

# **Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte**

Erik L.J.L. de Soir<sup>1</sup>

## **Introduction**

Les dernières années, l'impact psychologique de calamités et de catastrophes a reçu de plus en plus d'attention de la part des médias et du monde scientifique. Bon nombre de structures et de techniques d'intervention ont été élaborées pour soulager la souffrance psychique des victimes de catastrophes, ainsi que celle de leur proches.

Cependant, la reconnaissance des problèmes d'ordre psycho-émotionnel des intervenants des services de secours est relativement nouvelle en Europe. Aux Etats-Unis ce sont surtout Mitchell (1981; 1983), Mitchell & Bray (1990), Mitchell & Everly (1993), et Raphaël (1986) qui ont mis en évidence ce genre de problèmes ainsi que des techniques d'intervention, échelonnées dans le temps, pour remédier aux séquelles psychotraumatiques des intervenants en temps de crise.

Dans ce chapitre nous essayerons de comprendre les bases de la victimisation, voire même la traumatisation, des intervenants des services de secours. Nous utiliserons en premier lieu le concept du stress traumatique secondaire décrit par Figley (1995). Ensuite nous nous inspirerons en premier lieu du travail de Defares et De Levita (1989), d'une part, et de la théorie sur les schémas cognitifs des aidants et la traumatisation vicariante de McCann et Pearlman (1990), d'autre part, pour analyser le vécu des intervenants en temps de catastrophe. Dans le cas où l'intervenant est lui-même victime d'un événement traumatique, tel qu'il est décrit dans le DSM-IV, nous le considérerons comme étant une victime directe. Le vécu de l'intervenant ainsi que les conséquences psychologiques d'un tel impact, ne seront pas traités dans ce chapitre qui vise seulement le problème de la traumatisation indirecte.

Nous ne nous attarderons pas à une description détaillée des techniques d'intervention ni à la discussion de leur efficacité en matière de prévention de traumatismes psychiques, cela faisant l'objet d'un autres chapitre de ce livre. Pourtant nous essayerons de proposer une nouvelle terminologie par rapport à ce genre de techniques de soutien et nous identifierons certains besoins qui pourraient servir d'objectif aux interventions dans l'immédiat et le post-immédiat d'une calamité ou d'une catastrophe.

Defares et De Levita (1989) décrivent les doutes considérables de l'intervenant quant à sa propre efficacité et ce sur base de ses réactions émotionnelles suite à des interventions choquantes à potentiel traumatisant.

L'intervenant en temps de catastrophe ou de calamité vit une tension permanente. La notion de tension se prête bien à la description de l'intervenant en situation d'exception (voir infra) ;

---

<sup>1</sup> Erik DE SOIR est Psychologue-Psychothérapeute, Chargé d'Enseignement au Centre pour l'Etude du Stress et du Trauma à la Chaire de Psychologie de l'Ecole Royale Militaire. Il est le fondateur des Fire-Fighter & Medical Emergency Stress Teams et s'engage dans l'aide médicale urgente, et les secours en général, en tant que sapeur-pompier et ambulancier volontaire au Corps de Sapeurs-Pompiers de Bourg Léopold.

avant, pendant et après son intervention sur le terrain. Immédiatement après l'appel pour partir en intervention, l'intervenant passe à travers un syndrome d'activation (cf. les différentes phases d'une intervention, De Soir, 1999) que nous n'expliquerons que succinctement dans les lignes suivantes.

D'après Crocq (1999) c'est le physiologiste canadien d'origine hongroise Hans SELYE qui avait défini, au début de ses recherches en 1936, le syndrome général d'adaptation. Il avait découvert que tout organisme réagit de manière identique à toute agression, quelle qu'elle soit (choc, froid, chaleur, infection, irradiation, etc.). Le syndrome général d'adaptation de Selye consiste de trois phases : phase d'alarme, aiguë, de mobilisation (physiologique et psychologique) des moyens de défense ; phase d'adaptation (appelée phase de résistance) de maintien de la défense et de reconstitution des réserves d'énergie nécessaires à cette mission ; et phase d'épuisement, caractérisée par l'effondrement des défenses lorsque la situation agressive se prolonge trop longtemps, et que l'organisme ne peut plus constituer de réserve d'énergie.

Crocq (1999, p70) poursuit : « *Initialement, Selye avait appliqué le mot stress à la désignation des agents agressifs ; puis, il le réserva à la réaction de l'organisme et désigna les agents d'agression sous le nom de stressors (facteurs de stress). Il aurait dit aussi, plus tard, que s'il avait mieux maîtrisé la langue anglaise, il aurait choisi le mot strain (contrainte) à celui de stress* »

Nous préférons donc la notion de *tension (strain)* pour décrire les agents nocifs qui peuvent miner la portance<sup>2</sup> psychique et physique des intervenants avant, pendant et après leur intervention. Ainsi, nous attachons beaucoup d'importance aux notions de « stress adaptif » (les réactions de stress normal, adaptatives), et, d'autre part, les réactions de « stress dépassé », qui relèvent de la pathologie. Dans ce chapitre, nous utiliserons une approche cognitive pour étudier ce « stress dépassé » chez l'intervenant. Nous essayerons de montrer qu'un déséquilibre individuel au niveau des schémas cognitifs ou des croyances de base conduira à des effets d'ordre pathologique.

Pour réellement comprendre le monde de l'intervenant, donc les normes et les valeurs qui règnent dans son milieu professionnel, nous devrions analyser un peu plus en détail le profil type de l'acteur de terrain d'un service de secours ou de l'aide médicale urgente. Le milieu des intervenants en temps de crise pourrait être décrit comme un milieu essentiellement viril et machiste. Cependant cette attitude peut être considérée comme superficielle et mince comme du papier à cigarette. Le personnel des corps de sapeurs-pompiers, par exemple, se compose en majeure partie d'hommes qui, pendant leur formation, ont appris que d'ordinaire, pleurer est un signe de faiblesse et/ou « pour les filles ». Ils sont experts pour réprimer la douleur et pour cacher leurs sentiments avec l'humour noir et le cynisme comme seul exutoire.

Pendant les opérations de secours ils arrivent à refouler leurs sentiments ou leurs émotions. Dans le passé, ce comportement fut souvent considéré à tort comme de l'insensibilité.

L'intervenant est donc essentiellement dirigé directement vers l'action, dévoué, vraiment motivé, ambitieux et prêt à prendre des risques mesurés. Echouer ne fait pas partie de son vocabulaire. Les victimes qui meurent (ou qui sont mortes) sont synonymes d' « échec » (« on

---

<sup>2</sup> Nous utilisons le mot portance pour décrire l'ensemble des capacités physiques et psychiques qui permettent à l'intervenant de résister aux différentes sources de stress. Par intervenants, nous entendons les acteurs de terrain des services de secours - sapeurs-pompiers, ambulanciers, équipes d'aide médicale urgente, e.a. - et des services d'ordre.

est arrivé trop tard »). Nous analyserons les schémas cognitifs qui sont à la base de cette attitude dans la dernière partie de ce chapitre.

Cependant, la façon dont l'intervenant manie les sentiments semble souvent être très fonctionnelle. Une analyse plus détaillée des mécanismes spécifiques par lesquels les intervenants peuvent conserver la distance nécessaire vis-à-vis des victimes, entre autre via l'humour noir « on-the-spot », et donc leur propre intégrité physique, peut être trouvée dans les publications antérieures sur la création de réseaux de gestion du stress traumatique chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers (De Soir, 1999).

Le profil prototypique décrit ci-dessus rend l'intervenant particulièrement vulnérable en temps de crise: après chaque sortie, celui-ci se questionne, utilisant comme référence le critère de la perfection théorique. La moindre faute le fait douter de ses propres compétences professionnelles. Dans la même foulée, lors de l'identification des *fautes commises*, l'intervenant perd une grande partie de ses capacités de relativisation. Il est possible que ce soit justement cette vulnérabilité accrue qui actualise des conflits personnels latents chez la personne en question, ce qui favoriserait la mise en place d'un traumatisme psychique avec des problèmes psychologiques tels que dérangements de sommeil, préoccupations intrusives et hyperactivité neurovégétative.

Defares et Levita (1989) considèrent cette détérioration de l'action professionnelle comme étant prototypique pour l'intervenant en situation d'exception. Dans ce même contexte, McCann et Pearlman (1990) parlent de traumatisation vicariante (*vicarious traumatization*), tandis que Figley (1995) introduisait le concept de traumatisation par un stress traumatique secondaire (*secondary traumatic stress*).

La confrontation permanente avec des victimes (traumatisées) pourrait ainsi traumatiser l'intervenant lui-même. Après avoir été confronté à une intervention choquante à potentiel traumatisant, l'intervenant en question ne sait plus échapper à ses propres préoccupations et/ou ruminations mentales, subit les différents symptômes du syndrome de répétition (Crocq, 1999), connaît bon nombre de problèmes de sommeil, ainsi que de nombreux signes d'évitement (de contacts sociaux), de dénégation et d'hyperactivité neurovégétative; soit, l'intervenant peut souffrir de toute la gamme de symptômes d'un traumatisme psychique (réduit au *Post-Traumatic Stress Disorder*, ou *PTSD*, dans le DSM-IV).

## **La transmission du trauma des victimes sur les intervenants**

Figley (1995) décrit l'épuisement par (stress de) compassion dans son œuvre bien connue « Compassion Fatigue » comme étant un syndrome d'épuisement émotionnel dans lequel le stress traumatique est transmis des victimes aux intervenants (acteurs de l'aide médicale urgente, services de secours, psychothérapeutes, e.a.). Pourtant, l'énigme demeure : comment et par quel mécanisme le transfert du potentiel traumatique de la victime sur son aidant se fait-il ? Figley (1995) cherchait une conceptualisation adéquate qui permettait de comprendre comment le matériel à potentiel traumatique portait atteinte à l'équilibre de l'intervenant de situations de crise et d'élaborer des techniques de prévention dans le post-immédiat de l'événement exceptionnel

Ainsi il proposa sa version d'une modèle heuristique, le Modèle de la Transmission du Trauma (*Trauma Transmission Model*, Figley, 1992 ; 1995), qui sera expliqué dans les paragraphes ci-dessous (cf. figures 1.1. et 1.2.) et qui prend comme base de départ le besoin,

qu'éprouve chaque intervenant, d'exprimer sa compassion envers les victimes traumatisées. Ainsi, à côté de ses activités de sauvetage et de secours, l'intervenant essaye de répondre pour lui-même les cinq questions essentielles que se posent les victimes (Figley, 1982 ; 1983 ; 1989) : Qu'est-ce qui s'est passé ? Pourquoi s'est-il passé ? Pourquoi est-ce que j'ai réagi comme j'ai réagi au moment même ? Pourquoi est-ce que depuis comme j'ai réagi au moment même ? Si cela arrive à nouveau, serais-je capable de résister ?

Dans le post-immédiat de l'événement exceptionnel, et souvent déjà durant l'intervention en question, l'intervenant essaye de répondre à ces questions à la place de la victime quand l'événement en question porte atteinte à l'image qu'il a du monde dans lequel il vit ; quand sa propre vie privée et même ses proches sont touchés, souvent par identification imaginaire avec les victimes (voir infra : théorie du triangle d'impact traumatique) dans son travail de secouriste. C'est justement dans ce processus, par la génération de nouvelles informations et le travail émotionnel dans l'imagination du secouriste, que celui-ci vit des émotions semblables à celles des victimes. Le travail imaginaire, ainsi que les problèmes d'ordre émotionnel qui en résultent, comprennent des images visuelles (e. a. reviviscences intrusives et flash-back), des problèmes de sommeil, des sentiments dépressifs et d'autres symptômes comme p.ex. l'hyper agitation qui sont le résultat d'une part de la confrontation avec des victimes d'événements exceptionnels, d'autre part de l'imagination (lire : la visualisation) de la souffrance des victimes en les identifiant à ses propres proches (voire un mélange de ces deux possibilités).

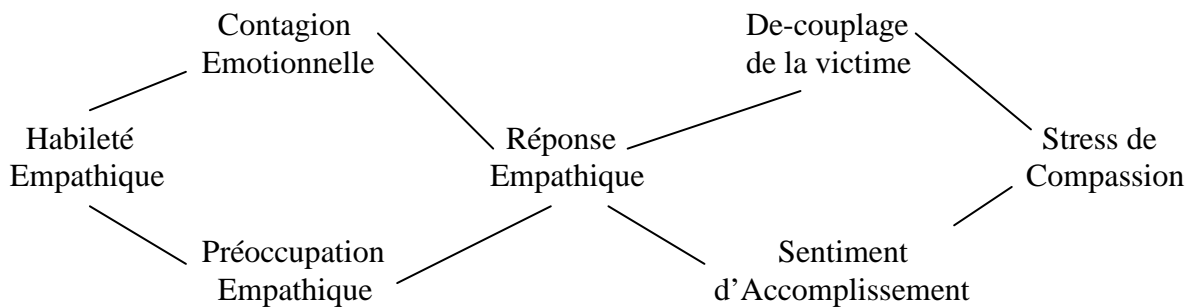
Ce modèle est le résultat de la recherche scientifique et de la littérature qui a contribué à la bonne compréhension des liens qui existent entre le stress traumatique, les relations interpersonnelles et le burnout (épuisement physique et émotionnel) chez les secouristes (cf. Miller, Stiff & Ellis, 1988).

Selon le *Modèle de la Transmission du Trauma* (voir ci-dessus), l'épuisement émotionnel par le stress traumatique secondaire chez le secouriste est dû, d'une part, à l'engagement et l'habileté empathique du secouriste envers sa victime, et d'autre part à l'inhabileté de trouver un apaisement par rapport à ses actions de secours et de soutien par un désengagement ou découplage émotionnel ; l'inhabileté d'éprouver un sentiment de satisfaction pour le travail accompli et l'aide aux traumatisés.

Cette composante du modèle illustre comment le *stress de compassion* (*compassion stress*) est une fonction de six facteurs qui interagissent entre eux. Le *stress de compassion* est défini comme étant le *stress couplé à l'exposition aux souffrants*. *Habilité empathique* (*empathic ability*) est définie comme l'habileté *d'apercevoir et sentir la souffrance d'autrui*. Cette habileté une des caractéristiques centrales poussant l'individu à choisir pour le métier d'assistant social, aidant, secouriste, ou tout autre type d'aidant professionnel. Cette habileté est, à son tour, associée à la susceptibilité d'un individu pour être atteint par une *contagion émotionnelle* (*emotional contagion*), à définir comme vivre les émotions de la victime en fonction du degré d'exposition à la victime. Cet état émotionnel est similaire à état dans lequel on est tourmenté par les émotions de la victime (des victimes).

L'interaction entre les différents facteurs décrits ci-dessus est l'essentiel de la compassion pour autrui.

**Figure 1. Modèle de la Transmission du Trauma (Figley, 1995)**



La relation qu'a l'intervenant avec sa (ses) victime(s) et les particularités de l'intervention lors d'une situation exceptionnelle (de crise) veut que celui-ci sent littéralement la souffrance de ses victimes.

L'habileté empathique est aussi associée à la *Préoccupation Empathique (Empathic Concern)*, définie dans ce modèle comme la motivation pour agir et procurer de l'aide. Sans cette motivation pour vouloir aider la victime, l'intervenant ne ferait rien, ce qui ne correspond pas avec ses capacités empathiques qui le poussent à l'action et consécutivement l'exposition à la (aux) victime(s). Effectivement, le manque de préoccupation de l'intervenant envers la (les) victimes en temps de crise est un indicateur d'épuisement (cf. le concept de burnout tel qu'il est décrit par Freudenberger, 1980).

L'habileté empathique ainsi que la contagion empathique déterminent le degré dans lequel une personne fait l'effort de réduire la souffrance de celui qui souffre. Cet effort est appelé la réponse empathique. Elle est définie par la bonne réponse – e.a. avec la bonne intonation, au bon moment, avec le bon tempérament et le bon contenu – qui aide réellement celui qui souffre, lors de chaque requête d'aide.

Les efforts fournis pour aider celui qui souffre peuvent être manifestés par différentes approches et sont jugées sur leur efficacité aussi bien par l'aidant que par la victime. Pour l'intervenant en situation d'exception cette aide peut p.ex. prendre la forme d'une assistance verbale visant à (re)donner une rassurance et un espoir à la victime incarcérée dans une voiture lors d'un carambolage en masse.

### **(Dé)Croissance du stress de compassion**

Selon Figley (1995), deux facteurs semblent faire la différence entre la croissance et la décroissance du stress de compassion. D'une part le sentiment d'accomplissement (*sense of achievement*) ou le degré dans lequel l'intervenant est satisfait de ces efforts fournis dans l'aide et l'assistance aux victimes. D'autre part le dé-couplage (*dis-association*) de la victime en question ou le sentiment, chez l'intervenant, qu'il a tout fait ce qu'il pouvait faire dans le meilleur intérêt pour la (les) victime(s) et autrui. Ceci veut dire aussi « laisser aller », c.-à-d. reprendre la distance nécessaire par rapport à la souffrance de la (des) victime(s) et par rapport à la douleur émotionnelle ressentie en ayant de la compassion.

De façon inévitable, le degré de stress de compassion vécu est associé à : 1) le degré dans lequel l'intervenant est capable de réaliser ce dé-couplage émotionnel par rapport à sa (ses) victime(s) ; et, 2) le degré dans lequel l'intervenant peut se sentir satisfait de ses propres actions de soutien et d'assistance à la (aux) victime(s).

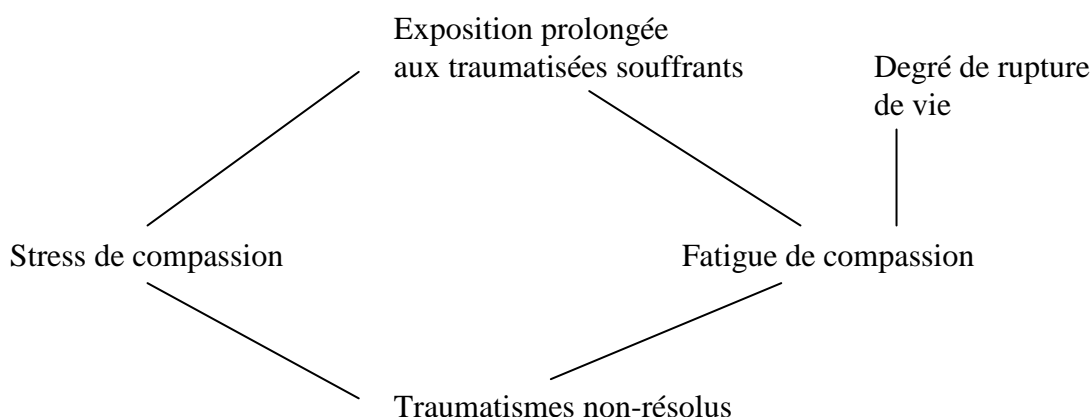
Cependant, les intervenants essayeront de réduire leur propre stress de compassion en surestimant l'effet de leur soutien (ce qui revient à se sentir satisfait de façon erronée) et/ou en rendant la distance psychologique envers la (les) victime(s) trop grande. Ceci sont e.a. des premiers signes de burnout.

Par contre, ceux qui vivent peu de stress de compassion et sont en même temps exposé à une contagion émotionnelle considérable, et font preuve d'habileté empathique et de préoccupation empathique retrouvent beaucoup de satisfaction dans leur réponse empathique, puisqu'ils sont convaincus des effets bénéfiques de leurs actions. De par ce fait ils ont le sentiment d'accomplissement et ainsi ils évitent de se sur identifier aux problèmes de la (des) victime(s) : ils sont efficaces par rapport à la création d'une distance psychologique suffisamment grande envers la (les) victime(s). Le sentiment d'accomplissement revient donc à la satisfaction éprouvée dans la réduction de la souffrance de la (des) victime(s) tandis que le découplage consiste en un désinvestissement personnel et émotionnel par rapport à la (aux) victime(s).

La deuxième composante du modèle de la transmission du trauma (cf. figure 2) illustre comment la **fatigue de compassion** (*compassion fatigue*) est une fonction de quatre variables qui interagissent. La fatigue de compassion est définie par un état d'épuisement et de disfonctionnement – au niveaux biologique, psychologique et social – consécutivement à l'exposition prolongée au stress de compassion et tout ce qui va de pair.

L'exposition prolongée signifie un sentiment de responsabilité prolongé envers l'aide aux traumatisés souffrants. Le sentiment d'exposition prolongée est associé au manque d'apaisement des charges (physiques et psychiques) de responsabilité et l'impuissance de réduire le stress de compassion.

**Figure 2. Modèle de fatigue de compassion (compassion fatigue ; Figley, 1995)**



Selon le modèle de Figley (ci-dessus), les souvenirs traumatiques sont provoqués par le stress de compassion et l'exposition prolongée. Ce sont ces répétitions et ces souvenirs traumatiques

qui stimulent la création de symptômes de PTSD et d'autres problèmes affiliés tels que symptômes de dépression et d'anxiété généralisée. Ceci peut provoquer la réactivation d'anciens traumatismes non-résolus qui viendront influencer les souvenirs récents.

La fatigue de compassion est inévitable quand, ajouté à l'action simultanée des trois facteurs ci-dessus (cf. figure 2), l'intervenant en question vit une rupture démesurée de la vie consécutivement à des symptômes (somatiques) de maladie, un changement de style de vie, de statut et de responsabilités professionnelles et personnelles. Ceci constitue le dernier pas vers le burnout et/ou le syndrome de stress post-traumatique secondaire.

### **Le concept de la traumatisation secondaire remis en question**

McCann et Pearlman stipulent que les aidants aux traumatisés peuvent montrer eux-mêmes des symptômes appartenant au syndrome post-traumatique. Ils vivent eux-mêmes des signes des images et des émotions associés aux souvenirs traumatiques de leurs clients. Ne pas reconnaître et/ou prendre en charge ces émotions pourrait ainsi mener à un engourdissement émotionnel des aidants en question. Suite à cet engourdissement émotionnel, les intervenants en situation d'exception peuvent commencer à subir de plus en plus leurs interventions avec comme conséquence une reprise générale de distance ; ces intervenants éprouvent des difficultés pour faire preuve d'une attitude empathique envers les victimes de catastrophes ou de calamités.

L'explication succincte du modèle de la transmission du trauma nous a montré que Figley (1995) supporte cette même vision et qu'il la généralise ; ainsi, il inclut les membres de famille ou les proches des victimes dans le groupe d'aidant potentiels venant à l'aide aux victimes de catastrophes, tous susceptibles de souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique secondaire (*secondary traumatic stress syndrom* ou STSS).

Haans (1998), par contre, stipule que l'utilisation des notions *traumatisation* et *trouble* (ou *syndrome*) chez les intervenants peut souvent être inutile voire même nuisible et ce pour bon nombre de raisons. Le danger d'une confusion entre surcharge de travail et traumatisation existe. Il considère que des intervenants peuvent seulement être traumatisés par leur travail sous certaines conditions. Premièrement quand une intervention en situation d'exception actualise un traumatisme psychique antérieur, ou encore, lors d'une menace directe à leur intégrité physique et/ou psychique (p.ex. être victimes d'une agression durant les opérations de secours). Aussi la présence lors de situation à potentiel traumatisant, ou être témoin d'un événement traumatisant pour autrui – p.ex. durant les opérations de secours – peut traumatiser l'intervenant.

Dans nos publications antérieures (De Soir, 1997) nous avons proposé l'interprétation métaphorique du *triangle d'impact* afin de mieux comprendre la traumatisation du personnel des services de secours ou des services d'ordre lors de situations d'exception. Nous reprenons l'essentiel de ces explications sur le triangle d'impact dans les lignes suivantes.

Tout intervenant devrait comprendre ses bases de départ avant de se lancer dans l'aide en situation d'exception. Chacun d'entre nous est caractérisé (voire même marqué) par un **arrière-plan statique** au niveau biologique (e.a. robustesse organique et biologique, le génétique, etc.), social (e.a. l'environnement d'origine, l'enseignement suivi, l'aspect socio-

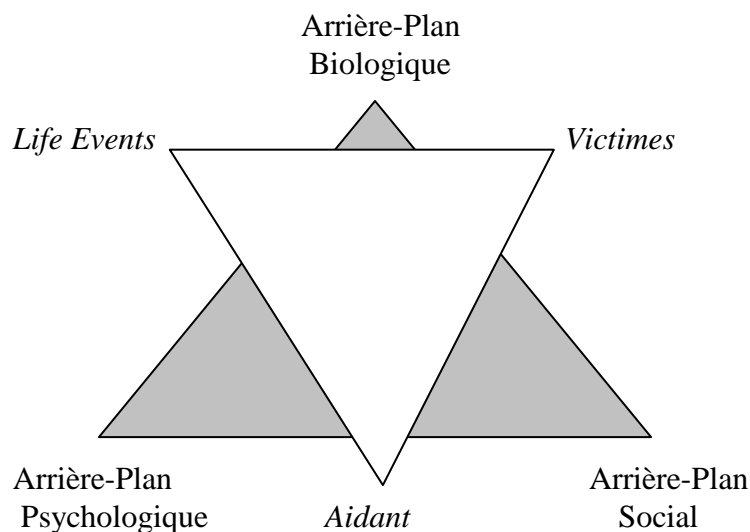
démographique, etc.) et psychologique (e.a. processus de croissance et d'individuation, séparation dans la famille d'origine, équilibre dans les relations interpersonnelles, personnalités de base et apparente, etc.). Cet arrière-plan est statique puisque l'individu adulte ne présentera plus des changements majeurs par rapport à ces différents facteurs.

Par contre, l'avant-plan de l'intervenant en question est caractérisé par trois autres points : 1) la position actuelle (l'équilibre) de l'intervenant ; 2) les événements marquants passés et/ou actuels ; et, 3) les victimes que rencontra l'intervenant.

Voyons maintenant (cf. figure 3) l'impact traumatique de l'intervenant comme un déséquilibre sur l'avant-plan de l'intervenant, avec éventuellement une réactivation d'anciens traumatismes (venant de l'arrière-plan).

Afin de comprendre le métaphore du triangle de l'impact comme un ensemble dynamique visant à expliquer le vécu de l'intervenant il nous faudrait définir quelques notions plus amplement : 1) nous définissons le stress<sup>3</sup> comme étant un déséquilibre entre charges et portance psychiques ; 2) nous assimilons la surface du triangle (ceci est justement l'aspect visuel et métaphorique de cette explication) à la portance psychique de l'individu ; et, 3) nous voyons l'identification (situationnelle) de l'intervenant avec un des deux points du triangle de l'avant-plan, soit une identification avec un des deux autres points soit simultanément avec les deux autres points, comme le mécanisme essentiel qui déterminera l'impact.

**Figure 3. Le triangle de l'impact**



Expliquons l'ensemble de l'interprétation métaphorique par un exemple :

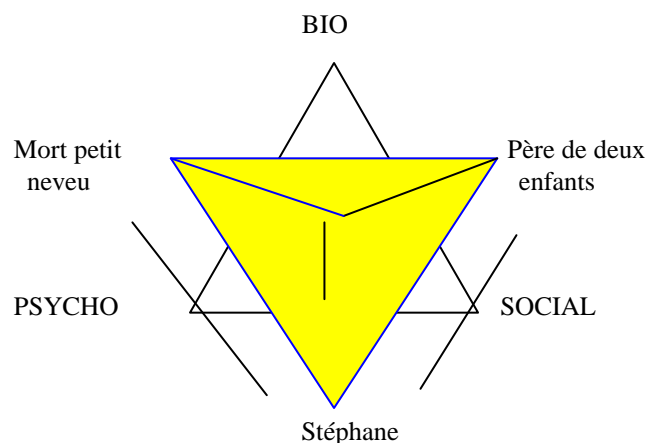
<sup>3</sup> En s'inspirant de la conception de Selye, Crocq (1999) définit le stress comme "la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace. Et il ajoute: "c'est une réaction éphémère; elle est a priori utile et salvatrice, et aboutit généralement aux 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; mais, trop intense, répétée à de courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se mue en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé".



Stéphane, un jeune sapeur-pompier ayant une femme et deux enfants participe à une intervention durant laquelle les service de secours essayent de sortir les enfants d'une école maternelle en flammes. Six enfants périront dans le feu dramatique. Stéphane est chargé, avec trois de ses collègues, de chercher les restes brûlés des enfants morts. Soudainement il est confronté avec un petit corps carbonisé. Autour des restes humains il trouve aussi les restes brûlés de jouets d'enfants. A se moment il ressent un « craque » en lui. Une image intrusive continue à lui passer dans la tête. Il ne sait, en ce moment, plus poursuivre son travail car il commence à voir ses propres enfants en permanence. Que s'est-il passé selon la théorie du triangle d'impact. Stéphane est un jeune intervenant qui sort d'une famille où le frère et le père sont pompier eux aussi. Il n'a jamais, sur ses six ans de service dans le corps d'incendie, eu des problèmes particuliers. Mais maintenant, son triangle devient très petit et l'impact qui s'en suit grand. L'an dernier, sa sœur a perdu un enfant dans un feu de voiture (identification avec le point du triangle 'life events'), et lui-même est père de deux enfants du même âge (identification avec le point du triangle 'victimes'). La surface du triangle, qui avait été assimilée à la portance psychique de l'intervenant, est devenue très petite (voir figure 4) et par conséquent l'impact traumatique est très grand.

Dans ce cas-ci, nous avons opté pour partir de l'hypothèse qu'aucun traumatisme antérieur fut (ré)activé chez Stéphane et qu'aucune pathologie préexistante jouait un rôle dans le processus de traumatisation.

**Figure 4. Triangle d'impact de Stéphane**



Nous voulons accentuer ici que l'interprétation de l'exemple ci-dessus part du principe qu'un événement qui traumatise a un impact négatif sur l'intervenant en question. McCann et Pearlman prétendent que le traumatisme aura surtout un impact destructif sur l'intervenant en temps d'exception. Pourtant bon nombre d'études nous montrent qu'un traumatisme psychique peut – surtout à long terme – avoir des conséquences positives pour la personne qui en est atteint. Certaines études sur les survivants de l'Holocauste (Prager & Solomon, 1995 ; Kahana et al., 1988) montraient chez plus que la moitié des survivants une croissance d'idéalisme et d'altruisme, plus d'appréciation pour la vie et une fierté de soi-même pour avoir eu la force de résister aux tortionnaires. L'expérience de l'Holocauste semblait même faciliter l'atteinte d'un âge respectueux.

La même chose est valable pour les intervenants. Certaines études démontrent l'impact positif que peut avoir la participation aux secours en situation d'exception sur les intervenants (Orner, 1995). Le sentiment d'auto-valeur et d'auto-compétence, le vécu de cohésion avec les

autres intervenants et la fierté d'avoir bien rempli sa lourde tâche, sont d'importants renforçateurs de comportements.

Par rapport au métaphore du triangle d'impact nous pouvons dire que l'intervenant qui arrive à bien intégrer ses interventions à potentiel traumatique, et qui en plus ressent l'expérience comme étant un enrichissement, peut ainsi mieux garder à distance ses victimes et ses propres expériences pénibles.

Il est inutile de dire que la gestion de ce genre de problèmes vaut mieux être faite en groupe et aux moyen de personnel qualifié (utilisant des techniques appropriés aux moments appropriés). L'Intervision et la supervision en équipe sont aussi de très bons instruments pour adapter régulièrement les schémas de base par rapport à l'image de soi et l'image du monde dans lequel on vit (voir infra : le dilemme de schémas de croyances de base).

Ainsi le concept de traumatisation secondaire est aussi inadéquat pour traiter des problèmes psychiques que connaissent les intervenants en situation d'exception puisque les séquelles psycho-traumatiques de longue durée sont plutôt rares et ne frappent qu'une faible minorité d'aidants.

D'après Carlier et. al. (1995), seulement 25 à 30% des intervenants et du personnel des services d'ordre, ayant travaillé dans la catastrophe aérienne avec le Boeing 747 d'El Al dans la Bijlmer (Amsterdam), ne présentaient qu'une faible symptomatologie post-traumatique huit mois après l'intervention. Un an et demi après la catastrophe, plus que 8 % présentait encore des problèmes d'assimilation du trauma, que présentait cette même catastrophe, tandis que chez seulement 2 % ils retrouvaient des symptômes manifestes du syndrome post-traumatique (appelé PTSD dans le DSM-IV). Par contre 6% des intervenants semblait souffrir d'un syndrome dépressif.

Selon ces mêmes auteurs, la présence de symptômes post-traumatiques seraient surtout dus à des facteurs aggravants (d'ordre individuel). Dans ce même contexte les auteurs citent par exemple l'intervenance d'événements marquants antérieures, au niveau professionnel et/ou privé, voire même des antécédents psychiatriques. D'autres facteurs qui pourraient contrer la guérison ou la réparation post-traumatiques seraient le fait d'avoir été en danger de mort durant les opérations de secours ou d'avoir vécu un manque de support collégial durant les activités d'aide pendant la catastrophe. Le fait d'avoir vécu les opérations de secours comme étant très choquant ou traumatisant – par exemple suite à un manque de préparation professionnelle – pourrait aussi jouer un rôle prépondérant.

La traumatisation des intervenants en situation d'exception serait, comme expliqué ci-dessus, lié essentiellement à : 1) des facteurs aggravants péri traumatiques ; ou, 2) le caractère extrême de certaines situations. Dans ce deuxième cas, il devient inutile d'introduire la notion de traumatisation secondaire puisque dans ce cas nous retombons dans le critère A du DSM-IV ; en bref, avoir été victime soi-même d'une expérience traumatisante, ou avoir été témoin directe de ce genre d'événements.

Ainsi, cette même terminologie s'avère insuffisante pour décrire le nombre de réactions psychologiques que vivent la plupart des intervenants en situation d'exception. Parler de traumatisation pousse de façon inutile le vécu des intervenants dans le domaine médical et relève d'une pathologie psychiatrique.

L'hypothèse que l'intervenant *doit* forcément manifester des problèmes d'ordre psychiatrique, consécutivement à ce genre de travail, ne tient donc pas debout. L'aide psychiatrique ou psychothérapeutique de première ligne devient dès lors irrelevante.

Pour cette même raison, nous avons plutôt tendance à suivre Orner (1995) dans son raisonnement que les symptômes de stress que présentent les intervenants, et dont on retrouve les traces dans les différentes recherches, sont en majeure partie transitoires et disparaissent spontanément après quelques temps. Ce sont les symptômes normaux que présente un individu en temps de crises. Nous retrouvons ici la notions de stress adapté, élaboré dans la théorie sur les réactions immédiates et post-immédiates, développée par Crocq (1999). Ces symptômes relèvent plutôt d'un processus de travail traumatique normal que d'une pathologie. Dans cette même terminologie, le stress dépassé chez l'intervenant en situation d'exception serait plutôt rare.

En termes de soutien immédiat et post-immédiat, nous nous tournons donc contre l'aide psychiatrique ou psychothérapeutique en première ligne, axée sur la décharge émotionnelle initiale (cf. la notion d'abréaction émotionnelle ; Crocq, 1999) chez les intervenants. C'est pour cela que nous avons développé d'autres formes de soutien – par exemple la création du réseau d'Equipes de Gestion de Crises chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers belges (Fire-Fighter & Medical Emergency Stress Teams) - au profit des intervenants (De Soir, 1999). Cette forme de soutien collégial et supervisé, vise le premier *désamorçage* (cf. le *defusing* de Mitchell, 1993) et le *découplage émotionnel* et différé (cf. le *debriefing* de Mitchell, 1993) qui sont tous deux des formes de soutien essentiellement psycho-éducatives. Utiliser ces techniques à des fins de décharge émotionnelle semble être pathogène (cf. Carlier et al., 1995). Nous n'entrerons pas plus en détail dans cette matière de prise en charge psychologique des intervenants.

### **Schémas cognitifs et problèmes psychologiques des intervenants**

McCann et Pearlman (1990) fournissent une analyse remarquable quant à la notion de traumatisation vicariante chez les intervenants auprès de victimes d'agression et de traumatisés. Nous estimons cette théorie d'une grande valeur pour la compréhension des problèmes d'ordre traumatique chez les intervenants en situation d'exception et nous reprenons dans les paragraphes ci-dessus des parties du travail de Haans (1998) à base de cette analyse.

McCann et Pearlman (1990) utilisent le concept de schémas cognitifs de l'intervenant dans son contact avec des traumatisés : c'est au moyen de ses schémas cognitifs que le monde de l'intervenant risque de changer sous l'influence de confrontations régulières avec les victimes directes de calamités et/ou de catastrophes.

Selon Haans (1998), les théories sur les charges psychique et émotionnelle créés par le travail avec des traumatisés sont à diviser en deux catégories principales : d'une part les théories concernant le burnout, et d'autres part les théories concernant le contretransfert.

Les théories sur le burnout concernent surtout les différents aspects du stress occupationnel. L'individu en question recevrait trop peu de reconnaissance et d'admiration pour le travail qu'il fait. Les exigences de son travail ne sont pas en équilibre avec les prestations fournies.

Le burnout frappe surtout les métiers dans lesquels le bilan entre **donner** et **recevoir** est totalement déséquilibré.

Les théories sur le contretransfert visent surtout la personnalité de l'intervenant. Le type de travail ainsi que son contenu confronte celui-ci constamment à des propres conflits (latents et) non-résolus.

McCann et Pearlman (1990) utilisent les deux catégories de théories ci-dessus dans leur approche: d'une part les caractéristiques situationnelles et d'autre part les besoins spécifiques et les schémas cognitifs des intervenants.

La notion de schéma cognitif relève du travail de Piaget. Selon Piaget, tout le monde vit avec des croyances de base ('je crois que ...'), des assomptions de base ('je pense que ...') et des attentes ('je m'attends à ce que ...') concernant le monde dans lequel l'on vit et soi-même.

L'être humain accorde ainsi une signification à son environnement. Certaines de ces présuppositions portent en eux un aspect de causalité ('Ceci vient du fait que ...'; 'Ceci est explicable ou compréhensible puisque ...'). D'autres concernent la fiabilité et la véridicité des inputs sensoriels ('Je vois, ce que je vois'), de l'identité ('Je suis, qui je suis') et de la relation avec l'environnement de vie. Ceci mène chaque être humain vers les certitudes de base dont il a besoin pour vivre : 1) le monde est juste, 2) le monde a un sens et une signification ; 3) je suis quelqu'un et j'ai une valeur propre ; et, 4) les gens et leur monde méritent de la confiance.

Lors d'événements traumatisants, ces certitudes (croyances) de bases sont profondément atteints. Ceci nécessite une intégration des nouveaux faits et une adaptation des 'certitudes' (lire : des schémas cognitifs). Des intervenants qui sont confrontés régulièrement à des victimes d'événements traumatisants peuvent perdre une partie de leurs certitudes de base. Ici, *une adaptation par un travail traumatique et adaptatif s'avère nécessaire.*

McCann et Pearlman (1990) inventorient sept besoins psychologiques qui sont à la base des schémas cognitifs : 1) la confiance ; 2) la sécurité ; 3) le pouvoir ; 4) l'autonomie ; 5) le respect ; 6) l'intimité ; et, 7) la cohérence. Ils prônent l'importante hypothèse que la façon de laquelle l'événement traumatisant est vécu, dépend des besoins psychologiques (ou de la manifestation cognitive de ces besoins) qui sont centrales dans la vie de personne (l'intervenant) en question. La trauma atteint donc l'intervenant dans sa partie la plus vulnérable.

### *La confiance*

Les intervenants peuvent perdre la confiance en autrui ou la confiance dans la vie en général consécutivement à la confrontation avec des victimes traumatisés. Ceci sera d'autant plus le cas quand les victimes sont des enfants. Suite à ce genre de situations, les intervenants risquent de devenir cyniques ou méfiants envers leur propre situation de vie. Il n'est guère facile d'avoir un contact répété avec des victimes dont la confiance a été brusquement détruite. La solitude des victimes peut affecter sérieusement le monde de l'intervenant en question.

### *La sécurité*

L'atteinte à l'intégrité physique, psychique et matérielle des victimes entraîne un sentiment d'insécurité. Ceci nuira davantage aux sentiments de sécurité de l'intervenant quand celui-ci éprouve, lui-même, un grand besoin de sécurité dans sa vie privée. Comme dans le cas

précédent, l'intervenant aperçoit le danger potentiel par rapport à sa propre sécurité par identification avec la victime (voir le métaphore du triangle d'impact ci-dessus).

### *Le pouvoir*

La plupart des victimes de calamités ou de catastrophes se trouvent, aussi bien dans l'immédiat que dans le post-immédiat, dans une situation d'impuissance totale. L'intervenant se demande se qu'il aurait fait lui-même quand lui ou sa famille auraient été dans le même cas. Surtout les intervenants pour qui le besoin de contrôle de soi est grand souffriront de ces situations de perte de contrôle. Ils ont essentiellement deux choix : 1) soit décider de garder une distance (psychologique) plus ou moins grande des victimes (ils 'oublient' la souffrance de leurs victimes et se disent qu'il ne faut pas être impliqué de façon personnelle) ; 2) éviter de sentir leur propre impuissance en utilisant de la puissance envers les victimes.

### *L'autonomie*

Dans beaucoup de cas, les victimes de situations traumatisantes sont fortement atteintes dans leur autonomie, leur indépendance et leur liberté d'action. L'intervenant peut, lui aussi, s'identifier à ce genre de problèmes et vivre les mêmes émotions par identification avec des moments pénibles de sa propre vie ou par identification avec les victimes (cf. triangle d'impact).

### *La cohérence*

Tout être humain ressent fortement le besoin de cohérence et de signification dans sa vie. Cependant, beaucoup de victimes traumatisées continuent toujours à se poser cette même question : 'Pour cela m'est-il arrivé ?'.

Dans la plupart des cas, il n'y a aucune réponse claire et univoque à cette question. L'intervenant n'a pas de réponse à cette question non plus. Pourquoi des gens innocents deviennent-ils victimes d'une catastrophe ? Pourquoi un jeune ménage avec trois enfants doit-il périr dans un feu d'immeuble tandis que le vieux célibataire habitant le même appartement s'en sort-il indemne ? Quel est le sens de perdre ses deux enfants dans un accident de train ?

Le mot clé dans le processus d'assimilation traumatique est le mot 'RE-CO-NAISSANCE'. Les victimes recommencent à zéro après un choc traumatique. Leur vie est détruite complètement et ils doivent recommencer totalement (RE-). Ils doivent essayer de recommencer leur vie en assimilant leur vécu traumatique et en essayant de donner une place à cet événement dans le cours de leur vie. Idéalement il feront ce travail ensemble, avec les compagnons d'infortune qui ont vécu la même situation (CO-). Il s'agit donc d'une nouvelle naissance, mais avec l'écueil que constitue l'activité de donner un sens (cf. auditivement présent dans la partie -SANCE du mot) à leur vécu traumatique.

L'intervenant ne peut être que spectateur et supporteur temporaire de ce processus extrêmement difficile.

### ***Conclusion partielle***

A travers ces différents schémas cognitifs, l'image qu'avait l'intervenant d'un service de secours du monde dans lequel il vit risque, au fil du temps, d'être profondément atteint par son travail. Il perd le cadre de référence qu'il avait en commençant sa carrière d'aidant. Il éprouve un besoin permanent de trouver une solution à ce problème et cherchera des réponses à ses nombreuses questions.

Finalement, McCann et Pearlman (1990) estiment que la guidance et la prise en charge des intervenants en situation d'exception doit être axée sur l'expression et la ventilation des émotions qui vont de pair avec ces changements profonds de schémas cognitifs. Ce que nous avons appelé préalablement la psycho-éducation par désamorçage et découplage émotionnel.

Les réactions émotionnelles des aidants doivent être considérées comme normales, sans recourir initialement à des notions qui relèvent de la psychopathologie ou la psychiatrie. Toute prise en charge d'un corps d'intervenants devrait dès lors pousser chaque intervenant à découvrir ses propres points vulnérables (c.-à.d. pouvoir se situer dans son propre triangle d'impact) et à adapter en permanence ses propres schémas cognitifs. D'un point de vue de la psycho-hygiène ceci constitue une véritable activité de groupe qui devrait être guidée régulièrement par un professionnel.

### **Conclusions et recommandations**

Dans ce chapitre nous avons décrit succinctement les stress que rencontrent les intervenants des services de secours en situation d'exception pour ensuite décrire brièvement leur profil type.

Dans un deuxième temps nous avons présenté le modèle de la transmission du trauma des victimes sur les intervenants, élaboré par Figley (1995) dans ces théories sur la fatigue de compassion. Les concepts de stress de compassion, fatigue de compassion et traumatisme secondaire étaient devenus très populaires dans le monde scientifique anglo-saxon. Ils semblaient expliquer la façon de laquelle les intervenants devenaient, eux aussi, victimes à force de travailler avec des victimes traumatisées.

Dans ce chapitre, nous avons essayé de montrer que ce modèle est cependant peu utile et peut être même inadéquat pour décrire le nombre de réactions psychologiques (normales, adaptatives) que vivent les intervenants en situation d'exceptions. Pour cela, nous sommes inspirés du travail d'analyse de Haans (1998) et McCann & Pearlman (1999) sur les schémas cognitifs qui règnent le monde expérientiel de l'intervenant en situations de crise.

Avec Carlier et al. (1995), nous croyons que la plupart des intervenants bien préparés, professionnels ou volontaires, ne présente que des réactions post traumatiques normales et adaptatives, signes de crises transitoires. Une minorité (5 à 10%) présenteraient des problèmes majeurs essentiellement dus, d'une part aux facteurs situationnels ou personnels aggravants que l'on retrouve au niveau individuel, et d'autre part au caractère extrême (impliquant l'intervenant de façon personnelle) de certaines expériences.

Nous avons mis ce dernier aspect en évidence en utilisant notre explication métaphorique du triangle de l'impact traumatique.

Cependant, tout ceci justifie un accompagnement psychologique auprès des intervenants, mais celui-ci ne devrait pas être axé sur une approche médicale ou psychiatrique. Nous croyons qu'une intervention psycho-éducative, forme de soutien collégiale et supervisée par un professionnel (psychologue, psychothérapeute, psychiatre, e.a.), auprès des intervenants devrait viser le premier désamorçage après-coup (*defusing*) et/ou le découplage émotionnel différé (*debriefing psychologique*) mais pas essentiellement la décharge émotionnelle.

Nous pensons qu'une bonne supervision et intervision en équipe, allant de pair avec une bonne condition physique et une excellente cohésion dans le groupe d'intervenants (cf. esprit de corps), peut venir à l'encontre du besoin de gérer la problématique d'adaptation permanente des schémas cognitifs chez les intervenants, leur permettant ainsi de conserver et d'accepter une image réaliste d'eux-mêmes et le monde dans lequel ils vivent.

Finalement, nous recommandons la création d'une équipe de gestion de crises ou un stress teams dans chaque corps d'intervenants ; une équipe de collègues bien entraînés et supervisés par des professionnels dans leurs activités de prévention, de prise en charge et de suivi de collègues atteints par le stress traumatique.

## Bibliographic

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4rd edition). Washington DC : American Psychiatric Association.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Gersons, B.P.R., & Van Uchelen, A.J. (1995). Het lange termijn effect van debriefen. Intern Rapport, AMC Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Psychiatrie, Psychotraumastudiegroep.
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes Psychiques de Guerres*. Paris : Odile Jacob
- De Soir, E. (1997). *Traumatische Stress en Politie*. Antwerpen/Apeldoorn : Maklu Uitgevers.
- Defares, P. & de Levita (1989). *Hulp aan hulpverleners*. *Bijblijven* 5, 2/3 :73-82.
- Figley, C .R. (1982). Traumatization and comfort : Close relationships may be hazardous to your health. Keynote presentation at *Families and Close Relationships : Individuals in Social Interaction*, Conference held at Texas Tech University, Lubbock, February.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes : An overview of family reactions. In C.R. Figley and H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family, Volume II : Coping with catastrophes* (pp. 3-20). New York : Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1989a). *Helping Traumatizing Families*. San Fransisco : Jossey-Bass.
- Figley, C.R. (1989b). *Treating stress in families*. New York : Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (Ed.) (1995). *Compassion Fatigue : Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York : Brunner/Mazel.
- Freudenberger, H. (1980). *Burnout*. New York : Bantam.
- Haans, T. (1998). *Het labirint van Ares : Werkbelasting voor hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Utrecht : Stichting Pharos.
- Kahana, B., Hatel, Z., Kahana, F. (1988). Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. In : Wilson, I., Hatel, Z., Kahane, B. (Eds.) : *Human adaptation to extreme stress*. New York : Plenum, 171-192.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). Vivarious Traumatization : a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3/1 : 131-49.
- Miller, K.I., Stiff, J.B., & Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs* , 55, 9.
- Mitchell, J.T. & Resnik, H.L.P. (1981). *Emergency response to crisis : a crisis intervention guidebook to emergency service personnel*. Bowie, MD : Brady Publishing (republished Ellicott City, MD : Chevron Publishing, 1986).
- Mitchell, J.T. (1983). *Guidelines for psychological debriefings*. *Emergency Management Course Manual*. Emmitsburg, MD : Federal Emergency Management Agency, Emergency Management Institute.
- Mitchell, J.T. & Bray, G.P. (1990). *Emergency Services Stress : Guideline for Preserving the Health and Careers of Emergency Services Personnel*, Englewood Cliffs - NJ: Brady Publishing.
- Mitchell, J.T. & Everly, S.E. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing : An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Services and Disaster Workers*, Ellicott City : Chevron Publishing Corporation.
- Orner, R.J. (1995). Intervention strategies for emergency response groups : a new conceptual framework. In : Hobfoll, S.E. & de Vries, M.W. (Eds.): *Extreme stress and communities : impact and intervention*. Dordrecht/Boston/London : Kluwer Academic Publishers, 499-521.
- Prager, E., & Solomon, Z. (1995). Perceptions of world benevolence, meaningfulness and self worth among elderly, Israeli holocaust survivors and non-survivors. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 265-277.
- Raphaël, B. (1986). *When Disaster Strikes : How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York : Basic Books, Inc. publishers