

Le débriefing psychologique est-il dangereux ?

Erik DE SOIR¹

Introduction

Depuis quelques temps, bon nombre de collègues – psychologues, psychiatres et/ou militaires – en tant que pompiers de terrain – ainsi que les services ambulanciers (entre autre via le site internet www.first-response.be) se posent des questions quant à la prise en charge d’urgence des victimes d’évènements traumatogènes (lire : potentiellement traumatisants). La prise en charge d’urgence à l’aide du débriefing psychologique serait dangereuse, et ferait plus de mal que de bien. Beaucoup d’encre a coulé depuis la parution de l’article de Van Emmerik et al. en septembre 2002 dans la célèbre revue médicale *The Lancet*.

L’article de Van Emmerik et al. (2002) dans *The Lancet* a toutes les caractéristiques d’une recherche scientifique irréprochable, mais n’apprend rien de neuf aux travailleurs de terrain et aux intervenants de l’urgence. Ce type de publication ne fait malheureusement que renforcer les politiques de prudence à l’égard du débriefing psychologique et de la prise en charge d’urgence. Cela amène aussi les chefs de service à douter de l’effectivité de ces deux types d’intervention, alors qu’aucune conclusion définitive ne peut être formulée grâce à ce type de recherche. C’est comme si, après dix ans de débat et de controverse, on obtenait une avancée infime sur le plan de la prise en charge d’urgence et du débriefing psychologique. L’article cité ci-dessus contribue à la recherche concernant les *single session debriefing* – c.à.d. les études évaluant l’efficacité du débriefing utilisé comme antidote au trauma et en session unique – comme si le seul critère utilisé serait d’ailleurs la prévention de symptômes de l’état de stress post-traumatique (Kleber, 2002).

Dans cet article, je voudrais argumenter qu’il est naïf d’imaginer que l’impact traumatogène d’un évènement traumatique peut être diminué ou effacé, ou qu’un traumatisme psychologique peut être prévenu, grâce à une seule discussion de soutien.

Je tente, de manière concise, de donner quelques éléments de réponse² et j’espère fournir matière à penser de façon à ce que les responsables des services d’aide et les entreprises à risques (entre autre aux chefs de service, aux médecins du travail, et aux conseillers en prévention psychosociale) soient conscients de l’état d’avancement de la recherche scientifique, et puissent donc la replacer dans son contexte, et puissent juger de manière nuancée les termes de « trauma » et de « débriefing ».

¹ Erik DE SOIR est major et psychologue-psychothérapeute, attaché en tant que chercheur et répétiteur militaire au Centre pour l’Etude du Stress et du Trauma de l’Ecole Royale Militaire, Avenue de la renaissance, 30, B-1000 BRUXELLES, 02-7376603, Erik.De.Soir@rma.ac.be. Il est sapeur-pompier et ambulancier volontaire auprès du Service d’Incendie et d’Aide Médicale Urgente de Leopoldsborg. Il est l’auteur du livre *Marqué au cœur ... Le trauma des équipes de secours (2004) – Editions Garant – Somersstraat 13-15, B-2018 Anvers – Belgique - Tél : ++32-3-2312900*.

² Pour une analyse détaillée faite par des spécialistes du trauma, je recommande au lecteur intéressé l’ouvrage suivant : *Les Debriefings psychologiques en question ... !? (2002) De Soir & Vermeiren – Editions Garant – Somersstraat 13-15, B-2018 Anvers – Belgique – Tél: ++32-3-2312900*.

Terminologie, délimitation conceptuelle, et pensée dirigée vers le trouble

Une première série de problèmes dans la discussion sur la prise en charge d'urgence et le débriefing psychologique, dangereux ou non, se situe aux niveaux terminologique et de la délimitation conceptuelle du concept de **trauma**, utilisé avec prodigalité. En parcourant la littérature détaillée des dix dernières années, aucun arrêt sur image n'est fait sur ce que les gens ont vécu, et à partir de quand on peut parler de trauma. Le mot trauma est utilisé comme antécédent et conséquence du stress post-traumatique. Généralement, dans la littérature anglo-saxonne, on parle d'**incidents critiques**. Et si vous les subissez, vous devez – et dans certaines organisations, il s'agira d'une obligation – être pris en charge à l'aide du **critical incident stress debriefing**. Selon la même littérature, les victimes d'expériences traumatisantes doivent se rétablir suite à cette pratique. Ainsi, les victimes d'accidents de la route, de viol, d'attaques, de catastrophes et de prise d'otage sont considérées comme faisant partie de la même catégorie que les assistants aux victimes et les protecteurs d'ordres qui vivent des choses désagréables pendant des interventions : ils sont tous considérés comme des survivants au trauma...

Mais quand parle t'on d'un **incident critique** ou d'un **évènement traumatique** ? D'ordinaire, c'est peu clair ? Les gens ont pensé et géré la dernière décennie en l'orientant fortement sur le trouble. On a beaucoup parlé des **états de stress post-traumatique**, mais la description et l'explication du **traumatisme psychologique** (entre autre dans le *Diagnostic & Statistical Manual for Mental Disorders*) n'est pas plus qu'une addition de symptômes auxquels le développement est lié à certains termes. Plus que la consistance avérée du traumatisme psychologique, une partie infime de la littérature est consacrée à la manière dont on peut obtenir une définition concrète de ce que cela veut dire pour la(es) victime(s).

Avant de s'arrêter aux modalités de l'intervention psychologique d'urgence des personnes en état de choc, nous devons donc délimiter le champ conceptuel du concept de **trauma**.

Dans ce qui suit, je choisirai rarement d'échanger les termes de **trauma** et d'**évènement traumatisants**. Il apparaît même plus opportun de parler en première instance d'évènement traumatogène – lire : évènement potentiellement traumatisant. Un évènement peut être dénommé comme traumatogène s'il satisfait aux critères suivants : 1) l'évènement implique des expériences subjectives et objectives de menace de vie pour la personne impliquée ; 2) qui au cours de l'évènement envahit (parfois aussi assujetti), cause effroi, pétrifie et/ou horrifie et/ou rend impuissant ; 3) est suivi par un écroulement du soi et une rupture de l'image du monde qui soutient les croyances de base - les certitudes de base en rapport avec la sécurité, la capacité de prédiction, le contrôle, l'autonomie, le sens et la cohésion.

Les exemples qui suivent vont montrer clairement qu'une distinction doit être opérée entre les évènements **dépressogènes** – qui ont le potentiel de rendre les gens (et les aides-soignants) tristes, abattus et ayant des pensées noires – et des évènements **traumatogènes** – qui dans la plupart des cas vont de pair avec un niveau élevé d'anxiété et d'activation, et qui, avant tout et de manière profonde laissent une trace indélébile dans l'esprit des aides-soignants.

La prise en charge d'urgence n'est jamais un processus standardisé

Une fois que l'organisation d'une prise en charge (de terrain) après une expérience choquante-potentiellement traumatisante - est prévue dans un protocole d'intervention rigide qui concerne un grand nombre d'étapes et de techniques auxquelles cette prise en charge doit se soumettre, il y a généralement peu de place pour l'analyse qualitative de l'évènement en question. On voit très clairement que des évènements dans un certain nombre de pays anglo-saxons où les employeurs, à cause de la pression exercée par la législation, offrent une prise en charge à tout employé ayant vécu un évènement choquant et/ou traumatogène. On confère souvent à cette prise en charge un caractère préformaté et standardisé, marqué par la maxime s'y rapportant '*one-size-fits-all trauma intervention*' ou une approche standardisée qui convient à tout les cas possibles. On remarque cela immédiatement à la terminologie qui est employée dans ce type de protocole : des évènements très différents sont dénombrés dans une liste d'incidents critiques pour lesquels une aide obligatoire est associée d'office. Cette aide se trouve donc souvent à la suite d'interventions superficielles et préconçues, planifiées à l'avance et située en dehors de tout contexte. Dans beaucoup de cas, c'est même encore plus grave, et les gens sont obligés de participer à une réunion unique grâce à laquelle tout sera réglé ; il ne reste plus de gestion intégrative – où l'aide psychosociale est vue comme un ensemble de mesures, qui doivent être développées en fonction de la(des) victime(s) et les personnes importantes à ses yeux (famille). C'est précisément ce qu'il s'est passé ces dernières années avec le **débriefing psychologique** ou le **critical incident stress debriefing**. Cette technique d'entretien a été extraite de la totalité des règles prévues et été présentée à tort et à travers, pour des groupes très divers de victimes, comme une intervention unique.

Prenons maintenant l'exemple des corps d'ambulanciers et de pompiers. La prise en charge de quelqu'un qui en premier lieu est une victime – qui par exemple a sauté sous un train – doit se montrer courageux, ou l'a prise en charge d'une équipe de collègues dans laquelle un collègue s'est pendu, ou, encore, d'une équipe d'ambulanciers qui vient juste de revenir d'intervention pour une mort subite du nourrisson. Ou encore, l'accompagnement d'un corps qui a perdu deux collègues au cours d'un incendie. Il s'agit d'expériences fondamentalement différentes, tant en termes de nature de l'évènement qu'en termes d'intensité de vécu et d'implication des sauveteurs dans les faits.

Une fois que l'on a ces exemples en tête, on peut dégager divers facteurs : dans certaines expériences, il s'agit avant tout de réactions de deuil (après décès), dans lesquelles, en premier lieu, les aides-soignants – souvent à travers un processus d'identification des victimes – se sentent abattus et tristes, et dans d'autres cas il s'agit principalement des réactions d'anxiété et d'hyperagitation que l'on trouve après confrontation avec un évènement menaçant pour la vie, le genre de réactions que l'on retrouve à nouveau chez les animaux qui galopent pour leur vie, poursuivis par un prédateur. Dans certaines interventions, on va avoir un impact à la fois traumatogène et dépressogène, rendant la prise en charge et l'accompagnement plus difficile.

Une fois que les gens sont choqués – mais pas traumatisés-, on peut les prendre en charge sans risque et en faisant du très bon travail grâce à une approche non-professionnelle avec une équipe collégiale d'accueil. Si les gens se sentent déprimés, parce qu'ils ont tenu un enfant en bas âge qui était en train de mourir, ils vont principalement réagir en exprimant un grand sentiment d'abattement, un sentiment d'impuissance, de culpabilité, et de chagrin. Dans bon nombre de cas, ils vont s'identifier aux parents et/ou membres de la famille. Mais, si au dernier moment, les gens échappent à la mort, et qu'ils doivent fuir et se battre pour leur vie, et qu'ils sont choqués, ou qu'ils sont violés alors qu'un couteau est placé au cou, il s'agit de tout à fait autre chose. Dans ces cas, il faut prévoir une toute autre forme de prise en charge immédiate. Cette prise en charge sera beaucoup plus basée sur de tranquillisation, le

rétablissement physique et la redécouverte de la sécurité et en toute sécurité que sur une ventilation émotionnelle. On ne posera JAMAIS la question suivante – que l'on trouve dans la plupart des protocoles de débriefing psychologique – dans de tels cas : « quel était le pire moment que vous ayez vécu durant l'événement ». On risque de reconfronter beaucoup trop rapidement la(es) victime(s) avec ce pourquoi ils ont ressenti une angoisse de mort. Un grand débat a lieu entre psychothérapeutes qui oppose les psychologues favorables et ceux étant en opposition à la réexposition d.i. la confrontation des victimes à leurs souvenirs, parce qu'on laisse en parler ou parce qu'on les leurs rappelle - après des événements traumatogènes.

Que veut dire tout ceci dans le cadre d'un débat sur le débriefing psychologique après une expérience choquante? Il s'agit avant tout du constat que : 1) on ne peut pas attendre qu'après une et une seule session de groupe de parole, les victimes récupèrent complètement d'un événement menaçant pour la vie ayant un impact profond ; et, 2) le triage émotionnel – à comparer au triage émotionnel effectué par le corps médical et la médecine d'urgence lors de catastrophes – est un élément nécessaire et est avant tout la rencontre des expériences choquantes à prendre en charge.

Dans ce qui suit, je me concentre sur les manières concrètes dont deux expériences représentatives des deux catégories d'événements – en sachant que les interventions sont, comme je l'ai déjà mentionné plus haut, autant traumatogènes que dépressogènes.

Le débriefing psychologique ou le 'Critical Incident Stress Debriefing' ne sont pas toujours conseillés comme aide de première ligne

Dans ce qui suit, je veux illustrer les différences qualitatives entre les types d'intervention afin de montrer que le débriefing psychologique et la discussion ultérieure ne conviennent pas en tant que soin de première ligne pour une intervention suite à une expérience traumatogène.

Exemple 1: Deux pompiers se retrouvent coincés sous une poutre lors d'un incendie. Ils pensent que le feu va les tuer. Leur matériel est effectivement en train de flamber. L'un des deux est en état de choc et pousse un grand cri en disant qu'ils vont mourir. L'autre se pose sur la tête quelque chose de froid et n'abandonne pas. Malgré la fièvre, ils cherchent une solution. Ils s'échappent finalement in extremis de leur position critique et sont sortis avec leur bombonne d'oxygène en train de brûler. Une fois dehors, ils tombèrent d'épuisement. Un peu plus tard, dans l'ambulance, ils reprirent leurs esprits, apparemment indemne mais psychologiquement gravement atteint.

Il est évident que nous n'allons pas, immédiatement après une intervention, placer ces gens dans un groupe de parole ou de débriefing psychologique avec leurs collègues qui ont aussi assistés aux événements. On va d'abord les prendre en charge à part, réaliser la prise en charge d'urgence via les techniques de **Première Aide Psychologique en cas d'Accidents (PAPsyA, De Soir, 2004)**, les transporter vers la clinique (où ils peuvent recevoir une prise en charge d'urgence dans le meilleur des cas), et, seulement bien plus tard, une fois qu'ils ont récupéré physiquement, nous pourrons les aider à reconstruire leurs souvenirs calmement, nous écouterons leur vécu, éventuellement tous ensemble, en groupe. Les autres collègues sont entre-temps, à leur tour, reçus et pris en charge par le groupe '**Fire Stress Team**' de leur région. Plus tard, et même bien plus tard, ils vont remarquer et/ou se rendre compte que pour certains d'entre eux, cette expérience les a bouleversés – par exemple au niveau des priorités – tant dans leur vie privée que professionnelle.

Exemple 2: *Des pompiers reviennent à nouveau déprimés à la caserne car ils ont pu sauver un homme et un enfant, mais n'ont rien pu faire pour la mère et au cours du sauvetage. Au retour vers la caserne des pompiers régnait dans le véhicule un silence assourdissant. Certains ont les larmes aux yeux, d'autres maudissent le ciel à travers la fenêtre. Un dernier jure alors même que son véhicule arrive à la caserne et qu'il en sort, et dit d'un ton dédaigneux qu'il est incompréhensible que certaines personnes à l'heure actuelle roulent comme des fous.*

Ces intervenants sont choqués, tristes et vidés émotionnellement, mais courent peu de risques de développer un traumatisme. Personne n'a dû courir pour sauver sa vie, n'a été confronté à une situation d'hyperactivation, d'expérience dissociative (*tunnelvision*), ou d'anxiété très élevée. On peut tout à fait les accueillir immédiatement, et les laisser parler de leurs sentiments d'impuissance, de tristesse et de désarroi qu'ils éprouvaient dans le feu de l'action.

Il s'agit dans ce deuxième exemple de sentiments de tristesse et d'impuissance, de personnes qui expriment des réactions de deuil et d'abattement, où on peut se défaire assez rapidement du chagrin que l'on a sur le cœur. Si on pense à la problématique à long terme qui peut survenir dans les deux accidents, peut-être des interventions vécues par le même corps de pompiers au cours de la même semaine, il semble clair que d'autres phénomènes vont en principe jouer en fonction des souvenirs auxquels les intervenants seront confrontés. Dans le premier exemple, il semble que les victimes physiques directes, qui furent séparées des victimes indirectes par un triage émotionnel, courent un risque réel de développer un traumatisme psychologique chronifié – avec tous les symptômes de reviviscence, d'évitement et de déni, et d'excitation corporelle en revivant l'évènement. Ils ne vont certainement pas complètement intégrer ces événements eux-mêmes, et dans beaucoup de cas ceux-ci auront une influence sur leur vie. La prise en charge et l'accompagnement devront s'arrêter un moment. Les intervenants du second exemple ne vont pas rester trop longtemps silencieux après cet accident tragique ; le lendemain, ou même plus tard, ils seront à nouveau confrontés à un autre drame. Rester à causer peut aider, mais si on reste silencieux trop longtemps et continuer à en parler trop longtemps risque en définitive d'endommager leurs défenses psycho-émotionnelles à l'égard de ce type d'évènements. Personne ne veut ce résultat-là.

Tout vient, dans la prise en charge des intervenants étant victime, et donc on doit à nouveau apprendre à évaluer le type d'intervention qui doit être suivie par quel type de prise en charge, et à quel moment cette prise en charge doit être offerte. Il est donc insensé de proposer une intervention standardisée – **débriefing psychologique** ou **critical stress debriefing** - dans tous ces cas afin d'organiser tout d'une seule manière, mais on doit se demander qui a participé à quoi. Dans certains cas, une séquence complète d'aide dans les diverses activités de soutien s'avère très importante, alors que dans d'autres cas, une aide spécifique est nécessaire.

Il n'y a donc pas de réponse arrêtée quant à la dangerosité du débriefing psychologique. La réponse devrait idéalement être : « **parfois oui, parfois non** ». Ce qui est plus important, c'est que ce type d'intervention n'aura souvent aucun sens si avant il n'est pas fait usage – sur le terrain – de la **Première Aide Psychologique** et d'une session d'accompagnement qui au pire aura lieu une fois, de manière à ne pas avoir de vue sur les mise en oeuvre futures.

Ces dix dernières années, on a constaté avec les **Fire Stress Teams** qu'on arrivait souvent trop tard pour pouvoir organiser un bonne **Première Aide Psychologique**, et qu'il était

nécessaire alors d'évaluer dans quelles mesure les pompiers avaient besoin d'un accompagnement et d'une prise en charge (lire : effectuer un triage émotionnel). C'est pour cette raison qu'on a travaillé dur ces derniers mois au sein de l'**Association des Sapeurs-Pompiers de Flandres (Brandweer Vereniging Vlaanderen)** – avec entre autre la formation de plus de 100 collègues pompiers dans les provinces d'Anvers et de Flandre Occidentale – afin d'élargir le réseau des **Antennes FiST**. Les **Antennes FiST** doivent combler le trou béant entre l'intervention choquante et ce que les pompiers vont recevoir comme première aide, prise en charge, et accompagnement. En principe ils sont issus de leur propre corps afin de fournir la première aide psychologique (sur le terrain et/ou dans la caserne immédiatement après l'intervention), ils effectuent un triage émotionnel préliminaire en – si cela s'avère nécessaire – activent la deuxième ligne d'aide psychologique, c'est-à-dire les Fire Stress Teams.

Conclusion

Cet article était destiné à montrer que le « débriefing psychologique » fut développé pour prendre en charge les intervenants et non pour prendre en charge les victimes directes d'une expérience traumatogène ; certainement pas si ces victimes ont vu quelqu'un mourir en face d'eux, et, suite à cela, ressentent une grande anxiété et se disent choqués. Van Emmerik et al. (2002) ont donc tout à fait raison d'affirmer que les **DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN UNE SESSION**, organisés avec des victimes de traumatisme: 1) ne fonctionnent pas et/ou n'ouvrent pas la voie à une meilleure assimilation long terme; ou 2) que cela aggrave la situation d'en mener avec ce type de personnes, ou, au mieux, cela n'a aucun effet. En plus, la littérature fait la part belle aux analyses quantitatives pour toute intervention traumatogène et/ou dépressogène, avant que d'entamer un quelconque travail sur la forme d'aide à apporter. Si un travail était mené sur la forme d'aide à apporter, cela servirait à sortir les intervenants d'une approche préformatée, standardisée, faite par des personnes travaillant sans supervision et étant peu préparés à ce type d'aide.

Si un spécialiste du trauma prend au pied de la lettre ce que l'article paru dans **The Lancet** avance, il n'aura rien appris de plus que ce qu'il ne savait déjà depuis longtemps. Les auteurs de cet article ont donc raison, mais il leur manquait certainement quelqu'un dans leur équipe qui puisse aussi rapporter son expérience de terrain. Il est dommage que ce genre d'article, au titre peu prudent et très peu nuancé, informent et donnent lieu à d'autres articles paraissant dans les journaux avec des titres aussi ravageurs que « *la prise en charge du trauma après des catastrophes est dangereuse* »...