

Annick PONSETI-GAILLOCHON
Clara DUCHET
Sylvie MOLEND

Le débriefing psychologique

Pratique, bilan
et évolution des soins

DUNOD

**Dans la collection Psychothérapies,
série Thérapies comportementales et cognitives**

Stéphane Rusinek, *Soigner les schémas de pensée* (2006)

Anne-Marie Cariou-Rognant, Anne-Françoise Chaperon,

Nicolas Duchesne, *L'affirmation de soi par le jeu de rôle* (2007)

Daniela Eraldi Gackiere, Pierluigi Graziani, *Exposition
et désensibilisation* (2007)

Rollon Poinso, Pascal Antoine, *La résolution de problème* (2008)

Conseiller éditorial : Stéphane Rusinek

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2009
ISBN 978 2 10 054238 3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

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 décan-tation 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 psycho-logues 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 préludé 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'écotent, lui permettant ainsi de s'approprier son aventure traumatique et de l'intégrer dans la continuité signifiante de son histoire de vie.

AVANT PROPOS

François Lebigot

QU'EST-CE qu'un débriefing ? C'est un compte-rendu de mission fait par les militaires US après une opération devant leurs supérieurs. Le but de ce debriefing est de préparer au mieux la mission suivante en tenant compte des constatations résultant de celui-ci. On est là en tout cas assez loin de ce qui va nous occuper dans ce livre.

Aujourd'hui, si on parle de débriefing dans le public, tout le monde pense à tout autre chose : une méthode thérapeutique s'adressant à des groupes ayant été confrontés à des situations « traumatisantes ». Que l'on puisse passer de l'expérience militaire à cette pratique psychologique n'est pas si mystérieux que cela quand on fait un abord historique de cette notion, comme on le verra dans ce livre. Ce qui nous importe, nous, c'est que de plus en plus, un débriefing semble être devenu une exigence réclamée par tous, dans des situations de catastrophes, d'accidents collectifs, d'attentats, etc. Il se pourrait même que dans un avenir proche, un patron qui n'aurait pas prévu un débriefing pour ses employés à la suite d'un incident critique, puisse être pour cette seule raison traîné devant la justice. Il devient donc important de connaître cette méthode, a priori thérapeutique, dans ses aspects individuels et collectifs.

Elle a été formalisée pour la première fois aux États-Unis, puis a été reprise dans d'autres pays, en particulier en France et adaptée selon les références théoriques par ceux qui l'ont décrite et mise en pratique. Ainsi, comme on le verra dans ce livre, y a-t-il au moins deux façons de procéder, selon que l'on se rattache à la pensée psychanalytique comme certains en France, ou aux techniques cognitivo-comportementales comme beaucoup aux États-Unis. Ainsi le débriefing interroge-t-il sur la question du traitement du traumatisme psychique dans son ensemble même si, comme on le verra, il n'est utilisé à titre individuel ou collectif que pendant une période relativement courte succédant à un événement traumatisant.

Selon que l'on se réfère aux concepts psychanalytiques ou aux théories cognitivo-comportementalistes, le but visé n'est pas le même. Cela est vrai dans les prises en charge à long terme, comme dans ces moments limités dans le temps (une à deux heures) que sont les débriefings. Pour les psychothérapeutes d'ailleurs, le débriefing n'est parfois qu'un préalable à une psychothérapie, quelle que soit son type. L'objectif recherché, dans une perspective psychanalytique, est d'agir sur la relation qu'entretient le sujet avec ces images traumatiques et de faire disparaître la fascination qu'elles engendrent. Dans une perspective cognitivo-comportementale, ce n'est plus le sujet et son rapport au trauma qui est la cible de la psychothérapie mais ses symptômes. Il est question ici de diminuer la présence et la force de ces derniers et de traiter la souffrance qu'ils engendrent. Chacune de ces techniques a ses avantages et ses inconvénients qui sont mesurés à l'aune d'un état de la société. Les psychothérapies inspirées par la psychanalyse recherchent et parfois obtiennent la guérison complète, mais sont souvent longues et donc coûteuses. Celles qui s'inscrivent dans le champ cognitivo-comportemental obtiennent peut-être des résultats moins efficaces à long terme, mais dans un délai prévu à l'avance et somme toute assez court.

Il faut bien reconnaître que la plupart des débriefings pratiqués, en particulier collectivement, n'ont pas pour ambition de préparer à un engagement dans une relation thérapeutique à court, moyen ou long terme. C'est la dérive que, malheureusement, subit aujourd'hui le débriefing qui est censé se suffire à lui-même et prévenir les maux qui pourraient résulter chez les individus de leur exposition à l'événement. Mitchell disait que lorsque l'on a réalisé un débriefing, on n'a fait que la moitié du travail. Effectivement, parfois un débriefing peut se suffire à lui-même, parfois au contraire il doit être suivi d'une prise en charge beaucoup plus longue. Mais cela, il est difficile de le savoir à l'avance et c'est ce qui nécessite que les debriefeurs aient une pratique de la souffrance psychique à travers leurs patients. Cette expérience les rend plus aptes à repérer les sujets fragiles ; elle les incite aussi à s'assurer de l'évolution des sujets, dans les jours qui suivent la rencontre en groupe.

Le débriefing est donc une méthode problématique qui engage une multitude de connaissances dans le champ de la psychopathologie. Comme on le verra dans ce livre, il y a nécessité de bien connaître : ce qu'est un traumatisme psychique, ses effets, en particulier en ce qui concerne la création de symptômes et de ressentis éprouvants, ce qu'est une relation psychothérapique et ce que l'on peut en attendre (pour les psychanalystes, c'est la question du transfert), etc. Comme on le voit, il est important de réfléchir sur les enjeux de cette méthode, de ces

différents modes d'applications et du contexte dans lesquels elle est employée. C'est une réflexion de ce genre qui a abouti à la formulation du concept d'Intervention Psychothérapeutique Post Immédiate (IPPI) tel qu'il sera exposé dans ce livre. Il est certain qu'actuellement une grande confusion règne à ce sujet et que toute thérapie collective est baptisée *debriefing*, même quand il ne s'agit que d'un groupe de paroles. Il est certain aussi que ce terme peut recouvrir des méthodes douteuses confisquées par des gens qui ne sont aucunement qualifiés pour traiter de la souffrance psychique et qui se font indûment rémunérer.

Aussi est-il important de questionner le *debriefing* comme il est fait dans ce livre pour déterminer ce qu'il est exactement, ce que l'on peut en attendre, qui est légitime dans son organisation, sur quoi doit-il déboucher dans les cas où il ne peut se suffire à lui-même. Nous ne pouvons qu'être reconnaissant aux auteurs de ce livre d'avoir eu cette ambition et de nous l'exposer avec clarté et dans tous ses aspects.

TABLE DES MATIÈRES

<i>PRÉFACE</i>	V
LOUIS CROCQ	
<i>AVANT PROPOS</i>	XI
FRANÇOIS LEBIGOT	
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	XV
<i>REMERCIEMENTS</i>	XXI
<i>PRÉSENTATION DES AUTEURS</i>	XXIII
<i>INTRODUCTION</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

DU TRAUMATISME PSYCHIQUE À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1. Données historiques sur le traumatisme et définitions	7
Les notions de traumatisme et de victime	7
Classifications	11
2. Données de la littérature actuelle	19
Facteurs de risque et de protection	19
<i>Facteurs antérieurs, 21 • Facteurs de protection, 22</i>	
Données récentes sur les études prospectives	24

3. Éclairages psychanalytiques	27
La rencontre traumatique	28
<i>Violence de l'événement traumatique, 28 • Résonance interne et subjectivité, 31 • Effets de choc et de surprise : les ruptures traumatiques, 33 • Effondrement du narcissisme, 35 • Rencontre avec le néant et irruption du réel, 38 • Honte et culpabilité, 41</i>	
Bouleversements psychiques liés au trauma	43
<i>Désorganisation initiale, 43 • Désorganisation secondaire et ses réorganisations, 46 • Aspects positifs et négatifs du traumatisme, 50</i>	
4. Éclairages cognitivistes	53
Mémoire autobiographique	54
<i>Self et working self, 54 • Base de connaissances autobiographiques, 55</i>	
Construction des souvenirs autobiographiques	58
<i>Récupération indirecte, 59 • Récupération directe, 60 • Accès à la conscience des souvenirs, 60</i>	
Théorie de la représentation duale	61
<i>Principes de base de la théorie, 61 • La confrontation traumatique, source de rupture, 63 • Évolution post-traumatique et traitement émotionnel du traumatisme psychique, 64</i>	
Modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique	68
<i>Principes de base du modèle, 68 • Évaluations de l'événement traumatogène et de ses conséquences, 69 • Caractéristiques pathogènes des souvenirs traumatiques, 71 • Relations entre les caractéristiques des souvenirs traumatiques et les évaluations de l'événement traumatogène et de ses conséquences, 74 • Stratégies d'adaptation comportementales et cognitives dysfonctionnelles, 75 • Facteurs d'arrière-plan, 76</i>	
Modèle CaR-FA-X (CApture and rumination, Functional Avoidance and eXecutive control)	77
<i>Principes de base du modèle, 77 • Évitement fonctionnel, 78 • Phénomène de capture du processus de récupération par des structures conceptuelles abstraites liées au self, 79 • Réduction des ressources exécutives, 80</i>	
Conclusion	81