'être autorisés à la dire parfois en des termes qui en d'autres circonstances pourraient paraître excessifs. En pouvant ainsi réagir nous sommes déjà en chemin de reconstruction de sens.

Suivant ce qui se passe au moment d'un événement traumatique, il nous arrive aussi d'entendre des victimes évoquer une protection miraculeuse. Ce qui prédomine alors c'est l'étonnement de se trouver encore vivant, rescapé, alors que d'autres, qui ont vécu le même événement, ne s'en sont pas sortis indemnes ou ont succombé. Cette réaction montre que le choc vécu interpelle la personne au niveau de son être profond, de ses croyances et de ses incroyances. C'est à la fois un réflexe de survie mais c'est aussi un signe que ces évènements bouleversent ses repères habituels, les remettent en question dans l'instant mais aussi probablement dans la durée.

L'écoute respectueuse des réactions de victimes d'un choc peut ainsi les aider à réorienter progressivement leur vie en intégrant spirituellement ce vécu. L'expérience de cette présence non-jugeante peut aussi leur donner plus tard la possibilité de revisiter sans honte ou sans culpabilité leur expérience et la manière dont elles en ont parlé.

Quelle présence et quel rôle pour les accompagnants spirituels ?

une indispensable collaboration interreligieuse

Tenant compte de la diversité qui marque nos sociétés de début du 21ème siècle, des interventions en cas de catastrophes vont forcément toucher des personnes appartenant à diverses traditions spirituelles et religieuses. La collaboration entre les représentants de ces diverses traditions s'avère donc indispensable.

A plusieurs reprises nous avons pu constater que dans la détresse et l'urgence cette collaboration était réellement possible. Toutefois notre unité ne peut dépendre de situation de crise et il apparaît indispensable de prendre le temps, grâce à des formations spécifiques, de nous connaître et de nous reconnaître.

[5] Certains chercheurs parlent à ce sujet de " super-marché du religieux ". Voir entre autres " Croire en Suisse " édité par les Editions Labor et Fides, 1992 sous la direction du sociologue Roland Campiche, ainsi que l'ouvrage qui vient de paraître du même auteur : « Deux visages de la religion - Fascination et désenchantement », Labor et Fides, Genève 2004

Nous pouvons alors apprendre ce qui est important et prioritaire dans notre souci commun de l'humain. Nous pouvons aussi mettre en place des interventions complémentaires grâce à la diversité des ressources et des charismes que cette action coordonnée permet de rassembler.

une intervention commune avec les psychologues et d'autres praticiens de la relation d'aide

Comme déjà dit dans les chapitres précédents, celles et ceux qui sont appelés à être présents dans un lieu d'accueil lors d'un événement particulièrement dramatique ne sont pas là pour mettre en œuvre une " technique " ou une " science ", mais d'abord pour assurer une présence humaine. De même qu'il ne s'agit pas d'entreprendre une thérapie dans cette situation, le " soutien spirituel " exclut tout prosélytisme ou toute tentative de récupération du malheur des gens que nous rencontrons. Il est ainsi important de rappeler que c'est la personne recevant l'aide qui va déterminer ce qui va lui être proposé et non le contraire. Le badge précisant l'identité et les qualifications de la personne offrant son soutien aura certainement son importance, mais il ne doit pas être déterminant.

C'est ainsi que " spirituels " et " psychologues ", ainsi que d'autres personnes présentes dans une cellule d'accueil, se rejoignent le plus souvent dans la présence respectueuse qu'ils offrent. C'est la sollicitation humaine qui importe le plus et offre un soutien solidaire aux personnes en souffrance.

La collaboration sera facilitée si les différents membres d'une cellule d'accueil ont appris à se connaître et à travailler ensemble. A Genève le groupement interreligieux d'intervention en cas de catastrophe est représenté dans le groupe de pilotage de la cellule accueil. C'est là qu'il faut chercher à élaborer les formations et les modèles de collaboration qui pourront être utiles pour renforcer les liens la cohésion de l'équipe interdisciplinaire lors d'une intervention.

mise à disposition de compétences

S'il est impossible d'établir des frontières bien précises entre soutien psychologique et soutien spirituel, il est toutefois possible de relever quelques compétences qui émergent de nos collaborations au sein d'une cellule d'accueil. Nous en nommerons brièvement quelques-unes :

la confrontation à la souffrance et plus particulièrement à la mort

Ces réalités incontournables de notre humanité sont bien sûr celles qui posent les questions ultimes. Les religions tentent d'apporter, non pas des explications ou des réponses définitives, mais un regard, une direction qui devrait permettre d'une part de faire face, sans fuir ou occulter ce qu'il y a de douloureux et de dérangeant, et d'autre part d'esquisser les ouvertures et les espérances possibles pour les vivants et les morts.

faire une place au silence et au recueillement

Le recueillement et le silence peuvent aider à trouver au plus profond de soi-même nos propres ressources spirituelles. C'est pourquoi, nous avons mis en évidence l'importance de disposer, dans les lieux d'accueil, d'espaces appropriés pour retrouver un peu de calme, se mettre à l'écart de l'agitation et du brouhaha. Cet espace de silence devrait être clairement indiqué et aménagé très sobrement.

prévoir les rituels

Les personnes qui le désirent doivent ensuite pouvoir vivre les rituels qui participent à leur reconstruction. Dans les diverses traditions religieuses, les rites funéraires permettent d'exprimer publiquement sa souffrance – selon les codes culturels propres à chacun-e - de poser ou de déposer ce qui risque autrement de nous écraser et de le vivre avec d'autres partageant le chagrin et la souffrance.

Si le souci que nous avons pour les proches des victimes est prioritaire, n'oublions pas que la confrontation brutale avec la mort qu'entraîne une catastrophe touche aussi les sauveteurs, les professionnels et les bénévoles qui participent à des équipes de soutien (y compris les aumôniers), et parfois plus largement encore la population d'un quartier, d'une région ou d'un pays.

Il apparaît donc important de pouvoir organiser assez rapidement, en lien avec les églises et les communautés religieuses locales, des services œcuméniques, voire inter-religieux, permettant à diverses sensibilités de s'exprimer tout en énonçant peu à peu une Parole qui accueille toute cette douleur, et qui ouvre des brèches face au non-sens.

Ce n'est bien sûr que le début d'un processus, mais le rituel funéraire, ou d'autres rites appropriés, favorisent son déclenchement. Pour s'en persuader, il suffit de savoir la difficulté que représente pour des familles le fait d'avoir un disparu dont le corps n'est pas retrouvé, ce qui souvent empêche le rituel nécessaire pour commencer le processus de deuil.

Pour celles et ceux qui le désirent, les communautés religieuses, en collaboration parfois avec d'autres professionnels, proposent un suivi dans le cadre de " groupes de parole " pour les personnes endeuillées. Cette démarche communautaire consiste le plus souvent à accompagner les personnes pour qu'elles puissent exprimer leurs sentiments tout au long du processus de deuil, qu'elles parviennent peu à peu à intégrer le choc et la mort dans leur réalité et, à partir de là, trouver des chemins pour reprendre leur vie avec une blessure ou une absence qui à tout jamais marquent leur existence[6].

la capacité à vivre dans l'incertain et le chaos et à prononcer une Parole nommant cette réalité.

Les aumôniers, souvent responsables de communautés, ont l'habitude de prendre la parole, et de "gérer" les silences dans des situations dramatiques et éprouvantes pour des personnes ou des groupes. Ils savent que dans ces situations chaotiques, une parole doit être dite pour relier à la réalité et à d'autres personnes. Même lorsqu'il n'y rien à dire, il faut pouvoir le dire !

Afin de permettre aux personnes et aux groupes de vivre les doutes et les incertitudes que génèrent les catastrophes, nous pensons donc souhaitable que des aumôniers soient associés à la préparation et à la transmission des informations.

Profond souci de l'humain, respect de toutes les dimensions de la personne, respect des sensibilités humaines, spirituelles, religieuses, voilà ce que les collaborations établies à l'intérieur de la cellule d'accueil en cas de catastrophe essaient de mettre en œuvre.

Un MAIS demeure pourtant indispensable… celui qui nous oblige à une grande humilité. En effet, quoique nous ayons pu prévoir, organiser, aménager, il est nécessaire de se rappeler que la catastrophe viendra désorganiser ce que nous aurons prévu. Elle nous poussera hors de nos limites et hors de toutes nos prétentions à organiser le chaos. Ce rappel est salutaire. Il nous invite à une grande modestie.

Les liens de la mort m'avaient enserré,
et les angoisses du séjour des morts m'avaient atteint;
j'avais atteint le fond de la détresse et du chagrin.
Mais j'invoquai le nom du SEIGNEUR :
S'il te plaît, SEIGNEUR, sauve-moi !
Le SEIGNEUR est clément et juste,
notre Dieu est compatissant;
le SEIGNEUR garde les simples;
j'étais affaibli, et il m'a sauvé.
Moi, je retourne à mon repos,
car le SEIGNEUR m'a fait du bien.
Oui, tu as délivré ma vie de la mort,
mes yeux des larmes, mes pieds de la chute.
La Bible (Psaume 116)

[6] Citons à titre d'exemple la démarche proposée par Jean Monbourquette qui propose 12 rencontres sur les thèmes suivants : 1. Formuler les objectifs du groupe et des participants ; 2. Raconter l'histoire de son deuil ; 3. Développer l'espoir de résoudre son deuil ; 4. Débusquer les résistances et exprimer sa tristesse ; 5. Prendre conscience de sa colère et l'exprimer ; 6. Exprimer et transformer sa culpabilité ; 7. Prendre soin de soi au cours de son deuil ; 8. Voir clair dans ses relations humaines ; 9. Passer à l'action et régler les affaires non finies ; 10. Découvrir un sens à sa perte ; 11. Se pardonner et pardonner à la personne disparue ; 12. Récupérer son héritage.
(brochure : Groupe d'entraide pour personnes en deuil, Novalis 1993)

8.2. L'accompagnement spirituel dans la tradition de l'Armée du Salut (Ch. Staïsse)

Ce qui semble particulièrement pertinent, adapté, nécessaire dans l'accompagnement spirituel dans des situations de crise, en rapport avec la tradition salutiste:

Introduction :

L'armée du Salut trouve ses origines en Grande-Bretagne dans les quartiers miséreux de Londres, au 19e sicle (1865). C'est un pasteur d'origine méthodiste et son épouse, William et Catherine Booth, qui sont à l'origine de ce mouvement. Alors qu'il était pasteur itinérant, il se consacre à plein temps avec son épouse dans un travail d'aide aux plus démunis de Londres, alors que la révolution industrielle a jeté beaucoup de gens dans la pauvreté, avec pour conséquences l'alcoolisme, la prostitution et la misère sociale. Cette population ne fréquentant pas les lieux de cultes, William Booth pense qu'il est nécessaire que l'Eglise aille à sa rencontre !

Le couple va fonder l'Armée du Salut, l'Eglise de la rue, en réponse aux besoins sociaux de leur époque. Ils vont se mettre à prêcher l'Evangile dans les rues et dans les bistrots de l'est londonien. Rapidement, ce mouvement va s'étendre au monde entier. Le début de ses activités en Suisse date de 1882…

Accompagnement global de l'être humain :

Dès ses débuts, l'Armée du Salut a une vision holistique (ou globale) du travail d'accompagnement des personnes en difficulté.

Les premiers salutistes discernèrent très tôt cette vérité : on ne peut prêcher l'Evangile à une personne qui a faim et froid. Ils ont alors entrepris de subvenir en priorité aux besoins vitaux tels que nourriture, vêtement, logement, hygiène et santé en général. Actuellement, l'Armée du Salut gère à l'échelle mondiale diverses institutions et services visant à faire face aux nécessités locales.

Considérer les personnes comme ayant des besoins physiques, psychiques et spirituels, tel est bien la mission de l'Armée du Salut!

Comment le concrétiser dans une situation de crise:

Au niveau mondial: Le service d'aide en cas de catastrophe (Emergency service):

Dès ses débuts l'Armée du Salut est intervenue dans des situations d'urgence: En 1906 déjà, quelques mois après le terrible tremblement de terre de San Francisco, l'Armée du Salut distribuait 4000 colis de Noël aux rescapés, même intervention après le tremblement de terre au Japon en 1923.

Aux Etats-Unis, où les inondations et les cyclones sont particulièrement fréquents, une véritable organisation de service de secours est toujours prête à intervenir. Dans certaines grandes villes comme Chicago, lors de chaque incendie grave, l'Armée du Salut est avertie en même temps que les pompiers. Les salutistes ont alors comme premier devoir l'assistance aux pompiers assoiffés, fatigués ou blessés. Au niveau mondial il y a un service basé à Londres: "The Emergency Service", prêt à intervenir à cours et à moyen terme dans des situations dramatiques en collaboration avec l'Armée du Salut locale comme à New York, le 11.09.01 ou lors des inondations en Allemagne ; ou dans des pays où elle n'était pas présente encore (Rwanda, Afganisthan, , etc...) La devise de ce service est "d'apporter des soins au nom de Jésus"

A Genève:

L'Armée du Salut à Genève a une infrastructure qui lui permet d'apporter une aide pratique (magasin du vieux, locaux Rés.Amitié-Centre Espoir, cuisines, récolte de nourriture, etc...) et elle a à sa disposition des ressources humaines qui lui permet d'apporter une aide psychologique et spirituelle: officiers de l'Armée du Salut travaillant à plein temps, membres bénévoles tous engagés spirituellement (ex. du crash de Swissair, G8, incendie aux Pâquis, etc...)

Que signifie un accompagnement spirituel pour moi:

L'aide spirituelle que nous pouvons apporter dans une situation de crise ne peut être dissociée de notre action. En tant qu'Armée du Salut, la motivation de tout ce que nous faisons doit être l'AMOUR DU CHRIST. Et c'est cette dimension là que nous allons transmettre dans l'aide que nous apportons, qu'elle soit matérielle ou plus psychologique (à travers l'écoute, l'accompagnement, en prenant soin et en entourant les personnes dans la détresse). Ce ne sont pas des discours que nous allons faire en période de crise, mais nous allons démontrer notre foi et notre attachement spirituel à Dieu à travers nos actes!

Accompagner une personne spirituellement ne peut se faire que de manière incarnée, c'est-à-dire que je suis un être humain qui s'adresse à un autre être humain. Et la dimension spirituelle que j'ai en moi va se manifester à travers l'amour et l'attention que je vais porter à la personne en difficulté. Je vais lui communiquer (verbalement ou non) que c'est une personne importante pour Dieu, que sa souffrance est légitime, qu'elle a le droit d'exprimer ses peurs et ses pleurs, qu'elle est respectable en tant que personne, je vais prier avec elle ou pour elle intérieurement. Et tout cela fait partie d'un accompagnement spirituel, parce que ça permet d'ancrer la personne dans la Vie.

8.3. Evolution du concept de soutien spirituel (Maurice Gardiol)

Pour comprendre la place et le rôle du groupement interreligieux d'intervention en cas de catastrophe, il nous paraît utile de rappeler très brièvement l'évolution du concept d'aumônerie au sein des Eglises et communautés religieuses puisque c'est dans ce cadre que peut se situer notre action.

Dans la plupart des religions, le souci des pauvres, des exclus, de la veuve et de l'orphelin ou des victimes de violences et d'injustices fait partie des attitudes fondamentales attendues des croyants. Ainsi lisons nous dans la Bible hébraïque :

Le SEIGNEUR, votre Dieu, est le Dieu des dieux, le Seigneur des seigneurs, le Dieu grand, vaillant et redoutable, qui ne fait pas de favoritisme et qui n'accepte pas de pot-de-vin, qui défend le droit de l'orphelin et de la veuve, qui aime l'immigré et lui donne du pain et un manteau. Vous aimerez l'immigré, car vous avez été des immigrés en Egypte. (Deutéronome 10.17-19)

Parmi les 5 piliers de l'Islam, la *Zakât* est un don fait au pauvre en signe de partage et de solidarité. Cette « aumône » n'est pas considérée comme un appauvrissement mais bien comme un enrichissement et cela met d'une certaine manière en évidence que le don véritable est un échange où chacun se trouve reconnu dans sa dignité et non pas, comme l'écrivait Anatole France quelque chose qui « avilit à la fois celui qui la reçoit et celui qui la donne ».

Rappelons-nous encore des nombreuses histoires des traditions orientales qui évoquent l'importance pour chacun de prendre en compte les souffrances et les manques de celles et de ceux qu'il croise sur son chemin de vie.

Pour les Eglises chrétiennes, leur engagement aux côtés des « victimes » s'enracine dans ce qui est au cœur du message de l'Evangile, tout en reconnaissant que le christianisme n'a pas le monopole de la charité. Il est du reste frappant de constater que l'un des textes les plus connus qui évoque notre responsabilité envers les victimes met en scène un Samaritain qui agit de la manière juste envers un blessé alors que les gens bien religieux passent à côté de lui et ne se soucient pas de son sort !

Cet engagement a toutefois évolué au cours des siècles. De la pratique d'une charité individuelle ou à l'intérieur des communautés, il s'est peu à peu adapté aux changements sociaux et culturels. Au 16ème siècle Calvin à Genève, St-Vincent de Paul en France donnent de nouvelle base a cet engagement et l'organisent dans des institutions et des réseaux où des personnes sont formées pour ce service.

Avec l'urbanisation, le développement des sciences et des connaissances, d'autres changements interviennent et de nouveaux défis doivent être relevés. Comme dans d'autres domaines, l'assistance fait place à des démarches plus professionnelles et c'est ainsi qu'apparaissent des services spécialisés tels que Caritas ou le Centre Social Protestant. Les Eglises, ou tout au moins leurs membres ont joué un rôle important dans la création d'Ecoles d'infirmières et d'Ecoles de service social.

Les aumôneries, que ce soit dans les prisons, dans les hôpitaux, mais aussi dans les ports et les aéroports, ont aussi vécu de profonds changements. Il fut un temps, avant la séparation entre Eglises et Etat, où elles étaient intégrées dans la direction des institutions concernées[7]. Puis, dans l'Etat laïc elles ont été le plus souvent cantonnées dans un rôle en marge des autres activités « techniques » ou « scientifiques » de ces mêmes établissements. Les aumôneries étaient alors surtout centrées sur la « visite » et sur les soutiens et réconforts que la religion pouvait offrir, par la prière et les sacrements, aux adeptes de telle ou telle croyance.

Toutefois, en particulier avec le développement des soins palliatifs, nous avons pu constater une prise de conscience sur l'importance d'intégrer le « spirituel » aux soins. Et ceci pas seulement pour des personnes se réclamant de telle ou telle religion, mais plus globalement à l'être humain qui de diverses manières a des ressources et des questions d'ordre spirituel.

C'est ce que reconnaît l'Organisation mondiale de la santé lorsqu'elle définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[8]. C'est à partir de cette prise de conscience que certains auteurs iront jusqu'à écrire que « les établissements qui négligent la dimension spirituelle dans leur énoncé de mission ou dans leur prestation de soins quotidiens risquent de n'être que des garages biologiques où les patients sont réparés ou remplacés »[9].

Cette nouvelle approche demande aux soignants d'accepter la présence à leurs côtés d'autres acteurs aptes à les aider à mettre en évidence cette dimension particulière de la spiritualité dans nos existences. Comme le souligne le pasteur François Rosselet, aumônier dans un centre de soins palliatifs : « L'intégration consciente de la dimension spirituelle dans notre prise en charge va effectivement et concrètement modifier notre façon de voir ces personnes. Notre regard et notre attitude peuvent-ils intégrer les quatre dimensions du corporel, de l'émotionnel, du psychique et de l'ontologique ? Peut-on imaginer voir ce regard faire place consciemment aux dimensions de la contemplation, de la communion, de cet au-delà de l'humain qui donne à l'humain son véritable statut ? »[10]

Cette approche exige aussi des aumôniers et des bénévoles travaillant dans les aumôneries des formations spécifiques leur permettant de communiquer et de collaborer sur le terrain avec des professionnel-les d'autres disciplines. Cela entraîne beaucoup de questions et de résistances de part et d'autre. En effet la définition des « besoins spirituels et religieux » reste difficile. Bien des auteurs tentent de préciser ce qu'ils recouvrent.

L'un d'entre eux le formule ainsi : « La spiritualité implique des questions (issues) universelles d'intention (*purpose*) et de sens (*meaning*) de la vie et appartient à l'essence humaine en quête de valeurs transcendantes. (…) En comparaison la religion comprend une croyance structurée qui aborde les questions spirituelles souvent au moyen d'un code éthique et une philosophie incluant la foi en un Dieu . »[11].

---

[7] Jusque dans la première moitié du 20ème siècle bien des hôpitaux furent créés et dirigés par des communautés religieuses !

[8] *Constitution de l'OMS*, chap. 1

[9] Gibbons J.-L. et Miller S., *An image of Contemporary Hospital Chaplaincy, Journal of pastoral care,* 1989 43(4), 355.

[10] Rosselet F., *Prise en charge spirituelle des patients : La neutralité n'existe pas*, Revue Médicale de la Suisse romande, No 122, 2002. Ces deux citations ont été rapportées dans le Travail de Mémoire de La Framboise D., *Quelle place pour la spiritualité dans nos hôpitaux ? Une analyse des pratiques de la pastorale de la santé dans le Canton de Vaud*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, 2004

[11] Rousseau

Une autre théologienne précise « La dimension spirituelle de l'être se situe toujours au-delà de ce que nous pourrions en dire... Il convient de rappeler que la dimension spirituelle de l'être ne s'enracine pas dans le champ du savoir, mais dans l'expérience de la conviction »[12].

Notre collègue Cosette Odier, pasteure et formatrice en éducation pastorale clinique au CHUV qui cite ces auteurs dans un article récent met en évidence la difficulté d'établir une définition claire de la spiritualité, ce flou expliquant en partie la difficulté à la prendre vraiment au sérieux dans les soins.[13] Cela n'empêche que de nombreux lieux expérimentent depuis plusieurs années la complémentarité des approches et des interventions. Cela donne des résultats encourageants et permet aussi de se poser de nouvelles questions ensemble, importantes pour les uns et pour les autres. A titre d'exemple je me permets de citer un extrait de la conclusion de l'article de Cosette Odier déjà mentionné :

> *Dans les soins, il est évidemment indispensable de pouvoir maîtriser beaucoup pour espérer améliorer l'état de santé de ceux et celles qui se confient au système de soins. Maîtriser l'accès aux examens qui permettront de poser un diagnostic, maîtriser les traitements pour qu'ils donnent les résultats escomptés, maîtriser les effets secondaires, maîtriser le mieux possible l'organisation de son travail et de celui de ses collaborateurs et collaboratrices, maîtriser les coûts de la santé.*
>
> *Aborder la dimension spirituelle des soins nécessite pourtant d'accepter de lâcher cette maîtrise, au moins pour un temps. Aller à la rencontre de l'autre dans son mystère, apprendre à connaître ses références, ses croyances, découvrir avec lui ses ressources du moment, oblige de ne pas s'offusquer des contradictions de pensées, de sentiments.*
>
> *Vivre ensemble la peur et la confiance, le doute et la foi, la colère et l'espérance, le sentiment d'abandon et la conviction de la présence du Tout Autre n'est pas rare dans le cadre de références spirituelles. Pour les croyants, avoir placé sa confiance en Dieu n'exclut pas la peur de l'incertitude, le doute passager n'empêche pas de vraiment compter sur le don de la paix et de la foi renouvelée. Le croyant peut crier sa colère à son Dieu quant à l'injustice de ce qui lui arrive avec la confiance que son cri a été entendu et que de nouveaux paysages s'ouvriront à lui. Il fait vivre ainsi à l'accompagnant bien des paradoxes.*
>
> *Le sens donné à la souffrance est emblématique. Les résultats de travaux de recherche pour soulager les douleurs physiques ou psychiques permettent aujourd'hui d'exiger de tout soignant une attention soutenue afin de ne pas laisser des patients « souffrir inutilement ». Par ailleurs, quiconque se retourne sur sa vie avec sérénité doit souvent reconnaître que les périodes de son existence qui ont été les plus difficiles, celles où la souffrance a été au rendez-vous, ont été les périodes de plus grande transformation, de maturation, voire même de libération. Nous ne pouvons qu'accepter ce paradoxe : il est nécessaire de faire ce qui est en notre pouvoir de soignants pour soulager ceux et celles que nous soignons, mais sachons aussi que l'expérience douloureuse que nous traversons avec eux peut comporter les germes de maturation et de croissance spirituelle.*

Suivant les lieux et les circonstances, le travail des aumôneries ne peut être envisagé sans des liens et des collaborations oecuméniques. Il n'est en effet pas ou plus possible d'imaginer dans des établissements hospitaliers ou dans d'autres institutions des chapelles réservées pour chacune des confessions. Ainsi nous disposons à l'Hôpital cantonal d'une chapelle oecuménique et à l'Aéroport de Genève d'un lieu de recueillement interreligieux. Ces liens et ces collaborations nécessitent des reconnaissances et une confiance réciproques dans la mesure où les uns et les autres peuvent être appelés dans l'urgence à intervenir auprès de personnes d'autres confessions, ne serait-ce que pour faire le relais lorsque c'est possible avec quelqu'un de leur communauté si cela est désiré.

---

[12] (Michel, 1999, p. 20 et 21).

[13] Odier C., *Accompagnement spirituel ou faire passer un chameau pour le trou d'une aiguille*, article à paraître dans la revue québécoise Frontières.

A Genève ce sont ces pratiques de collaborations oecuméniques et l'existence depuis plusieurs années d'une Plateforme interreligieuse permettant une meilleure connaissance des uns et des autres qui a permis la mise en place de notre groupement d'intervention.

La Plateforme interreligieuse a mis en place des espaces permettant de se connaître au travers d'un dialogue exigeant et sans complaisance. Les relations ainsi tissées ont permis des réalisations communes, telles que le « calendrier interreligieux » ou les « journées interreligieuses ». Mais elles nous ont aussi donné la capacité d'intervenir ensemble dans des situations d'urgence.

Les collaborations interdisciplinaires dans divers lieux hospitaliers nous ont permis pour leur part d'établir les liens nécessaires avec les divers participant-es de la cellule accueil, en particulier avec l'équipe des psychologues. En ayant des échanges réguliers avec Michel Berclaz pendant la rédaction de son manuel de formation, nous avons aussi trouvé des terrains d'entente nous permettant de progresser dans la vision d'une collaboration étroite au sein de ladite cellule.

Au travers des exemples et des témoignages que nous allons maintenant vous proposer nous allons tenter de vous dire comment nous essayons de remplir cette mission dans diverses formes de présence auprès de personnes lorsqu'elles sont confrontées à la maladie, à la mort, à l'exil ou à l'exclusion. Tout en précisant que cette dimension du « spirituel » et du « religieux » n'est pas réservé à la confrontation au « non vivant », mais fait aussi partie intégrante du « vivant » confronté à ses fragilités, ses limites, mais aussi son potentiel de créativité et de poésie.

8.4. De la légitimité du soutien spirituel (Michel Berclaz)

Ce manuel de formation pour les intervenants en situations de crises s'intitule : **"Traumatisme et intervention, le soutien psychosocial et spirituel"** parce que définir une l'intervention nécessite d'abord de définir ce sur quoi porte cette intervention.

A l'époque, le sujet de l'intervention semblait être le traumatisme. On avait beaucoup parlé de ce concept, on avait décrits ses contours et ses contenus, ses réactions et ses symptômes. Les psychothérapeutes habitués à recevoir des personnes souffrant encore, bien des années après, de très anciennes blessures, rêvaient de pouvoir mettre en place une réponse, pendant et juste après les drames, réponse propre à prévenir le développement de telles détresses. Des méthodes ont été élaborées pour tenter de remplir cette fonction de prévention, pour chercher à soulager quelque peu ces douleurs. Nous avions ainsi pensé et théorisé autour du **" Traumatisme et de l'Intervention ".** Il ne nous a pas fallu longtemps avant de réaliser que :

- nos interventions ne portaient pas sur le traumatisme, mais nous amenaient à entrer en contact avec des individus, avec leurs différences, leurs histoires distinctes et que
- la portée de nos actions était des plus réduites face à l'ampleur de leur détresse.

En tant que psychologues, nous connaissions bien le développement humain, émotionnel comme intellectuel, la construction du soi, celle de la pensée. En tant que cliniciens, nous avions étudié les diverses formes de souffrance et les variétés de pathologies. Nous savions observer, tester et diagnostiquer. Nous connaissions parfaitement les effets potentiels des drames sur la personne. En tant que thérapeutes, nous avions l'habitude de travailler avec des personnes en grande souffrance. Nous avions appris à rencontrer, accompagner. Nous maîtrisions des outils communicationnels et relationnels pour soutenir la personne dans son évolution et le dépassement de ses difficultés, mais surtout, nous avions appris à nous protéger de l'effet dévastateur du contact avec le débordement émotionnel. Nous avions développé les compétences permettant d'entrer en relation avec la personne, contacter sa souffrance, sans nous laisser embarquer par les vagues qu'elle produit. En d'autres mots, nous avions appris à prendre la distance nécessaire… nous pensions être les personnes les mieux à mêmes pour intervenir dans l'immédiateté des drames et des catastrophes.

A l'époque déjà, nous réalisions que les réactions associées aux incidents critiques n'étaient pas des maladies, que nos interventions ne pouvaient donc pas être des traitements. Très vite nous avons dû admettre la limite de la portée de nos interventions et la vanité de nos intentions concernant la prévention. C'est pour ces diverses raisons que nous avions choisi, plutôt qu' **"** intervention médico-psychologique **"** l'intitulé de **" soutien psychosocial "**. Nous pensions toujours être les bonnes personnes pour l'intervention, mais celle-ci allait porter plus sur les aspects sociaux que psychologiques. Dans ce sens, le terme psychosocial venait en contre-chant sur le traumatisme et l'intervention. Nous présentions alors les deux côtés de l'ambivalence (parce que sur ce point également la dialectique du traumatisme fait rage), d'un côté le professionnel et les considérations scientifiques, de l'autre l'humain dans son contexte social.

Finalement, l'expérience de ces rencontres particulières nous a amené à réaliser l'importance d'une dimension généralement inattendue pour nous. En effet, la confrontation à la mort, parce qu'on l'a frôlée ou parce que des proches sont décédés ou encore parce qu'on a vu quelqu'un mourir, amène les personnes à se poser des questions profondément existentielles. Ces questions que nous ne nous posons souvent pas, ces questions que nous abordons sous un angle théorique, avec distance ou avec une passion intellectuelle, lorsque nous nous les posons, dans ces situations de drame et de terreur, émergent avec une acuité intense, une totale actualité. Elles occupent tout notre esprit et exigent une réponse infaillible et tout à la fois impossible.

Lorsque nous réalisons véritablement à quel point notre vie est susceptible de s'arrêter à tout instant, lorsque nous sommes confrontés à l'inimaginable, l'inconcevable, le décès de notre enfant par exemple ou encore lorsque nous réalisons l'ampleur des atrocités que l'humain peut faire subir à l'humain, il ressort comme une évidence toute une série de questions telles :

- mais si la vie peut s'arrêter ainsi, quel est son sens, à quoi sert-elle ?
- quel peut bien être le but de l'existence, si elle doit être aussi douloureuse et finir comme ça ?
- finalement, qu'est-ce qu'il y a après la vie ?
- la mort est-elle la fin de tout, mais c'est inimaginable, et alors qu'y a-t-il après ?
- où est mon enfant maintenant ? A-t-il froid, mal, peur ? Peut-il nous voir et nous entendre ? Pourrions-nous lui dire encore un mot, lui poser les questions que nous n'avons pas eu l'occasion de poser de son vivant ?
- pourquoi nous ? Et si nous avons été choisis pour une telle destinée, qu'est-ce qui choisit ?
- s'il y a une forme de vie après la mort, si quelqu'un choisit notre destinée alors peut-être que Dieu existe ?
- mais si Dieu existe, pourquoi me fait-il vivre une telle chose ?
- comment Dieu peut-il laisser les hommes faire des horreurs pareilles ?

et en l'absence de réponse satisfaisante, nous pouvons même entendre des affirmations de colère, de rage et de douleur comme :

- Dieu n'existe pas, je le hais !!!

Ainsi, après le psychosocial, ces questions existentielles nous ouvre une autre dimension, **le spirituel**. Il fallait s'y attendre. Ne dit-on pas que la structure sociale et le religieux apparaissent dans le développement phylogénétique à partir du moment où apparaît un rite mortuaire, c'est-à-dire la réalisation de passages du vivant au non vivant, de l'absence d'un individu dans le groupe, du manque que cette absence va produire chez les proches et de la peur que ce passage éveille chez les vivants.

Au-delà de l'aspect individuel, on constatera encore qu'une catastrophe entraîne une rupture du lien, une cassure à l'intérieur de soi et entre soi et l'autre. Une rupture de la confiance en l'autre, une perte de la confiance en soi, des croyances, des valeurs, et finalement, une perte des illusions nécessaires qui nous permettent de vivre à peu près confortablement dans l'existence. C'est bien là la véritable souffrance traumatique, non plus au sens clinique du terme, mais dans sa dimension profondément humaine et sociale.

Nous savons que la personne dans et suite à de telles situations, courre de grands risques de devenir hypersensible, vulnérable, irritable, susceptible, méfiante et finalement hostile. Sa souffrance, dans la durée, irrite les proches, les agresse et leur fait vivre à leur tout un intense sentiment d'impuissance. La détresse individuelle s'attaque progressivement au lien entre les personnes et pourtant, c'est dans et par ce lien que le soulagement de la douleur peut trouver son chemin.

Que sommes-nous en dehors de nos groupes sociaux et de nos communautés ?

Ainsi, la réponse à apporter tire sa source de valeurs sociales et spirituelles, telles la préoccupation pour l'autre, la solidarité, l'alliance entre les personnes pour combattre les déboires de l'existence, la douleur, la solitude et en particulier le désespoir. C'est là le sens du psychosocial et du spirituel. Le soutien immédiat et post-immédiat tire sa légitimité de la nécessité (pour ne pas dire le devoir) pour un groupe social d'entourer et d'accompagner leurs membres dans les moments de détresse intense (comme pour les instants de grande joie et de fêtes).

Or, jusqu'à pas longtemps, c'était la fonction exclusive des communautés religieuses et de leurs guides. Sans vouloir ici entrer dans un débat concernant la création ou le créateur, si les religions avaient été « inventées » ce serait particulièrement pour ces circonstances particulières. Leur légitimité y est donc entière et indiscutable.

Si nous nous rapportons aux questions existentielles relevées plus haut, force nous est d'admettre que les représentants des communautés confessionnelles sont mieux à même d'accompagner les personnes dans la réflexion. Les psychologues, dont la tâche est de tenter de comprendre le vivant, sont souvent bien peu armés pour traiter du non vivant ou de l'après la vie. Ces questions existentielles, c'est maintenant évident, sont abordées dans une démarche spirituelle.

Toutefois, le psychologue, par la connaissance qu'il a du fonctionnement du vivant et de sa nature est à même de repérer les aléas produits par la détresse sur toutes les personnes impliquées, y compris les divers intervenants. Par exemple, de relever que le propre d'une situation dramatique de catastrophe, est de faire passer la personne du rôle de sujet de son existence à celui d'objet. Etre victime, c'est perdre le contrôle et la maîtrise de notre existence. La personne victime perd son libre arbitre. Elle ne fait plus ce qu'elle veut, elle est l'objet de la volonté de personnes mal intentionnées ou de la force de la nature.

Le bénévolat, les bonnes intentions, l'envie d'aider (associer à un besoin intense de sortir de notre sentiment d'impuissance en gagnant du contrôle sur la situation) va faire passer la personne victime de l'état d'objet des mauvaises intentions d'un individu ou des forces de la nature à l'état d'objet de la bonne volonté des intervenants. Cet état est certainement préférable, cependant il ne permet pas à la personne de quitter celui de victime. Il maintient la personne dans une situation de dépendance. Le véritable changement ne peut résider que dans l'accompagnement de l'individu vers le retour à son état de sujet. Nous retrouvons là la spécialité du psychologue qui oriente son travail vers la reprise d'autonomie de l'individu et qui valorise l'interdépendance plutôt que la dépendance.

Tout intervenant, qu'il soit « spi » ou « psy » et quel que soit la pureté de ses intentions, courre le risque, au travers de son intervention, de se substituer à la personne ou à son entourage naturel. Dans le besoin qu'il ressent de combattre son sentiment d'impuissance, il peut chercher à augmenter son propre contrôle et sa maîtrise personnelle des événements et des personnes, risquant ainsi de mettre la personne victime en dépendance et de disqualifier ses proches. Son besoin d'être utile comme efficace risque de flatter son propre narcissisme aux dépends de l'estime de soi de ceux auprès de qui il intervient.

Ce dérapage pourrait prendre la forme, pour le psychologue d'une tendance à la « thérapeutisation », à sous-estimer les compétences et les moyens des personnes victimes, pour les aumôniers d'un glissement vers des réponses pré-pensées et au prosélytisme.

Ainsi, de la même façon qu'il s'agit pour le psychologue de distinguer la thérapie d'une intervention visant simplement à permettre à la personne de s'orienter et de mobiliser ses ressources, il s'agit pour le pasteur, le prêtre, le rabbin ou l'imam de distinguer l'enseignement ou le message religieux du simple accompagnement dans une réflexion spirituelle et les ressources que la personne peut tirer de ses propres croyances.

Le « religieux » qui serait défini par une famille de croyances et de dogmes pré-définissant le rapport de l'humain avec le sacré, ou celui qui mélangerait pratiques, rites, croyances, foi et superstition n'a pas sa place dans une organisation officielle de soutien en situation de crise et de catastrophe.

Etymologiquement parlant, si pour « religion » nous choisissons la racine latine ***re-ligare*** (re-lier) et que nous la concevons comme la relation de l'humain au divin, nous ne sommes pas loin de la spiritualité tout en nous approchant dangereusement du prosélytisme. Par contre s'il s'agit du lien des humains les uns avec les autres, la chose est bien différente. Si nous choisissons la racine ***relegere*** (relire, reprendre) en opposition avec ***neglentia*** (ne pas se soucier) ou encore au ***religio*** (scrupule) de Cicéron, nous évoquons l'idée de l'observation scrupuleuse des rites et de la peur face aux forces surnaturelles, nous retournons vers les dogmes et la superstition.

Au Japon ou en Chine, le mot religion correspond à la combinaison de deux sinogrammes désignant, pour le premier un groupe uni par le culte des mêmes ancêtres et le second signifiant « enseignement » ou « école ». Une fois encore, à mon sens, si la réunion d'un groupe autour d'une même croyance peut avoir sens, il n'y a pas de place pour un enseignement religieux dans un dispositif de soutien psychosocial et spirituel.

La ***démarche spirituelle*** à laquelle je fais référence ici, n'appartient pas nécessairement au cadre institutionnalisé d'une religion donnée. Elle désigne une réflexion individuelle ou collective, traitant de la vie de l'esprit (relatif à l'existence d'un ordre de réalité différent de celui du corps physique et à ses instincts ataviques). Au-delà du rationnel, du moral et du psychologique cette démarche cherche à accompagner l'individu ou le groupe dans les méandres des questions existentielles, sans chercher à expliquer ou à convaincre, mais dans l'intention exclusive de permettre à la personne de reprendre contact avec des ressources qui sont les siennes propres mais qui nécessitent, dans ces situations d'extrêmes détresse, d'être mobilisées.

Les rites, lorsque respectueux des divers croyances, dans la tolérance des différences, se montrent souvent d'une grande utilité dans le sens où ils rassemblent les individus dans la réalisation des événements (ils aident à sortir du déni) et parfois pour en marquer la fin, tout en laissant la place à l'expression des émotions qui s'y attachent.

En définitive, chacun à sa place dans les dispositifs de soutien et le support social reste l'affaire de tous. Les « spi », les « psy » comme tous les autres également, peuvent trouver leur place légitime autour de l'objectif commun que serait de permettre la mobilisation des ressources individuelles et collectives, quelques qu'elles soient, et pour peu qu'ils puissent juguler leurs tendances naturelles à vouloir contrôler et à entrer en compétition avec les autres intervenants.

En dehors de la richesse qu'elle rend possible, la pluridisciplinarité permet d'offrir des choix. Dans ce contexte, le choix n'est pas une chose banale. En effet, nous l'avons vu plus haut, la personne victime se voit imposer des événements, des souffrances et des contraintes. Elle a perdu momentanément son libre arbitre. Pouvoir choisir, c'est déjà gagner en liberté. Quand ce choix est libre, éclairé, sans stratégie ou manigance, un grand pas en dehors de l'état de victime a été franchi. Quels choix pouvons-nous offrir ?

- désirez-vous du soutien ou non ?
- acceptez-vous d'entrer en contact avec nous ?
- si oui, préférez-vous un aumônier, un psychologue ou quelqu'un d'autre ?
- si vous désirez un aumônier, avez-vous une préférence sur sa confession ?

Pour qu'il y ait véritablement des choix, la personne victime doit savoir à qui elle s'adresse (l'intervenant s'est présenté par son nom, sa fonction, son appartenance et devrait porter un badge ou un autre signe de reconnaissance) et les possibilités devraient lui être formellement proposées. Mais un fois encore, si c'est la cas, la pluridisciplinarité devient un outil fondamental. Elle est source d'enrichissement pour chacun et elle permet cette choses sans prix qu'est le choix.

9. LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AU CANADA

Raymond Lafond (*conseiller en travail social, Service des urgences, direction générale des services médicaux à Santé Canada*), qui avait été le contact à Halifax pour l'équipe de soutien psychologique ayant accompagné les familles des victimes du vol SR-111, tire les grandes lignes de l'intervention psychosociale globale lors de situations critique. Il rapporte que chaque année de nombreuses collectivités canadiennes subissent toute une gamme de sinistres d'origine naturelle ou humaine : inondations, feux de forêts, tornades, tempêtes de neige ou de grêle, déversement de produits chimiques dangereux, accidents ferroviaires, routiers, aériens ou industriels. De nombreuses personnes sont tués ou blessés, des habitations détruites et des familles dispersées. Les deuils, le stress émotionnel et les perturbations socio-économiques qui en découlent portent atteinte au bien-être des individus, des familles et de la collectivité toute entière.

Les personnes impliquées sont tenues à s'adapter à des changements existentiels importants: pleurer les pertes subies, se trouver un hébergement temporaire, réparer ou reconstruite leur demeure, se trouver un nouvel emploi, assumer déficits ou blessures physiques, surmonter des crises personnelles ou familiales, apprendre à parler librement de leurs expériences et de leurs sentiments, et affronter un avenir incertain.

Lafond explique que le gouvernement canadien a adopté un projet de loi sur la sécurité civile, projet visant la protection des personnes et des biens contre les sinistres. On y précise également les responsabilités particulières que les ministères et les organismes gouvernementaux apportent en matière de sécurité civile. Santé Canada, par l'entremise de son Bureau des services d'urgence, remplit son mandat en offrant aux planificateurs provinciaux, territoriaux et municipaux un cours de formation et un guide pratique pour la planification, l'organisation et la mise en applications des Services psychosociaux en cas de sinistre [1]. Au Québec, le *Ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) veille au développement et à la distribution d'outils de formation et d'intervention psychosociale de par la Province. Le Québec compte au-delà de 1,200 professionnels formés en planification psychosociale. Ainsi, des programmes d'intervention psychosociale ont été mis en oeuvre pour trente-deux sinistres déjà. Par ailleurs, ces chiffres restent plutôt trompeurs étant donné que dans certaines situations, tels celles des inondations aux Saguenay - Lac St Jean et de la Tempête de verglas de 1998, plus d'une cinquantaine de programmes de suivis psychosociaux ont été mis sur pied. De même, suite à l'arrivée des Kosovars au Canada, six programmes psychosociaux ont été établis de par le Canada pour leur offrir un appui émotionnel.

Les Services psychosociaux se définissent comme un organisme d'intervention d'urgence planifiée à l'avance dont l'objectif est de fournir les services psychologiques et sociaux jugés essentiels au rétablissement physique, émotionnels et sociaux des personnes de tous les âges affectées par un sinistre. Ces services ont pour objectif global d'aider les sinistrés à s'aider eux-mêmes, c'est-à-dire, à prendre charge leur propre rétablissement. Cet objectif vise à aider les personnes sinistrées à restaurer et accroître, chez les individus et leur communauté, les sentiments de sécurité, confiance, compétence (habileté et capacité), contrôle, estime de soi, autonomie, affirmation de soi.

Les services psychologiques Voici quelques exemples de services offerts aux personnes sinistrées :

- Services d'intervention d'urgence
- Premiers soins psychologiques
- Services de soutien aux personnes en deuil
- Activités de verbalisation sur l'événement
- Télé-aide
- Campagne psycho-éducationnelle
    - Brochures, bulletins, articles
    - Émissions lignes ouvertes à la radio et la télévision
    - Activités de verbalisation pour la communauté
    - Activités psychosociales de rétablissement pour les enfants, les adolescents, les adultes, les familles ou autres groupes à risque
    - Groupes d'entraide
    - Maîtrise du stress
    - Préparation à la vie quotidienne
    - Soutien aux personnes en deuil
- Programme de suivi à domicile
- Services à la jeunesse et à la famille

Les services sociaux : Parmi les services sociaux offerts, l'on compte :

- Programme d'aide financière
- Halte-garderie
- Halte accueil pour enfants, adultes
- Service de logement provisoire
- Service de ressources pour les sinistrés
- Service de protection des consommateurs
    - Assurance-habitation
    - Évaluation des dommages
    - Construction et réparation d'habitation
    - Aide financière
    - Aide juridique
- Services d'action communautaire
    - Prise en charge de soi
    - Forum public
    - Défense des droits et des intérêts des sinistrés
- Publication et diffusion de bulletins d'information
- Programmes d'indemnisation
- Fonds de secours aux victimes de catastrophe
- Programme de réadaptation
- Problèmes de la vie courante
- Programme de relogement

Ce qui a été retenu des divers interventions depuis 1979 :

La planification, l'organisation, la coordination et l'offre de toute une gamme de services sociaux d'urgence suite à de nombreux sinistres a permis aux canadiens d'acquérir des connaissances et des habiletés importantes dans la prestation des services psychosociaux auprès des personnes victimes. De cette vaste expérience ils ont tiré des leçons qu'ils décrivent ici.

Première leçon : Surmonter notre réticence à la planification d'urgence

" La première leçon que nous avons retenue nous vient d'Enrico Quarantelli, professeur émérite au Centre des recherches sur les sinistres de l'université Delaware. Selon Quarantelli, la planification d'urgence n'est pas une priorité chez les autorités municipales. Celles-ci sont plutôt portées à croire que leur communauté est à l'abri du danger et que si un sinistre survenait, elles sauraient y faire face. Or pourquoi cette attitude de réticence envers la planification des mesures d'urgence de la part des gens est-elle si prononcée, si universelle? En raison, semble-t-il, de notre sentiment d'illusion d'invulnérabilité. (…)

Ces notions fondamentales se répercutent, il semblerait, sur notre attitude à l'égard de la planification d'urgence et notre volonté de nous préparer à intervenir en cas de sinistre. Nous extrapolons, nous généralisons trop facilement notre sentiment d'invulnérabilité que nous avons de nous même à la collectivité, à nos établissements. Ce profond sentiment d'invulnérabilité est perceptible dans ces expressions où l'on dénie la réalité et qui sont fréquemment entendues lorsque l'on parle de planification d'urgence : " Ça n'arrivera jamais ici. " " L'hôpital, l'école ne brûleront jamais complètement! " que, si quelque chose devait arriver, nous et nos proches serions épargnés ".

La première leçon consiste donc à réaliser pleinement qu'Il s'agit impérativement de surmonter notre résistance naturelle face à la planification et, par des activités d'évaluation et d'analyse du risque, convaincre les élus d'établir un plan d'intervention d'urgence comprenant notamment des services psychosociaux.

Deuxième leçon - Être prêt !!!

Raymond Lafond souligne que le nombre et la diversité des services psychosociaux qui doivent être mis en oeuvre suite à un sinistre exigent qu'une collectivité ait prévu, dans son programme général d'intervention d'urgence, la présence d'une équipe d'intervention psychosociale qui puisse réagir rapidement et de manière compétente lorsqu'une catastrophe se produit. Au Québec, par exemple, chaque région compte une ou plusieurs équipes psychosociales aptes à répondre rapidement tant aux catastrophes qu'à des événements potentiellement traumatiques ou tragiques qui peuvent survenir dans leur collectivité [5].

Lorsqu'il n'y a pas d'équipe psychosociale il peut arriver qu'aucune intervention ne soit opérée (les cas de *l'Ocean Ranger* , de l'écrasement de l'avion *Arrow* à Gander et de l'avion *Air India* en sont de bons exemples). Ou alors, s'il y a une intervention, elle peut mettre des semaines à s'organiser, tant les autorités se voient débordées par la soudaineté et l'ampleur de la catastrophe, ainsi que la complexité des situations. Et souvent la mise sur pied d'une équipe produit des querelles politiques ou administratives : Qui est responsable? Qui doit participer? Quels services sont requis? Qui prendra charge des finances?

Dans ce cadre, être prêt signifie avoir un mandat officiel des autorités. Ce mandat donne légitimité aux interventions et facilite leur financement. En effet, il faut garder à l'esprit que ces programmes d'intervention psychosociale sont coûteux : 1,5 million de dollars en Ontario suite à la Tempête de verglas de 1998.

Être prêt implique l'existence d'une équipe psychosociale d'urgence, bien rôdée, capable :

- d'anticiper les réactions de stress susceptibles d'apparaître,
- d'évaluer les mesures à prendre pour aider les gens à mieux comprendre, gérer et exprimer ces réactions,
- d'intervenir rapidement et de manière appropriée dès qu'un sinistre ou événement potentiellement traumatique se produit.

" Une fois sa légitimité établie, l'équipe psychosociale doit avoir accès à une aide financière afin de former les membres de l'équipe, préparer le matériel psycho-éducationnel nécessaire aux interventions, soutenir l'équipe lors d'un sinistre et l'entretenir durant les périodes d'inactivité.

Être prêt exige aussi que l'équipe des Services psychosociaux soit pleinement intégrée au réseau d'intervention d'urgence de la collectivité. De cette façon, elles sont reconnues et acceptées par les autres groupes d'intervention d'urgence de la communauté - incendie, police, santé - qui font immédiatement appel à leur service lors d'un sinistre ou autres événements traumatiques, tels une prise d'otage, un accident de la route, un feu dans un bloc appartement. "

Troisième leçon : Établir une équipe d'intervention psychosociale

Concernant ce troisième point, Lafond écrit : " Les Services psychosociaux au Canada ne sont pas confiés, comme c'est le cas aux États-Unis, à des organisations non-gouvernementales telles la Croix-rouge ou l'Armée du Salut. Les Services psychosociaux canadiens sont planifiés et organisés par les Services sociaux ou de Santé d'urgence de chaque municipalité. L'équipe des Services psychosociaux est composée de représentant(e)s des différents organismes sociaux et de santé, publics et privés, professionnels et bénévoles, qui oeuvrent déjà dans la communauté. Donc l'équipe psychosociale ne remplace pas les organismes déjà en place mais prend appui sur eux, estimant que les organismes communautaires sont les mieux placés pour connaître leur communauté : ses aspects politiques, sociaux, culturels et religieux. Les Services psychosociaux permettent donc à ces différents organismes de répondre rapidement, et de manière appropriée et coordonnée, aux besoins émotionnels des personnes touchées par un sinistre ou une tragédie.

Cette approche communautaire est importante pour les sinistrés et pour la communauté elle-même car elle démontre que la communauté a les capacités et les habiletés nécessaires pour se prendre en main. Il ne faut pas oublier que la communauté, et parfois un pays entier, tel les États Unis suite à l'attaque terroriste du 11 septembre, tel que mentionné plus haut, a besoin de restaurer et d'accroître ses sentiment de sécurité, confiance, compétence et d'estime de soi.

L'approche communautaire favorise aussi l'esprit de collaboration, chaque groupe étant invité à contribuer à l'équipe du personnel, du matériel, de l'argent, des compétences spécialisées. Lors d'un sinistre, tous les organismes sont consultés régulièrement sur la meilleure façon de résoudre les problèmes et les enjeux. "

Quatrième leçon : Établir et promouvoir des interventions psychosociales basées sur une approche communautaire

L'expérience canadienne semble bien montrer qu'il s'agit d'adopter une approche axée sur des activités à caractère communautaire. Une intervention clinique ne convient pas dans le sens où elle tend à accentuer l'aspect santé mentale, c'est-à-dire à attribuer les sources de stress comme venant de la personne plutôt que provenant de situations extérieures : situation sociale, économique, culturelle, politique. Le tableau ci-dessous résume en quoi l'intervention à caractère communautaire se distinguent de l'approche traditionnelle en santé mentale :

Approche traditionnelle	Approche communautaire
Se déroule le plus souvent dans un bureau	Se déroule le plus souvent à domicile ou en milieu communautaire (on va là où se trouve le besoin)
Met l'accent sur le diagnostic et le traitement de la maladie mentale	Porte avant tout sur l'évaluation des forces, la mise en oeuvre des moyens d'adaptation existants et l'acquisition de moyens nouveaux
Tente de modifier la personnalité et le fonctionnement	Cherche à rétablir les gens à leur niveau de fonctionnement antérieur
Questionne le contenu	Accepte le contenu à sa valeur nominale
Encourage la réflexion sur le passé afin de découvrir son influence sur les problèmes actuels	Valide les réactions aux événements en cours et à leur suite et normalise l'expérience
A une portée psychothérapeutique	A une portée psycho-éducationnelle
Des dossiers sont tenus qui gardent trace des évaluations, des entrevues et des méthodes de traitement	On garde un minimum de dossiers sauf dans le cas des personnes ou des familles qui ont besoin d'aide ou de soutien supplémentaire

Bryan Flynn, (1996). Defining Key Terms in a Crisis Counseling Program, Centre for Mental Health Services, Emergency Services and Disaster Relief Branch, Knowledge Exchange Network (USA)

Raymond Lafond, dans son article, relève avec pertinence que cette approche à caractère communautaire nécessite également la participation des services de santé mentale réguliers qui doivent eux aussi être engagés dans la planification des mesures d'intervention psychosociale. En effet, la catastrophe est susceptible, par exemple, de faire réapparaître des réactions à un traumatisme antérieur ou déclencher des réactions de stress aiguës ce qui nécessitera l'intervention d'un professionnel de la santé mentale. D'autres problèmes peuvent surgir qui nécessitent l'intervention des services de protection de la jeunesse ou une consultation pour toxicomanie. L'expérience acquise lors de sinistres antérieurs indique clairement que certains problèmes émotionnels ou sociaux plus lourds ne peuvent être résolus dans le peu de temps que dure une intervention psychosociale.

Caractéristiques d'une approche misant sur les moyens d'action communautaire

Comme relevé plus haut, l'intervention doit viser à repérer et potentialiser les ressources résiduelles, mobiliser les capacités et compétences, augmenter la maîtrise et le contrôle des individus comme des collectivités. Pour se faire, les principales caractéristiques de cette approche axée sur les moyens d'action communautaire sont :

- Encourage les gens à s'aider eux-mêmes
- S'attend à ce que les gens déterminent leurs besoins et participent à l'élaboration des activités d'intervention
- Les fait intervenir aux activités de prise de décisions et de résolution de problèmes, y compris dans les interventions sanitaires, psychosociales et de remise en état des lieux
- Fait appel à toute la collectivité
- Met l'accent sur l'éducation et la prévention psychosociales
- Anticipe les réactions et les besoins
- Adapte les plans d'intervention et les services aux besoins des victimes
- Se rend dans la communauté et auprès des victimes plutôt que d'attendre que les gens demandent des services
- S'installe le plus près possible de la zone sinistrée ou de la collectivité à servir.

" L'attitude et l'approche positives et respectueuses des membres de l'équipe d'intervention psychosociale envers les sinistrés sont deux qualités qui découlent de l'approche communautaire et qui contribuent au rétablissement des personnes touchées par un sinistre. L'équipe est sensible, par exemple, au désir qu'exprime les sinistrés d'être considérés différemment des personnes qui reçoivent le bien être social. Les sinistrés ne veulent pas non plus être référés aux programmes de services sociaux, de santé mentale ou de santé publique réguliers. Ils veulent des programmes et des services créés exclusivement pour rencontrer leurs besoins particuliers. La création et la prestation de programmes et de services de soutien axés sur eux sont signes que le gouvernement prend au sérieux la santé et les besoins sociaux de la population touchée par le sinistre. Les sinistré veulent aussi que l'équipe psychosociale puisse travailler auprès d'eux à plein temps afin de les aider à surmonter, le plus rapidement possible, les séquelles biopsychosociales déclenchées par le sinistre. "

Cinquième leçon : Offrir une aide immédiate et pratique

" Les services psychosociaux sont importants mais il ne faut pas oublier qu'une aide immédiate et pratique, selon Sally Leivesley, est plus efficace pour modifier l'état émotif des sinistrés qu'un appui émotionnel sans intervention pratique : si la maison d'une personne âgée est endommagée par une tempête, installer une toile en plastique sur le toit pour protéger les biens de la personne des intempéries, aider quelqu'un à trouver un logis, accompagner une personne chez son assureur, plaidoyer auprès des autorités pour assurer des programmes de compensation financières .

Les résultats des recherches de Tierney et Baisden sur ce que les sinistrés considèrent comme leurs besoins les plus importants suite à un sinistre viennent confirmer les affirmations de Livesley. Les problèmes que les sinistrés placent en tête de liste sont le logement, le chômage, le transport, les difficultés familiales et l'aide juridique . "

Sixième leçon: Offrir des services à tous les groupes d'âge et groupes qui sont à risque

Depuis la tornade de Barrie en 1985, les intervenants psychosociaux canadiens ont développés toute une gamme de programmes et d'activités psychosociales. Voici quelques exemples de programmes et d'activités mis en oeuvre pour les différents groupes d'âge :

- halte accueil pour les jeunes, les adultes et les personnes âgées
- activités de loisir où les objectifs thérapeutiques - partager sa crainte, son anxiété, sa colère - sont atteints tout en se livrant à des activités sociales et physiques
- activités d'information - séance d'information avec un spécialiste en météo suite à une tornade, séance de techniques de relaxation avec une physiothérapeute
- concours de créations artistiques - faciliter l'expression des émotions par la photographie, l'écriture, la poésie, la musique, le théâtre
- cahiers à colorier, enveloppe " Top Secret " qui aident les jeunes à mieux comprendre comment et pourquoi le sinistre s'est produit et à normaliser leurs réactions de stress
- un éventail de brochures psycho-éducationnelles adressées aux enfants, d'autres aux adolescents, aux adultes, aux personnes âgées. Le Bureau des services d'urgence de Santé Canada possède de nombreux échantillons de brochures qui ont été utilisées suite à divers sinistres: incendie des BPC de Saint-Basile-le-Grand, Oka, tempête de verglas, crash de Swissair
- des bulletins d'information ont été utilisés à plusieurs reprises afin de donner une voix aux collectivités pendant leur processus de rétablissement. Après l'inondation à Perth-Andover, Nouveau-Brunswick, en 1993, les sinistrés ont publié un bulletin d'information, tout comme l'ont fait les résidents de Maple Ridge, Colombie-Britannique, pour revendiquer leur droit à la parole, aux prises de décisions, aux programmes de santé mis sur pied suite à un incendie dans un dépotoir
- visites à domicile (outreach) de toute les personnes touchées par un sinistre. Ces visites, initiées par les services psychosociaux, a pour but d'aller au devant des sinistrés, de les rencontrer dans un milieu où ils se sentent à l'abri. Ces visites amicales et de nature préventive, permet aux intervenants d'évaluer les besoins psychosociaux des sinistrés et de les mettre au courant des services communautaires mis à leur disposition.
- groupes d'entraide pour aider les gens à surmonter le stress ou discuter de problèmes conjugaux ou parentaux qui ont surgi suite au sinistre
- programmes de consultations pour l'enfant et la famille.
- assemblées publiques, tribunes téléphoniques, etc.

Septième leçon : Identifier les personnes et groupes à risque

Dans l'impossibilité d'offrir un suivi à toutes les personnes impliquées, il s'agit d'identifier les personnes et groupes les plus à risque. Lors de la tempête de verglas, par exemple, les personnes âgées vivant seules, les familles monoparentales avec de jeunes enfants, les adolescents, ainsi que les fermiers et les personnes appartenant de petites et moyennes entreprises avaient été ciblés.

Dans d'autres situations, ce seront les personnes dont la vie a été menacée, qui ont perdu un être cher, qui ont été sérieusement blessées ou dont la maison a été détruite. Il est toujours bon, cependant, en dehors de cette identification, de rester à disposition des autres personnes susceptibles d'en exprimer le besoin.

Huitième leçon : Être pro-actif dans ses interventions

Finalement Raymond Lafond souligne la nécessité impérative de se montrer pro-actif dans de telles situations :

" Le naufrage de la plate-forme de forage Ocean Ranger et l'explosion en plein vol de l'avion Air India sont deux sinistres importants où les familles des victimes n'ont pas reçu un aide psychosocial au moment même du sinistre, ni dans les mois et les années suivantes. Les effets biopsychosociaux des deux sinistres sur les familles des victimes furent foudroyants. "

Les sinistres Ocean Ranger et Air India ont fourni d'importantes leçons aux planificateurs et intervenants psychosociaux canadiens. Ces leçons ont été mises en application lors des sinistres suivants : l'écrasement d'avion à Dryden, ON, l'explosion à la mine Westray, NÉ, l'accident d'autobus à ST-Joseph-de-la-Rive, QC, l'écrasement de l'avion Swissair et l'accueil des Kosovars. La plus importante leçon retenue est que lorsque pareil sinistre se produit, l'équipe psychosociale ne doit pas hésiter pour intervenir, doit être pro-active dans son intervention et prendre les mesures suivantes:

Rassembler les familles dans un centre d'accueil pour les sinistrés le plus tôt possible suite au sinistre. Une telle mesure permet aux familles des victimes de recevoir des services de soutien et de réconfort et d'entrer en rapport avec les personnes de leur région, de leur province ou de leur pays qui vivent la même situation de crise qu'elles. Ce contact entre les familles touchées facilite le déclenchement du processus de deuil, permet aux familles de se consoler entre elles et ainsi d'atténuer elles-mêmes une partie du traumatisme et aussi de faire face à l'impensable, c'est-à-dire que la personne portée disparue ne soit pas retrouvée ou, dans le cas d'un accident de transports, que le corps ne soit pas identifié. Cette approche s'est révélée particulièrement importante dans le cas des Kosovars qui avaient besoin d'être en contact avec les gens de leur pays et de leur culture, de se sentir à l'abri dans un endroit sûr et d'avoir le temps nécessaire pour apprendre à connaître les Canadiens et à leur faire confiance.

Il est donc important que les familles puissent se retrouver en sécurité dans un lieu où ils pourront donner libre cours à leurs réactions et où leurs réactions face au traumatisme seront considérées comme normales dans les circonstances et seront respectées. Le centre d'accueil doit aussi avoir plusieurs pièces où les familles pourront vivre leur deuil en privé ou recevoir un soutien émotionnel particulier.

Une fois le choc initial passé, les familles voudront être renseignées sur le sort de leur proche. Elles insisteront à être les premiers à être informées sur les opérations de sauvetage ou d'identification. Les familles pourront aussi poser des questions ou faire à leur tour des déclarations.

La réunion des familles en un lieu protégé permet aussi de les mettre à l'abri des journalistes qui risquent parfois de devenir des sources supplémentaires de stress. Il est aussi plus facile de les consulter et de les faire participer à des funérailles ou à des cérémonies commémoratives. Une fois le choc initial passé, les familles voudront peut-être engager des poursuites contre les responsables du décès de leurs proches. Le fait d'être rassemblées leur permet de se consulter mutuellement sur les mesures à prendre à cette fin. À St-Basile-Le-Grand, par exemple, les familles ont décidé d'embaucher leurs propres experts pour faire une analyse du sol, de l'eau et de l'air et leur faire rapport.

Au Canada, lorsqu'il y a un sinistre qui rassemble des familles de partout au pays ou même d'ailleurs, la personne chargée des Services sociaux d'urgence ou de Santé d'urgence dans la province ou le territoire où le sinistre a eu lieu communique les noms des familles touchées à ses collègues dans les autres provinces. Ceux-ci s'assurent alors que l'équipe psychosociale où la famille habite soit avertie afin qu'un suivi et un support émotionnel puisse leur être fournie. De telles mesures ont été prises récemment lors de la tornade de Pine Lake en Alberta en juillet 2000. "

En conclusion, Raymond Lafond nous fait part de la réflexion suscitée par les nombreuses expériences de son service :

" But Who Cares Now? [9] "Qui y pense encore aujourd'hui? " Ce cri de détresse, d'abandon, de colère, de rage, poussé par les parents, les femmes et les enfants de ceux qui sont morts sur l'Ocean Ranger, s'est rendu jusqu'à nous, a été entendu et nous a interpellés. C'est en réponse à ce cri et celui de biens d'autres sinistrés que les Services psychosociaux ont été établis et sont maintenant parties prenantes des organismes des mesures d'urgence de bon nombre de collectivités canadiennes. Les leçons que nous avons retenus des interventions psychosociales canadiennes nous démontrent le bien fondé de partager nos échecs et nos succès afin d'en apprendre davantage sur les effets que les sinistres peuvent avoir sur la santé physique et émotionnelle et sur le tissu social de celles et ceux qui en sont touchés directement ou indirectement. Les leçons retenues nous permettent aussi d'apprendre comment intervenir de manière sensible, appropriée et opportune auprès de celles et ceux qui sont victimes d'un sinistre. "

10. LES RISQUES DU METIER ET L'AUTOPROTECTION

10.1. Réactions chez les intervenants

En résumé, retenons que les intervenants en contact avec des personnes victimes semblent présenter moins de risques concernant l'ESPT que la population moyenne. Ils sont toutefois guettés par le stress cumulatif ou sommatif et leur conséquence, l'épuisement professionnel. Si leurs sources sont distinctes, leurs signes sont relativement similaires :

Ainsi, les réactions propres à l'épuisement professionnel sont proches de celles de l'ESPT. Cependant, l'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres (non reconnaissance des tâches accomplies), le soutien institutionnel ou hiérarchique de même que le déséquilibre entre efforts consentis et récompenses perçues. Ce point sera abordé dans le sous-chapitre suivant.

Nous pouvons reconnaître les émotions de nos interlocuteurs par la perception des éléments verbaux, para-verbaux et non-verbaux. Cependant, notre corps semble fonctionner également comme une antenne. Nous ressentons en nous l'émotion de notre interlocuteur.

Giacomo Rizzlati, de l'université de Parme a découvert, dans les années 90, des neurones du cortex prémoteur qui sont activés lorsque nous observons un individu faire quelque chose, les neurones miroirs. Cette découverte, sujet d'études en développement actuellement, relève, concernant ces neurones miroirs que :

- leur activation est essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit,
- elle autorise l'imitation et donc l'apprentissage,
- permet de comprendre le comment et le pourquoi, l'intention,
- ces mécanismes sont également impliqués dans la capacité de ressentir la même émotion que l'autre (empathie),
- les actions exécutées par le sujet deviennent des messages qui sont compris par l'observateur, sans médiation cognitive.

Dès lors, il nous est difficile de discerner ce qui nous est propre de ce que produit l'autre sur nous. Nous courrons alors le risque d'être agis par ces émotions.

A l'instar du Dr Herman, admettons que le traumatisme est contagieux. Dans leur rôle de témoins de désastres et d'atrocités, les professionnels vivent un débordement émotionnel et sont susceptibles de partager des sentiments identiques à ceux des personnes victimes et leurs familles, tels la tristesse, la détresse, la colère, la rage, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou encore la confusion. Cet effet miroir, forme "d'éponge émotionnelle" peut pousser l'intervenant à des comportements peu adéquats comme : prendre parti, jouer le rôle d'avocat, réclamer de la reconnaissance pour leur travail ou leurs propres souffrances. Finalement leur colère peut se voir diriger non seulement sur les potentiels agresseurs, mais également les collègues, d'autres intervenants, l'institution, les organisations et même que contre eux-mêmes. Il s'agit là de leur propres réactions et à ce titre elles sont parfaitement naturelles. Ce phénomène est qualifié de "contre-transfert traumatique" nous la nommerons « **réponse en miroir** ».

10.1.1. L'identification à la victime

Ainsi, l'intervenant peut ressentir : colère et rage ;frustration et irritabilité ; indignation.

Cette colère peut être dirigée non seulement sur l'agresseur, mais également sur les autres personnes impliquées, les collègues, l'institution voire contre lui-même.

- agis par la colère nous pouvons partager l'hostilité de l'autre ;
- nous pouvons cesser d'être impartiaux et victimiser d'autres ;
- agis par le sentiment d'impuissance, nous pouvons :
  - être neutralisés à notre tour,
  - nous endéfendre, devenir trop actifs (avocat, défenseur)…
  - et plus nous sommes actifs, moins la personne à l'occasion de l'être.

Cependant, les professionnels s'identifient non seulement aux personnes victimes ou aux témoins impuissants (produisant alors un sentiment similaire à la "culpabilité du survivant") mais également aux potentiels agresseurs. Ce phénomène peut prendre bien des formes, parmi lesquelles :

10.1.2. L'identification à l'agresseur

sous diverses formes, parmi lesquelles :

- douter des propos de la personne victime ;
- tendre à minimiser, banaliser ou rationaliser l'abus ou la situation ;
- ressentir répulsion ou dégoût à l'égard de la personne ;
- présenter des jugements de valeurs ;
- devenir exagérément agressifs, hostiles et violents ;
- ressentir un intérêt voyeuriste, voire de la fascination.

Par ailleurs l'exposition répétée à des expressions de la rapacité et la cruauté humaine inévitablement

- sape la confiance en soi, en nos compétences professionnels, le sens de notre travail;
- rend vulnérable et gâte notre confiance dans les relations les plus intimes ;
- rend cynique et nous amène à douter de la motivation des autres ;
- produit un regard pessimiste sur la condition humaine ;
- altère notre sentiment de sécurité de base, la valeur positive de soi et de la relation,
- secoue la foi et les croyances, finalement produit une crise existentielle.

Bien que ces réactions soient parfaitement naturelles, le professionnel est tenu à en maîtriser la dérive, à assurer une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité, à développer ses aptitudes relationnelles tant avec les collègues qu'avec les bénéficiaires de soutien. Pour se faire, un certain nombre de tâches peuvent se montrer utiles, elles peuvent s'organiser en trois catégories : la co-protection, les ressources personnelles et les moyens individuels.

10.2. L' épuisement professionnel

Nous avons vu au-dessus les sources et effets du stress. De son côté, Seyle (1975) avait développé le concept de « General Adaptation Syndrom » décrivant au niveau biologique, comment le stress pouvait agir de façon incapacitante sur l'individu. Il décrivait trois niveaux :

1) l'alarme,

2) la résistance,

3) l'épuisement.

Sur le long terme et de façon répétée, l'atteinte du troisième niveau peut mener à l'épuisement professionnel :

Les réactions propres à l'épuisement professionnel (burnout ou burning out) sont difficiles à distinguer des troubles anxieux, dépressifs ou traumatiques. Cependant, l'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres, de même que le soutien institutionnel, hiérarchique ou plus généralement social.

Dit autrement, il semblerait que l'épuisement professionnel soit produit par le rapport existant entre la quantité d'efforts investis et une série de déceptions et de frustrations :

- Ces déceptions seraient reliées à la différence entre la représentation que la personne se faisait de son travail et la réalité concrète.
- Déception de ne pas pourvoir faire autant et aussi bien qu'elle l'aurait souhaité.
- Frustration de ne pas pouvoir faire plus, de ne pas avoir ou ne pas recevoir les moyens nécessaires pour mener à bien de façon idéale ou acceptable les tâches demandées.
- Frustration de recevoir critiques et réprimandes de la part des collègues et surtout des supérieurs,
- manque de reconnaissance de l'institution et parfois de la société en général.

<u>Les signes de l'épuisement professionnel sont :</u>

- baisse d'énergie, épuisement physique et psychique,
- manifestations anxieuses et dépressives,
- difficultés à se concentrer,
- difficultés à prendre des décisions,
- baisse de confiance en soi, en les autres, suspicion,
- difficultés relationnelles avec les collègues,
- baisse d'intérêt dans les domaines sociaux-professionnels,
- forte baisse de motivation au travail,
- absentéisme.

10.3. L' effet miroir et la triangulation

Nous l'avons vu, parmi les risques du métier il y a l'effet miroir (contre-transfert traumatique, identification à la personne victime ou à l'agresseur) de même que le risque de triangulation (lorsque l'on rentre dans une triangulation : victime, persécuteur et sauveur). Devant les réactions de détresse intense et d'impuissance, l'intervenant court le risque d'être neutraliser (se sentir impuissant) ou au contraire sur-activé (devoir se sentir sur-puissant, être hyper actif) en faire trop, faire à la place de la personne victime au risque d'accroître encore le sentiment d'impuissance de cette dernière.

En effet, le fondement du traumatisme psychologique réside dans :

- la confusion,
- le débordement émotionnel,
- l'impuissance, la perte de contrôle et de maîtrise de de sa vie,
- la déconnexion d'avec les autres, la perte ou l'aliénation des liens.

Ainsi, le rétablissement s'appuie sur la reprise d'un certain contrôle, d'une forme de maîtrise de la personne sur son existence ainsi que la reprise du lien ou l'établissement de nouvelles connections. Ce rétablissement ne peut trouver place en dehors d'un contexte relationnel, en aucun cas dans l'isolement. Il consiste à retrouver, recréer un certain nombre de facultés parmi lesquelles :

- le capacité à faire confiance,
- l'autonomie,
- l'initiative,
- les compétences,
- l'identité et
- l'intimité.

Or, de même que ces compétences ont été développées au sein des relations avec les autres, elles doivent être reconquises dans un cadre relationnel. Le premier principe du rétablissement consiste ainsi probablement à la reprise du contrôle et de la maîtrise par la personne victime. D'objet d'une situation ou de la malveillance d'un individu, elle doit redevenir le sujet de son existence. Elle se doit d'être l'auteur et l'arbitre de son rétablissement. Les intervenants, les soignants comme les proches peuvent proposer des conseils, du soutien, de l'aide, de l'affection ou des soins, mais en aucun cas la guérison.

Nous l'avons vu dans le chapitre concernant la relation d'aide à séances limitées, aucune intervention qui retirerait le pouvoir à la personne ne peut participer à ce rétablissement, quand bien même elle semblerait aller dans le sens de son intérêt immédiat. Dans certaines circonstances exceptionnelles, lorsque la personne a abdiqué toute responsabilité pour sa prise en charge, ou lorsqu'elle se montre à risque pour elle-même ou pour les autres, une intervention rapide s'avère pourtant nécessaire avec ou sans son consentement. Cependant, la personne devrait tout de même être consultée, et se voir offrir le plus de choix possible, dans la mesure de sa sécurité. Par ailleurs, la personne victime a vu sa confiance de base sérieusement altérée. Elle doit impérativement trouver, auprès de l'intervenant, un allié. Or, le risque de mise en dépendance est tel que ce dernier doit être extrêmement attentif à se montrer désintéressé et neutre :

- **désintéressé**, dans le sens où il doit s'abstenir d'utiliser son pouvoir pour satisfaire des besoins personnels et où

- **neutre** signifie qu'il ne doit pas prendre parti dans les conflits internes de la personne ni tenter de la diriger dans ses décisions.

Cependant, le développement d'une relation de confiance nécessite que l'intervenant ou le thérapeute affirme explicitement une position de solidarité à l'égard de la personne victime. Reconnaître le statu de victime ponctuel à la personne s'avère une étape indispensable à l'installation d'une relation de confiance, c'est une réponse au besoin intense d'être reconnu et il s'agit probablement du seul moyen pour dépasser le sentiment de culpabilité profondément ancré chez la personne traumatisée. En même temps c'est une position extrêmement risquée à moyen et long terme quant à la porte qu'elle ouvre vers la coalition, la sur-simplification, la mise en dépendance comme d'autres pièges relationnels encore.

Afin de saisir ce point, je suggère au lecteur de se pencher sur le concept de triangulation proposé par l'Analyse Transactionnelle. Dans cette approche, le concept de scénario de vie explique comment les schémas de comportement dans notre vie actuelle ont pris naissance dans notre enfance. Elle fournit des explications sur la manière dont nous continuons parfois à réutiliser les stratégies de notre enfance dans notre vie adulte, même quand elles aboutissent à des résultats douloureux ou infructueux. Par conséquent, l'AT propose une théorie de la psychopathologie. Son postulat le plus fondamental tient dans ce que les gens sont « OK », ce qui signifie que nous avons, vous et moi, de la valeur, de l'importance et de la dignité en tant que personnes. Je m'accepte en tant que moi et je vous accepte en tant que vous. C'est une affirmation quant à l'essence de la personne plutôt qu'à son comportement (être plutôt que faire). Il m'arrivera quelquefois de ne pas aimer ce que vous *faites*, mais j'accepterai toujours ce que vous *êtes*. Votre essence en tant qu'être humain est OK pour moi, même si votre comportement ne l'est pas.

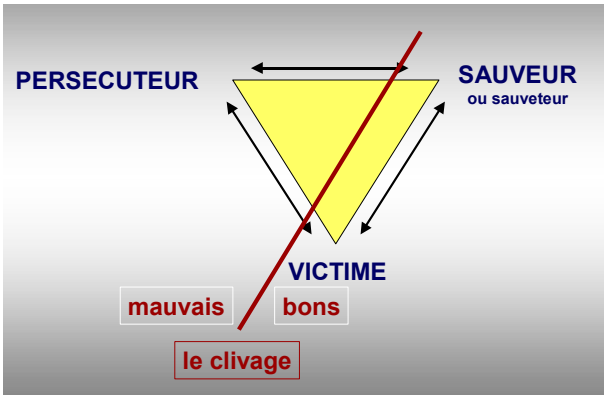
C'est à Eric Berne que nous devons la reconnaissance de la dynamique inconsciente des jeux. C'est le premier qui a abordé ces jeux psychologiques en tant que dynamique relationnelle. Il disait des jeux que ce sont des moyens lamentables mais terriblement efficaces d'obtenir ce dont on a besoin. Il faut donc être au moins deux personnes pour " jouer " et l'on trouve intuitivement le ou les partenaires qui ont des jeux complémentaires aux nôtres. Stephen Karpmann, du vivant de Berne, a conceptualisé le "**Triangle dramatique** ". Il nous permet d'illustrer et de comprendre d'une autre façon les jeux. Nous devrions d'ailleurs l'appeler le " Triangle théâtral " puisque son nom découle de la traduction anglaise " dramatic ", ce qui rend à ce concept le lien avec les jeux et les scénarios décrits par Eric Berne. Ainsi, Stephen Karpmann illustre les jeux se jouant à partir de certains rôles favoris, que les joueurs assument de manière inconsciente. Nous pouvons alors rencontrer la tristesse ou la confusion de la "***Victime***", la colère ou le triomphe du "***Persécuteur***", ou encore l'inquiétude ou la pitié du "***Sauveteur***" ou "sauveur". En regardant ces trois différentes positions, il faut s'imaginer que chaque personne répond à la situation en ignorant la réalité de ce qui se passe et de ce que l'autre personne éprouve; elle tient compte seulement de sa propre perspective et de ce qui se passe dans sa tête. Elle fait ainsi de lourdes méconnaissances sur les capacités de chacun à réagir à cette situation.

C'est ainsi que ***Persécuteur*** et ***Sauveteur*** méconnaissent les capacités et la valeur d'autrui en le disqualifiant, et que la ***Victime*** se disqualifie toute seule face aux autres. On est donc là en présence de relations symbiotiques du style "*Occupe-toi de moi*" (Victime) ; "*T'es vraiment un incapable*" (Persécuteur) ou "*Je vais le faire à ta place, tu n'y arriveras jamais !* " (Sauveteur). Comme on peut le voir dans le Triangle dramatique, les rôles sont interchangeables. Les individus ne commencent à jouer que quand ils ne reçoivent plus assez de signes de reconnaissance, ou que l'autre refuse de continuer. Ainsi, la " tactique " utilisée est de changer de position dans ce triangle. Reconnaissons cependant qu'il n'est pas facile d'éviter d'être victime. Force nous est d'admettre que l'autre ou les éléments sont souvent plus puissants que nous. Cependant, s'il n'est alors pas possible d'éviter d'être, à un moment donné, victime, nous pouvons faire en sorte de ne pas développer une identité de victime. Pour ce faire je suggère un cheminement en cinq étapes « les pas vers la dévictimisation » (le premier ayant été ajouté par Diane Lauzier) qui sont :

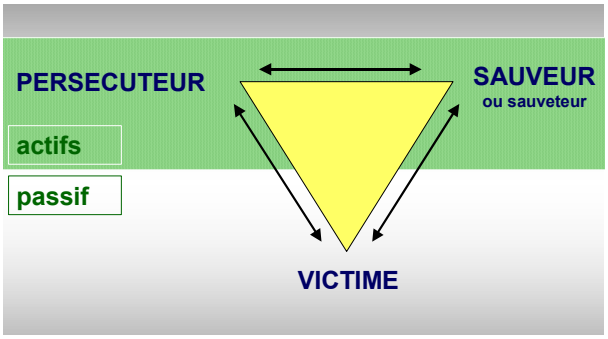
Les cinq pas vers la dévictimisation :

- ⇨ rétablir les faits (sortir de la confusion) ;
- ⇨ savoir dire non ;
- ⇨ nommer ce que je veux ;
- ⇨ accepter de négocier ;
- ⇨ assumer la séparation.

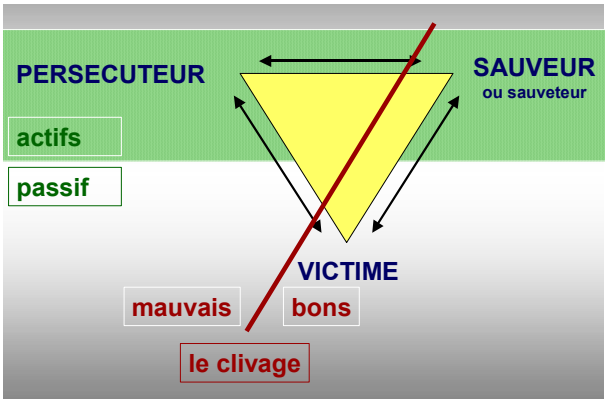
Le clivage



L'affirmation de soi



La superposition des deux modèles



Ainsi, à partir du triangle de Karpmann, plaçons une séparation catégorisant les protagonistes en actifs ou passifs. Nous voyons ici que le sauveur et le persécuteur partagent en commun la tendance à être actif.

Par contre, si l'on utilise la notion de clivage pour notre catégorisation, nous voyons le sauveur partager sa catégorie avec la victime. Naturellement, il faut bien imaginer qu'il s'agit ici d'un point de vue complètement subjectif. En effet, il y a fort à parier que la personne qualifiée de "persécuteur" (probablement par la victime et le sauveur), se définisse elle-même comme une victime.

Si nous superposons le triangle de Karpmann, l'affirmation de soi et la notion de clivage, nous réalisons que la victime se définit comme une personne passive engagée dans des relations de dépendance avec d'autres, qualifiées de bonnes (sauveurs) lorsqu'ils vont dans son sens et de mauvaises (persécuteurs), lorsqu'elle n'est pas satisfaite.

Le persécuteur probablement n'existe comme tel qu'aux yeux des deux autres protagonistes. Il est généralement une personne active qui cherche à atteindre ses objectifs (aux dépends de la victime parfois). Cependant il peut également s'agir d'une condition passive agressive. Dans ce cas nous avons une modification de la première catégorie, la victime et le persécuteur se retrouvant dans la catégorie des passifs.

De son côté, le sauveteur se montre actif (particulièrement en ce qui concerne les autres, bien plus que pour lui-même), présentant un besoin d'être apprécié, il existe dans une relation de dépendance avec une victime. De plus, il peut exercer ses propres tendances hostiles à l'égard de celui qualifié de persécuteur, et ce tout en restant du côté des "bons" dans un clivage sur-simplificateur. C'est probablement ce dernier qui scelle le triangle dramatique.

Diane Lauzier, psychologue canadienne, décrit trois clivages :

- clivage dans les croyances sur la nature humaine, jugement de valeur en bon ou mauvais ;
- clivage dans le comportement (l'affirmation) en passif ou actif, où plus le sauveur est actif plus il maintient la victime dans sa dépendance ;
- clivage dans les attitudes en relation : prise en charge versus dépendance et co-dépendance ou opposition.

10.4. Gestion du stress

Le lecteur l'aura compris, le stress, tel qu'il est interprété par les psychiatres et les psychologues correspond au débordement des capacités individuelles du sujet. Les techniques de gestion du stress visent dès lors à :

- mobiliser et accroître les ressources individuelles,
- développer les mesures d'auto-protection et
- travailler sur la co-protection (soutien, solidarité entre pairs et amélioration des relations collégiales).

Naturellement, cette démarche, du point de vue du salarié, est positive, utile et susceptible d'améliorer significativement le confort de la personne comme la qualité du lien social. Toutefois, il n'en reste pas moins que ces techniques de gestion du stress visent à améliorer les stratégies individuelles et groupales d'adaptation à la situation plutôt qu'à chercher une amélioration du contexte professionnel.

En effet, agir exclusivement sur l'adaptation au contexte professionnel plutôt que sur les conditions de travail correspond à un transfert massif de responsabilité sur les épaules des employés. Si cette stratégie peut garder tout son sens dans des situations sur lesquelles aucun moyen d'action n'est envisageable, elle présente une caractéristique perverse dans les autres cas de figure.

Le résultat des recherches épidémiologiques le montre clairement, les causes principales du stress en milieu professionnel sont à chercher dans les formes d'organisation du travail, le management orienté exclusivement vers une logique financière de maximisation des gains. Toute tentative de solution qui porterait sur autre chose que la forme d'organisation, le management et une gestion socialement orientée des ressources humaines ne serait que vaguement palliative et vouée à un succès décevant.

Ainsi, le risque évident, dans la pratique des séminaires de gestion du stress, est de servir d'alibi et de valider un mouvement de déresponsabilisation des entreprises. En d'autres termes, de maintenir, voire d'amplifier, un fonctionnement que l'on sait aujourd'hui extrêmement dangereux pour la santé du personnel. Cette pratique, strictement animée par des intentions bienveillantes pourrait, paradoxalement, avoir des effets délétères dans le sens du maintien d'un système qui nécessite impérativement d'être modifié.

Du point de vue des épidémiologistes, la réponse est sans appel, c'est sur les quatre composantes du modèle qu'il s'agit d'appliquer les tentatives de solution, soit :

1) calibrer les exigences du travail,

2) augmenter l'autonomie et de la participation de l'employer,

3) développer le soutien social entre pairs et par les cadres,

4) ré-équilibrer le rapport entre efforts et récompenses.

ce qui se trouve particulièrement bien résumé par le dernier paragraphe de l'article de Daviezies :

> « ***Dans cette perspective, la réponse à la demande stress ne consiste pas à aider le sujet à s'adapter à la situation qui lui est faite. Il s'agit d'analyser avec lui, au plus près de sa situation concrète, les dilemmes dans lesquels il se trouve piégé et de l'aider ainsi à développer sa capacité à penser, à débattre et à agir.*** »

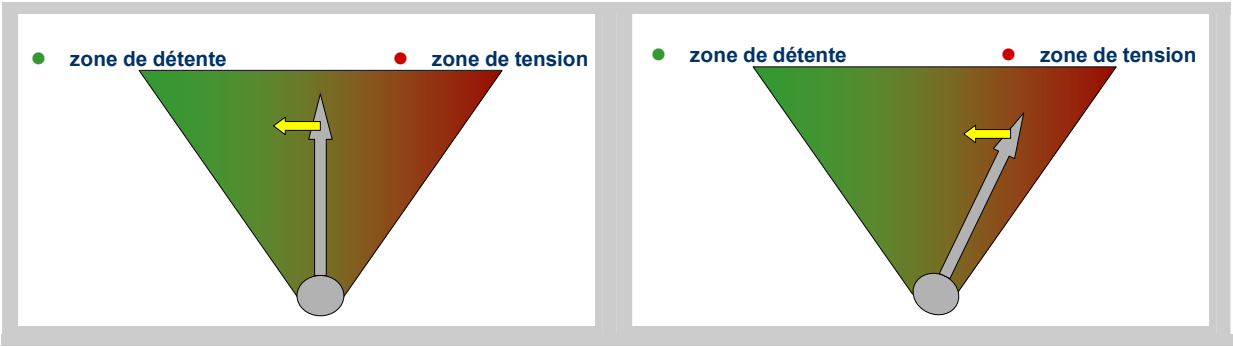
Répétons-le, le stress est un phénomène naturel utile et indispensable à la survie. Il permet de focaliser notre attention sur les difficultés et dangers potentiels rencontrés et de booster notre physiologie pour que notre corps et notre esprit puisse faire face. Il n'est donc pas question de chercher à l'éliminer. La tâche est impossible et si nous devions y arriver le résultat serait probablement dramatique. Par contre, comme nous l'avons vu, le phénomène peut s'enrayer, les mécanismes d'adaptation devenir insuffisants ou débordés.

Pour éviter ce débordement, un certain nombre de précautions peuvent se montrer utiles si ce n'est toujours efficaces. En premier lieu puisqu'il existe un rapport entre l'épuisement et la disponibilité des ressources, travailler à épargner et régénérer ces dernières est un excellent début.

10.4.1. Gestion des ressources :

- sommeil suffisant (qualité, quantité), pauses régulières,
- nourriture saine et en quantité suffisante,
- rythme de vie régulier, équilibre entre travail et loisirs,
- respect de nos limites,
- exercice physique,
- éviter alcool et drogues,
- techniques de relaxation,
- massages,
- et toutes nos méthodes individuelles de ressourcements

Le tableau ci-dessous cherche à illustrer qu'avec des méthodes de détente et relaxation données (correspondant à l'efficacité en fonction des flèches jaunes qui sont de même valeur) le moment choisi pour les appliquer est déterminant. A savoir, dans le tableau de gauche les méthodes sont appliquées en phase de stress moyen (la zone orange), elles feront passer le niveau de stress vers la zone de détente (vert). Dans le tableau de droite, les techniques sont appliquées lorsque le niveau de stress est haut… avec la même efficacité, le niveau reste dans le rouge.



Nous cherchons à monter ici qu'un des éléments prédominant dans la gestion du stress réside dans le repérage de notre propre niveau de stress, la reconnaissance des agents les plus stressants pour nous ainsi que le repérage de nos techniques et méthodes de détentes les plus fonctionnelles, afin de les engager au plus tôt, pour garantir leur efficacité.

Chacun(e) sait qu'il va falloir travailler son stress à partir de soi-même, en commençant par maintenir un certain contrôle sur son corps. Presque toutes les personnes en possession d'une information adéquate, peuvent se mettre en conditions pour alléger le stress qui les affecte. Pour commencer, il est essentiel de garder à l'esprit le rythme suivant :

.....des petits buts, des petites tâches, un jour après l'autre.....

« Que vais- je faire <u>aujourd'hui</u> pour diminuer mon stress et me faire du bien ? »

Il est reconnu qu'une des clés de la gestion du stress, de manière générale, est d'avoir conscience de ses propres besoins. Une fois reconnus et pris en considération, la tension générale diminue. Pour alléger le stress, ce qui « marche » pour les un(e)s ne correspond pas forcément aux besoins des autres. De plus, les manières dont les personnes gèrent leurs stress évoluent, en fonction des facteurs extérieurs, de la vie qui les entoure, mais aussi de leurs expériences antérieures.

En ayant à l'esprit les cinq éléments suivants pour la gestion du stress, et en essayant de faire au moins une fois par jour quelque chose pour son propre bien-être physique, chacun(e) pourra maintenir un certain équilibre, même dans les situations les plus complexes.

1. Exercices

Il n'est pas toujours possible de faire du sport, mais on considère qu'une activité qui fait bouger le corps entier, et qui dure 20 minutes ou plus, avec accélération de la respiration et des battements du cœur, compte comme un exercice. Monter les escaliers à pied, jardiner vigoureusement, nettoyer la maison, marcher jusqu'au travail (si la sécurité le permet) sont considérés comme des exercices. L'esprit et le corps sont indissociables. Il est toujours possible de trouver 20 minutes dans une journée.

2. Alimentation

Très souvent on oublie de manger lorsqu'on est stressé ou alors, on se nourrit de manière inappropriée, de nourritures qui plaisent mais qui ne sont pas bonnes pour la santé (barres de chocolat / fritures / bonbons etc.). Pendant les moments de stress, il est essentiel d'établir des pauses régulières et suffisamment longues, pour que chacun(e) mange et boive, y compris du chaud.

Notre corps présente des besoins essentiels : repas réguliers, faciles à digérer, comprenant si possible des légumes ou des fruits. Liquides à volonté.... Ne jamais attendre d'avoir soif pour boire ! Des « en-cas » fait de fruits etc...On peut limiter le stress « nutritionnel » en évitant les excès : de sucre qui exacerbe la fatigue et les changements d'humeur, de caféine, de théine et de boissons au cola qui sont des stimulants et empêchent de se reposer ou de dormir, d'alcool qui est riche en calories, pauvre en nutriments, qui agit comme un dépresseur et qui interfère avec l'absorption des vitamines B, anti- stress.

3. Repos et sommeil

Le stress peut influencer le sommeil, en quantité et en qualité. La fatigue qui en découle devra être prise en considération rapidement. Pour certain(e)s, faire des exercices physiques rétablira rapidement la balance. Pour d'autres, il faudra trouver le moyen de « jongler » avec les moments de repos, d'aller se coucher plus tôt pour récupérer, ou de faire par exemple de brèves siestes de 10 à 15 minutes pendant la journée. Se reposer est une activité en soi, mais il peut être difficile pour certain(e)s de l'admettre et de se l'autoriser. Là aussi, intervenir en prévention évite l'épuisement et la maladie.

4. Relaxation et plaisirs simples...

Dans les situations de stress, s'octroyer un moment à soi peut être difficile à accepter, pour soi et son entourage, surtout lorsque les besoins des autres, et la situation extérieure sont détériorés. Il est cependant indispensable de s'occuper justement et particulièrement de soi (en tenant compte des circonstances, naturellement).

Il existe de nombreuses techniques de relaxation qui apportent une détente certaine mais qui ne peuvent être improvisées ; des cours doivent être pris… Les activités personnalisées et les petits moments agréables que chacun(e) s'accorderont sont essentiels. Ils permettront d'oublier pour un moment le stress du dehors.

Les manières de gérer le stress sont aussi nombreuses et variées que les personnes qui les utilisent, mais elles ont en commun les qualités suivantes :

- elles fournissent un moment de contrôle complet qui va du choix de l'activité à sa durée et à sa fréquence ;
- elles peuvent permettre à la personne de rester seule un moment : un bain, écouter de la musique au walkman, la lecture ;
- elles peuvent être sources de pensées réconfortantes, contact avec la famille, les amis.

On peut aussi choisir de faire quelque chose ensemble, jeu de cartes, d'échecs etc. D'autres s'amuseront avec des jeux électroniques. Enfin, celles (ceux) qui cuisinent sont doublement chanceux, ils gèrent leur stress en préparant un bon repas et font plaisir aux autres par ce moment de détente partagée.

Pour terminer, le contact avec la nature est une source de détente essentielle. Dans la mesure du possible, une promenade, écouter chanter les oiseaux, admirer un magnifique coucher de soleil apportent une détente spirituelle très intense et bénéfique aussi sur le plan physique.

Toutes ces recommandations et suggestions seront vaines si elles ne sont pas appliquées de manière régulière....et c'est probablement là le plus gros effort !

5. Communiquer pour diminuer son stress

Chacun(e) a une manière, un moment, un espace de choix pour communiquer à propos de son stress. Il est important de rester en contact avec l'autre et de parler de ce que l'on vit et ressent. Cependant, si l'on est isolé(e), ou que l'on passe par des moments particulièrement difficiles, avec des collègues « lointains » on aura recours à divers moyens pour communiquer :

- ► un journal,
- ► des lettres (envoyées ou non),
- ► le « Buddy System »
- ► le « monitoring » de notre discours intérieur et de nos pensées à propos de la situation,
- ► communication par la prière et la méditation.

10.4.2. Avant et pendant l'intervention

En ce qui concerne la gestion du stress, nous trouvons ce qui se rapporte à une situation en particulier et ce qui traite des mesures à prendre ou à respecter sur le long terme. Pour ce qui est des situations ponctuelles, notamment à chaud, nous pouvons relever les points suivants :

PREPARATION MENTALE AVANT LA SITUATION

- ► Orientation quant à la mission : « ma tâche consiste en … »
- ► Champ de responsabilité : « de quoi suis-je responsable ? Ce qui m'incombe c'est de… »
- ► Concentration sur la tâche : « le plus important maintenant c'est de… »
- ► Différence entre quotidien et engagement : « ceci est un engagement, j'applique mes connaissances… »

CONTROLE DE SOI PENDANT L'ENGAGEMENT

- ► Questionnement de soi : « puis-je encore travailler correctement ? »
- ► Durée de l'engagement : « l'engagement dure encore … »
- ► Évitement d'impressions inutilement accablantes : « à quoi dois-je être attentif, à quoi non ? »
- ► Rétablissement d'une respiration plus calme et profonde : Respirer profondément, compter jusqu'à cinq, expirer profondément, compter,
- ► Eviter les tensions musculaires inutiles : Passer votre corps en revue et détendez au mieux les muscles non nécessaires.
- ► Définition des critères d'interruption : « l'intervention se termine pour moi lorsque … »
- ► Orientation sur la suite : « après l'engagement je vais faire les choses suivantes :… »

L'ensemble de ces points vise à concentrer l'attention sur la situation, la mission, le champ de l'action et les limites individuelles dans le cadre d'une intervention ponctuelle. La page suivante traite des mesures à prendre sur le long moyen et long terme.

Le chapitre précédent le montre bien, les risques du métier sont nombreux et importants, tant le stress se montre partout présent dans la profession. Rares seront ceux ou celles qui échapperont tout au long de leur vie active aux aléas du métier. Ce chapitre-ci vise à présenter une série de moyens propres, éventuellement, à diminuer l'impact négatif du stress sur le professionnel. Le lecteur avisé remarquera qu'une partie des propositions porte sur la personne et l'autre sur les relations.

En effet, il ressort clairement qu'un des impacts les plus important du stress porte sur nos relations, or, il est démontré que les relations interindividuelles, l'esprit de groupe, la confiance dans le soutien social, sont des facteurs fondamentaux dans la gestion du stress individuel.

10.4.3. Auto-protection et co-protection

A partir de la réalisation de l'importance de la mise en place de moyens pour nous permettre de récupérer, de la capacité à reconnaître nos premiers signes de stress, d'évaluer notre état de stress assez tôt et de connaître nos moyens de relaxation, un certain nombre d'éléments sont susceptibles de nous permettre de nous protéger de l'épuisement :

Auto-protection :

- prise de conscience de l'état de stress,
- repérage des agents stressants dans notre environnement,
- évaluer nos capacités physiques et mentales,
- chercher à abaisser le niveau d'anxiété,
- s'assurer d'activités de loisirs nombreuses et variées,
- développer des stratégies de gestion du temps,
- améliorer notre organisation,
- travailler sur des résolutions de problèmes,
- rester réaliste et précis dans notre monologue intérieur,
- développer des pensées positives,
- éviter, si possible, de prendre d'importantes décisions lorsque trop stressé,
- chercher à prendre du recul,
- savoir dire oui / non, respecter nos limites, savoir déléguer,
- se montrer attentif à nos changements (habitudes, comportement et humeur),
- contacter nos valeurs personnelles, philosophiques et spirituelles,
- tolérance et adaptabilité,
- gérer nos frustrations,
- repérer nos ressources et les développer,
- cultiver les liens positifs,
- soigner nos relations familiales, amicales et sociales,
- développer la qualité de nos relations professionnelles,
- cultiver le rire et le sens de l'humour,

Finalement, les êtres humains sont grégaires, ils vivent en groupe. Dès lors, le groupe devient à la fois le moyen de se protéger des souffrances, malheurs et en même temps source de tensions et de difficultés.

Les professionnels de la santé cherchent à développer des moyens pour diminuer, soulager la souffrance, baisser le niveau de tension et protéger les individus contre les effets pathologiques de la rencontre avec le drame, la catastrophe et l'effroi. Bien des méthodes ont été développées sans toutefois réussir à se mettre d'accord sur leur efficacité.

Pourtant, il existe un point sur lequel les recherches semblent mettre les professionnels d'accords, elles se penchent sur les soldats confrontés aux horreurs de la guerre et elles montrent que : les soldats travaillant en petites unités, avec une bonne relation de groupe (amitié, solidarité) sous les ordres d'un « petit chef » en qui ils ont confiance (il n'a pas besoin d'être aimé, il suffit que les soldats pensent qu'il ne les mettra pas en danger inutilement, qu'il ira avec eux, devant eux et qu'il les défendra face à l'ennemi comme en regard de la hiérarchie) sont bien mieux protégés psychiquement que les autres.

Nous réalisons à quel point des relations de qualité protègent l'individu contre les méfaits du stress et de la souffrance. Il devient alors évident de constater qu'un des meilleurs moyens de protéger l'individu réside dans le fait de soigner ses relations, qu'elles soient sociales, professionnelles ou familiales.

Co-protection :

Du point de vue des relations professionnelles, il s'agira de mettre en place des mesures de « co-protection » qui pourraient tenir notamment dans le fait de :

- respecter les tâches de chacun,
- faire circuler l'information,
- éviter de propager les rumeurs,
- développer l'écoute de nos collègues,
- manifester une communication claire et précise,
- encourager nos collègues,
- chercher à mieux se connaître et développer des liens de confiance,
- reconnaître nos compétences comme celles des autres,
- se montrer attentif aux réactions des uns et des autres,
- encourager l'organisation du travail en petit groupe ou unité,
- développer le travail d'équipe,
- améliorer et harmoniser les relations avec la hiérarchie,
- demander des supervisions,
- organiser des groupes de soutien entre pairs.

Les groupes de soutien aux pairs devraient offrir la possibilité d'exprimer les réactions émotionnelles (mais ne pas l'imposer non plus) de même que traiter les préoccupations techniques ou éthiques concernant les tâches professionnelles.
Le lecteur aura compris qu'il n'est pas question ici de trucs ou de moyens universels et imparables pour faire face aux débordements associés au stress, mais bien d'une série de mesures propres à améliorer, dans la mesure du possible, la situation.

Force est de reconnaître que les mesures d'amélioration des relations collégiales ne sont pas faciles à apporter, surtout lorsque l'on a compris que l'individu, sous l'effet du stress, devient tendu, méfiant, vulnérable, irritable et vite hostile. Or, c'est justement là qu'il est important de faire quelque chose.

Dans le même ordre d'idée, c'est surtout lorsque nous sommes stressés qu'il semble le plus difficile d'engager nos méthodes de relaxation et de détente… d'où l'importance de les adopter au plus vite, avant la zone rouge, pendant qu'elles sont encore praticables et le plus efficaces. Apprenons donc à reconnaître nos premiers signes de stress, à évaluer notre niveau de tension, repérer nos mesures individuelles d'adaptation et de détente pour les engager lorsqu'il est encore temps.

10.4.4. Le Feed-back

Objet du feed-back : Le feed-back vous permet d'éprouver votre propre perception des choses et de lever les malentendus qui auraient été engendrés par certains comportements. Ce n'est pas un outil destiné à l'analyse ou à la transformation de votre interlocuteur. Il donne des informations qui peuvent être précieuses et utiles à l'évolution de la relation et au développement de la personnalité. Les échanges auxquels il donne lieu comportent des informations plus personnelles s'il s'agit d'un droit de réponse accordé de manière réciproque. Le feed-back reflète les valeurs, les idées et les sentiments de la personne qui le donne.

Donner un feed-back

Disposition du destinataire : Vérifiez que le destinataire est disposé à recevoir votre feed-back. En ce qui concerne votre franchise, adaptez-vous à lui: trop de franchise inhabituelle peut choquer votre interlocuteur et le bloquer dans sa disposition à écouter. Tenez compte de la réceptivité du destinataire et des limites de sa perception.

Choisissez le bon **moment** pour donner un feed-back:

Il devrait intervenir le plus directement possible.

C'est lorsqu'il est souhaité par le destinataire qu'il est le mieux reçu.

Contenu du feed-back : ne donner que des retours qui concernent le **comportement** (et non pas qui critique la personne elle-même) et qui soient constructifs pour votre interlocuteur. Exprimez-vous de manière précise et concrète; faites bien la distinction entre ce qui est de l'ordre de la perception, des suppositions, **de l'interprétation** et du ressenti:

Perception :	j'ai remarqué... j'ai vu... j'ai entendu...
Suppositions :	je crois... je pense... j'imagine...
Ressenti :	j'ai senti... j'ai ressenti... je me suis senti(e)... je voudrais bien…
Interprétation :	j'attribue une signification ou une intention …

Rendez votre réaction compréhensible. Evitez de porter des jugements, de coller des étiquettes, de procéder à des caractérisations. Ne portez pas de jugement et ne généralisez pas. Décrivez une expérience et un vécu en vous fondant sur des observations et des événements.

Recevoir un feed-back

Demander un feed-back : notre perception des choses ne correspond pas nécessairement à celle de nos collègues ou de nos supérieurs hiérarchiques; elle est influencée par différents facteurs. C'est pourquoi vous devez demander de façon concrète les informations que vous voulez obtenir, par rapport à un rôle, une situation, une fonction donnée, etc. Ne vous contentez pas d'un jugement global, exigez des remarques précises, de manière à pouvoir comprendre ce que pense votre interlocuteur. Les chances pour qu'un véritable retour ait lieu sont proportionnelles à votre propre ouverture.

Recevoir un feed-back : écoutez attentivement et essayez de saisir complètement ce que votre interlocuteur pense réellement et ce qu'il ressent. Consignez par écrit les remarques qui vous ont été particulièrement douloureuses et laissez-les provoquer une réaction en vous. Relisez-les jusqu'à ce que vous compreniez l'impression qu'elles vous ont faite (ce qu'elles ont déclenché en vous). Essayez d'identifier la situation ou l'élément déclencheur qui suscite cette réaction indésirable. Ne faites pas d'objections, même si le feed-back vous semble inexact.

Que puis-je en faire ? Saisissez les opportunités d'apprentissage que présente un feed-back. Prenez les retours positifs également au sérieux. En vous observant vous-même, vérifiez sur le long terme les (nouvelles) caractéristiques que l'on vous a signalées. Convenez d'un signe avec votre partenaire, par lequel il vous indiquera que vous adoptez le comportement inopportun dont il a été question. Développez une stratégie pour contrer les difficultés et développer les qualités en cause. Quelques mois plus tard, demandez un nouveau feed-back pour vous exercer.

11. ANNEXES

11.1. Le point des revues de littérature fin 2001

11.1.1. Psychological debriefing, Theory, practice and evidence, 2000

Edité par Beverly Raphael et John P. Wilson
Traduit et résumé par F. Globa et M. Berclaz

Le terme "débriefing" est à la fois difficile à définir et difficile à employer conceptuellement. Ce mot fait pourtant partie du vocabulaire courant, dans lequel il est employé au sens de "faire le récit de ce qui s'est passé". Il évoque également la notion de "revoir" ou de "faire le bilan" d'un événement ou d'un ensemble d'actes afin d'en extraire un sens ou une séquence ordonnée. "Se faire débriefer" implique la notion de se faire aider à effectuer cette analyse ou de devenir capable la faire.

Dans son sens technique, où débriefer suppose l'existence d'un processus d'intervention actif et spécifique, ce terme revêt une signification plus explicite. Il y a tout d'abord le concept de "débriefing opérationnel". Il s'agit d'un processus structuré, qui intervient à la suite d'un exercice ou d'un événement, et qui analyse son déroulement, les interventions des divers acteurs ou participants et son degré de réussite ou d'échec. Dans ce cas, l'analyse vise à tirer les leçons de l'expérience acquise et à les appliquer au traitement futur d'événements semblables ou voisins. Ce débriefing opérationnel, processus formel qui intervient généralement après l'action ou l'événement, analyse des éléments tels que: équipements, actions, exécution des tâches et des rôles etc. Dans sa version plus informelle, il fait partie intégrante des activités d'une équipe opérationnelle placée sous la conduite d'une personne désignée. On s'accorde à reconnaître que ces entretiens aident les intervenants à mieux raisonner l'expérience qu'ils ont vécue. Pour certains auteurs, cette analyse des résultats peut aussi susciter le sentiment de maîtrise de la situation, et développer l'esprit d'équipe chez les intervenants. Certains chefs d'équipe y voient un moyen d'aider leurs collaborateurs à mieux comprendre ce qu'ils ont fait et à dire ce qu'ils ont sur le cœur. Sur plan collectif, on y voyait aussi un moyen de consolider une équipe qui, ayant pris conscience des expériences ou des épreuves partagées, pouvait mieux les interpréter collectivement et mieux comprendre les rôles et les actes de chacun.

Une autre version du débriefing est le "débriefing historique de groupe", développé pendant la deuxième guerre mondiale par S. L. A. Marshall, spécialiste américain de l'histoire militaire, pour recueillir un historique des épisodes de combat (décrit par Shalev, chapitre I, comme modèle de débriefing des soldats). Dans ce modèle, remis aujourd'hui au goût du jour, l'environnement de groupe favorise la description de l'événement vécu. En partageant l'expérience qu'ils ont vécue ensemble, les membres du groupe peuvent trouver un soulagement à leur souffrance individuelle et donner un sens collectif à l'événement. Conçue au départ comme un outil purement historique, cette méthode s'est en fait révélée précieuse pour les participants. Dépourvue de structure formelle, elle ne débouchait sur aucune interprétation.

Dans les années soixante, Caplan propose (1964) un modèle d'intervention de crise qui permet d'agir sur des événements stressants lorsque les mécanismes de défense habituels sont inopérants. Il y associe la possibilité de prévenir les séquelles indésirables de ces épisodes stressants. Sans pouvoir être assimilée à un débriefing, cette méthode d'intervention rapide a cependant dressé le cadre qui a permis d'élaborer par la suite d'autres formules d'intervention préventive rapide contre les effets nocifs du stress.

Dans les années 70, l'évolution du débriefing a débouché sur le concept de "débriefing psychologique". Cette procédure, déclinée dans plusieurs modèles, visait à répondre aux besoins des travailleurs intervenant sur des incidents, des situations d'urgence ou des interventions militaires.

Le modèle de débriefing le plus répandu est celui de Jeffrey Mitchell connu sous le nom de Critical Incident Stress Debriefing (CISD) (Débriefing en cas de stress critique post intervention). Cette formule de débriefing psychologique, qui suit une structure et des modalités strictement définies, a été élaborée pour gérer les cas de stress critique présentés par les travailleurs des services d'urgence après intervention sur incident. Dans son analyse des divers modèles de débriefing psychologique, Dunning (1988) (voir Stuhlmiller et Dunning, Chapitre 22) décrit plusieurs versions de cette technique, dont ses versions éducatives, où elle distingue la version didactique et la version pédagogique. Cette dernière comprend le CISD et un arsenal intégré de techniques de traitement fondées sur la consolidation des défenses et la restructuration cognitive. Toutefois, ces autres modalités ne semblent pas être largement pratiquées, peut-être parce qu'elles sont relativement plus discrètes que le CISD.

Parmi les significations du terme débriefing il convient de relever celles qui correspondent à sa relation avec celui dispensé au personnel d'intervention en cas d'incident ou d'urgence. Ce contenu porte sur la préparation, la formation et les instructions données aux personnels de la police, de l'armée, des secours d'urgence, des secours en cas de catastrophe pour leur permettre de gérer les situations d'urgence et d'exception. Tout porte à croire qu'une formation et une préparation ciblées et efficaces permettent d'atténuer les facteurs de stress, voire de réduire le risque de séquelles morbides associés au stress (troubles du sommeil, dysfonctionnement social).

Briefing et débriefing peuvent être intégrés en tandem dans les opérations d'une équipe d'urgence ou militaire ou d'autres catégories de personnels exposées à des facteurs de stress psychologique. Ils sont ainsi indissociablement intégrés aux modalités de fonctionnement de l'équipe. Dans d'autres cas, ils peuvent être associés à des programmes de santé ou de santé mentale, et alors considérés comme propres à soutenir la gestion du stress professionnel ou post critique. Dans ce cas, ils peuvent être intégrés aux services de santé et de sécurité professionnels, ou encore à un programme de gestion du stress. Le débriefing se présente donc sous de multiples aspects et peut donc s'appliquer à toute une gamme d'incidents critiques dans l'environnement de travail.

Aujourd'hui le débriefing a largement dépassé son contexte d'origine pour s'appliquer désormais à tous les événements de l'existence, y compris des événements relativement positifs. On peut y voir l'imposition d'un cadre tendant à pathologiser les vicissitudes inévitables de l'existence, ce qui a pu éventuellement contribuer à l'idée que nous sommes une société stressée et traumatisée. On peut aussi dire que le débriefing est souvent motivé par un désir altruiste et humanitaire de venir en aide à ceux qui souffrent, de défaire le mal qui leur est arrivé, de les réconforter et de "remettre les choses en place".

Le débriefing, doublé du soutien psychologique aux traumatisés, peut être considéré comme le socle d'une nouvelle industrie du traumatisme, source de revenus et d'interventions concrètes. On peut aussi y voir la potion magique de l'intervention préventive, celle qui permet d'empêcher la souffrance et la morbidité chronique qui sont fréquemment associées aux événements traumatisants de l'existence.

Quand tout est dit, les auteurs qui ont contribué à cet ouvrage estiment généralement que si les techniques de débriefing bénéficient de la bonne foi, de la bonne volonté et du travail théorique de ceux qui le préconisent, elles sont loin de reposer sur des hypothèses systématiques fondées sur des données scientifiques avérées et vérifiées par des études empiriques conduites selon une méthodologie éprouvée. Mais, comme dans tout processus de développement scientifique, il faudra attendre le résultat d'une recherche systématique pour savoir quelles formules de débriefing sont recommandées selon les circonstances.

On peut soutenir que la compréhension du stress en général, et du stress traumatique en particulier, a fait des progrès remarquables depuis une vingtaine d'années, notamment grâce à des études scientifiques de haute qualité. Cette recherche est venue valider les modèles cliniques précédemment proposés. Le débriefing est préconisé avec conviction, dans un état d'esprit semblable à celui qui a inspiré la compréhension du syndrome de stress traumatique. Mais le débriefing est aussi une intervention pointue, et seules des bases scientifiques incontestables peuvent valider son utilisation dans la réponse post-traumatique aiguë et le rétablissement définitif. Or ce n'est pas encore chose faite. Le but du présent ouvrage est précisément de proposer des pistes et de jeter les bases d'une recherche scientifique critique.

La problématique du débriefing

Les principaux problèmes posés par le débriefing dépendent du cadre dans lequel l'exercice est conceptualisé: le mode narratif, l'intervention de crise, l'éducation psychologique, la gestion du stress, la prévention, la thérapie ou l'intervention intégrée, par exemple. D'autres facteurs à prendre en compte sont les événements, les stresseurs ou les incidents auxquels peuvent s'appliquer - à tort ou à raison - les interventions de débriefing: incidents critiques, stresseurs traumatisants, deuil, éloignement ou éclatement du groupe, stresseurs chroniques, catastrophes etc. La compréhension théorique de ces événements stressants sera le lien qui permettra de déterminer dans chaque cas la nature des processus réactifs, la motivation raisonnée et la chronologie des interventions, ainsi que les aspects prescriptifs du débriefing.

La narration, ou récit de l'événement

Selon Weisæth (Chapitre 3), le récit de l'expérience se produit plus ou moins spontanément, dans un cercle d'anciens combattants, par exemple, ou dans le cadre du comportement naturel d'un groupe après un incident majeur. Ursano et al. (Chapitre 2) démontrent comment le récit naturel, qui se produit plus fréquemment chez les sujets fortement exposés et manifestant des formes graves de stress post-traumatique (Ursano et al., 1996), ne produit pas en réalité d'atténuation de ces symptômes (évaluation à 7 mois). La tradition du récit est très vivace, ainsi que le montre McFarlane (Chapitre 24), mais ici, comme dans la recherche en psychothérapie en général, la valeur curative de la narration n'est pas scientifiquement établie, même si la croyance en ce remède est fortement ancrée. Il est intéressant de constater que les peuples indigènes recourent volontiers à un modèle narratif pour résoudre la perte. Mais la résolution de la perte est un concours de processus phénoménologiques très différents, comme nous le montrons ci-après.

De nombreux auteurs invoquent Pennebaker et Susman (1988) à l'appui de leurs hypothèses sur le débriefing, mais les travaux de ceux-ci portaient sur des sujets moins stimulés. Il peut y avoir une certaine spontanéité dans le récit naturel d'un événement, mais pas pour n'importe qui. Certains de nos auteurs affirment que ce remède n'est pas toujours le meilleur mécanisme de défense, ni pour tout le monde, ni en toutes circonstances. La valeur de l'expression parlée de la souffrance ou de la réaction émotive (dont notamment le sentiment d'impuissance) est particulièrement sujette à caution lorsque le sujet doit continuer à fonctionner et à affronter la suite de l'incident critique ou la continuation de l'horreur, de la violence etc.

Certains praticiens estiment donc qu'il peut y avoir contre-indication à proposer un débriefing. Il est donc indispensable d'adapter chaque intervention à l'individu et à la situation considérés. C'est ce qu'affirment Wilson et Sigman (Chapitre 4) lorsqu'ils préconisent l'élaboration d'un modèle spécifique sujet/situation pour choisir les interventions appropriées à chaque cas et pour en évaluer l'efficacité.

Shalev (Chapitre 1er) souligne que la stimulation et la souffrance sont des éléments pathogènes potentiellement critiques dans le passage de la réaction normale à un stresseur, puis à un syndrome de stress post-traumatique. Il démontre que le fait de calmer l'état de stimulation ou de souffrance aiguë peut constituer un mécanisme préventif précieux. Il semble pourtant que chez certains sujets, la stimulation soit plus aiguë encore après le débriefing. On peut en déduire que la ré exposition causée par le récit des événements peut avoir des effets néfastes sur certains sujets. Mais on ne semble disposer d'aucun mécanisme solidement établi qui permettrait de diagnostiquer et de traiter cette catégorie de personnes. McFarlane (Chapitre 24) propose, dans certains cas, une intervention pharmacologique. Il faut aussi se demander dans quelle mesure la narration apporte toujours une solution à ce qui s'est passé et aide à maîtriser l'événement, ou bien si elle ne renforce pas parfois le sentiment d'impuissance. A cette question, pourtant critique, aucun auteur n'apporte de réponse. Terr (1991) a démontré que le jeu répétitif chez l'enfant traumatisé, loin de contribuer à la résolution, constitue un traumatisme permanent, assorti de tentatives répétées et infructueuses du sujet pour parvenir à la maîtrise et à l'intégration.

Selon toute vraisemblance, un certain nombre de victimes d'incidents graves, de traumatismes ou de catastrophes se fixent sur leur statut de victime au point de se transformer en "narrateur" de leur propre histoire sans pouvoir parvenir à la résolution. La victime reste enfermée dans son incident, sans forcément manifester de symptômes ou de signes extérieurs de malaise. Ce mécanisme de défense est éventuellement renforcé par le puissant sentiment d'importance associé à l'événement et qui donne à la victime un sentiment d'exister qu'elle n'a peut-être jamais éprouvé avec la même intensité. Il reste qu'il ne peut y avoir de résolution tant que le sujet reste bloqué dans la temporalité de l'événement et dans les récits qu'il en fait. Dans certains cas, l'introspection peut faciliter la guérison, dans d'autres, elle ne sert qu'à entretenir les mécanismes de défense contre l'impuissance et la blessure.

Le grand public et les professionnels de la santé mentale sont convaincus que, grâce à la parole, la victime se remettra mieux. Dans leurs études d'évaluation, Robinson et al. (Chapitre 6) montrent que les consultants des services d'urgence trouvent le débriefing utile dans la mesure où il leur donne l'occasion de raconter ce qui leur est arrivé. Ceux qui n'ont pas eu l'occasion de se défouler dans un cadre organisé peuvent avoir le sentiment d'avoir été privés d'un secours qui leur aurait été utile. Cependant, Watts et ses collaborateurs ont montré (Chapitre 9) que l'utilité perçue du débriefing ne se corrèle pas avec le résultat. Bien plus, les études plus récentes d'Ørner démontrent que le débriefing est plus utile et plus fréquemment employé par ceux-là mêmes dont on penserait qu'ils en ont le moins besoin (Avery & Ørner, 1998).

L'apport incontesté du mouvement du débriefing a été de permettre, aux hommes, surtout, de pouvoir faire sans honte le récit d'un épisode traumatique, y compris dans un contexte de guerre. Ce seul fait a positivement fait reculer la sanction négative qu'un univers entièrement masculin impose à celui qui verbalise ses émotions ou qui admet une détresse personnelle. Les mécanismes de défense des hommes et des femmes sont différents, constatation fréquemment mise en évidence. Les femmes s'entretiennent plus volontiers de leurs problèmes avec d'autres et partagent leurs sentiments, tandis que les hommes recourent à des modes de défense plus actifs, orientés vers l'action, voire le passage à l'acte.

Pour certains auteurs, on est passé de la négation pure et simple des conséquences d'un épisode psychologiquement traumatisant à la prise en compte exagérée du moindre incident comme nécessitant un débriefing ou une consultation psychologique, ainsi qu'à l'attribution exagérée d'un statut de victime. De nombreux indices semblent suggérer que l'extériorisation en groupe peut être néfaste lorsque le groupe est disparate. Les sujets soumis à une exposition bénigne peuvent être traumatisés par le récit terrifiant de ceux qui ont subi un choc plus intense. On voit ainsi qu'il est indispensable d'effectuer un dépistage ou un tri des victimes avant de composer un groupe de débriefing.

Parler naturellement à sa famille, confidente privilégiée, ou à ses amis, est une réaction qui se produit au fil du temps (Ursano et al., Chapitre 2). On considère généralement ce processus comme un élément important de l'intégration progressive de l'incident et de la formation du souvenir. Certaines épreuves sont perçues comme étant trop épouvantables pour qu'on puisse en parler, notamment à sa famille. Armstrong (Chapitre 21) se sert aussi du cadre familial dans son modèle de débriefing dans le cas d'épisodes à stresseurs multiples. Il faudra approfondir les recherches pour établir dans quelles circonstances la verbalisation est perçue comme étant utile, et pour qui; ce qui est perçu comme étant utile ou négatif.

Des travaux antérieurs sur le deuil conjugal ont analysé ce modèle narratif. Ils ont permis de constater que, lorsque le sujet a une perception négative du réseau de soutien social, dans des situations où l'on considère que la verbalisation est importante pour l'aider, le résultat est lui aussi négatif. Dans ces cas de sujets à risques, une interaction de diverses interventions professionnelles qui répondront à ces besoins peut permettre d'écarter une issue négative (Raphael, 1977). On peut en déduire que le penchant naturel du sujet à s'exprimer doit être adapté aux besoins et au rythme de chacun.

Les études qui portent un jugement positif sur le débriefing (voir, par exemple, Robinson, Chapitre 6) affirment également que le fait de partager son vécu a une valeur intrinsèque. Dans certains cas, le partage collectif du récit personnel d'une expérience traumatisante permet au groupe d'apprendre et de comprendre ce qui s'est produit. Ce processus, qui débouche normalement sur un apprentissage, est précieux lorsqu'il s'agit de groupes qui sont appelés à partager une instruction, une formation et une activité communes.

Dans un contexte professionnel, de nombreux auteurs, notamment Mitchell et ceux qui utilisent son modèle, indiquent que cette interaction réduit le taux de renouvellement du personnel et les absences pour maladie et améliore d'autres indicateurs de stress professionnel. Mais on ne trouve, ni dans les études de l'armée, ni ailleurs, de données systématiques provenant d'essais contrôlés qui prouverait que cette méthode peut prévenir le syndrome post-traumatique. Mitchell et Everly (Chapitre 5) affirment sans équivoque qu'elle n'a pas vocation à être employée dans la prévention ou le traitement du syndrome post-traumatique.

Intervention de crise et débriefing en cas de stress consécutif à un incident critique

Depuis quelque temps, le débriefing se présente en tant qu'"intervention de crise", nouvelle contextualisation de ses avantages potentiels. Dans la formule proposée par Mitchell et ceux qui recourent à son modèle, le débriefing s'encadrait dans une structure d'intervention plus formelle. Bien que ce modèle ait été assoupli pour le rendre moins formel qu'à l'origine, il se déroule encore dans un contexte institutionnel. Il n'est pas entièrement faux d'assimiler débriefing et intervention de crise, au sens ou on entendait ce terme au départ. Dans le modèle de Caplan (1964), l'intervention de crise était formulée en termes sociologiques et psychologiques et faisait intervenir les gardiens naturels, les réseaux sociaux et des interventions rapides et ciblées.

Il existe donc certaines ressemblances entre les deux méthodes. Toutefois, le débriefing à ses origines s'effectuait plutôt en une intervention unique et se distinguait par ses caractéristiques formelles et structurées. Il ne faisait pas appel aux interventions des réseaux sociaux. A cela il faut ajouter que la définition de "crise" était légèrement différente: il y avait crise en cas de défaillance des mécanismes normaux de défense devant certaines circonstances de l'existence. Le débriefing intervient normalement dans les moments qui suivent l'événement, alors que le sujet n'a pas eu le temps de montrer s'il est ou non capable d'amortir le choc et de s'adapter, sauf dans les cas où l'acuité de la détresse ou du dysfonctionnement montrent clairement que l'adaptation ne se fait pas encore.

Le modèle d'intervention de crise semble indiquer que la plupart des intéressés règlent leur situation de crise avec un minimum de soutien. Mais il nous apprend aussi que certains sujets sont particulièrement démunis devant l'épreuve, par exemple lorsque leurs ressources personnelles sont épuisées ou que les filets de sécurité sociaux ont lâché. Les interventions devraient donc se concentrer sur ces catégories de personnes.

Plusieurs études du modèle d'intervention de crise pur ont été effectuées dans des essais randomisés et contrôlés. Ces études portaient sur le cas suivants: intervention de crise de deuil pour les veuves à haut risque (Raphael, 1977); intervention de crise sur les personnes à risque à la suite d'un accident de la route (Bordow & Porritt, 1979); intervention de crise sur les personnes malades ou accidentées Viney et al., 1985). Plusieurs articles du présent ouvrage (Watts, Chapitre 9, Hobbs & Mayou, Chapitre 10 etc.) ainsi que d'autres auteurs (Bisson et al., 1997, Wessely et al., 1998) ont démontré que le débriefing est inopérant dans chacun de ces contextes et serait même associé à une morbidité accrue, même lorsque la perception subjective est positive. De plus, les interventions de crise sont généralement effectuées dans les semaines qui suivent l'événement, le plus souvent sous forme de plusieurs sessions individuelles et non de groupe, sauf exception. Ces sessions reposent sur des principes de dynamique et de vulnérabilité individuelles.

On voit donc que si le débriefing peut être envisagé dans un cadre tel que l'intervention de crise, notamment dans sa version gestion du stress consécutif à un incident critique, la dichotomie est claire. Les deux techniques proposent bien toutes deux un traitement conceptuel de la défaillance des mécanismes de défense chez les personnes normales qui traversent un état de déséquilibre suite à un épisode de vie stressant. Mais il ne suffit pas de présenter le débriefing comme une intervention de crise pour favoriser sa cause et sa prescription. Les formats sont différents, le ciblage et la chronologie sont différents. Là où ils existent, les essais randomisés et contrôlés effectués sur les interventions de crise prouvent que le débriefing est non seulement inopérant, mais peut-être même parfois nocif.

Le rôle éducatif et psychoéducatif du débriefing

Dans son travail sur les différents modèles de débriefing (1988), Dunning montrait que certains ont une valeur éducative nettement supérieure. Selon cette étude, l'analyse des événements permettrait de préconiser à la fois les réactions à avoir en cas d'incident grave et les moyens de surmonter ces situations. Il n'y a rien à redire à un tel schéma pédagogique en soi.

Plusieurs contributions insistent sur la valeur incontestable d'une formation avant l'événement. Les recherches d'Ursano et al. de 1996 mettait déjà ce rôle en évidence. On sait aussi que les unités d'élite de l'armée sont soumises à une formation rigoureuse qui les aguerrit à réagir à des difficultés prévisibles au combat. Cette formation, fondée sur la répétition et la mise en condition, permet de dresser des répertoires de maîtrise et d'efficacité.

La question de la formation et de l'apprentissage dans le contexte d'événements traumatisants pose plusieurs problèmes importants. Le modèle traditionnel de débriefing CISD apprend aux intéressés à prévoir les symptômes psychologiques qu'ils éprouveront et à connaître la notion de "réaction normale à une situation anormale". Dans cet enseignement, l'apprentissage reste strictement passif. Or la théorie de l'enseignement, tout particulièrement dans l'éducation des adultes, privilégie les méthodes actives d'apprentissage et de solution des problèmes. Cet aspect semble avoir été mieux pris en compte dans les modèles proposés par Weisæth (Chapitre 3), Shalev (Chapitre 1), Alexander (Chapitre 8), Lundin (Chapitre 13) et Armstrong (Chapitre 21), qui permettent aux apprenants de mieux prendre en charge l'apprentissage transmis par le débriefing.

L'apprentissage constitue donc un aspect essentiel du débriefing comme de toute intervention. Mais qui apprend quoi, et de qui? Comme nous l'indiquons ci-dessus, le participant peut apprendre à connaître les symptômes, ou les syndromes pathologiques et s'y identifier, à la manière d'un étudiants en médecine qui travaille sur une maladie. On lui "apprendra" peut-être que tout le monde a besoin d'un soutien. Mais apprendra-t-il, comme le démontrent de multiples situations de catastrophes, que l'être humain est doté d'une résistance insoupçonnée, même dans les situations les plus ardues, et qu'il ressort parfois plus fort du combat personnel qu'il a livré contre l'adversité (Tedeschi & Calhoun, 1996) ?

On lui apprendra peut-être que tout stress doit être médicalisé, même si le stress n'est qu'une "réaction normale à une situation anormale". Le débriefing en soi n'est pas forcément responsable en l'occurrence, mais le débriefing est peut-être l'instrument d'un mouvement social qui donne de notre société l'image d'une société de victimes stressées ou traumatisées.

Un apprentissage qui repose sur les principes de la formation des adultes permet en revanche d'exploiter la force propre à chaque individu, la reconnaissance de son propre cheminement vers la maîtrise de l'événement, ainsi que la force des autres. Ce qui pose aussi le problème du contenu d'un enseignement qui viserait à renforcer les mécanismes de défense.

Ces questions restent pour l'instant du domaine de l'hypothèse. Il faut encore approfondir la recherche pour évaluer les effets pédagogiques positifs et négatifs des interventions de type débriefing. Il faut aussi se demander comment ces connaissances s'intègrent dans le savoir général de l'individu. Si la personne a déjà appris comment réagir concrètement et intérieurement aux chocs de l'existence, à quoi lui servira d'en apprendre plus par un débriefing ?

Est-ce nécessaire, est-ce vraiment dans l'intérêt de la personne ?

On connaît la valeur d'expérience d'épisodes exceptionnels ou traumatisants antérieurs (dans la mesure où ils ont été bien résolus). On sait aussi que cet apprentissage personnel peut, dans une certaine mesure, vacciner le sujet contre le choc suivant.

Débriefing et gestion du stress

Pour Shalev (1994), le débriefing trouve mieux sa place dans le cadre de la gestion du stress. C'est peut-être en effet une application plus constructive de ce type d'intervention, d'autant plus qu'elle se décline aujourd'hui dans de multiples formules d'intervention dans l'environnement de travail. C'est ce que tendent à démontrer les résultats présentés par Mitchell et ses confrères (Chapitre 5). Ces interventions s'adressent au stress rencontré dans le travail d'urgence. Elles s'adressent aussi à des stresseurs moins insurmontables, c'est-à-dire plutôt au stress en cas d'incident critique qu'au stress traumatique. Elles ont pour but de restaurer la fonctionnalité du travailleur et de lui permettre de reprendre son activité professionnelle sans dommages d'ordre médical ou social.

Ces auteurs affirment le plein succès de cette application, ce qui tend à confirmer les constatations contraires, à savoir que le débriefing n'est pas recommandé pour les situations insurmontables, circonstances dans lesquelles il semble n'être d'aucune utilité. Le concept de vaccination anti-stress est également repris dans certains modules de gestion du stress, où il fait partie de la formation préparatoire pour traiter les événements stressants par la mise en actes de ces événements dans des jeux de rôles.

C'est pour cette raison, sans doute, que Mitchell et ses collègues (Chapitre 5) donnent à juste titre à leur programme le nom de Gestion du stress consécutif à un incident critique (CISM). Encore faut-il définir ce qu'est un "incident critique" et à partir de quel moment l'incident critique peut soit se transformer en "incident traumatisant", soit rejoindre les autres épisodes de la "vie courante". Ce problème de définition est abordé différemment selon les auteurs. Le modèle le plus clair de gestion du stress en milieu professionnel serait éventuellement celui de Flannery et al. (1991) et leur programme d'action à l'intention des personnels victimes d'agressions. Ce programme consiste à intégrer la capacité de gestion du stress du système dans un modèle d'attente positive utilisant le paradigme du CISD.

Une recherche dans une optique de gestion du stress pourrait utilement contribuer à tester l'efficacité de systèmes interventionnistes comme le CISM dans les organisations. En effet il s'agit d'une réponse en milieu institutionnel qui permettrait d'effectuer des études préalables et de suivi ainsi que le suivi longitudinal des cohortes. Ce travail serait fort utile pour établir la valeur du paradigme. Il devrait évidemment porter tout autant sur les processus d'adaptation et sur les résultats positifs que sur les aspects négatifs: en d'autres termes, aussi bien sur le stress en tant que défi et apprentissage que sur le stress à titre de vulnérabilité et source de pathologie.

Quand faut-il débriefer?

Le modèle original d'Horowitz (1976) des syndromes de réponse au stress comptait le deuil parmi les stresseurs traumatisants. La délocalisation, la détresse, les épisodes et les diagnostics de maladie, le service militaire, les activités de maintien de la paix et autres ont été l'objet de débriefings. Même l'accouchement peut être débriefé comme le montrent Boyce et Condon (Chapitre 19). Wilson et Sigman (Chapitre 4) décrivent un modèle matriciel qui insiste sur la multiplicité des stresseurs et, par conséquence, des décisions concernant les interventions. Ils recommandent l'élaboration d'une typologie du débriefing fondée sur une logique de facteurs empiriques associés à des considérations telles que le risque, les menaces et les dommages infligés à soi même et à d'autres.

Tout ceci illustre la confusion qui règne entre le modèle de débriefing conçu pour traiter les stresseurs critiques rencontrés dans le cadre des activités professionnelles d'urgence et la prolifération d'interventions de débriefing pour tout et n'importe quoi. C'est ce que développe Wraith dans son article (Chapitre 14): elle insiste sur la nécessité de faire la distinction, chez l'enfant, entre les épisodes qui produisent des effets traumatisants (sur le développement, par exemple) et ceux qui n'ont pas cet effet. Et pourtant il n'existe pas de cadres opérationnels qui soutiennent efficacement ce processus. Wilson (1989) insistait lui aussi sur la multiplicité des stresseurs et la diversité de leurs effets. Wilson et Sigman (Chapitre 4) reconnaissent ces effets et les décisions qu'ils entraînent en matière d'intervention, tout en contextualisant encore ces interventions dans le débriefing.

CONCLUSIONS

La science

L'ouvrage rassemble un grand nombre d'études récentes traitant de l'efficacité du débriefing en diverses circonstances, auprès de populations distinctes et sous des formes variées. Les résultats rapportés incluent tant ceux d'avocats férus du débriefing que de recherches ne laissant apparaître aucun bénéfice, voire rapportant de potentiels effets négatifs.

Il y ressort clairement que le débat va se prolonger, mais il est à espérer qu'il permettra la reconnaissance des difficultés méthodologiques, les limitations aussi bien des résultats négatifs que des positifs, ainsi que des précautions de base solides. Par exemple, il apparaît que l'on ne peut pas prétendre prévenir l'état de stress post-traumatique. Peut-être est-ce un effet possible, mais des recherches systématiques se montrent nécessaires pour établir ce fait. Finalement, le débat porte tant sur la science et ses interprétations que sur le point de vue des chercheurs.

La foi

La foi en cette méthode est telle que même ceux qui n'ont trouvé aucun effet au débriefing estiment qu'il faut continuer à le proposer. La pression sociale est telle que dans la population on a fini par penser qu'il doit être prodigué à tous, y compris pour des événements mineurs voire lors de transitions normales de la vie quotidienne, alors même que les spécialistes sont d'avis de le réserver à des situations particulières, en des circonstances données et ce dans un certain contexte culturel.

Mais alors qu'est-ce qui rend cette croyance aussi inébranlable ? Les auteurs relèvent des facteurs financiers, tant ce type d'intervention représente un marché des plus attrayant. Ils soulignent également la préoccupation légale, dans le sens où un organisme pourrait craindre de se voir jugé négligent s'il n'avait, en certain cas, organisé un débriefing. De plus, les organisations qui proposent le débriefing à leurs employés pourraient pensé avoir répondu aux besoins de ces derniers, et c'est d'ailleurs souvent perçu comme la capacité, chez l'administrateur, de "reconnaître la souffrance ou l'expérience" de ses collaborateurs. Ainsi, la signification symbolique considérée comme une valeur pourrait également participer à la croyance selon laquelle le débriefing est bon et doit être prodigué à tous.

Mais avant tout, la bonne fois et la bonne volonté des intervenants n'étant pas à mettre en doute, il y a cette tendance altruiste qui nous pousse à chercher à soutenir les personnes confrontées à des événements traumatiques. Peut-être y a-t-il lieu alors de mieux séparer ces deux points que sont le soutien altruiste et le débriefing, dans le sens où il existe probablement toute une variété d'autres types d'intervention tels que le soutien psychologique d'urgence, l'éducation, l'information, les groupes de soutien, la consultation focalisée, l'assistance pratique, parmi d'autres.

La sagesse

Ainsi, les théories sur lesquelles s'appuient le débriefing comme d'autres interventions nécessitent d'être bien plus clairement développées. Il s'agit de comprendre et définir de façon beaucoup plus précise le contexte social, le concept de stress, ce que sont les stresseurs, l'adaptation psychologique, la phénoménologie des réactions au niveau neurophysiologique ainsi que les relations complexes entre ces divers éléments.

Il a été relevé que dans certains contextes se dessine la représentation d'une société entièrement traumatisée et stressée, plutôt que la représentation du stress comme un défi incontournable susceptible d'offrir des possibilités d'apprentissage et d'évolution, quand bien même accablant par moment. De même, les différentes représentations culturelles de ce qui est défini comme stresseur, sa signification et la réponse à y apporter devraient également être comprises, ainsi que les variables du passé, du présent comme du futur, susceptibles d'influencer les réactions. La recherche concernant le débriefing devrait pouvoir répondre à des questions telles que : combien, quand, comment, pour qui et avec quels effets en interaction avec d'autres interventions et processus ? Un autre problème urgent est de vérifier si oui ou non le débriefing peut être nocif en retardant la rémission, en re-traumatisant la personne ou en ne respectant pas l'adaptation naturelle et l'évolution individuelle. L'offre de débriefing pourrait-elle diminuer la possibilité d'interventions plus tard et plus appropriées ? Il y a là matière à se montrer précautionneux.

Sans aucun doute, la recherche concernant le débriefing reste bien un défi. Mais comme les auteurs le relèvent, il y a fort à parier que les bénéfices du débriefing se situent dans une approche intégrée de gestion du stress pour les services d'urgences. Les bases scientifiques d'une utilisation dans ce contexte comme dans un cadre plus large nécessitent encore d'être démontrées. L'évaluation est un point clef dans la recherche, elle offre les informations nécessaires pour gérer l'efficacité du service proposé, définir ce qui nécessite encore d'être étudié, modifié ou améliorer. En l'occurrence, l'évaluation doit contenir des comparaisons : est-ce plus efficace que d'autres choses susceptibles d'être faites ou est-ce seulement mieux que rien ?

Les structures et systèmes sociaux devraient être examinés afin de répondre aux questions concernant ce que signifie le débriefing et comment ces systèmes peuvent expliquer ou contribuer à ses effets. La prise en compte de la culture n'est pas pertinente que pour l'identification des stresseurs et de leurs effets dans différents contextes culturels, mais également pour explorer les prescriptions et rituels qui y sont associés. Le débriefing correspond-t-il aux modèles holistiques et aux définitions de problèmes ? Il y a beaucoup à tirer des diverses formes de réponse de groupes traditionnels.

Ainsi, le débriefing revêt de très différentes significations pour de fort nombreuses personnes. De façon très générale il semble représenter la possibilité d'apporter de l'aide, de reconnaître la souffrance, la réalité de l'espoir. Comme le suggèrent les auteurs de cet ouvrage, il existe de bonnes raisons pour proposer cette intervention. Cependant, cela ne peut être fait sans un regard critique, de la recherche scientifique et une prise en compte sage des processus. Les aspects positifs et porteurs d'espoir du débriefing doivent être reconnus et développés plus en avant. La force du psychisme individuel comme la capacité du tissu social à gérer le stress, la perte et à intégrer le trauma devraient être reconnus et respectés, tout en apportant le soutien aux personnes à risques et celles qui le nécessitent. L'ensemble des réponses humaines et altruistes devrait être mis en valeur et développé pour elles-mêmes, comme le meilleur de la nature humaine et son espoir fondamental pour le futur.

Note du traducteur **: en résumé, nous pourrions dire que, plutôt que de poser la question en terme d'utilité ou non du débriefing, de son efficacité ou sa nocivité, il pourrait être plus enrichissant d'évaluer :**

1) <u>quelles composantes</u> du débriefing sont potentiellement bénéfiques ?

2) en quoi le débriefing lui-même pourrait être la composante d'une prise en charge plus vaste, plus globale ?

3) quelles autres méthodes pourraient se montrer plus efficaces et dans quels contextes ?

11.1.2. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder

PTSD Research Quarterly, volume 12, No 4, 2001 *Traduction m. berclaz*

Intervention immédiate pour prévenir l'ESPT et d'autres problématiques reliées au traumatisme

Joseph Ruzek, Ph.D.
National Center for PTSD
Patricia Watson, Ph.D.
National Center for PTSD and
Dartmouth Medical School

Bien que l'étude concernant les interventions immédiates s'est accélérée au cours de la dernière décade, et cette accélération a augmenté suite aux événements du 11 septembre 2001, les preuves le l'efficacité de ces interventions restent fort limitées. L'intervention immédiate est définie ici comme une intervention visant à prévenir les troubles émotionnels chroniques et minimiser la détérioration de la qualité de vie suite à l'exposition à un événement traumatique. Une conférence, parrainée par divers départements fédéraux (parmi lesquels le département de la défense, celui des Veterans Affairs, de la Justice, le Centre National pour l'ESTP, l'Institut National pour la Santé Mentale et la Croix Rouge américaine) a récemment rassemblé des experts du monde entier afin de parvenir à un consensus concernant les interventions immédiates consécutives à des incidents de violence de masse. Les conférenciers concluaient que les preuves disponibles à partir de recherches à contrôle randomisé (RCR) n'autorisait **aucune confirmation ou réfutation définitives de l'efficacité** des interventions psychologiques immédiates quelles qu'elles soient. La majorité des recherches dans ce domaine se sont penchées sur les traitements des suites de traumatismes individuels plutôt que collectifs, cependant, les conclusions concernant la portée des traitements préventifs individuels restent aujourd'hui sans garantie. De plus, aucune de ces recherches n'a porté sur l'intervention immédiate auprès des enfants.

Le débriefing psychologique

Le débriefing psychologique peut être appliqué sous différentes formes, il est cependant défini ici comme une session unique proposée à des groupes ou des individus dans le but de développer le dévoilement d'expériences traumatiques, la normalisation des réactions, l'information des participants quant aux réactions de stress, le renforcement des capacités à faire face ainsi que l'identification des personnes susceptibles de nécessiter un soutien plus intensif. Bien que le débriefing psychologique s'adressait, à l'origine, à des soldats ou au personnel de services d'urgence, il a souvent été appliqué auprès de civils. Les résultats des recherches randomisées conduites jusqu'ici indiquent que les débriefing psychologiques proposés à *des individus ou des couples* ne préviennent pas de l'Etat de Stress Post Traumatique ou de toute autre pathologie (Rose et al., 1999), et peut même aggraver les réactions psychologiques chez certains participants (Mayou et al., 2000). De façon générale, des évaluations moins rigoureuses ont produit des résultats mitigés, mais la majorité des études méthodologiquement plus valides n'arrive pas à relever de bénéfices significatifs au débriefing psychologique de groupe (Deahl et al., 2000). Quelques recherches suggèrent également que d'augmenter à trois le nombre de séances après l'événement n'améliore pas les résultats (Carlier et al., 2000).

Il n'existe pas de preuve à partir de recherches randomisées pour défendre l'efficacité préventive du Critical Incident Stress Debriefing (CISD), une méthode structurée (Mitchell et Everly). Le CISD est susceptible de soutenir la cohésion de groupe, le moral et d'autres éléments importants, mais cela n'a pas encore été démontré empiriquement.

Mitchell et Everly, qui ont développé le CISD, soulignent qu'il n'était pas conçu pour être utilisé séparément des autres composantes d'un plus vaste programme de gestion du stress en situation critique (CISM), un système d'intervention de crise à composantes multiples, complet et intégratif. Ils reconnaissent la nécessité d'études méthodologiquement plus rigoureuses du CISD ainsi qu'une évaluation systématique des systèmes CISM.

Des revues de littérature récentes ont soulevé la question de l'efficacité du débriefing psychologique tel que pratiqué couramment (Litz et al., sous presse; Raphael & Wilson, 2002; Rose et al., 2001). En général, elles concluent qu'il existe suffisamment de preuves empiriques pour recommander que le débriefing ne soit pas proposé de façon automatique aux individus immédiatement après un traumatisme. Elles relèvent le besoin de sérieuses recherches randomisées traitant du CISD comme des autres formes de débriefing psychologique tant pour les individus que pour les groupes. Le guide pratique de débriefing psychologique de la Société Internationale pour l'Etude du Stress Traumatique (Bisson et al., 2000) déclare que, si employé, le débriefing devrait être animé par des praticiens expérimentés et bien formés, ne pas être obligatoire, devrait utiliser une évaluation clinique des participants potentiels et devrait être accompagné de procédures d'évaluation claire et objective.

Une théorie concernant les potentiels effets négatifs du débriefing relie ces effets à l'association entre l'augmentation du débordement émotionnel juste après le traumatisme et une plus grande tendance à une psychopathologie sur le long terme (Bryant & Harvey, 2000; Shalez, 2001), étant donné que la verbalisation du trauma est susceptible d'augmenter, chez certaines personnes, la dissociation et l'évitement.

Interventions cognitivo comportementales

Elles ont été administrées le plus souvent en sessions individuelles à des survivants de traumatismes ayant vécu une détresse significative. Elles intègrent différentes méthodes d'intervention (telles l'entraînement à la gestion de l'anxiété, la restructuration cognitive, la thérapie d'exposition, l'utilisation de "devoirs à domicile" thérapeutiques, par exemple). A ce jour elles s'établissent sur la base de 4 à 5 séances individuelles, s'étalant sur deux semaines après le trauma.

Des recherches récentes (?) ont rapporté des résultats prometteurs en termes de potentiel concernant les interventions cognitivo-comportementales pour la prévention de psychopathologies. Des femmes victimes d'agression ayant suivi une intervention de 5 sessions ont présenté moins de reviviscence et de symptômes dépressifs cinq mois après l'agression, en comparaison à un groupe de contrôle non traité (Foa et al., 1995). Une intervention de même type a été associée à une amélioration globale de la sévérité de l'ESTP et d'autres réactions chez des femmes ayant subi une agression sexuelle (Echeburua et al., 1996).

Bryant et Harvey (2000) ont très clairement souligné que **les interventions cognitivo-comportementales (en particulier l'exposition prolongée) ne sont pas appropriées pour tous. Dans certains cas elles s'avèrent même contre-indiquées**. Dans ces situations d'autres approches telles la gestion de l'anxiété, la thérapie de soutien ou encore la médication peuvent être envisagées.

La technique d'"Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) qui utilise des techniques identiques au cognitivo-comportemental combiné à une technique particulière d'altération de l'attention est également utilisée. Cependant, aucune publication de recherche clinique n'a été trouvée.

Interventions auprès des enfants

Il n'y a pas eu de recherche contrôlée sur les effets d'interventions précoces auprès des enfants. De récents paramètres pour la pratique de traitement psychologique avec des enfants traumatisés présentant un ESTP chronique (Cohen et al., 1998) concluent que:

a) l'intervention rapide est importante auprès des enfants;

b) il n'y a pas d'approche universelle applicable pour tous les enfants;

c) les approches cognitivo-comportementales semblent efficaces avec les enfants;

d) les interventions auprès des enfants comportent généralement des composantes d'art-thérapie et de thérapie par le jeu, de techniques cognitivo-comportementales, d'interventions à l'école et dans la famille ainsi que d'apprentissage sensori-moteur si nécessaire.

Finalement, bien que les événements traumatiques soient parfois associés à des décès, le degré auquel les interventions immédiates pour les deuils traumatiques peut jouer un rôle dans la prévention ou la réduction de problèmes reliés au deuil reste non-examiné à ce jour. Dans une revue de traitement pour deuil traumatique (Jacobs & Prigerson, 2000), les auteurs concluent que les traitements tant cognitivo-comportementaux que psychodynamiques tiennent leur promesse.

Les "Traumatic Grief Treatment", basés sur des composantes congnitivo-comportementales, font aujourd'hui l'objet d'une recherche contrôlée. Dans une étude pilote, le traitement aurait eu des effets importants sur les symptômes de deuil, d'anxiété et de dépression (Shear et al., 2001).

Le traitement de "première ligne"

La gestion des réactions au stress de combat auprès du personnel militaire en service actif a développé l'usage du traitement de première ligne pour augmenter le taux de retour dans l'unité et réduire la détresse psychologique (Neria & Solomon, 1999). Les trois principes de traitement sont la proximité (administrer l'intervention proche de l'événement traumatique), l'immédiateté (traiter le plus vite possible après l'apparition des symptômes) et l'expectation d'un retour rapide à l'unité. Solomon et Benbenishty (1986), ont trouvé que le retour à l'unité relié aux trois principes de traitement de proximité était fortement associé à la probabilité d'un l'ESPT. Cependant les recherches sont méthodologiquement faibles et l'utilité de cette méthode pour traiter les traumatismes de combat ou civiles nécessite de faire l'objet de recherches empiriques plus approfondies que celles produites jusqu'ici.

La pharmacothérapie

Bien que la médication soit utilisée de façon routinière pour gérer la souffrance et l'anxiété suite à un traumatisme, peu d'investigation ont été menées quant à l'utilisation de pharmacothérapie comme intervention précoce. Dans la période suivant immédiatement le traumatisme, il est difficile de distinguer les personnes présentant des réactions aiguës susceptibles de se remettre de celles qui vont présenter des séquelles psychiatriques. Raison pour laquelle il existe une grande réticence à utiliser la médication dans ces moments. Cependant, il existe des raisons tant théoriques qu'expérimentales (Shalev & Ursano, sous presse) pour s'attendre à ce que l'utilisation judicieuse de certains médicaments puisse faire une différence dans la gestion des réactions au stress traumatique aigu.

La pharmacothérapie (suite)

La recherche initiale dans ce domaine comporte une étude démontrant l'inutilité des benzodiazépines (engagées entre le deuxième et le 18eme jour) à modifier le cours de l'ESTP et les symptômes anxieux (Gelpin et al., 1996) de même qu'une étude de Pitman et al. (sous presse) évaluant l'utilité d'un bloqueur béta-adrenergique pour prévenir l'ESPT. Cette dernière pose comme hypothèse théorique que le propranolol - par blocage des récepteurs béta-adrénergiques dans six heures après un événement traumatique – devrait interrompre le développement de la peur conditionnée ainsi que la consolidation des souvenirs traumatiques intrusifs. Bien que le propranolol n'ait pas protégé du développement de l'état de stress post-traumatique sur un suivi de trois mois, la prescription de propranolol a été associée à une réduction de la réactivité physiologique lors d'expositions à des indicateurs traumatiques internes (imagerie mentale). Un pari pour le futur immédiat consiste à établir empiriquement dans quelle mesure un traitement médicamenteux devrait être administré immédiatement après le traumatisme, et si oui, quelle médication et dans quelles circonstances.

D'autres composantes d'intervention

Les interventions immédiates comportent ordinairement un encouragement aux composantes de soins de base tels le repos, les loisirs, le retour au quotidien, le soutien social mutuel et l'éducation aux survivants et leurs familles. Lors de la conférence sur les violences de masse et l'intervention immédiate sus-mentionnée, ces éléments de même que d'autres ont été fortement appuyés.

Cependant, peu a été fait pour évaluer la forme, l'impact et l'efficacité de l'éducation dans l'intervention immédiate, à l'exception d'une recherche de Resnick et collègues (1999) démontrant les résultats positifs d'une vidéo présentée à des femmes victimes d'agressions sexuelles.

Développement de la recherche et des pratiques pour l'intervention immédiate

En général, la rigueur méthodologique et le degré de réplication parmi les settings des études citées ici sont relativement faibles, si bien que peu de conclusions peuvent être tirées de ces diverses interventions. En résumé, ressort très fortement le besoin de développer la recherche contrôlée tant sur les formes que sur la portée des interventions immédiates, de même qu'une réflexion éthique sur la recherche dans ce domaine.

La recherche devrait traiter la complexité dans "le monde réel" des survivants, et ne pas systématiquement exclure les survivants avec une co-morbidité d'abus de substance ou d'autres problèmes. Les résultats mesurés devraient inclure l'abus de substance, la dépression, la santé, le travail et les autres rôles fonctionnels, la qualité de vie, la satisfaction des consommateurs et les coûts. Il est éthiquement difficilement défendable, dans bien des settings d'utiliser des groupes de contrôles sans traitement, sur liste d'attente ou avec évaluation uniquement. De même, la recherche devrait attirer l'attention des chercheurs sur le fait que la procédure méthodologique immédiatement après un traumatisme est susceptible d'exacerber les symptômes ou d'être vécue comme inacceptable par les survivants.

Selection d'ouvrages :

Bryant & Harvey, *Acute stress disorder : A handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington DC, American Psychological Association, 2000.

Foa, Keane & Frieman, *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford Press, NY, 2000.

Orner & Schnyder, *Reconstructing early intervention after trauma*, Oxford University Press, Oxford, (in press).

Raphael & Wilson, *Psychological debriefing : Theory, practice and evidence*. Cambridge University Press, Cambridge, 2000.

Bryant et al. Treating acute stress disorder : an evaluation of cognitive behaviour therapy and supportive counselling techniques., in *American journal of Psychiatry*, 156, 1999.

Carlier et al. The influence of occupational debriefing of post-traumatic stress symptomatology in traumatised police offices, *in British Journal of Medical Psychology*, 73, 2000.

Cohen, J.A. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with postrtraumatic stress disorder, in *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1998.

Deahl et al. Preventing psychological trauma in soldiers : the role of operational stress training and psychological debriefing, in *British Journal of medical Psychology*, 73, 2000.

Echeburua et al. Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims : an experimental study, in *Journal of anxiety Disorders*, 10, 1996.

Foa et al. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 1995.

Gelpin et al. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines : aprospective study, in *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 1996.

Jacob & Prigerson, Psychotherapy of traumatic grief : a review of evidence for psychotherapeutic treatments, in *Death Studies*, 24, 2000.

Litz et al. Early intervention for trauma : current status and future directions, in *Clinical Psychology : Science and Practice* (in press)

Mayou et al. Psychological debriefing for road traffic accident victims : three year follow-up of a randomised controlled trials, in *British Journal of Psychiatry*, 176, 2000.

Piman et al. Pilot study of secondary prevention of post-traumatic stress disorder with propranolol, In *Biological Psychiatry. Background*

Resnick et al. Prevention of post-rape psychopathology : preliminary findings of a controlled acute rape treatment study, in *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1999.

Rose et al. A randomised controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime, in *Psychological Medicine*, 29, 1999.

Ruzek & Zatzick, Ethical considerations in research participation among acutely injured trauma survivors : an empirical investigation, in *General Hospital Psychiatry*, 22, 2000.

Shalev, A.Y., What is posttraumatic stress disorder ? in *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Supplement 17, 2001.

Solomon, R.M. Utilisation of EMDR in crisis intervention, in *Crisis Intervention andTime-Limited Treatment*, 4, 1998.

11.2. tab 1 : CIM-10

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du comportement

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. Comme exemple d'événements stressants, on peut citer : les expériences traumatisantes comportant un risque important pour la sécurité ou la santé physique du sujet ou de ses proches (p.ex. une catastrophe naturelle, un accident, une guerre, une agression, un viol), ou les événements modifiant brusquement la position ou les relations sociales du sujet (p.ex. des deuils multiples ou un incendie). Un épuisement physique et des facteurs organiques (p.ex. chez les sujets âgés) peuvent favoriser le développement de ce trouble.

La survenue d'une réaction aiguë à un facteur de stress et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme ; le trouble ne survient pas, en effet, chez tous les sujets exposés à un facteur de stress exceptionnel. La symptomatologie est très variable et comporte initialement un état « d'hébétude », caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une incapacité à intégrer des stimuli, et une désorientation. A cet état peut succéder un retrait croissant par rapport à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative), ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue).. Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue du stimulus ou de l'événement stressant, et disparaissent en deux ou trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la présence d'une relation temporelle directe et évidente entre la survenue d'un facteur de stress exceptionnel... Ce diagnostic ne s'applique pas lors d'exacerbations soudaines de symptômes chez des sujets qui présentaient antérieurement des manifestations répondant aux critères d'un autre trouble psychiatrique, sauf s'il s'agit d'un trouble de la personnalité. Néanmoins, la présence, dans le passé, d'un autre trouble psychiatrique ne fait pas éliminer le diagnostic.

***Inclure** : choc psychique, état de crise, fatigue de combat et réaction aiguë de crise.*

F43.1 Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psyco-active.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (F62.0).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble.

***Inclure** : névrose traumatique*

11.3. tab 2 : DSM-IV-TR

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

F43.0 (308.3) Trouble Etat de stress aigu

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois des symptômes dissociatifs suivants :
1) sentiment subjectif de torpeur, de détachement
2) réduction de la conscience de son environnement
3) impression de déréalisation
4) impression de dépersonnalisation
5) amnésie dissociative

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement.

D. Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique,

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant.

F43.1 (309.81) Trouble Etat de Stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des façons suivantes et provoquant un sentiment de détresse : souvenirs répétitifs, rêves répétitifs de l'événement, impression ou agissements soudains « comme si » l'événement allait se produire, sentiment intense de détresse psychique ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause,

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes : efforts pour éviter les pensées, sentiments, conversations, activités, endroits ou gens associés au traumatisme, incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme, réduction nette de l'intérêt pour ou la participation à des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres, restriction des affects, sentiment d'avenir « bouché ».

D. Présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative (3 symp.) : troubles du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :
Aigu : si la durée est de moins de trois mois.
Chronique : si la durée est de trois mois ou plus.
Survenue différée : si le début survient au moins six mois après le facteur de stress.

11.4. tab 3 : Réactions aiguës, CIM-10 et DSM-IV-TR

CIM-10	DSM-IV

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. Comme exemple d'événements stressants, on peut citer : les expériences traumatisantes comportant un risque important pour la sécurité ou la santé physique du sujet ou de ses proches (p.ex. une catastrophe naturelle, un accident, une guerre, une agression, un viol), ou les événements modifiant brusquement la position ou les relations sociales du sujet (p.ex. des deuils multiples ou un incendie). Un épuisement physique et des facteurs organiques (p.ex. chez les sujets âgés) peuvent favoriser le développement de ce trouble.

La survenue d'une réaction aiguë à un facteur de stress et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme ; le trouble ne survient pas, en effet, chez tous les sujets exposés à un facteur de stress exceptionnel. La symptomatologie est très variable et comporte initialement un état « d'hébétude », caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une incapacité à intégrer des stimuli, et une désorientation. A cet état peut succéder un retrait croissant par rapport à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative), ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue).. Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue du stimulus ou de l'événement stressant, et disparaissent en deux ou trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la présence d'une relation temporelle directe et évidente entre la survenue d'un facteur de stress exceptionnel... Ce diagnostic ne s'applique pas lors d'exacerbations soudaines de symptômes chez des sujets qui présentaient antérieurement des manifestations répondant aux critères d'un autre trouble psychiatrique, sauf s'il s'agit d'un trouble de la personnalité. Néanmoins, la présence, dans le passé, d'un autre trouble psychiatrique ne fait pas éliminer le diagnostic.

***Inclure** : choc psychique, état de crise, fatigue de combat et réaction aiguë de crise.*

F43.0 (308.3) Trouble Etat de stress aigu

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois des symptômes dissociatifs suivants :
1) sentiment subjectif de torpeur, de détachement
2) réduction de la conscience de son environnement
3) impression de déréalisation
4) impression de dépersonnalisation
5) amnésie dissociative

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement.

D. Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique,

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant.

11.5. tab 4 : Etat de stress post-traumatique, CIM-10 et DSM-IV-TR

CIM-10	DSM-IV

F43.1 Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psyco-active.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuse années, et conduire à une modification durable de la personnalité (F62.0).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble.

***Inclure** : névrose traumatique*

F43.1 (309.81) Trouble Etat de Stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des façons suivantes et provoquant un sentiment de détresse : souvenirs répétitifs, rêves répétitifs de l'événement, impression ou agissements soudains « comme si » l'événement allait se produire, sentiment intense de détresse psychique ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause,

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes : efforts pour éviter les pensées, sentiments, conversations, activités, endroits ou gens associés au traumatisme, incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme, réduction nette de l'intérêt pour ou la participation à des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres, restriction des affects, sentiment d'avenir « bouché ».

D. Présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative (3 symp.) : troubles du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :
Aigu : si la durée est de moins de trois mois.
Chronique : si la durée est de trois mois ou plus.
Survenue différée : si le début survient au moins six mois après le facteur de stress.

11.6. Fiche d'évolution des réactions sévères aux facteurs de stress

Nom, prénom		Date de l'incident critique	
Date de naissance		Type d'événement	
Adresse		Dates d'évaluation	
		Nombre de séances	
Téléphone		Consultation somaticien	

Prise en charge jugée	□ utile □ suffisante □ nécessaire □ pertinente
Evaluateur :	Transmission :

REACTIONS PHYSIOLOGIQUES PEUVENT ETRE DE L'ORDRE DE :

□ □ □ baisse d'énergie, épuisement physique;
□ □ □ faiblesse du système immunitaire
□ □ □ perturbations hormonales ;
□ □ □ maux de tête, douleurs au dos, au ventre ou musculaires;
□ □ □ troubles du rythme cardiaque, sensation d'oppression;
□ □ □ frileusité avec bouffées de chaleur;
□ □ □ troubles de l'endormissement, du sommeil, réveils précoces
□ □ □ changement dans les habitudes sexuelles ;
□ □ □ troubles digestifs, perturbations de l'appétit;
□ □ □ chez l'enfant, régression du développement psycho-moteur (marche, langage, propreté p.exple);
□ □ □ chez l'enfant, terreurs nocturnes, bégaiement;
□ □ □ autres désordres somatiques.

REACTIONS COGNITIVES PARMI LESQUELLES :

□ □ □ troubles de la mémoire ;
□ □ □ difficulté de concentration ;
□ □ □ pensées récurrentes;
□ □ □ diminution de la confiance en soi;
□ □ □ perte d'objectivité;
□ □ □ confusion;
□ □ □ état de choc.

REACTIONS PSYCHO-EMOTIONNELLES TELLES QUE :

□ □ □ étonnement, incrédulité;
□ □ □ engourdissement émotionnel, sentiment de détachement;
□ □ □ peur, phobie;
□ □ □ culpabilité ou sentiment d'indignité;
□ □ □ sentiment d'impuissance, vulnérabilité ;
□ □ □ tristesse, dépression, solitude, désespoir ;
□ □ □ anxiété, angoisse, hypervigilance ;
□ □ □ colère, rage;
□ □ □ sentiment de ne pas pouvoir être compris ;
□ □ □ tendance à passer d'un état transitoire à une identité permanente de victime.

REACTIONS COMPORTEMENTALES COMME :

□ □ □ comportements d'évitement ;
□ □ □ retrait, diminution de la participation à des activités significatives
□ □ □ altération des champs socio-professionnels ;
□ □ □ irritabilité, hostilité, instabilité ;
□ □ □ comportements maniaques ;
□ □ □ tendance à se mettre en situation de danger;
□ □ □ installation de dépendance aux toxiques.
□ □ □ chez l'enfant, tendance à l'agrippement, difficultés de séparation;
□ □ □ chez l'enfant, agitation psychomotrice, désorganisation

12. BIBLIOGRAPHIE

Articles

Armstrong, K-R. & coll. (1995) Multiple Stressor Debriefing and the American Red Cross : The East Bay Hills Fire Experience in Social Work Vol. 40 N° 1 : 1-144.

Avery, A. & coll. (1999) Deconstructing psychological debriefing and the emergence of calls for evidence based practice, (Draft) non encore paru.

Allen, S. N. (1994) Psychological assessment of post-traumatic stress disorder. Psychometrics, Curent Trends, and Future Directions, in Psychiatric clinics of North America, vol. 17, No 2.

Barudy, J. (1989) L'utilisation de l'approche systémique lors de thérapies avec des familles de réfugiés politiques dans Thérapie familiale. Vol. 10 N° 1 : 15-31.

Barudy, J. (1992) Migration politique, migration économique : une lecture systémique du processus d'intégraion des familles migrantes dans Santé mentale au Québec XVII : 47-70.

Belfer, R. (1994) Maltraitance En parler, c'est déjà prévenir dans l'Infirmière magazine N° 89.

Bende, B-C. & coll. (1994) North Mersey Community (NHS) Trust - Persistent post-traumatic stress disorder in BMJ Vol. 309 : 526-8.

Bert, C. (1994) Y a-t-il un syndrome de la victime ? Sciences Humaines N° 45.

Berthier, M-L. M.D. & coll. (1998) Reactivation of posttraumatic stress discorder after minor head injury in Depression and Anxiety 8 : 43-47.

Bierens de Haan, B. (1998) Le débriefing émotionnel collectif des intervenants humanitaires : l'expérience du CICR. Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie N° 149.

Bisson, J. & coll. (1997) Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma, in British Journal of Psychiatry, 171, pp 76-81.

Bryant, R-A. & Harvey,A-G. (1995) Acute stress response : a comparison of head injured and non-head injured patients in Psychological Medicine, 25, 869-873.

Bryant, R-A. (1996) Posttraumatic Stress Disorder, Flashbacks, and Pseudomemories in Closed Head Injury, in Journal of Traumatic Stress, Vol. 9, No 3.

Bryant, R-A. & coll. Postconcussive Symptoms and Posttraumatic Stress Disorder after Mils Traumatic Brain Injury, in The journal of Nervous and Mental Desease, Vol. 187, No 5.

Carlier, I. & coll. (1998) Disaster-Related Post-traumatic Stress in Police Offices: a field study of the impact of debriefing, in Stress Medicine, Vol. 14: pp 143-148.

Charney D-S. & coll. (1993) Psychobiologic Mechanisms of Posttraumatic Stress Disorder in Arch Gen Psychiatry. Vol 50.

Chez, N. (1995) Aider les victimes de la violence domestique dans « krankenpflege » Soins Infirmiers N° 4.

Christie, D. (1999) Aux racines de la violence. Campus 43 Uni Genève.

Christie, D. (1999) Les racines de la violence. Angoisse de mort et agressivité : la maltraitance des personnes âgées. Campus 43 Uni Genève.

CICR. (1994) Engagement humanitaire et conflits armés – Le facteur STRESS. Memento.

Cifali, Mi. (1999) Les racines de la violence. Au bout de la violence ? Campus 43 Uni Genève.

Clarke, R-W. & Gray,C. (1994) Options for change in the NHS consultant contract in BMJ Vol. 309 : 528-30.

Correa, A & coll. (1995) Rwanda : quelle prise en charge pour les enfants du génocide ? Pour la Revue de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Crocq, L. (1991) L'inventaire-échelle de névrose traumatique.

Crocq, L. (1992) Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles. « Psychologie médicale » N° 24 : 427-432.

Dardel Jaouadi, F. (1992) Du cri au silence. Les mécanismes de défense de l'intervenant in Psychoscope 8.

De Clercq, M. & Coll. (1992) Short and long term psychological and psychiatric consequences of disasters in : JEUR 5. 61-66.

De Clercq, M. (1995) Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles dans Thérapie familiale Vol. 16 N° 2 : 185-193.

De Clercq, M. & Cassiers, L. (1990) Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence dans Acta psychit. 81-99.

De Clercq, M. (1993) Intervention de crise au service des urgences d'un hôpital général à Bruxelles dans psychologie médicale : 496-500.

De Clercq, M. & coll. (1992) Short and long term psychological and psychiatric consequences of disasters. Jeur 61-66.

Dentan, M-C. (1992) Projet thérapeutique « A chaud » pour les victimes de détournement aérien, de catastrophe ou d'attentat dans Psychologie médicale 24, 5 : 486-489.

Drudi, G. & Paquette, J. (1993) Blessure d'enfant, Violence d'adulte. Service des communications du CSSMM – C.P.E.J. en collaboration avec le B.S.S. Centre-Nord.

Erkohen, M. (1992) Enrayer le mal et apporter la guérison. Le psychologue face aux mauvais traitements in Psychoscope 8.

Everly, G.S. (1995) The role of the critical incident stress debriefing process in disaster counseling, in Journal of mental health counselling, pp. 278-290.

Fabre, J. (1995) Un congrès pour faire échec à la violence dans les soins dans Société & Culture.

Fleury , F. (1994) Famille victime de guerre : approche préventive. Association « appartenances »

Franceschi-Chaix, F. (1993) Le syndrome de Burn-out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail dans Recherche en soins infirmiers N° 32 Publication ARSI

Freehill, K-M. MS, RN (1992) Critical incident stress debriefing in health care in Critical care clinics. Vol. 8 N° 3.

Frey, C. (1998) Le traitement des victimes de tortures et des victimes de guerre en exil, in Bulletin des médecins suisses, No 41

Foa, E. B. & co. (1993) Reliability and Validity of a Brief Instrument for assessing PTSD, in Journal of Traumatic Stress, Vol. 6, No 4.

Fried, E. (1987) Violence dans « Vorübungen für Wunder » Wagenbach-Taschenbuch 143.

Friedman, M-J. M.D., Ph.D.(1996) PTSD Diagnosis and Treatment for Mental Health Clinicians in Community Mental Health Journal Vol. 32, N° 2.

Freud, S. (1893) Charcot, in *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol 3, trans. J. Strachey, Hogarth Press, London, 1962, 19.

Freud, S. (1896) The Aetiology of Hysteria, in *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol 3, trans. J. Strachey, Hogarth Press, London, 1962, 19.

Freud, S. (1925) An Autobiographical Study", in *Standard Edition*, vol. 20, trans. J. Strachey, Hogarth Press, London, 1959, 34.

Frueh, B-C & coll. (1996) Trauma management therapy : A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related ptsd in Pergamon Vol 34 N° 7, 533-543.

Gantheret, F. (1980) Regard psychanalytique sur la violence dans Conférence prononcée à l'institut de psychanalyse de Barcelone.

Golden, R.-N. & Coll. (1991) Serotonin, Suicide, and Aggression : Clinical Studies in J Clin Psychiatry N° 52 : 12 (suppl.) : 61-69.

Gravier, V. & coll. (1996) Prévention des séquelles psychiques post-traumatiques Le « debriefing » dans ThéraPSY Vol. 2 N° 3.

Guggenbühl, D. & Coll. (1997) Service sanitaire coordonné. Debriefing. Bulletin d'information sur le SSC en Suisse.

Herzig,. & Muller, C. (1997) Débriefing dans un cadre scolaire par l'équipe jeunesse et santé. Gestion des conséquences d'un assassinat dans une classe d'apprentis, in Revue médicale de la Suisse Romande, vol. 117, pp. 55-59.

Hodgkinson , P. (1988) Transportantion Mass Disaster in Medicine, Science and the Law N° 28 : 304-308.

Horowitz, M. (1979) Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress, in Psychosomatic Medicine, Vol. 41, No 3.

Hurni, M. & Stoll, G. (1997) Une défense perverse méconnue : l'exportation des conflits intrapsychiques dans la société. Par exemple : une campagne décervelante. Bulletin des médecins.

Irminger, S. (1993) Violence Droit de Réponse - Forum -

Jacobs, B.-L. (1994) Serotonin, Motor Activity and Depression-Related Disorders in American Scientist, Vol. 82 : 456- 463.

Jouan, A. & Belfer, R. (1978) Le monde du silence Face à la violence dans l'infirmière magazine N° 78 : 4-5.

Kérouac, M. (1999) Etudes éricksoniennes et stratégiques d'outils d'aides opérationnels pour la gestion des crises nécessaires à la croissance.

King, N S. (1996) Post- traumatic stress disorder and head injury as a dual diagnosis : « islands » of memory as a mechanism in Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1997 ; 62-82.

Kocher, B. & Brechbühler, M. (1995) Situations violentes dans les soins dans « krankenpflege » soins infirmiers N° 4.

Kohlrieser, G. (1985) Violence directe ou larvée dans les situations de soins et de travail. – ESEI Lausanne.

Lagerback, B. (1991) Victimes de crimes et leurs réactions dans Anneau Blanc.

Lebbe-Berrier, P. & coll. (1996) Les Violences sexuelles dans la famille. Modélisations des interventions avec des familles incestueuses dans Thérapie familiale Vol. 17 N° 2 : 295-307.

Leuenberger, J.-F. (1997) Sensibilisation au débriefing dans le contexte scolaire, in Revue médicale de la Suisse Romande, 117.

Lindsay, J. & coll. (1997) Intervention de groupe dans les situations d'urgence et de crise. Cahiers du service social des groupes N° XIV. Faculté des sciences sociales - Université Laval.

Loutan, L.. & coll. Réfugiés de la Violence dans Unité Opérationnelle de Médecine Communautaire Policlinique de Médecine.

Louville, P. Les secours psychologiques post-catastrophe.

Marneffe, C. (1992) The violent family : balancing between support and control, symposium of the World Health organization on »Health Promotion by the family ».

Mc Carthy, J. & coll. (1995) From victim to survivor in Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.

Mc Farlane, A-C. (1988) The Longitudinal Course of Posttraumatic Morbidity. The Range of Outcomes and Their Predictors in The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 176 N° 1

Mc Millan, T.M. (1996) Post-traumatic stress disoeder following minor and severe closed head injury : 10 single cases, in Brain Injury, vo. 10, No 10, pp. 749-758.

Medical foundation. (1996) Lives under threat : a study of Sikhs coming to the UK from the Punjab in medical foundation for the Care of Victims of Torture.

Medical foundation. (1996) Facing persecution at home or destitution in the UK, in Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.

Métraux, J.-C. (1997) Aux temps de la survie, le droit au silence, in Revue Médicale de la Suisse Romande, 117, 419-423

Mitchell, J.T. (1983) When disaster Strikes, in Journal of Emergency medical Sevices, vol. 8 (1).

Mitchell, J.T. (1985) Healing the Helpers, in Green (Ed.) Role Strressors and Supports for Emergency Workers, U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington, C.D.

Mitchell, J.T.& Bray, G. (1990) Emergency Services Stress, Brady, Prentice Hall.

Monsour Scurfield, R. & Tice, S-N. (1992) Interventions with Medical and Psychiatric Evacuees and their Families : From Vietnam through the Gulf War in Military Medicine, 157, 2 : 88.

Mouren-Simeoni, M.C. (1994) Actualité du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant, in Ann. Méd.-Psychol., 152, no 10.

Munyandamutsa, N. (1995) Rescapés Rwandais du génocide : coincés entre le monde des vivants et celui des morts : comment les aider à continuer ?

Naitove, Connie E. (1978) Arthérapie avec les enfants victimes d'exploitation sexuelle – Commision de la Maison-Blanche sur la Santé Mentale.

Norris, F.H. (2001) 50'000 Disaster Victims Speak : An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981-2001. The National Center for PTSD.

Nurse, D. (1996) Le stress post-traumatiique. Une politique pour en atténuer les répercussions, in La Gazette de la GRC, vol. 58 (5), pp. 2-5.

Ohry, A. & coll. (1996) Post-traumatic stress disorder in brain injury patients, in Brain Injury, vol. 10, N0 9, pp. 687-695.

Oligny, M. (1990) Stress et burnout en milieu policier. Presses de l'Université du Québec.

Pauly, V. & Regat, M. (1993) Agressivité, violences et conflits dans les blocs opératoires. Inter Bloc N° 3 : 93.

Perret, F. (1999) Société Agressions. La vague des cambrioleurs-boxeurs. L'HEBDO N° 11.

Perret-Catipovic, M. Journée Santé des Migrants : famille, migration et violence. L'adolescent migrant.

Peter, D. (1998) Plan ORCA – Vaud : Prévention et gestion du stress traumatique. 3ème Journée Romande de la chaîne de sauvetage sanitaire – Gollion 1998.

Ragaisis, K.M. (1994) Critical incident stress debriefing : a family nursing intervention, in Archives of Psychiatric Nursing, vol. 7 (1), pp. 38-43.

Ragsdale, K-G. & coll. (1996) Effectiveness of Short-Term Specialized Inpatient Treatment for War-Related Posttraumatic Stress Disorder : A Role for Adventure-Based Counseling and Psychodrama in Journal of Traumatic Stress, Vol. 9, N° 2.

Ratey, J-J 1 Gordon, A. (1993) The Psychopharmacology of Aggression : Toward a New Day in Psychopharmacology Bulletin N° 29 : 65-73.

Rose, S. & Bisson, J. (1998) Brief Early Psychological Interventions Following Trauma : A Systematic Review of the Literature, in Jornal of Traumatic Stress, Vol. 11, No 4.

Ribaux, O. (1999) Société « Le recours à la violence reste une exception » L'HEBDO N° 11.

Ruff, R.M. & coll. (1996) Miserable minority : emotional risk factor that influence the outcome of a mild traumatic brain injury, in Brain Injury, vol. 10, No 8, pp. 551-565.

Ruzek, J. & coll. (2001) Early intervention to prevent PTSD and other trauma-related problems, in PTSD Research Quaterly, The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, vol 12, No 4.

Saari, S. (1995) How to raise the profile of psychologists in public : Psychological work in major disasters in News from EFPPA.

Sbordone R.J. & coll. (1995) Mild traumatic brain injury does not produce post-traumatic stress disorder, in Brain Injury, vol. 9, No 4, pp. 405-412.

Schreiber, S. (1995) Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing : Loss and grief of a refugee woman from Begameder County in Ethiopia in British Journal of Medical Psychology 68 : 135-142.

Scurfield, R.M. (1992) Interventions with medical and psychiatric evacuees and their families : from Vietnam through the Gulf War, in Military Medicine, vol. 157 (2), pp. 88-97.

Shapiro, F. (1988) Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in Treatment of Traumaic Memories in Plenum Publishing Corporation.

Shapiro, F. (1989) Eye movement desensitization : a new treatment for post-traumatic stress disorder in Ther. & Exp. Psychiat . Vol. 20 N° 3 : 211-217.

Shore, J-H & coll. (1986) Psychiatric Reactions to Disaster : The Mount St. Helens Experience in Am J Psychiatry 143 : 5.

Sloan, I-H. & coll.(1994) A Shooting Incident in an Elemenary School : Effects of Worker Stress on Public Safety, Mental Health, and Medical Personnel in Journal of Traumatic Stress Vol. 7 N° 4.

Smaga, D. & Coll. (1995) Les états de stress post-traumatique (PTSD) en médecine dans Méd. & Hyg. N° 53 : 936-42.

Sudhakar Madakasira & O'Brien, K-F. (1987) Acute Posttromatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster in The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 175 N° 5.

Torracinta, C. (1999) Violences et télévision II : l'avis d'un journaliste. Entretien Campus 43 Uni Genève.

Treyer, C. & Kohlrieser, G-A. (1995) La violence : miroir de soi, miroir de l'autre dans krankenpflege – soins infirmiers N° 4.

Trocmé, N. (1993) L' infirmière confrontée à la violence dans Soins et Société - Soins formation - Pédagogie - Encadrement N° 7 : 54-60.

Van der Linden, M. (2000) Des souvenirs récupérés, oubliés ou faux, les divers troubles de la mémoire autobiographique, in Psychoscope, vol. 21, 8/2000.

van der Kolk, Bessel (2000) Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma in *Dialogues in clinical neuroscience*, vol. 2 No 1

Vedantham Kumar & coll. (2000) Neurobiological findings in posttraumatic stress disorder : a review in *Dialogues in clinical neuroscience*, vol. 2 No 1

Villard F. (1996) Rapport sur la visite des services de sûreté de l'aéroport de Londres-Heathrow du 03.10.1996 rédigé à l'Aéroport International de Genève Service de Sécurité.

Villerbu, L.M. & Coll. (1990) La violence au risque du travail social dans Les cahiers de Cliniques Psychologiques N° 7. Conférences

Von Overbeck, S. La valeur traumatique de la migration et ses conséquences cliniques.

Von Overbeck, S. Le travail avec les migrants victimes de traumatismes.

Waters, J. & Jaffurs, W. (1991) Critical Incident Stress Debriefing for Emergency Service personnel in North Carolina, in NCMJ, vol. 52 (12), pp. 641-643).

Watson, Ch.-G. & coll. (1991) The PTSD intervew : rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III based technique, in Journal of Clinical Psychology, Vol. 47, No 2.

Weaver, J. (1999) How to assist in the aftermath of disasters and other life crises, in Innovations in Clinical Practice : A Source Book, Vol 17.

Weerts Withmore, E-A. & Coll. (1993) The association between punitive childhood experiences and hyperactivity in Child Abuse & Negiect. Vol. 17 : 357-366.

Windisch, U. (1999) Médias, violences et sciences sociales, L' Age d'Homme. Entretien Campus 43 Uni Genève.

Yehuda, R. & Mc Farlane AC (1995) Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. in Am j Psychiatry, 152: 1705-1713

Ouvrages :

ALEXANDER, CH. La petite fille du silence. Fixot, Paris, 1995.

ANGEL, P. et coll. Développer le bien-être au travail, Dunod ed., Paris, 2005.

ANGE RAOULT, P. (sous la dir. de) Souffrance et violence : psychopathologie des contextes familiaux, l'Harmattan, Paris, 1999.

ANZIEU, D. et coll.: Mélanie Klein aujourd'hui, Césura Lyon Edition, 1985.

AUDET, J. & KATZ, J.-F. Précis de victimologie générale, Dunod, Paris , 1999.

BAECHLER, J.: Les suicides, Ed. Calmann-Lévy, Paris, 1975.

BARUDI, J.: La douleur invisible de l'enfant, Approche éco-systémique de la maltraitance, Ed. érès, Ramonville, 1997.

BERGERET, J.: Psychologie pathologique, Masson, Paris, 1972.

BERGERET, J.: La dépression et les états limites, Payot, Paris, 1975.

BERGERET, J.: La personnalité normale et pathologique, Dunod, Paris, 1985.

BERGERET, J.: La violence fondamentale, Dunod, Paris, 1996.

BERN, E. Games People Play, the Psychology of Human Relationships. André Deutsch Limited, Londres, 1966.

BRYANT, R. et HARVEY, A. : Acute Stress Disorder. A handbook of theory, assessment and treatment. American Psychological Association, Washington DC, 1999.

CHALVIN, D.: L'affirmation de soi, Ed. ESF, Paris: 1984, 94 p.

CHAPELIER, J.-B. & PRIVAT, P. (sous la dir. de) Violence, agressivité et groupe, Ed. érès, Romonville, 1999.

CHAUVENET, A., DESPRET, V., LEMAIRE, J-M. : Clinique de la reconstruction, l'Harmattan, Paris, 1996

CHENEVERT, M.: Techniques spécialisées d'entraînement à l'affirmation de soi à l'usage des professionnels de la santé, Ed. Edisem, Québec, 1980, 142 p.

CIRILLO, S. DI BLASIO, P.: La famille maltraitante, ESF, Paris, 1989.

CIAVALDINI, A.: Psychopathologie des agresseurs sexuels, Masson, Paris, 1999.

COTINAUD, O.: Psychologie et soins infirmiers, Approche relationnelle, (Coll. infirmières d'aujourd'hui) Ed. Le Centurion, Paris, 1983, 299 p.

CROCQ, L.: Les traumatismes psychiques de guerre, Ed. Odile Jacob, Paris, 1999.

CYRULNIK, B.: Un merveilleux malheur, Ed. Odile Jacob, Paris, 1999.

CYRULNIK, B.: Les vilains petits canards, Ed. Odile Jacob, Paris, 2001

De CLERCQ, M. et LEBIGOT, F. : Les traumatismes psychiques, Masson, Paris, 2001.

FERENCZI, S. : Psychanalyse I, II et III, oeuvres complètes, Payot, Paris, 1968, 1970, 19874.

FOA, E., KEANE, T. ET FRIEDMAN, J. : Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York, 2000.

GABEL, M. , LEBOVICI, S., MAZET, PH. Maltraitance: maintien du lien, Ed. Fleurus psychopédagogie, 1995.
GIRDANO, D., DUSEK, D. et coll. Controlling stress and tension,(7eme ed), Pearson, San Francisco, 1997
GOLEMAN, D.: L'intelligence émotionnelle, Robert Laffont, Paris, 1997.
GOSSELIN, G. : La pédophilie, analyse psychanalytique de la structure perverse, EMPC, Montignies-sur-Sambre, 1992.
GRINKER, R. & SPIEGEL, J (1945) : Men Under Stress, Blakeston, Philadelphia.
GUTTON, PH. & MARTY, F. Violence, Revue Adolescence, tome 16 – No 1, Ed. Greupp, Paris, 1998.
HALPERIN, D., BOUVIER P. & REY WICHY H. (sous la dir. de). A contre-cœur, à contre-corps. Editions Médecine et Hygiène. Genève, 1997.
HANUS, M. : La résilience à quel prix ? Survivre & rebondir. Maloine, Paris, 2001.
HEDIGER, H.: The Evolution of Territorial Behavior" in S.L. Washburn "Social Life of Early Man" New York, Viking Fund, Publication in Anthropology No. 31, 1961)
HERMAN, J. : Trauma and Recovery, Basic Books, New York, 1992.
HIRIGOYEN, M.-F. : Le harcèlement moral. La violence au quotidien, Syros, Paris, 1998.
HIRIGOYEN, M.-F. : Malaise dans le travail, Harcèlement Moral. Démêler le vrai du faux. Syros, Paris, 2001.
Histoire de violence, La lettre du Grapp, No 38, Ed. érès, Ramonville, 1999.
JUFFE, M. La Tragédie en héritage, de Freud à Sophocle. Ed. Eshel, Paris, 1999.
KARDINER, A. & SPIEGEL, H. (1947) : War, Stress, and Neurotic Illness, Hoeber, New York.
KLEIN, M., RIVIERE, J. : L'amour et la haine, (Coll. Sciences de l'homme) No. 112, Ed. Petite bibliothèque, Payot, Paris, 1984.
Les traumatismes psychiques. Le bloc-notes de la psychanalyse, no. 12, George, Genève, 1993
LABORIT, H. Eloge de la fuite, Robert Laffont, Paris, 1976
LARIVEY, M. La puissance des émotions, Les Editions de l'Homme, Quebec, 2002
LAZARUS, R.S. Stress and Emotion, Springler Publishing Compagny, New York, 2006.
LORENZ, K.: L'agression, Flammarion, Paris, 1969.
MANCIAUX, M. : La résilience, résister et se construire, Ed Médecine et Hygiène, Genève, 2001
MELTZER, D.: Le développement kleinien de la psychanalyse, Privat, Toulouse, 1987.
MILLER, A.:C'est pour ton bien, Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant, Ed. Aubier Montaigne, Paris, 1984, 320 p.
MORIN, E.: Le Paradigme perdu : la nature humaine, Ed. Seuil, Coll. Point No. 109, Paris, (réédition 1979).
MUNYANDAMUTSA, N. Question de sens et des repères dans le traumatisme psychique. Edition Médecine et Hygiène, Genève, 2001.
ORNER, R. & SCHNYDER, U. Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, New York, 2003.
RAPHAEL, B., WILSON, J. : Psychological Debriefing. Theory, practice and evidence, Cambridge Universitiy Press, Cambridge, 2000.
RICHELLE, M. REQUIN, J. et ROBERT. M.: Traité de psychologie expérimentale, Tomes 1 et 2, PUF, Paris, 1994.
ROSATTI , P.(sous la dir) : L'expertise médicale. De la décision à propose de quelques diagnostics difficiles, Médecine et Hygiène, Genève, 2002.
SIRONI, F.: Bourreaux et victimes, psychologie de la torture, Ed. Odile Jacob, Paris, 1999.
SERVANT, D, & PARQUET Ph. J. Stress, anxiété et pathologies médicales, Ed. Masson, Paris, 1995.
SERVANT, D. Gestion du stress et de l'anxiété, Ed Masson, Paris, 2005
STEWART, I. & JOINES, V. Manuel d'Analyse Transactionnelle, InterEditions, Paris, 1991.
THIBOUTOT, J. Gestion du stress et travail policier, Modulo ed., Quebec, 2000.
THURIN, J-M. & BAUMANN, N. Stress, pathologies et immunité, Flammarion, Paris, 2003.
TISSERON, S.: Du bon visage de la honte, Ramsay, Paris, 1998.
Traiter la violence, la lettre du Grapp, no. 39, Ed. érès, Ramonville, 1999.
Traumatismes - Actualités psychosomatiques, 2000, no. 3
VAN DER LINDEN, M. & CESCHI, G. (sous la dir de). Traité de psychopathologie cognitive. Bases théoriques. Tome I. Solal Editeur, Marseille, 2008.
VAN DER LINDEN, M. & CESCHI, G. (sous la dir de). Traité de psychopathologie cognitive. Etats psychopathologiques. Tome II. Solal Editeur, Marseille, 2008.
VAN GIJSEGHEM, H. (sous le dir. de): L'enfant mis à nu. L'allégation de l'abus sexuel : la recherche de la vérité, Ed. Méridien, Québec, 1992
VAN GIJSEGHEM, H.: La personnalité de l'abuseur sexuel, Ed. Méridien, Québec, 1998.
VAN RILLAER, J.: L'agressivité humaine, (Coll, psychologie et sciences humaines) No. 59, Ed. Dessart et Mordaga, Bruxelles, 268 p.
VANOTTI, M. (sous la dir. de) :Le silence comme un cri à l'envers, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1992.
VILA, G; PORCHE, L.M. MOUREN-SIMEONI, M.C. :L'enfant victime d'agression. Etat de Stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent, Masson Paris, 1999.
VILLERBU, L.M. Violence Délinquance Psychopathie, PUR, Annales Psychologiques Cliniques Rennes, 1992
VITRY, M. L'écoute des blessures invisibles, L'Harmattan, Paris, 2002.
WIDLOCHER, D.: Traité de psychopathologie, PUF, Paris, 1994

.

L'éditeur :

Michel Berclaz est un ancien infirmier en psychiatrie et enseignant en soins infirmiers. Il est également psychologue et spécialiste FSP en psychothérapie depuis 1995.

Responsable adjoint de la cellule d'intervention psychologique AGPsy-Police de 1996 à 2007, il participe également à l'élaboration, l'organisation et l'enseignement de différents programmes de formation traitant de la psychologie d'urgence et de l'aide aux personnes victimes.

Michel Berclaz
Psychologue spécialiste FSP en psychothérapie
Rue des Eaux-Vives, 94
CH – 1207 Genève
☎ 0041 22 736 41 90 E-mail prof : m.berclaz@bluewin.ch site web : www.psyurgence.ch

Grazia Ceschi : docteur en psychologie, Unité de Psychopathologie et Neuropsychologie Cognitive, Université de Genève

Christophe Grandjean, pédopsychiatre, exerce depuis 1993 dans une consultation ambulatoire du Nord vaudois, avec une importante activité de consultant et de liaison au sein d'institutions scolaires.

Ses fonctions l'ont sensibilisé aux enfants perturbés par divers incidents critiques, ce qui l'a amené à se former à l'intervention psychologique d'urgence. Il a notamment contribué à l'organisation de cellules de crise au sein d'écoles.

Ont également collaboré à cette édition :

Raymond Lafond : Expert-conseil en services sociaux d'urgence Bureau des Services d'urgence Centre de planification et d'intervention d'urgence Santé Canada, qui nous a mis à disposition son article sur l'intervention globale en cas de catastrophe.

Maurice Gardiol : Diacre de l'Eglise protestante de Genève, coordinateur du groupe inter-religieux de soutien spirituel en cas de catastrophe, qui avec ses collègues a rédigé le sous-chapitre traitant du soutien spirituel.

Annik Duret : psychologue FSP spécialiste en psychothérapie, responsable adjointe de la cellule AGPP-Police depuis novembre 2007. Formatrice notamment dans le cadre de l'aide aux personnes victimes et de la psychologie d'urgence auprès de divers organismes

Cédric d'Epagnier : psychologue FSP spécialiste en psychothérapie, membre de la cellule AGPP-Police et de celle du Gipsy. Formateur dans le cadre de l'aide aux personnes victimes et de la psychologie d'urgence auprès de divers organismes.

Fabienne Naef, psychologue travaillant au service psychologique de la police genevoise et formatrice en AT, pour leurs apports dans le sous-chapitre traitant de la thérapie brève.