
PRÉFACE

Louis Crocq

ANNICK, CLARA, SYLVIE, trois psychologues cliniciennes engagées dans le réseau des cellules d'urgence médico-psychologique dès sa mise en place en 1998, se concertent aujourd'hui pour une réflexion commune sur le bilan de leurs dix années d'exercice au sein de ce réseau. Et leur réflexion, centrée sur la question cruciale mais controversée du *debriefing* (ou bilan psychologique d'événement), reflète les interrogations qui sont le lot de la plupart de leurs collègues et marque une étape ou un tournant dans la doctrine et la pratique des soins à prodiguer aux « blessés psychiques ». Quel débriefing avons-nous appliqué hier et quel débriefing pratiquons-nous aujourd'hui ?

On sait que la création des cellules d'urgence médico-psychologiques a été décidée au lendemain de l'attentat terroriste du 25 juillet 1995 à la station RER Saint-Michel, sur ordre du Président de la République Jacques Chirac, et sur instruction du Ministre de l'action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli.

La mission prescrivait trois objectifs : primo, la création de cellules constituées de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers spécialement formés à la psychiatrie d'urgence et de catastrophe, pour apporter des soins appropriés aux « blessés psychiques » lors des attentats, des catastrophes, des accidents collectifs et des incidents à forte répercussion psychosociale (par exemple un suicide dans un établissement scolaire) ; secundo l'élaboration d'une doctrine de soin appropriée aux trois phases de la pathologie : phase immédiate (sur le terrain), phase post-immédiate (les premières semaines) et phase différée-chronique (les états pathologiques transitoires ou durables persistant au-delà du premier mois) ; et tertio l'extension du dispositif des cellules à l'ensemble du territoire français (soit les cent départements).

Un groupe de psychiatres, de psychologues et de médecins urgentistes des SAMU – que nous avons eu l’honneur de diriger – instaura provisoirement de telles équipes dans trois grandes villes à risques (Paris, Lyon, Marseille), et se réunit régulièrement pendant un an pour élaborer une doctrine de l’intervention psychologique d’urgence, préciser les missions et les actes d’intervention, élaborer la structure du réseau et définir un programme de formation à la psychiatrie de catastrophe. Un an plus tard, son rapport était soumis au Ministre de la santé, qui l’avalisa et définit la composition, les missions et le fonctionnement du réseau – rattaché au réseau des SAMU – par un arrêté et une circulaire de mai 1997. La mise en place a eu lieu en janvier 1998.

Les préceptes qui avaient inspiré la création de ce réseau étaient simples et évidents : d’abord, il n’y a pas de raison de laisser la souffrance psychique sans secours ni soins, alors que l’on s’emploie à soigner et apaiser la souffrance physique, car c’est notre devoir de soulager toute souffrance ; ensuite, l’expérience avait montré (en particulier la statistique de Bouthillon sur le devenir à trois ans de quarante-huit victimes des attentats terroristes de 1986) que, lors d’un attentat ou d’une catastrophe, les victimes « psychiques » (qu’elles aient ou non des blessures physiques) qui avaient pu parler immédiatement à un soignant, et éventuellement à un psychiatre ou un psychologue, de l’expérience d’horreur qu’elles venaient de subir (donc verbaliser cette expérience) s’en sortaient ensuite sans séquelles psychiques ou avec des séquelles psychiques modérées, tandis que les victimes qui avaient dans la hâte été traitées comme des objets, sans échange verbal avec leur soignant, présentaient ensuite des séquelles psychiques sévères.

Les mots anglo-saxons *briefing* et *debriefing*, sont empruntés au vocabulaire militaire, où ils désignent les réunions techniques de départ et de retour de mission des équipages de bombardiers ; par extension, à la fin de la deuxième guerre mondiale, sur le théâtre d’opérations du Pacifique, S. Marshal, officier d’infanterie de marine, a transposé l’opération *debriefing* au bilan psychologique des soldats des petites unités revenant d’un combat éprouvant. Par extension encore, quelques décennies plus tard, ces procédures de *debriefing* psychologique ont été appliquées à des petits groupes de pompiers ou de policiers ayant été confrontés à un « événement critique » stressant ; et ensuite aux victimes rescapées d’une catastrophe ou d’un accident, individuellement, ou en groupe si elles ont été impliquées dans le même événement « potentiellement traumatogène ». Cette dernière précision est pertinente, tant il est vrai qu’un même événement violent peut être traumatisant pour une personne et pas pour une autre, ou traumatisant pour une personne

aujourd'hui, alors qu'il ne l'eût pas été hier, dans d'autres circonstances de disponibilité d'énergie ou de soutien social.

Et, dans la réflexion d'Annick, de Clara et de Sylvie, c'est la décanation de toutes leurs interventions de *debriefing* psychologique de dix années qui, confrontée à d'autres réflexions et opinions des collègues américains et européens utilisant ces procédures, va nous montrer comment cette opération a évolué depuis la publication princeps de Mitchell au cours de vingt-cinq ans, et comment il s'avère judicieux de préciser de quoi on parle : qu'est-ce qu'un *debriefing* opéré par des « pairs » hâtivement formés auprès de leurs camarades pompiers ou policiers au lendemain d'un « incident critique » a de commun avec un *debriefing* thérapeutique assuré par des psychiatres ou des psychologues cliniciens possédant un sérieux bagage en psychopathologie, une connaissance approfondie de la psychiatrie de catastrophe, une formation circonstanciée aux techniques d'intervention psychologique et une solide expérience du *debriefing* pratiqué auprès des victimes ? D'où la confusion qui résulte de soi-disant méta-analyses, qui proclament leur doute sur l'efficacité du *debriefing*, pour avoir mis dans le même paquet des *debriefings* superficiels et purement narratifs quoique rigoureusement codifiés appliqués par des pairs à des équipes de pompiers, sans aborder la question du trauma, et des *debriefings* appliqués à des victimes de catastrophes, d'accidents ou d'agressions, certains de ces *debriefings* s'étant contentés d'appliquer la technique narrative superficielle vouée à l'échec et d'autres ayant été assurés par des cliniciens de façon plus sérieuse, cathartique (le miracle de l'énonciation langagière qui confère du sens à l'insensé du trauma), D'où la proposition d'appeler un chat un chat et, pour couper court à toute confusion, de préciser, lorsqu'il s'agit de victimes traumatisées ou susceptibles de l'être, « *debriefing* psychodynamique », « intervention psychothérapique précoce » ou plus précisément « intervention psychothérapique post-immédiate ».

L'ouvrage se répartit judicieusement en trois parties précédées d'une introduction générale : du traumatisme psychique à l'état de stress post-traumatique, les manifestations péri-traumatiques et les soins immédiats, et les manifestations post-traumatiques et les soins post-immédiats. C'est dire que la question primordiale du *debriefing* et de ses métamorphoses n'est abordée – à juste raison – qu'après un éclairage sur le trauma, son histoire, sa théorie et sa clinique ; et après un examen de la période immédiate, dans ses rapports avec l'événement traumatogène, dans son expression clinique et dans son indication du *defusing* (ou déchocage).

Et, dans ce cheminement, tout au long de cet itinéraire, le lecteur va découvrir les points clés retenus par les trois auteurs comme préparant

puis jalonnant cette mutation du *debriefing* psychologique. Nous avons identifié ainsi sept points clés, qui sont autant d'étapes créatrices dans la métamorphose qu'a connue le *debriefing* ces dernières décennies, dans l'esprit et la pratique de ses utilisateurs les plus perspicaces.

Le premier point clé a trait aux caractéristiques du vécu traumatique, de la « rupture » traumatique, telles que nous les dessinent les révisions de la pensée freudienne effectuées ces dernières décennies par les cliniciens du trauma : surprise, effroi, horreur, arrêt de la pensée et défection du langage, dans un contexte de déréalisation et de dépersonnalisation, résultant de la confrontation inopinée avec le réel de la mort et l'évidence du néant. Et la citation de Boris Cyrulnik « pour être résilient, il faut d'abord avoir été mort » trouve ici tout son sens. Les trois auteurs font converger l'éclairage psychanalytique et l'éclairage cognitiviste, et mentionnent l'introduction du concept de stress dans le vocabulaire de la pathologie traumatique (avènement du vocable « état de stress post-traumatique »). Une évolution des concepts dans l'univers du trauma semble avoir prélué à une évolution de l'acception du mot *debriefing*.

Un deuxième point clé ressort de l'examen attentif de la phase immédiate, bref « intervalle de temps particulier », pendant lequel la victime qui n'a pas eu le temps de mettre en place des stratégies d'ajustement et des mécanismes de défense pérennes », se trouve « extrêmement vulnérable ». Il en découle l'inventaire des principaux objectifs de l'intervention immédiate : protéger les personnes contre toute nouvelle stimulation nocive, aider leur réintégration progressive dans le monde « ordinaire », leur offrir une possibilité d'une « première ventilation des émotions » et « les aider à se réapproprier un sentiment de maîtrise ». C'est le *defusing*, préfiguration précoce et simplifiée de ce que sera le *debriefing*.

Un troisième point clé est l'analyse de « l'événement traumatogène » (potentiellement traumatogène) comme « générateur de crise », individuelle ou collective : véhiculant une menace de mort, il expose les créatures humaines à leur propre mortalité ; imprévisible et incontrôlable, il engendre impuissance et résignation ; frappant à l'aveugle, il bouleverse les esprits dans leurs croyances les plus profondes ; extrêmement stressant, il perturbe les personnalités. Et un *debriefing* bien conduit devra, pour résoudre cette problématique de crise, annihiler tous ces effets pathogènes.

Un quatrième point clé est de faire ressortir certains aspects cliniques de la phase post-immédiate, l'ancienne phase de latence (ou d'incubation, de contemplation, de méditation, de rumination, comme le disait Charcot)

de la névrose traumatique, que la nosologie du DSM américain dénomme « état de stress aigu » (plus de deux jours et moins d'un mois) : elle implique la persistance anormale des symptômes de déréalisation et de dissociation de la phase immédiate ; et en outre, elle voit apparaître les premiers symptômes de la névrose traumatique (ou de l'état de stress post-traumatique) : reviviscences, évitement, émoussement affectif, état d'alerte, sursauts, résistance passionnée à l'endormissement (s'abandonner au sommeil serait renoncer à sa vigilance et ne pas voir venir l'agresseur). Dans cette période post-immédiate, qui est le temps propice à instaurer un *debriefing*, on pourra tirer profit de certaines reviviscences (rêves, visions ou pensées forcées) qui, de par leur amorce de modification de contenu, constituent un « début de psychothérapie ». À noter que, dans certains cas de figure (sujets rapatriés par avion de contrées lointaines après une catastrophe), cette phase post-immédiate est différée par la perdurance anormale de la phase immédiate : « période d'entre deux » où les victimes sont encore aussi choquées au deuxième ou troisième jour, voire plus, qu'immédiatement après l'événement ; et il faudra différer le *debriefing* d'autant, car elles ne sont pas prêtes à en bénéficier.

Un cinquième point clé est la mesure des limites du *debriefing* type Mitchell, enserré dans le carcan de ses strictes procédures, fondé sur le récit « objectif » pour gommer l'aspect absurde de l'incident critique, mais réprimant les impulsions spontanées à la verbalisation des émotions en imposant le préalable de la narration des faits et des pensées. Lorsque, après ce long, minutieux et patient préalable, les participants sont invités à parler enfin de leurs émotions, entraînés à la froide narration objective, ils ne sont capables de livrer qu'un récit sur ces émotions et non pas une énonciation « authentique », « maïeutique » qui pourrait procurer le soulagement cathartique.

Le sixième point clé, primordial à nos yeux, est de démarquer le *debriefing* psycho-dynamique destiné aux victimes traumatisées du simple *debriefing* psychologique réservé aux pompiers et aux sauveteurs au retour de leur mission. Parler d'« intervention psychothérapique précoce », comme nous l'avions proposé en 2002, n'est pas assez explicite, ni précis. Il revient à Clara Duchet et ses collaborateurs (Duchet *et al*, 2004) d'avoir proposé l'appellation « *Intervention Psychothérapique en Post-Immédiat* » (I.P.P.I.), d'avoir énoncé les principes et les buts de cette procédure, précisé ses indications et codifié la progression de son déroulement, phase par phase.

Le septième point clé, qui n'est pas le moindre, est que cette métamorphose du *debriefing* n'a pu s'effectuer que par la pratique – ou plutôt

les pratiques – de ses utilisateurs, et particulièrement des personnels des CUMP. Et, dans ce livre, précisément, on peut suivre tous ces aspects, toutes ces facettes, relatifs aux six points que nous venons de mentionner, dans les vignettes cliniques et les comptes-rendus d'intervention qui illustrent judicieusement cet ouvrage et lui confèrent un caractère réaliste, pratique et vivant. On peut y lire, y voir comment un rescapé émergeant de l'enfer revient dans le monde des vivants, et des vivants parlant ; et comment sa propre parole, énonciation plus que récit, est révélatrice de sens pour lui-même que pour ceux qui l'écourent, lui permettant ainsi de s'approprier son aventure traumatique et de l'intégrer dans la continuité signifiante de son histoire de vie.