

Charles Gheorghiev : Psychiatre des Hôpitaux des Armées, Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce, 74 boulevard de Port Royal, 75005 Paris, France & **Humbert Boisseaux**: Professeur agrégé du Val de Grâce, chef du service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce, Paris, France.

Texte paru in *Revue Francophone du Stress et du trauma* 2011, 11(4), 251-255.

Résumé : La catastrophe naturelle du tremblement de terre en Haïti a nécessité la mise en œuvre d'opérations de secours et de soutien au profit de la population locale en engageant une aide internationale. La sécurité civile française a été impliquée dès les premiers jours, au sein d'un dispositif dont l'envergure n'avait encore jamais été atteinte. Elle formulera la demande d'une intervention psychologique à l'issue d'une mission à la durée et aux objectifs inhabituels. À partir de cette expérience, il s'agit de situer les enjeux d'une intervention psychologique formalisée autour du concept de debriefing collectif, ainsi que de percevoir les limites d'une action dont la temporalité s'inscrit dans les suites précoces de la confrontation à une situation potentiellement traumatique. Au travers du caractère ponctuel de cette modalité d'intervention se dessine la question du lien et de sa continuité, en interrogeant un après qu'il importe d'inscrire dans la cohérence de ce qui s'est noué sur place.

Abstract: The devastation caused by the recent earthquake in Haiti compelled the local population to ask for international assistance which consisted of rescue and support operations. French civil security was implied from the first days, in a system whose scale had never been reached yet. A request for a psychological intervention was made by the command at the end of this abnormally lengthy mission with unusual objectives. From this experience, the point is to wonder about the stakes in a psychological intervention formalized around the concept of collective debriefing, and also to detect the limits of an action whose phase belongs to the post-immediate consequences of the confrontation with a potentially traumatic situation. Through the punctual character of this method is outlined the question of the link and its continuity, by questioning an afterwards which requires to be a coherent part of what has been formed there.

Mots clés: Débriefing collectif, catastrophe, traumatisme psychique, sauveteur, éthique.

Key words: Collective psychological debriefing, disaster, psychic trauma, rescuer, ethics.

Introduction

Le tremblement de terre d'Haïti a représenté une catastrophe d'une ampleur inhabituelle touchant une nation appartenant aux pays les plus pauvres au monde. Cette catastrophe illustre le déséquilibre entre les moyens, inexistants, et les besoins débordant le cadre des soins en engageant une incertitude quant à la satisfaction des besoins primordiaux de l'homme tant la désorganisation était totale.

La mobilisation fut générale, avec la mise en œuvre d'une aide internationale au profit de la population locale au travers d'opérations de secours et de soutien dont la principale difficulté résidera dans leur coordination. À côté des multiples organisations non gouvernementales, l'aide de nombreux États se mettra en place, laquelle consistera pour la France dans l'engagement des moyens de la sécurité civile au sein d'un dispositif dont l'envergure n'avait encore jamais été atteinte. Au-delà du matériel et de la technicité apportée, plus de 600 personnels seront impliqués en mobilisant les ressources des trois unités militaires de la sécurité civile, celles de Nogent-le-Rotrou, de Brignoles et de Corte dans une collaboration inédite entre ces trois structures.

Une demande d'intervention psychologique sera formulée par le commandement à l'issue d'une mission à la durée et aux objectifs inhabituels. Ses modalités ainsi que les interrogations et enjeux qui en émergeront sont ici décrits.

Contexte d'intervention

La mission des personnels de secours de la sécurité civile présentait en Haïti des caractéristiques particulières au regard de leurs prérogatives habituelles. Par sa durée, se prolongeant jusqu'à six semaines pour ordinairement ne pas dépasser deux à trois semaines, appelant les sauveteurs à une inventivité à même de préserver le sens donné à leur action et d'éviter toute démobilitation prématurée. Par ses objectifs, multiples et évolutifs au cours du temps ; ils se déclinaient dans le sauvetage-déblaiement des victimes, véritable cœur de leur métier, mais aussi dans la recherche et l'identification des morts, la dispensation de soins au sein des structures sanitaires de campagne, ainsi que dans des opérations de soutien à la population en procédant à leur approvisionnement en eau et en vivres, à la construction d'abris de fortune et à l'alimentation en électricité. La dimension politique de la mission se concrétisera par la venue sur le théâtre de hautes autorités de l'État, sans que celle-ci ne se télescope avec les motivations premières qui en fondaient la légitimité.

Le commandement des formations militaires de la sécurité civile sollicitera la mise en œuvre d'une intervention psychologique au profit de ses personnels au terme de leur mission. Celle-ci se formalisera autour de la réalisation de débriefings de fin de mission, au sens d'un bilan psychologique de la mission récemment accomplie selon des modalités de débriefing collectif et d'entretien individuel. Elle se fera au cours d'un sas de fin de mission en Martinique, dans un espace situé dans un entre-deux, entre le lieu même de la catastrophe et la métropole, dans un endroit à la fois sécurisé et offrant des conditions de confort propices au repos et à la détente après un séjour marqué par la rusticité de conditions de vie dégradées ; elle prenait également en compte un critère de faisabilité par la récupération en ce lieu de la maîtrise des vecteurs aériens. Sa durée était variable, s'étalant sur deux à cinq jours, alors que le

désengagement des équipes de sauvetage se fera en deux vagues espacées d'une quinzaine de jours.

Cette intervention sera réalisée par un psychiatre du service de santé des armées et un psychologue de la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre, en collaboration avec la cellule d'urgence médico-psychologique de la Martinique. Deux équipes composées chacune d'un binôme psychiatre-psychologue étaient ainsi constituées. Destinée aux 600 personnels de secours impliqués, en incluant secouristes, paramédicaux et médecins, l'intervention faisait principalement appel à la technique du débriefing collectif. Les entretiens individuels, systématiquement proposés en fin de séance, seront minoritaires en s'adressant en fonction de la situation aux personnels isolés ou en cas de contre-indication au débriefing collectif.

Résultats

Sans chercher à quantifier une action qui apparaît comme l'expression d'un soin auprès de professionnels confrontés à des situations potentiellement traumatiques, il convient d'en faire le bilan. Celui-ci transparait moins dans une évaluation chiffrée, avec la réalisation d'une cinquantaine de débriefings collectifs et d'une vingtaine d'entretiens individuels, que dans ce qui se nouera au cours et en dehors de ces moments formalisés à l'occasion de la rencontre de sujets pendant des temps informels. Ils en saisiront l'opportunité pour s'ouvrir plus librement à des confidences dont l'intimité ne s'accordait pas forcément avec l'affichage d'un dispositif par trop explicite.

La plupart des sauveteurs ne présentait pas de manifestations psychotraumatiques avérées, même dans leurs modalités aiguës ; la symptomatologie dominante s'avérait du registre de la fatigue et du surmenage voire de l'épuisement compte tenu des contraintes d'une mission qui n'avait pas autorisé de véritables moments de repos. En participant aux soins et à l'aide apportée aux victimes du tremblement de terre, ils n'avaient certes pas subi eux-mêmes directement l'évènement sans pour autant être protégés d'une possible effraction traumatique. Si certains témoigneront de réactions de stress le plus souvent adaptées, d'autres seront confrontés à une détresse d'une autre nature. Nous évoquerons ainsi la situation clinique d'un soignant qui aura à faire face dans son exercice à la question de la mort et du trauma. Il était engagé dans des soins au profit de deux blessés ensevelis sous les décombres d'une habitation, tous deux ne pouvant en être dégagés aisément par l'écrasement de leurs membres inférieurs. Le premier décèdera d'un probable crush syndrome sans qu'il n'ait été possible de le prévenir, obérant la réalisation rapide d'un geste de survie chez le second blessé, lequel passait par l'amputation de ses deux jambes. Le trauma procèdera de la perception subite d'une action à l'indication médicale certaine, celle d'une amputation. Celle-ci pourtant perdra brutalement tout sens, pour se révéler à lui selon le visage de l'inhumanité d'un geste qui sauvegardait moins la vie du patient qu'il la lui ôtait en lui supprimant ce qui le faisait se tenir debout. Une soudaine lucidité s'imposera à lui dans un vécu d'effroi contemporain de l'acte de soin, celle de la transgression d'un interdit se substituant à un soin et l'excluant de la communauté des hommes. Le geste sera accompli de façon automatique, dans un détachement le désolidarisant d'une conduite qui depuis se rappelait à lui par des reviviscences réactualisant le moment précis de sa réalisation. Le patient s'inquiétait du déclenchement en lui de manifestations échappant à son contrôle et sources d'une remise en question douloureuse. Au-delà de leur temporalité, elles trouvaient chez le

sujet une dimension traumatique en s'accompagnant d'un vécu de rupture et d'effondrement d'un idéal, nous amenant à l'orienter dès son retour vers un suivi spécialisé.

Concernant le vécu de la mission, tous témoignaient de la profonde satisfaction d'avoir participé à une mission qui était « celle où il fallait être ». Satisfaction d'avoir rempli la tâche qui leur incombait, sans en occulter le caractère restreint et parcellaire au regard de la gravité de la situation sur place. Le relai par des organisations non gouvernementales assurait la pérennité d'un travail initié dès les premiers jours de la catastrophe ; il permettait d'inscrire ce dernier dans une cohérence au sein du dispositif général de secours. Satisfaction qui n'était pas du registre de la suffisance, en se mêlant à de légitimes inquiétudes quant au devenir de la population, pour s'appuyer sur des moments forts tels que ceux du sauvetage de survivants au milieu des innombrables victimes, de la naissance d'un enfant illuminant d'un symbole de vie la désolation et le chaos ambiant, ou plus simplement de la dispensation de soins au profit des blessés. La particularisation d'un soin prodigué à un sujet donné conférait aux sauveteurs un sentiment d'utilité par le sens qu'elle imprimait à leur action individuelle, laquelle se perdrait autrement dans l'absurdité d'un désastre envisagé dans sa globalité. En dehors de leur activité professionnelle proprement dite, les personnels retenaient l'enrichissement de la découverte de la population locale. Contact certes facilité par la proximité linguistique du créole et leur connaissance de la langue française. Mais plus que la reconnaissance vis-à-vis de l'aide apportée, il s'en dégageait surtout une chaleur dans la confiance voire la joie exprimée quand bien même ils semblaient avoir tout perdu ; malgré la désorganisation induite par la catastrophe, ils retrouvaient une cohésion collective autour de valeurs partagées transcendant la réalité sensible, avec pour creuset un fort enracinement religieux. Le peuple haïtien incarnait des valeurs manifestement en retrait dans nos sociétés occidentales : le partage et le souci de l'autre là où régnaient pourtant restriction et misère, ou encore le renoncement et l'abandon à la contingence bien éloignés de la position de maîtrise prévalente dans notre culture. Elle offrait quelque chose de l'ordre d'une leçon de vie à des sauveteurs apportant un savoir-faire et des moyens, et qui finalement repartaient grandis d'une rencontre dont ils n'avaient pas initialement soupçonné la richesse.

À plusieurs reprises des questionnements vont émerger quant à la présence et la place d'un « psy » sur le théâtre même de l'évènement, avec plus de cinq psychologues/psychiatres qui se succéderont sans réelle coordination pendant les six semaines de leur mission. L'opportunité ainsi que le sens d'une telle présence étaient interrogés, jusqu'à une incompréhension se cristallisant dans la maladresse de comportements qui coloraient leur intervention d'une teinte touristique là où une retenue aurait été de rigueur. Certains sauveteurs, pour la plupart des habitués de la catastrophe, évoqueront un vécu de saturation vis-à-vis d'une prise en charge psychologique déployée dès le début de leur mission et qui se poursuivait jusque dans ses suites post-immédiates au cours du sas auquel ils étaient invités à participer. Sans refléter une position unanime et tranchée, celle-ci incitait à questionner la place d'un spécialiste du soin psychique au cœur de la catastrophe ; elle bénéficierait en effet de l'éclairage que proposait Briole au sujet de la place du psychiatre au sein du groupe militaire en opération extérieure, place qualifiée « d'extime » en référence au point extérieur d'où l'on perçoit l'intime en favorisant la rencontre d'un sujet accueilli dans sa singularité (1998). Il ne s'agit pas de remettre en cause la justification d'une psychiatrie de l'avant, mais de réfléchir à la pertinence de son positionnement, lequel pourrait s'envisager à proximité de celui de la catastrophe sans être sur son lieu-

même, et à celle de la temporalité de son action, laquelle s'inscrit dans une immédiateté qui ne saurait s'apparenter à de la précipitation ni se suffire à elle-même en nécessitant d'ouvrir une perspective sur l'après-coup.

Enjeux et questionnement :

1) La constitution des groupes

Si les sauveteurs appartenaient pour l'essentiel à des groupes constitués, ils seront pour certains dispersés et engagés dans des activités différentes par leur intégration à de nouvelles unités fonctionnelles ; ils seront également répartis au cours du sas dans des établissements hôteliers parfois éloignés les uns des autres, ce qui imposera un soutien logistique pour leur rassemblement et une souplesse dans l'organisation de la prise en charge psychologique des groupes. Il s'agissait en effet pour les intervenants d'assurer l'homogénéité et la plus grande cohérence dans leur constitution.

La question de la participation du chef au débriefing de son groupe se posera tant pour les unités civiles que militaires de la sécurité civile ; elle trouvera une réponse dénuée de dogmatisme dans un ajustement au plus près de la réalité du vécu du groupe et de la place qu'avait pu occuper son chef. Il a été procédé à une évaluation au cas par cas, en fonction des informations et de l'idée que nous avions du retentissement de sa présence sur la dynamique du groupe et sa liberté de parole. En parallèle de la question d'une hiérarchie fondée sur le grade se posait la question de celle fondée sur la compétence technique, en conditionnant l'exposition à des situations et des missions qui différaient selon la fonction de l'intéressé : médecin, infirmier, secouriste. Le respect du caractère fonctionnel du groupe sera privilégié, en associant les individus qui avaient ou qui auront pris l'habitude de travailler ensemble au cours de la mission. Nous restions disponibles après la réalisation du débriefing pour ceux dont les particularités d'exercice appelaient à une certaine discrétion pendant la séance collective.

2) Une démarche volontaire ?

La participation des sauveteurs à un débriefing collectif à l'issue de leur mission, sans avoir un caractère obligatoire habituellement proscrit (Lebigot, 2001), s'inscrivait ici dans la demande d'un commandement soucieux de la santé psychique de ses hommes. La présentation du dispositif de soutien psychologique pouvait inciter le sujet à l'adhésion à une activité impliquant le groupe entier, sans jamais avoir trouvé de dimension contraignante. Les éventuels refus étaient respectés, pour en fait ne représenter que des cas isolés par rapport à l'implication générale des intéressés au soin qui leur était proposé. Il était question moins du caractère volontaire d'une démarche que du soutien d'une dynamique collective, où l'encouragement au partage d'une expérience commune a toujours respecté le libre arbitre d'un sujet dont l'autonomie était affirmée. Les groupes se saisirent le plus souvent du débriefing collectif pour se retrouver ensemble autour d'une parole circulant librement entre eux, de même qu'ensemble ils venaient d'écrire une histoire commune.

3) La place du debriefing de fin de mission

L'intérêt du débriefing collectif en termes de prévention des manifestations psychotraumatiques différées reste controversé (Nehmé, Ducrocq & Vaiva, 2004),

alors que sa portée thérapeutique ne s'impose pas d'elle-même : elle nécessite une réflexion préalable de celui qui la met en pratique quant à l'opportunité et le caractère bienfaisant de sa démarche. Notre intervention psychologique répondait à la demande du commandement en s'inscrivant dans une logique institutionnelle dont les motivations pouvaient être interrogées sans pour autant entretenir de climat de suspicion. La sollicitation de la structure militaire exprimait la prise en compte du facteur humain, qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer d'une attente sociale, laquelle attribuerait au débriefing collectif un statut de « réponse face à une nouvelle forme de demande » selon les mots de Cremniter (2002). Il serait dans cette perspective un outil d'affichage, recouvrant derrière un processus à l'apparence scientifique un évènement qui apparaîtrait dès lors sous le contrôle de la santé mentale ; une caution médicale en circonscrirait le champ, caution sous-tendue par la croyance en son efficacité préventive « automatique » sur les troubles psychotraumatiques. Sans redouter l'ingérence d'une autorité qu'elle soit militaire, politique ou sociale dans nos prérogatives, il importe de réinscrire notre action dans le champ du soin tout comme d'en préciser le cadre et les limites car « tout n'appelle pas une réponse psychologique » (Prieto & Lebigot, 2003). Demeure la question des justifications d'une intervention psychologique ; ses critères tout comme la définition de ses modalités restent à déterminer. Et alors qu'ils peuvent parfois échapper pour partie à la sphère médicale, il s'agit de conserver au cœur de nos préoccupations le sujet plus que le formalisme et la systématisation d'une procédure désincarnée.

Le débriefing de fin de mission n'est pas un débriefing technique. Il est une intervention appartenant à un processus de soin qui s'adresse à des professionnels, ici des sauveteurs. Mitchell, qui souhaitait apporter un soutien psychologique aux sauveteurs, pompiers et policiers, exposés à des évènements stressants, en a décrit historiquement l'objet comme étant « d'atténuer ou dissiper une détresse psychologique » en offrant dans une représentation éducative de son action « des techniques de survie vis-à-vis du stress, afin qu'ils puissent gérer le stress traumatique » (1983). Les limites de son approche ont été identifiées : formalisme d'une procédure rigoureusement codifiée ; modalité narrative et factuelle de son déroulé en évacuant la question du sujet et de sa singularité au profit de sa cognition et de son *coping* ; réalisation d'une seule séance en occultant toute autre perspective ; animation par des intervenants non spécialistes du soin psychique (De Clercq & Vermeiren, 1999).

Le débriefing de fin de mission s'inscrit dans une dynamique autrement plus interactive et spontanée, selon un « débriefing psychodynamique » dont Lebigot a pu décrire les principales caractéristiques (2001). Moyen d'aborder le traumatisme tant chez l'individu que dans le groupe, il cherche à rendre possible une parole qui pourra être l'amorce d'un processus d'élaboration, par un travail où « sans être forcément conscient, chacun participe à un effort fait en commun pour s'extraire d'une aventure psychiquement coûteuse », au sein d'un groupe « qui se constitue comme lieu d'adresse du transfert » (Lebigot, 2001). Il vise à offrir un temps et une écoute à un groupe ayant vécu un ou plusieurs évènements éprouvants, en cherchant à clôturer ensemble une mission difficile tant sur le plan physique que psychologique. Briole défendait ainsi l'idée que « ce qui a été vécu en commun se dénoue en commun » (1998). Après avoir situé le cadre du débriefing en rappelant le sceau de sa confidentialité et le principe d'une liberté de parole dans le respect de celle d'autrui, il s'agira d'inviter le groupe à revenir sur la mission telle qu'elle avait pu être préparée ou imaginée, telle qu'elle a été vécue dans la singularité de chacun et de ce qui en ressortira peut-être. L'essentiel de son déroulement sera consacré à un temps

d'échange, en soutenant la verbalisation des émotions et affects éprouvés au cours de la mission dans une parole autorisant la distanciation en même temps que la réappropriation de ce qui aura été parfois ressenti confusément ou dans une certaine contrainte. Le débriefing est en effet conduit avec « l'idée de faciliter une parole créatrice sur l'évènement » comme l'énonce Daligand (1997). Une partie sera dédiée à une information à visée préventive des personnels sur les manifestations susceptibles d'apparaître, et l'éventuel dispositif de prise en charge. Autour d'un débriefing qui concentre l'action des intervenants, se dessine un cadre à même de restaurer des repères stables et rassurants aux sujets ; il leur offre un confort plus proche de leur standard habituel, conformément à une représentation du sas en tant que transition entre le lieu de la catastrophe et le lieu de vie habituel en métropole. Ce dernier vise à préparer dans les meilleures conditions possibles le retour à la maison, dans le passage progressif d'un milieu caractérisé par sa précarité et son insécurité à celui d'un environnement confortable et sûr. Sans prétendre à une définition catégorique de sa durée, et encore moins des critères de confort qui seraient attendus, elle a été dans notre expérience trop courte pour certains (moins de 24 heures) et trop longue pour d'autres (cinq jours), nous invitant à suggérer une durée moyenne de deux à trois jours. Il importe d'insister sur tout ce qui pourra se jouer en dehors des temps de débriefing collectif et d'entretien individuel, dans un enjeu pour les intervenants à assurer à côté de ces interventions formalisées une présence et une disponibilité propices au nouage d'un lien avec un sujet reconnu dans son altérité.

4) Temporalité et continuité

Notre intervention a été réalisée dans les suites post-immédiates de la mission de secours en Haïti des personnels de la sécurité civile. Elle était proposée dans les 24 à 72 heures après leur désengagement du lieu de la catastrophe et leur arrivée sur la Martinique. Il s'agissait d'une intervention unique, dont la portée ne se limitait pas à ce seul moment ponctuel et circonscrit pour se situer dans une perspective temporelle : elle ouvrait dès que la clinique l'imposait sur la possibilité d'un suivi auprès des structures existantes tant pour les civils que pour les militaires. L'information délivrée à tous se prolongeait pour les sujets les plus symptomatiques par l'organisation d'un relai de la prise en charge afin d'éviter toute rupture de soin. L'enjeu d'une continuité des soins apparaît en effet central pour ces patients, invitant le clinicien à se préoccuper de l'après de ce qui a pu se nouer initialement et qui ne pourra le plus souvent se poursuivre avec lui ; il est souhaitable de restaurer une clarté et une consistance suffisante dans le soin pour ne pas prolonger la confusion qui a régné pendant la catastrophe. Il convient d'assurer au mieux le suivi des sujets reconnus comme fragilisés ou traumatisés, en s'intéressant à leur devenir, lequel ne se cantonne pas à l'étroite fenêtre temporelle des soins immédiats et post-immédiats pour trouver dans un temps ouvert sur l'avenir une perspective autrement plus thérapeutique.

Conclusion

Le débriefing de fin de mission, réalisé ici au profit des sauveteurs impliqués dans les opérations de secours après le séisme en Haïti, est un débriefing collectif dont les particularités résident dans ce qu'il s'adresse à une population de professionnels organisée en groupes constitués. Mis en œuvre à la demande de leur autorité hiérarchique, son objet n'était pas tant la préservation de leur capacité opérationnelle, que celui de l'expression d'une attention au fait psychique, en

témoignant du soutien d'un sujet considéré dans sa singularité comme dans le lien à son groupe.

La tendance à la systématisation d'une telle démarche est perceptible dans les attentes d'une société sensible à l'impact d'évènements susceptibles d'en fragiliser la cohésion. Sans pour autant légitimer la standardisation d'un processus dont la richesse se nourrit de la rencontre d'un sujet pris dans la dynamique d'un groupe, sa visée est celle d'un soin qui nécessite l'engagement des cliniciens au-delà de leur possible instrumentalisation. Il ne saurait pour autant se suffire à lui-même, en s'intégrant à un dispositif de soins dont la cohérence réside dans sa continuité.

Références bibliographiques

- Briole G. Lebigot F. & Lafont B. (1998). *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*. Paris: Addim.
- Cremniter D. (2002). L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques, *L'Évolution psychiatrique*, 67(4), 690-700.
- Daligand L. (1997). Analyse critique du « débriefing », *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 10(1), 46-47.
- De Clerc M., & Vermeiren É. (1999). Le débriefing psychologique. Controverses, débats et réflexions, *Nervure*, 12(6), 22-25.
- Lebigot F. (2001). Le débriefing collectif. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 1(3), 137-141.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes : the Critical Incident Stress Debriefing process, *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36-39.
- Nehmé A., Ducrocq F. & Vaiva G. (2004). Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. Revue de la littérature, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 4(4), 249-263.
- Prieto, N. & Lebigot F. (2003). Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 29-33.