

## **Prendre soin avec humanité des personnes touchées par des catastrophes par incendie**

**Erik de Soir, PhD, PhD**

Psychotraumatologue - Psychologue sapeur-pompier (Zone de secours Limbourg Nord)

De Weg Wijzer - Centre d'expertise pour l'accompagnement du traumatisme et du deuil

Leopoldsburg (Belgique)

Ce texte est destiné aux intervenants et aux décideurs politiques qui travaillent avec des survivants de catastrophes par incendie et leurs proches. Chaque partie de ce texte peut être utilisée librement, moyennant une référence claire et correcte à la source.

Les catastrophes par incendie constituent l'une des calamités les plus bouleversantes auxquelles les individus et les sociétés peuvent être confrontés. Elles n'entraînent pas seulement des lésions physiques aiguës, mais provoquent également une désorganisation psychologique, relationnelle et existentielle profonde, tant chez les personnes directement touchées que chez leurs proches.

Depuis l'incendie du Switel en 1994-1995, j'ai accompagné, en tant que psychologue et psychothérapeute du trauma, plusieurs survivants de catastrophes par incendie. Dans ce qui suit, je présente trois témoignages concis provenant respectivement de : **L.H.**, survivant de l'incendie du Switel (réveillon 1994-1995), **C.L.**, survivant de l'incendie du café à Volendam (réveillon 2000-2001), et **S.D.**, qui décrit sa survie lors de la catastrophe technologique de Ghislenghien (2004).

Ces témoignages montrent, de manière à la fois saisissante et complémentaire, comment les conséquences de telles catastrophes se déploient dans le temps et quelles en sont les implications pour l'aide, les politiques publiques et la formation.

Dans la **phase aiguë**, immédiatement après l'incendie ou l'explosion, les personnes touchées fonctionnent presque exclusivement en mode de survie. Les comportements sont automatiques, réflexes et à peine guidés par une réflexion consciente. Tant chez **L.H.** (incendie du Switel) que chez **S.D.** (Ghislenghien), on observe des signes clairs de dissociation péritraumatique : fragmentation de la conscience, altération de la perception du temps, rétrécissement du champ attentionnel et comportements reposant sur des schémas d'action primitifs tels que la fuite, le rampement ou la recherche de fraîcheur. Le traitement cognitif de ce qui se passe est pratiquement impossible à ce stade. Cela explique pourquoi les victimes peuvent parfois sembler réagir de manière apparemment inadaptée à leur situation — par exemple par de l'euphorie, un émoussement émotionnel ou une minimisation de leurs blessures — alors qu'en réalité elles se trouvent en état de choc.

### **L.H. – Survivant de l'incendie du Switel (1994–1995)**

*« Je faisais de la musique. C'est peut-être cela le plus étrange : j'étais sur scène, avec de la lumière, du son et des gens qui riaient. La nouvelle année venait à peine de commencer. Tout semblait sûr. Trop sûr, avec le recul.*

*Soudain, il y eut de la lumière, mais pas le genre de lumière que l'on connaît. Ce n'était pas encore le feu, plutôt un mouvement. Une langue de flammes qui semblait traverser la salle. J'ai entendu des*

détonations. Puis la lumière s'est éteinte. Ce qui restait, c'était l'odeur : la fumée, quelque chose de sucré et de métallique. Plus tard, je comprendrais que c'était l'odeur de la chair brûlée.

À partir de ce moment, il n'y avait plus de pensée. Seulement le mouvement. Mes jambes ont pris le relais. Je ne sais pas pourquoi je n'ai pas suivi la foule vers la sortie. Je suis allé dans une autre direction. Je me suis posé la question pendant des années, mais il n'y avait pas de choix. Cela s'est simplement produit.

Je me suis retrouvé dans un petit espace. Sombre. Chaud. Je tâtonnais le long des murs, je touchais des armoires, des casseroles, quelque chose qui tombait. Je me suis assis par terre. Je m'en souviens très nettement. Je me suis dit : c'est fini. Je vais mourir ici. Et en pensant cela, j'ai vu ma vie défiler. Pas comme un film, plutôt comme des images isolées. Mes parents. Un jour d'été. La musique.

Puis, soudain, il y a eu encore de l'énergie. Une dernière vague. Je me suis levé, j'ai foncé en avant et j'ai senti une porte. Dehors. L'air froid. Les sirènes. Des gens qui criaient. J'étais là, comme revenu d'un autre monde.

Ce n'est qu'à ce moment-là que la douleur a commencé. D'abord des picotements, puis une brûlure, puis quelque chose que je ne peux plus décrire. Ma peau pendait. On me disait de m'asseoir. Quelqu'un a mis une veste autour de moi. J'ai demandé où étaient mes amis, mais personne ne répondait.

À l'hôpital, j'ai dit que ça allait. Les médecins me regardaient bizarrement. Ce n'est que plus tard que j'ai compris que j'étais en état de choc. Je pensais que c'était terminé, mais en réalité, tout commençait à peine.

Les mois qui ont suivi ont été un flou d'opérations, de changements de pansements et de nuits sans sommeil. Mais le plus difficile est venu plus tard. Quand tout le monde a repris sa vie. Quand la presse est partie. Quand les conversations se sont arrêtées.

Ce qui m'a maintenu debout, c'est mon médecin généraliste. Il me connaissait d'avant. Il ne me demandait pas seulement comment allaient mes blessures, mais aussi comment j'allais, moi. Parfois, il ne disait rien. Parfois, il disait : "C'est normal après ce que vous avez vécu." Cette phrase m'a sauvé plus souvent que n'importe quel médicament.

Je ne suis jamais redevenu le même. Mais je suis encore là. Et ce n'est pas une évidence. C'est ce que j'ai appris. »

### **C.L. – Survivant de l'incendie du café à Volendam (2000–2001)**

« Il était juste après minuit. Tout le monde était joyeux, serré les uns contre les autres, l'air chargé de vapeur. Je me souviens avoir pensé : dans un instant, je vais sortir prendre l'air. Ce moment n'est jamais arrivé.

Quand le feu s'est déclaré, je n'ai d'abord pas compris ce que je voyais. Le plafond semblait soudain bouger. Les gens ont commencé à pousser. J'ai senti la chaleur, comme si ma peau ne m'appartenait plus. Ce dont je me souviens surtout, c'est du bruit : les cris, le verre qui se brise, quelqu'un qui appelle mon nom. Ensuite, tout devient flou.

À l'hôpital, j'ai dit à mes parents que ce n'était pas si grave. J'ai même ri. Mes mains étaient bandées, mon visage me semblait tendu, mais je me disais : je suis en vie, alors taisons-nous. Ce n'est que des semaines plus tard, une fois rentré chez moi, que le véritable combat a commencé.

*Je n'osais plus entrer dans les cafés. Même les anniversaires étaient trop chargés. Mes amis continuaient leur vie. Moi, je restais en arrière. Tout le monde disait que j'étais "fort". Mais la nuit, je voyais à nouveau le plafond brûler.*

*Ce qui m'a sauvé, ce n'est pas une thérapie ou un entretien particulier. C'est mon médecin généraliste, qui me connaissait depuis longtemps. Il savait quand se taire et quand poser des questions. Il est resté, même lorsque l'attention s'est estompée.*

*Je ne suis plus jamais redevenu qui j'étais, mais je suis encore là et j'essaie de poursuivre ma vie tant bien que mal. »*

## **S.D. – Survivant de la catastrophe de Ghislenghien (30 juillet 2004)**

*(récit écrit comme une descente aux enfers en dix étapes)*

*« Je n'appelle pas cela un souvenir. C'est un parcours. Un parcours que je dois refaire encore et encore, à des moments où la reviviscence de ce qui s'est passé ce jour-là reprend le dessus. »*

### **Étape 1 – Le choc**

*Il y a eu un bruit. Pas fort, mais total. J'ai tout de suite su : quelque chose ne va pas. Mon corps était plus rapide que ma tête. Je me suis mis à courir.*

### **Étape 2 – La chaleur**

*La chaleur n'était pas de la chaleur. C'était une attaque. Comme si tout mon corps était frappé d'un seul coup. Je criais, mais je ne m'entendais pas.*

### **Étape 3 – L'impuissance**

*Je ne savais pas ce qui nous attaquait. Cela n'avait pas de forme. Pas de visage. Seulement la douleur. J'ai compris : je ne gagnerai pas contre ça.*

### **Étape 4 – La sidération**

*J'étais allongé par terre. La terre était plus fraîche. Je roulais. C'était automatique. Je ne pensais pas : cela aide. Mon corps le faisait.*

### **Étape 5 – L'enfer**

*J'ai vu des gens brûler. J'ai entendu des sons qui n'étaient plus humains. J'ai su : voilà ce qu'est la mort.*

### **Étape 6 – Le choix**

*J'ai essayé d'aider quelqu'un. J'ai senti sa peau se détacher dans mes mains. J'ai dû choisir. J'ai choisi moi-même. Ce choix, je le porte encore chaque jour.*

### **Étape 7 – La délivrance**

*Je me suis échappé. Pas vraiment sauvé, plutôt relâché par l'enfer. Mon corps tremblait. Je savais que j'étais vivant, sans comprendre comment.*

### **Étape 8 – La souffrance**

*À l'hôpital, la douleur a vraiment commencé. L'odeur. Les sons. Les autres corps. J'ai pensé que j'étais arrivé dans le monde souterrain.*

### **Étape 9 – Le deuil**

*J'ai pleuré celui que j'étais. Mon corps. L'homme que j'avais dû abandonner. La vie qui était finie.*

### ***Étape 10 – Le retour***

*Je suis revenu, mais pas comme le même. J'ai appris que survivre n'est pas une victoire. C'est une tâche.*

*Ce qui m'a aidé, ce sont des personnes qui n'ont pas cherché à expliquer ou à guérir. Des personnes qui sont restées. Mon médecin généraliste. Quelques collègues. Des pairs.*

*Je suis revenu du royaume d'Hadès, dieu des Enfers et des morts. Mais une partie de moi y est restée.»*

Parallèlement, les proches se trouvent dans une crise aiguë qui leur est propre. Ils sont confrontés à l'incertitude, à des informations insuffisantes ou contradictoires, à la peur de la perte et à un sentiment d'impuissance totale. L'analyse de pratique de l'incendie du Switel montre comment cet afflux incontrôlé d'émotions et de questions a initialement même menacé de perturber les soins médicaux, soulignant ainsi l'importance d'un accompagnement psychosocial structuré, destiné non seulement aux victimes, mais explicitement aussi à leurs proches.

Dans les jours et les semaines qui suivent la catastrophe, la problématique évolue vers une phase de traitement précoce et de stabilisation. Un élément récurrent et essentiel dans toutes les sources est la nécessité pour les victimes de pouvoir raconter à plusieurs reprises leur histoire d'évasion et de survie. Pour **L.H.** et **C.L.**, le fait de pouvoir reconstruire leur expérience pendant des heures et des jours a constitué une composante fondamentale de leur rétablissement. Chez **S.D.**, ce processus est également décrit comme une étape indispensable pour pouvoir clore mentalement la « descente aux enfers » et renouer avec la vie. Ce récit n'est pas une simple ventilation émotionnelle, mais un mécanisme essentiel permettant d'organiser des souvenirs fragmentés, de donner du sens à ce qui s'est produit et de retrouver un sentiment de contrôle et d'identité. Il arrive même que des survivants d'autres catastrophes, qui en ont été tenus à l'écart pendant des années par des intervenants cherchant à les maintenir dans l'ici et maintenant afin d'éviter une « retraumatisation », donnent encore forme à ce récit plus de dix ans après la catastrophe sous mon accompagnement, parfois avec l'aide de leurs premiers intervenants que je réengage à cette fin.

Parallèlement, émergent des thèmes émotionnels plus profonds tels que la culpabilité du survivant, la honte liée aux comportements adoptés lors de la fuite et la blessure morale provoquée par les choix imposés par des circonstances extrêmes, par exemple devoir abandonner d'autres personnes. Ces expériences dépassent la description symptomatique classique du stress post-traumatique et touchent à des questions existentielles relatives à la vie, à la mort et à la responsabilité. Les proches traversent eux aussi un processus de réorganisation, dans lequel ils portent non seulement la peur et le deuil, mais doivent également apprendre à vivre avec une personne aimée profondément transformée sur les plans physique et psychique. L'expérience du Switel montre que la négligence de cette dimension familiale peut gravement entraver le processus de rétablissement. Les victimes sont également habitées par la crainte de ne plus être aimables ou de ne plus pouvoir mener une vie digne en raison des blessures subies.

À long terme, des mois voire des années après la catastrophe, les conséquences durables deviennent visibles. Les catastrophes par incendie s'accompagnent fréquemment de séquelles chroniques : cicatrices, pertes fonctionnelles, douleurs persistantes et limitations professionnelles. Chez **L.H.**, cela s'est notamment traduit par la perte de sa carrière musicale professionnelle, une incapacité de travail prolongée et une invalidité permanente. Ces limitations physiques renforcent souvent l'impact psychologique, se manifestant par des comportements d'évitement, une hypervigilance, la peur des espaces confinés ou très fréquentés et des reviviscences répétées. Chez **S.D.**, ce processus est décrit de manière particulièrement pertinente comme un traumatisme progressif : la souffrance psychique s'intensifie à mesure que s'impose la conscience du caractère irréversible des dommages et de la perte définitive de la vie antérieure.

Malgré ces atteintes sévères, les témoignages montrent également que la croissance post-traumatique est possible. Certains survivants développent, souvent après un processus long et douloureux, une appréciation renouvelée de la vie, un sens accru de la signification et un engagement envers d'autres victimes. **L.H.** se décrit finalement comme un « homme heureux », malgré des pertes importantes, en soulignant explicitement l'importance d'un accompagnement psychosocial durable, cohérent et professionnel.

Ces constats débouchent sur des implications majeures pour les intervenants, les politiques publiques et la formation. Ils montrent avant tout que l'accompagnement psychosocial en cas de catastrophe par incendie n'est pas un complément facultatif aux soins médicaux, mais une composante intégrale et indispensable de ceux-ci. Il existe un besoin clair d'une vision partagée de la *good practice*, appliquée de manière comparable dans tous les hôpitaux et établissements de soins. Cette vision doit tenir compte de la phase aiguë, du suivi à long terme, du rôle des proches et de la nécessité de continuité des soins.

Par ailleurs, un suivi scientifique et une évaluation rigoureuse de l'ensemble des initiatives d'aide sont essentiels. Sans monitoring systématique, il reste impossible de déterminer quelles interventions - pourtant conçues pour aider - contribuent réellement au rétablissement et lesquelles peuvent provoquer des effets délétères non intentionnels. L'expérience montre en effet que des initiatives bien intentionnées mais de courte durée, insuffisamment coordonnées ou trop fragmentaires, peuvent replonger les victimes dans un sentiment d'abandon lorsqu'elles disparaissent, renforçant ainsi l'insécurité et la détresse.

Cela implique également la nécessité de regrouper toutes les initiatives d'aide spontanées issues de la population et de les soumettre à une coordination obligatoire par les pouvoirs publics. Les catastrophes suscitent souvent une vague de solidarité, mais en l'absence d'une coordination centrale, une prolifération incontrôlée d'initiatives peut rapidement apparaître, se chevauchant, se contredisant ou disparaissant après un court laps de temps. Cela peut conduire à une inefficacité, voire à des dommages supplémentaires pour les victimes. La régulation par les pouvoirs publics ne constitue donc pas une restriction de la solidarité, mais une condition essentielle pour la rendre durable et efficace.

Enfin, la catastrophe de Ghislenghien (De Soir, 2015) a montré de manière convaincante que les victimes sont souvent les plus satisfaites de l'aide qui s'inscrit dans leur environnement

quotidien. Les intervenants issus de leur propre cercle de vie, tels que le médecin généraliste, jouent un rôle crucial et stabilisateur. Ils offrent continuité, confiance et reconnaissance, et constituent souvent le point d'ancrage lorsque d'autres structures sont temporaires ou liées à des projets. Une politique tournée vers l'avenir devrait donc intégrer explicitement ces acteurs de première ligne dans les plans de catastrophe et les modèles de soins psychosociaux. L'aide professionnelle et la supervision gagneraient alors à se concentrer sur le soutien de ces formes d'aide naturelles.

### **Références**

De Soir, E. (2010). *Gérer le trauma. Un combat du quotidien*. De Boeck Supérieur: Paris.

De Soir, E. (2015). *Trauma in the Wake of Technological Disaster: The Ghislenghien Disaster*. Maklu : Anvers–Apeldoorn.

De Soir, E. (2019). *Colpiti al cuore. Gestire lo stress et il trauma nelle quadre di soccorse*. Maklu: Anvers–Apeldoorn.

De Soir, E. (2023). *Opvang van mensen in nood. Crisisopvang bij trauma*. XOD : Balen.

## **FICHE 1 - Recommandations pour les POUVOIRS PUBLICS**

- 1. Développer une vision nationale de la good practice**
  - Développer un modèle psychosocial unique, uniforme et fondé sur des preuves scientifiques pour les catastrophes et les incidents par incendie.
  - Garantir l'application obligatoire de cette vision dans les hôpitaux, les soins de première ligne, les centres de brûlés et les structures d'urgence psychosociale.
  - Éviter les approches temporaires ou basées sur des projets sans suivi.
- 2. Ancrer structurellement les soins psychosociaux**
  - L'accompagnement psychosocial n'est pas une option, mais une composante essentielle des soins, au même titre que la chirurgie et les soins intensifs.
  - Prévoir un financement à long terme, au minimum sur plusieurs années.
  - Éviter l'arrêt brutal des initiatives : la discontinuité engendre une traumatisation secondaire.
- 3. Assurer une gouvernance centrale de toutes les initiatives d'aide**
  - Regrouper toutes les initiatives d'aide spontanées (initiatives citoyennes, bénévoles, associations).
  - Rendre obligatoire la coordination par les pouvoirs publics : enregistrement, concertation et assurance qualité.
  - Prévenir la prolifération incontrôlée et la concurrence entre initiatives.
- 4. Investir dans le suivi scientifique**
  - Rendre obligatoires le monitoring systématique, la recherche longitudinale et l'évaluation de l'efficacité des interventions.
  - Utiliser ces données pour ajuster en permanence les politiques et les pratiques.
- 5. Ancrer le rôle des soins de première ligne**
  - Intégrer structurellement les médecins généralistes dans les plans de catastrophe.
  - Leur fournir une formation spécifique en psychotraumatologie, des canaux de communication clairs et un accès à des réseaux spécialisés.
  - Reconnaître que les intervenants issus du « cercle proche » sont souvent perçus comme les plus fiables et prévoir un soutien renforcé pour ce réseau.

## **FICHE 2 - Recommandations pour les INTERVENANTS**

### **1. Comprendre le traumatisme comme un processus dans le temps**

- Le traumatisme ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital ; il commence souvent réellement lorsque l'euphorie de la survie cède la place à la souffrance secondaire.
- Être attentif à la traumatisation progressive, aux plaintes tardives et aux moments de rechute.

### **2. Respecter les réactions péritraumatiques**

- Les comportements apparemment inadaptés (euphorie, déni) sont souvent explicables sur le plan neurobiologique.
- Éviter la pathologisation en phase aiguë et veiller à ce que les comportements de survie soient correctement compris et expliqués aux victimes et à leurs proches.
- Se concentrer sur la sécurité, la stabilisation et une communication simple et claire.

### **3. Faciliter le récit**

- Laisser de l'espace à la répétition du récit d'évasion et de survie.
- Ne pas interrompre trop rapidement et permettre au récit de se déployer avec les émotions nécessaires.
- Se rappeler : raconter = organiser = se rétablir.

### **4. Impliquer systématiquement les proches**

- Les proches sont des personnes co-touchées.
- Prévoir des moments d'accueil distincts, une information claire et un soutien continu en cas de charge de soins prolongée.

### **5. Travailler de manière interdisciplinaire et coordonnée**

- Éviter la fragmentation des soins.
- Assurer la concertation entre les acteurs médicaux, psychologiques, sociaux et de première ligne.

### **6. Prendre soin de soi en tant qu'intervenant**

- La confrontation à des brûlures sévères et à la détresse existentielle requiert supervision, intervision et soutien psychologique des intervenants.
- Prévoir des moments d'auto-soin et de décompression.

### **FICHE 3 - Recommandations pour les PROCHEs**

**1. Comprendre que les comportements peuvent changer**

- L'irritabilité, le retrait ou l'anxiété sont souvent des réactions normales à des événements anormaux.
- Ne pas le prendre personnellement : le retour à une régulation émotionnelle stable est un processus long et fragmenté.

**2. Être présent, sans chercher à résoudre**

- Il n'est pas nécessaire de « réparer » quoi que ce soit. Rester présent avec patience.
- L'écoute est souvent plus importante que le fait de donner des conseils.

**3. Respecter le rythme du rétablissement**

- Ne pas attendre une progression linéaire.
- Les rechutes ne constituent pas un échec.

**4. Prendre soin de soi également**

- Les sentiments de culpabilité (« je n'ai pas le droit de me plaindre ») sont contre-productifs.
- Chercher du soutien en temps utile.

**5. S'appuyer sur des intervenants de confiance**

- Le médecin généraliste peut jouer un rôle de lien essentiel.
- La continuité et la confiance sont déterminantes.