



**14<sup>ème</sup> Journée FRACTALE**  
**SOI ET LA VIE DES AUTRES**  
**Vendredi 30 janvier 2009**

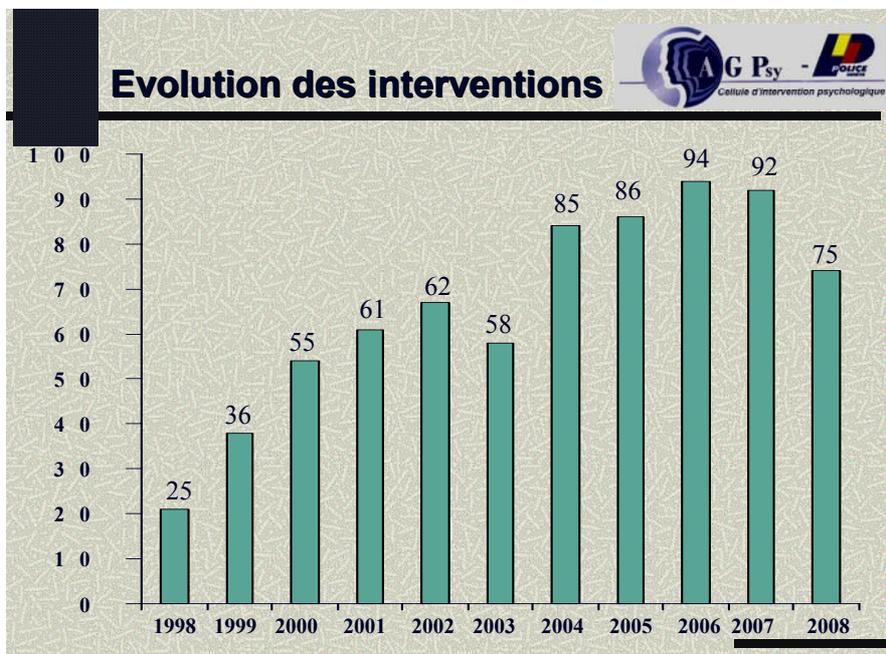
**Le soutien psychologique aux personnes victimes :  
 De quoi je me mêle ?**

Michel Berclaz

La personne victime cesse, pour un moment, d'être sujet de son existence, pour devenir l'objet d'un destin funeste, d'un accident, d'une catastrophe naturelle ou encore de l'action d'un tiers agresseur ou abuseur. Si dans la suite de cet événement de vie traumatisant le passage à une situation d'objet d'un tiers soutenant bien intentionné est clairement plus confortable, cela ne sort pas pour autant, comme par magie, la personne de son état de victime.

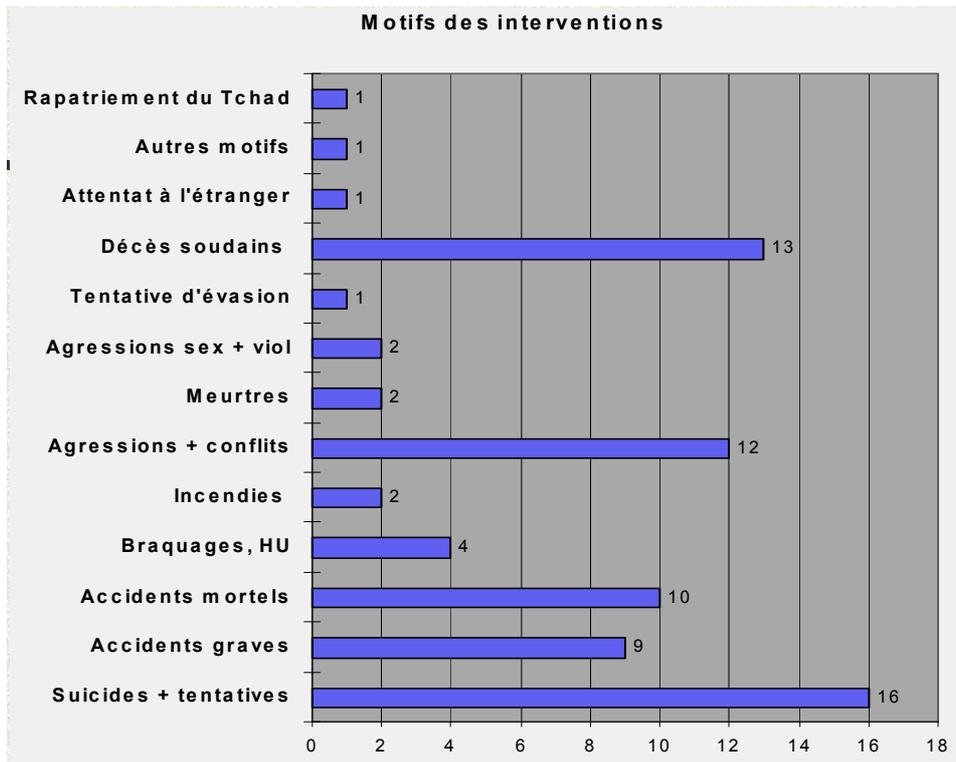
Les média relèvent régulièrement « la mise en place d'une cellule de soutien psychologique » alors que de nombreuses voix se montrent sceptiques quant à la portée voire aux effets secondaires de ces interventions. La question se pose à tout professionnel de l'aide et du soin : de quoi je me mêle ?

Depuis 1996, la police de la république genevoise met un groupe de soutien psychologique à disposition des personnes confrontées à des catastrophes ou des crises graves et soudaines. L'intervenant, mandaté par un tiers (la police), est amené à rencontrer « l'autre » dans l'intimité de sa détresse. Cette démarche, aussi bienveillante soit-elle, mérite d'être à chaque fois questionnée.

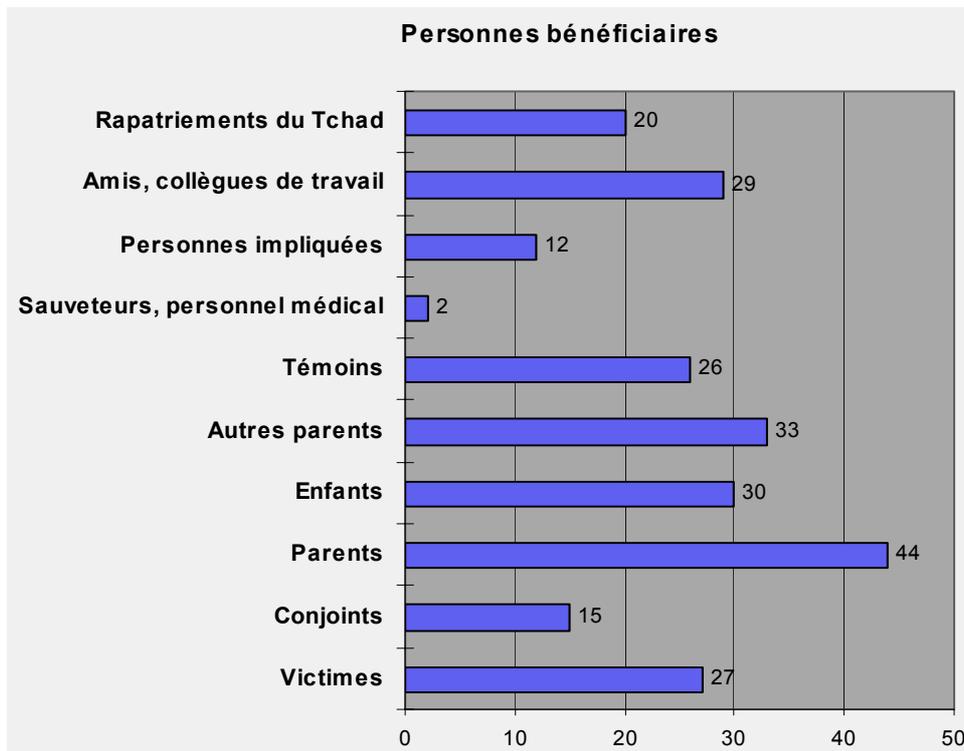


Michel Berclaz

Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP  
 Qualifié en psychologie d'urgence



75 interventions au cours de l'année 2008.



238 personnes plus une soixantaine d'employés dans une entreprise, soit près de 300 personnes, pour un total de plus de 3000 personnes rencontrées en douze ans d'exercice.

A partir de l'expérience pionnière du canton de Genève, la Fédération Suisse des Psychologues a développé une réflexion sur la psychologie d'urgence et édicté un certain nombre de règles ou recommandations, notamment :

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

Les réactions sont considérées ici comme naturelles. Aucune intervention n'ayant été démontrée comme propre à diminuer ou prévenir la souffrance, la tâche consiste dès lors à entourer les personnes impliquées dans des événements dramatiques.

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

Un groupe professionnel étant appelé officiellement à intervenir lors de tels événements, 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, de prosélytisme ou encore de clientélisation.

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

La formation suivie devrait développer chez l'intervenant 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. Devons-nous intervenir ? Sommes-nous bien restés à notre place ?

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

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

- ▶ **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 pouvoir fixer notre attention sur les compétences et les ressources des personnes et de leur entourage, il semble indispensable à l'intervenant d'avoir d'autres champs d'occupation.

Si sa profession et partie de son identité devaient être tournées exclusivement vers le soutien psychologique lors de catastrophe, le risque serait grand qu'il cherche à se rendre plus utile, voire nécessaire. Si son revenu est dépendant, pour grande partie, des catastrophes, le risque est grand qu'il cherche à légitimer son salaire en considérant comme critiques des situations qui pourraient ne pas l'être.

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

Les réactions présentées sont considérées non seulement comme naturelles, mais également 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.

Pour en permettre l'acceptation, il s'agit pour la personne de pouvoir leur donner un sens, les expliquer. Il s'agit souvent, pour l'intervenant, de se montrer capable de supporter ces réactions parfois surprenantes, éveillant 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, par le fait du choc, momentanément perdu contact avec ses compétences, la personne est capable de faire face. En effet, au cours de cette période de choc, tout individu, tout groupe ou Etat, tendent à se vivre impuissants, démunis et incompetents. S'offrir comme ressources, faire à la place, comporte un message implicite « nous vous pensons incapables de... ». Ce message, outre le fait qu'il soit disqualifiant, tend à la mise en dépendance de la personne et peut se montrer stigmatisant. Par ailleurs, lorsque épuisé ou momentanément neutralisé, son entourage ou sa famille sont les mieux placés pour apporter du soutien. Si ces derniers venaient à ne pas suffire, sa communauté peut alors prendre le relais.

Cette approche considère la préoccupation des uns pour les autres comme source de renforcement du lien. Or, de nombreuses recherches démontrent aujourd'hui l'importance de la qualité du lien et du sentiment d'être soutenu socialement dans les facteurs de protection.

Nous avons compris que le sentiment d'impuissance vécu par la personne victime, lorsque la souffrance semble durer par trop, s'étend progressivement aux proches. 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 celles de la collectivité dans laquelle nous faisons irruption, de façon à ce que la personne victime puisse se sentir soutenue socialement par les personnes-mêmes 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. En dehors du risque de banalisation, il semble parfois même contre-indiqué de le faire, notamment dans des situations où notre venue pourrait être mal comprise, mal interprétée, mal vécue ou simplement mal venue. Derrière le « nous venons vous aider », il y a un implicite : « vous avez besoin d'être aidés ». Or certaines personnes pourraient 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 de sa présence comme sur l'adéquation de son 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 l'expérience 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 et aux proches.

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. Notre tâche consiste à faire le diagnostic des ressources et à pallier, le cas échéant, à un manque trop important. Aucune intervention qui retirerait le pouvoir à la personne ne peut participer à son 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 pourrait nous sembler 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 le sens où la liberté de faire des choix est un facteur puissant du passage de l'état d'objet à celui de sujet.

L'effort de réflexion est louable, certes. Il n'en reste pas moins qu'il tient parfois de l'alignement de noix sur un bâton. En effet, 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.

Une part du débat concernant la nécessité ou non d'une intervention immédiate en est probablement le fruit, comme le choix des intervenants les plus appropriés ou encore les controverses concernant la forme que devrait prendre le soutien.

En effet, nous ne pouvons rester sans rien faire et abandonner les gens à leur triste sort. A partir du moment où nous intervenons, il faut bien définir ce sur quoi nous le faisons et de quelle façon. «D'abord ne pas nuire », le problème reste d'actualité. N'allons-nous pas, en nous interposant entre la personnes et ses mécanismes naturels de récupération, péjorer leur situation ? L'effet potentiellement dramatisant de notre venue ne va-t-il pas augmenter l'impact de l'événement sur la personne ? Focaliser l'attention du sujet sur cette expérience - au moment où elle devrait naturellement suivre le processus de la mémoire - ne pourrait-il pas être producteur de traumatisme plutôt que protecteur ? Autant de questions qui gardent toute leur pertinence.

Confrontée à des situations extrêmes, la personne se retrouve souvent coincée entre la sidération et l'agitation, agitation aussi anxieuse qu'inefficace. Le professionnel du soins et du soutien vit le même dilemme. Agi par son sentiment d'impuissance devant l'horreur ou par la terreur de « faire faut », d'opérer un mauvais choix, il peut décider de ne pas intervenir et laisser les choses se faire. Dans sa lutte contre l'impuissance il peut se voir poussé à agir, se montrer utile, faire des choix pour l'autre et à sa place, inventer des rituels magiques, des incantations propres à chasser la douleur.

Nous avons choisi une position de « compromis », être disponibles, en faire le moins possible, mobiliser les ressources, ne pas gêner les mécanismes naturels de rémission, choisir une intervention adaptée 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 chercher du soutien si nécessaire.

L'aide aux personnes victimes s'échelonne sur des niveaux différents à partir de la psychologie d'urgence (avec l'organisation des secours, l'accueil, le soutien, les divers espaces d'échange et de ventilation, le support logistique) jusqu'à l'approche communautaire et l'aide humanitaire.

Contrairement à une croyance répandue, la psychologie d'urgence est loin de s'en tenir au débriefing par exemple. Les résultats des recherches scientifiques actuelles vont bien dans ce sens, le débriefing sur lequel nous avons 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 chez qui cette pratique était naturelle bien avant que les « psy » ne se l'approprient.

Il n'en reste pas moins que, malgré nos efforts, en dépit de nos scrupules, nous échappons difficilement aux pièges de nos bonnes intentions, aux aléas de nos propres réactions et finissons fatalement par être agis par nos émotions. En dernier lieu, chaque intervenant voit son champ d'attention occupé par le poids de ses responsabilités et la variété de ses actions limitée à ce que sa spécificité professionnelle l'a préparé à faire. En d'autres mots, il voit et comprend ce qu'il connaît et fait ce qu'il sait le mieux faire. Cette limitation du champ du possible s'opère inévitablement aux dépens des personnes rencontrées.

Lors de telles situations, les personnes sont amenées à traiter avec de nombreux « autres ». Ces « autres », sauveteurs, samaritains, sapeurs pompiers, médecins, infirmières, ambulanciers, psychologues, aumôniers, politiciens, personnel de l'administration... vont tous, en fonction de leur formation spécifique, de leurs expériences personnelles comme professionnelles, envisager les choses sous un angle spécifique. Ils seront absorbés par la particularité de leur mission. Ils vont élaborer des solutions intimement associées aux outils et moyens propres à leur domaine. Dans leur tentative légitime de se montrer utiles, de remplir leur mission au mieux et s'ils devaient vivre peine, gêne ou impuissance, il y a fort à parier qu'ils en attribuent, chacun, la cause aux autres. Si ma solution semble la bonne, alors fatalement celles des autres sont des problèmes.

Ainsi, les incidents critiques sont très régulièrement des zones de conflit intense entre intervenants. Lorsque ces conflits peinent à être gérés, lorsque grondent le ressentiment et l'hostilité, le besoin de contrôle, de maîtrise et de pouvoir gagne sur l'intention de se montrer modestement utile. Parfois, le respect des besoins comme des compétences de chacun (personnes impliquées aussi bien qu'intervenants), la préoccupation pour l'autre et les élans de solidarités se montrent plus forts que l'angoisse et la frustration. C'est dans ces moments là que nous agissons « avec » plutôt que « sur ».

Pour en terminer là et lancer la discussion, penchons-nous sur une description d'intervention. C'est à dessin que le choix s'est porté sur une situation ne présentant rien de bien extraordinaire, elle est à l'image de la grande majorité de celles que nous rencontrons dans notre pratique quotidienne.

### **Contexte :**

Le 21 janvier 2003 un peu avant 17h00, Julia (7ans) de retour de l'école chez sa tante Zelda, trouve son cousin Prospère (25 ans) suicidé par balle, dans sa chambre. Elle téléphone à sa maman Simone (sœur de Zelda) au travail, en lui disant « Prospère est malade, il est couché dans plein de sirop ». Simone lui dit d'aller de suite chez la voisine et de lui demander d'appeler l'ambulance. Elle et Zelda (qu'elle a contactée à son tour) seront sur place avant les secours.

A leur arrivée, les secours (un médecin et un infirmier du SAMU, deux ambulanciers, deux gendarmes et un psychologue) trouveront Zelda, Simone et deux voisines de même ethnie africaine passant tour à tour de l'état d'hébétude à l'expression d'une souffrance intense manifestée par des cris stridents, des gestes brusques, secouant leurs bras puis tout leur corps pour s'effondrer en larme.

Le médecin ne peut que constater le décès du jeune homme, la police judiciaire est prévenue. Les gendarmes n'arrivent pas à obtenir de réponse à leurs questions, les ambulanciers tentent désespérément d'apporter un peu de calme. Julia est toujours chez une des voisines, avec les enfants de cette dernière.

### **Problématique :**

le médecin est particulièrement inquiet quant à l'état de Zelda (la maman de Prospère) dont les réactions semblent les plus fortes et qui est la seule à ne répondre à aucune question. Elle paraît incapable de reprendre contact avec l'environnement, elle insiste pour garder le corps de son fils dans ses bras. Le médecin est d'avis de lui donner un sédatif.

Le médecin est également très inquiet pour la sœur Simone qui, bien que capable de répondre relativement clairement à certaines questions, présente toutefois des réactions impressionnantes. Il estime qu'elle n'est pas en mesure de prendre en charge sa fille Julia.

Le médecin partage l'avis des ambulanciers qui estiment que Julia a vécu une situation propre à créer un sérieux traumatisme, qu'elle nécessite impérativement une hospitalisation en pédiatrie, à la fois pour évaluer son état, traiter le choc et la protéger d'un environnement momentanément peu capable de la prendre en charge.

Les gendarmes et un ambulancier pensent que les réactions des unes amplifient celles des autres et qu'il serait bon de faire partir les voisines qui se montrent incapables de ramener un peu de calme. Ils proposent de renvoyer les voisines chez elles et de s'occuper séparément des deux sœurs de façon à proposer un contexte plus favorable à la réalisation de l'événement et à un retour au calme permettant l'engagement du processus de deuil.

L'inspecteur senior, arrivé sur place entre temps, prend les gendarmes et le psychologue à part. Il explique son intention d'emmener Julie, Simone, Zelda et les deux voisines à la PJ pour des auditions séparées. Pour les besoins de l'enquête, il souhaite que l'appartement soit quitté. En outre il déplore l'effet désastreux de tout ce monde pour le travail de la police scientifique.

### **Alors, de quoi je me mêle ?**