

Etienne Vermeiren: Psychologue, criminologue, psychothérapeute, Service de psychopathologie adulte, UCL-Saint-Luc, Avenue Hippocrate, 10 B-1200 Bruxelles.

Article paru in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2006, 6 (2) : 65-69.

Résumé : Intérêts et limites des prises en charge précoces en immédiat et post immédiat. Dans les suites de la controverse sur l'efficacité des procédures de débriefing psychologique, l'auteur a parcouru la littérature récente traitant des interventions précoces en immédiat et en post-immédiat, à la recherche de "nouveau" thérapeutiques susceptibles d'éclairer notre clinique. Le constat est hélas fort décevant, mais il renvoie à l'intéressante question de la nécessaire prise en charge multidirectionnelle des personnes victimes, qui plus est sur la durée. L'intérêt et des limites des interventions précoces seront abordés, ainsi que le processus de soins articulant l'immédiat, le post-immédiat et le long-cours.

Summary : Following the controversy about the efficacy of psychological debriefing, the author has reviewed the recent literature about early interventions in immediate and post-immediate period, searching the "therapeutic new guidelines". Unfortunately, the conclusion is really poor but it asks the main question of the multidirectional and long-time therapy of traumatized persons. The interest and limits of early interventions will be treated, and also the therapeutic process joining the immediate, post-immediate and long-term.

Mots-clés : Etat de stress aigu, intervention précoce, débriefing, prévention, psychotrauma.

Mots-clés : Acute Stress Disorder, early intervention, debriefing, prevention, psychotrauma.

Introduction :

À la suite des débats et du congrès de Bruxelles en février 2000 qui avait mené à la rédaction du livre *Les débriefings psychologiques en question* (1), nous souhaitons refaire le point sur l'évolution des pratiques et surtout sur l'évaluation des interventions précoces, c'est-à-dire immédiates et post-immédiates. Rappelons, sans entrer dans le détail, que l'appellation "immédiate" recouvre le tableau clinique présenté, ainsi que les interventions proposées "à chaud", le plus souvent sur le terrain même où s'est produit l'événement potentiellement traumatisant, ou encore dans les services d'urgences accueillant les personnes qui y ont été confrontées. Le terme "post-immédiat" renvoie au tableau clinique et aux interventions, toujours précoces, de la phase de latence, qui s'étend de la fin de la phase immédiate à celle où

l'éventuel trouble psychotraumatique est installé, enkysté. Ces trois temps, cliniquement décrits, ne sauraient évidemment rendre compte du continuum de ce que vit le patient. Ils n'ont comme intérêt pour l'intervenant professionnel que de lui donner des balises dans sa réflexion et son travail.

Il est important de souligner que le présent article s'intéresse aux prises en charges immédiates et post-immédiates, appelées psychosociales, psychologiques, psychiatriques ou psychothérapeutiques, mais pas à l'approche pharmacologique qui, elle aussi, fait débat, mais dépasse le cadre de cette réflexion (2, 3).-En effet, une des plus importantes controverses concerne la manière dont les personnes touchées par un événement doivent être prises en charge en immédiat, et comment ce premier contact peut s'avérer sinon thérapeutique, du moins soutenant, dans le post-immédiat. L'autre question tient au fait de savoir si l'intensité de la réponse immédiate ou post-immédiate constitue ou non un facteur de risque de survenue de symptômes durables.

Il y va sans doute d'abord d'un positionnement éthique de la part des professionnels de l'urgence, que d'intervenir de manière précoce, puisque le rôle du soutien social est démontré depuis 1987 par Solomon et al. (4). Toutefois, la pertinence de l'intervention précoce, si elle semble aujourd'hui plus que jamais évidente aux cliniciens, résiste aux tentatives de prouver scientifiquement son efficacité. Ceci en chagrine certains, au point de consacrer beaucoup de temps et d'énergie à des études qui semblent ne plus rien apporter de nouveau ; ce qui confirme l'inconsistance des conclusions tirées par les auteurs autour de l'efficacité, l'absence d'effet, voire le côté délétère des interventions précoces. Il subsiste également une difficulté liée à la rémission spontanée des troubles. À quoi sert d'intervenir précocement puisque, si 94 % des personnes victimes de viol présentent un tableau complet d'état de stress post-traumatique (ESPT) à deux semaines (exception faite du critère E), ce chiffre descend à 47 % dans les semaines qui suivent selon Rothbaum et al. (5). Si l'on prend l'exemple des accidents de la voie publique, il appert que la moitié des personnes qui présentent un ESPT à un mois ne le présentent plus à six mois, les deux tiers ne le présentant plus à un an selon Blanchard et al. (6). Dès lors, n'investirions-nous pas à outrance dans l'intervention précoce et ne devrions-nous pas davantage nous consacrer à l'éternelle et non-moins délicate question des facteurs prédictifs ?

La dissociation, la détresse péritraumatique, l'effroi et l'état de stress aigu (ESA) sont pour Birmes et Brunet indicateurs du développement d'un ESPT (7). Ces indicateurs précoces nous aident dans la difficile question du pronostic d'évolution, dans les temps de l'immédiat et du post-immédiat. Pourtant, selon les études, les résultats sont ici encore forts hétérogènes, puisque 30 à 83 % des patients présentant des ESA développent des ESPT, mais aussi que 10 à 72 % des patients diagnostiqués ESPT n'ont pas présentés d'ESA, selon les études consultées. Une revue de la littérature portant sur dix études et une autre sur douze (8, 9) ne concluent pas au pouvoir prédictif des ESA quant au développement d'ESPT ultérieurs.

En préambule nous tenons déjà à déplorer le fait que la quasi-totalité des études évaluent les interventions précoces de type cognitives et comportementales, toutes autres approches étant largement absentes de la littérature. Cette lacune pourrait bien constituer un biais non négligeable qui viendrait surdéterminer ou, au contraire, sous-déterminer l'impact des interventions proposées en post-immédiat. De même, évaluer l'impact des interventions immédiates, par définition informelles et peu structurées, semble relever de la gageure.

Que sont les interventions précoces :

À propos des soins précoces, Louville et Ducrocq nous rappellent que “l’abord des victimes est proactif, limité dans le temps, empathique, rassurant et non-intrusif. Il vise à aider les sujets à se situer dans l’après événement et à leur faire retrouver leurs repères socio-environnementaux” (10). L’intervention précoce aurait pour but de reconnaître, d’écouter et d’apaiser une souffrance aiguë, tout en faisant déjà lien avec les interventions psychothérapeutiques ultérieures, le cas échéant.

En phase immédiate, on parle depuis 1977 avec Raphael (11) de “premiers soins psychologiques”, qui consistent en un soutien non-interventionniste, se distinguant ainsi d’une thérapie, d’un traitement. Aujourd’hui, on parle couramment d’interventions psychosociales, à la rencontre des besoins de la personne victime. Peu d’écrits incluent d’ailleurs les soins médicaux éventuels, comme faisant partie des besoins des personnes victimes, alors que si un accueil de qualité est ici préconisé, il ne doit sans doute faire fi d’aucun aspect, fut-il spécialisé ! Le bon sens et le caractère humain de l’accueil, s’ils sont certes des ingrédients nécessaires, pourraient bien, pour certaines personnes, ne pas suffire, raison pour laquelle des équipes pluridisciplinaires spécialisées sont recommandées. Dans la droite ligne du sujet qui nous intéresse aujourd’hui, nous comprenons dans l’évidence que les effets d’interventions précoces réalisées par des spécialistes - versus des intervenants tout-venant - pourraient ne pas donner de résultats superposables.

En post-immédiat, le debriefing psychologique, et plus particulièrement le Critical incident stress debriefing (CISD) de Mitchell, constitue la modalité d’intervention qui a fait couler le plus d’encre. Malheureusement, on sait que le concept recouvrait autant de réalités que d’intervenants qui le pratiquaient, au point que nous ne pouvons ici que renvoyer le lecteur à la controverse (1). Il n’est cependant pas inintéressant de rappeler qu’en 2000, pour se positionner par rapport à la controverse qui le dépassait malgré lui, Mitchell publiait avec Everly (12) les objectifs d’un Critical incident stress management (CISM) qui se distinguait du CISD par le nombre d’interventions proposées. Ces objectifs étaient les suivants :

- Eduquer les individus à propos des réactions de stress et des mécanismes d’adaptation ;
- Insister à propos de la normalité des réactions ;
- Promouvoir le processus émotionnel ;
- Donner de l’information à propos d’interventions thérapeutiques futures, si nécessaire.

Si l’aspect émotionnel est ici réhabilité, force est toutefois de constater qu’un large aspect de l’intervention est consacré aux aspects cognitifs, ce qui continue à marquer une distinction par rapport à d’autres approches. Notons que la notion de processus de soins semble déjà émerger, remplaçant avantageusement la technique unique et universaliste que d’aucuns prônaient au temps glorieux du debriefing psychologique comme panacée. Nous reviendrons sur ce point plus avant.

Au vu de la littérature, les interventions précoces, de type cognitivo-comportementales donnent des résultats positifs quant au développement de l’ESPT. Ces résultats se confirment d’ailleurs chez les enfants, selon Silva et al. (13). Nous aborderons les limites de ces interventions dans le paragraphe suivant. Toutefois, lorsque ces interventions sont décrites, elles semblent similaires à ce que proposaient

les CISD de Mitchell, en y ajoutant des confrontations in vivo aux stimuli anxiogènes, doublées de relaxation et de restructuration cognitive. Si l'on est tenté de croire que les cliniciens ajoutent des ingrédients à leurs techniques, afin d'affiner celles-ci, peut-être en fonction de ce qui se construit dans la rencontre avec le patient, on reste dubitatif lorsqu'on lit qu'une des différences fondamentales avec ce qui se pratiquait avant consiste à respecter le "timing" de l'intervention de manière précise ! Le minutage de nos interventions précoces garantit-il vraiment la qualité de relation qui s'élabore dans la rencontre entre le sujet et l'intervenant thérapeute ?

En outre, pour l'essentiel, les études approchant la question de l'efficacité des interventions précoces sont comparatives, ce qui ne manque pas de provoquer quelques découvertes surprenantes. Ainsi, certains, comme Ehlers et al. (14), comparent les techniques d'interventions qu'ils mettent au point avec d'autres techniques, ou du moins ce qu'ils nomment telles, à savoir des brochures d'informations ! Dès lors, il n'est pas surprenant, mais peut-être peu concluant, de voir que les premières donnent des résultats supérieurs aux seconds !. Lorsque, il y a quelques années déjà, nous dénoncions ceux qui confondaient interventions psychothérapeutiques post-immédiates et recettes de cuisine, nous ne croyions pas si bien dire ! Mais, d'une manière générale, nous concluons à l'extrême difficulté de savoir en quoi consistent ces interventions précoces, tellement peu décrites et tellement différentes les unes des autres. Nous entrevoyons ici le spectre de la controverse qui a secoué le débriefing psychologique, concept tellement galvaudé, vulgarisé et généralisé, qu'il en perdait toute sa substance, au point de comparer, in fine, dans les études, des pratiques qui ne sont absolument pas comparables. Aujourd'hui, le constat est le même puisque, à titre d'exemple, un article de Bisson et al., traitant de thérapie cognitive et comportementale précoce fait état d'un traitement débutant 5 à 10 semaines après l'événement (15), ce qui représente davantage le temps du long-cours que celui de l'intervention précoce.

Pas plus qu'il y a trois ans on ne sait ce que pratiquent les soignants en immédiat et post-immédiat lorsqu'ils affirment que leurs interventions sont novatrices ou plus efficaces que celles qui étaient proposées avant. Nous pouvons déjà conclure à la nécessité de définir correctement ce que l'on souhaite ensuite évaluer. Que faisons-nous vraiment avec nos patients, et surtout, peut-on vraiment réduire ce qui se passe dans nos colloques singuliers à un inventaire de points à viser ou à mettre en œuvre, de phases à respecter. La qualité de la rencontre et de l'accueil spécialisé dans le temps de l'immédiat, le travail d'élaboration et de mobilisation des ressources intrapsychiques et relationnelles dans le temps du post-immédiat, sont-ils vraiment si différents ou si éloignés de nos pratiques cliniques et psychothérapeutiques dans d'autres champs que celui du trauma ?

Quels sont les bénéfices et les limites des interventions précoces :

Repartons du constat que les interventions précoces de type cognitives et comportementales (les seules étudiées rappelons-le) donnent des résultats probants quant au développement d'ESPT ultérieurs. Ici encore, ces résultats, même positifs dans le court terme, sont soumis à controverse dans le long-terme. Un exemple est donné par une étude de Foa et al. (16) qui conclut, à propos d'une comparaison entre quatre séances de thérapie cognitivo-comportementale et rien, à 10 % d'ESPT dans le groupe bénéficiant du traitement et 70 % dans le groupe sans traitement. Ce résultat qui concerne des personnes ayant été confrontées à des agressions de nature non-sexuelles ou sexuelles, laisse rêveur ; et pourtant, il concerne uniquement des

résultats à deux mois. En effet, à cinq mois, il n'y a plus aucune différence entre les deux groupes ! De rêveur, on devient songeur, voire dubitatif, tant au niveau des premiers résultats (70 % d'ESPT sont très exceptionnellement rapportés), que des seconds (aucune différence entre groupe traité et non traité, après une telle différence initiale). Loin de nous de contester le sérieux de la méthodologie appliquée, mais plutôt de se demander si celle-ci est fondée, et si elle rend vraiment compte de la souffrance psychique qu'elle est sensée observer.

Cependant, ces limites pourraient bien soutenir l'idée qu'un processus de soins dépasse la simple application d'une intervention précoce protocolisée. C'est, en effet, une hypothèse qui pourrait être envisagée ; par exemple, lorsque nous regardons l'étude de Zatzick (17) qui évalue l'impact d'une intervention précoce dont on nous dit qu'elle prend en considération tant les aspects émotionnels que comportementaux. Cette étude, qui s'intéresse à des patients admis dans des Traumas Centers, montre qu'au cours du premier mois, le risque de présenter des symptômes d'ESPT et des symptômes dépressifs est diminué, même si ce résultat encourageant n'est pas confirmé à quatre mois. Les auteurs soutiennent toutefois que leurs interventions ont diminué significativement les symptômes initiaux à un moment donné, ce qui n'est pas inintéressant, même si une poursuite du traitement, ou du moins le maintien d'un lien entre le thérapeute et le patient, auraient été intéressants. Il semble que poser la question de cette manière pourrait peut-être ramener le débat à un niveau plus juste et à une question plus pertinente : un processus de soins qui articule l'immédiat, le post-immédiat et le long-cours n'est-il pas à évaluer dans sa globalité, en montrant en quoi il peut être aidant de manière différente en fonction des phases que traverse le patient traumatisé et du rythme que lui impose son propre engagement dans le processus de récupération ?

Quant à la question des limites des interventions immédiates, rappelons à ce titre que leurs efficacité ne fait aucun doute sur le stress, accélérant le processus de récupération, alors que sur le trauma, leur effet est moins évident, sachant que, selon Lebigot, c'est surtout quand ils n'ont pas eu lieu que leur absence se fait sentir (18).

Sur quoi les auteurs semblent-ils d'accord :

Quelques propositions semblent toutefois faire consensus dans la littérature :

- La question de la reconnaissance semble fondamentale dans l'approche du sujet, et elle permet aussi, par le biais de la rencontre, le repérage précoce des troubles en développement.
- Le dépistage précoce est important d'un point de vue médico-légal, notamment par rapport à la question de l'imputabilité de l'événement dans le développement des symptômes psychotraumatiques.
- L'absence de symptômes précoces n'écarte en rien le risque de décompensation ultérieure, ce qui plaide en faveur d'une intervention qui se poursuit, fut-ce à distance, sur la durée et pas seulement en immédiat et post-immédiat. Toutes les études s'accordent à dire que les interventions structurées sont néfastes en immédiat et efficaces en post-immédiat.
- Aucune des études qui évaluent l'impact d'une intervention unique n'obtient de différences majeures entre les groupes bénéficiant de l'intervention et les groupes contrôles.
- Les interventions multisessions de type cognitivo-comportementales, auprès de patients avec un diagnostic d'ESA, semblent prévenir le risque de

développement d'un ESPT à deux, trois mois (Blanchard et al. (19) ; Ehlers et Clark (20)).

- A contrario, les mêmes observations indiquent que les interventions multisessions de type "supportive counselling" auprès de patients avec diagnostic d'ESA ne réduisent pas le risque de développement d'ESPT (19).
- Les interventions précoces sur une durée plus importante (10 séances), toujours de type cognitives et comportementales, ont également montré des effets bénéfiques auprès d'enfants confrontés à des situations de violence (Stein et al. (21)).

Quels enseignements en tirer pour les pratiques cliniques :

De nombreux chercheurs et cliniciens remettent aujourd'hui en question le diagnostic d'ESPT, tant sa description symptomatique semble incomplète ou répétitive (double-emploi) en regard de la clinique, et tant la comorbidité semble importante (jusqu'à 100 % (Vermeiren et al. (22))). Si cette hypothèse est exacte, il serait intéressant de se demander s'il est toujours pertinent d'utiliser ce diagnostic comme marqueur de la souffrance psychique et comme indicateur du bien fondé de nos interventions. Comment, en effet, ne pas obtenir dans la littérature de résultats aussi peu constants et qui s'opposent régulièrement aux observations cliniques et aux évaluations qu'en font nos patients. Ne serait-il pas plus intéressant, à l'avenir, d'évaluer l'impact social et les répercussions des symptômes dans la vie quotidienne du sujet, plutôt que les symptômes eux-mêmes ? De même, et ce n'est pas nouveau, puisque nous présentions déjà pareille réflexion dans des écrits antérieurs (1), de nombreuses publications concluent à l'importance de réaliser des études systématiques relatives à l'efficacité des interventions précoces, alors qu'il s'agit précisément du sujet qu'elles traitent, montrant ainsi, si c'était encore nécessaire, la difficulté d'appréhender les sciences humaines par le prisme des sciences exactes. Dans la préface du livre traitant du (ou des) débriefings psychologiques, Dubois soulignait déjà que "la contextualisation des pratiques est un élément qui permettra d'éviter l'uniformisation d'interventions devant s'adresser à des situations d'une grande diversité" (1).

Enfin, l'intérêt à porter à un processus de soins articulant l'immédiat, le post-immédiat et le long-cours permettrait sans doute d'approcher plus favorablement la problématique des troubles psychotraumatiques. Dans un article récent, Schnyder (23) écrivait que, dans de nombreux cas, l'ESPT ne peut seulement être traité par la psychothérapie, mais qu'il y a lieu d'envisager un plan multimodal de traitement associant les aspects pharmacologiques, physiques, sociaux, légaux et autres. Il insiste sur le rapport de confiance qui s'établit entre le thérapeute et le patient, créant une atmosphère "sécurisée" dans laquelle le patient peut retrouver le contrôle, nous dirions un rôle d'acteur de son existence.

Voilà sans doute le véritable challenge de demain pour les intervenants qui prétendent réaliser des interventions précoces auprès de personnes stressées ou traumatisées : proposer des interventions qui englobent, sur la durée, la réalité de ce que vit le patient aux différents moments de son processus de récupération, en travaillant la question de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques, et en n'excluant pas le social. Au rythme des aléas du post-trauma, dans l'accompagnement de la personne qui lutte, qui subit, qui cherche, qui doute, qui reprend espoir puis se décourage, qui évite et puis se confronte, qui veut y croire et est rattrapée par le trauma, le thérapeute ne pourra évaluer sa pratique et les bienfaits de ses

interventions que là où il en est avec son patient, en cheminant à ses côtés pour une durée indéterminée qui ne peut être réduite aux concepts d'immédiats, de post-immédiats, de long-terme ou d'entretiens prédéfinis, strictement minutés !

Références bibliographiques :

DE SOIR E, VERMEIREN E. *Les débriefings psychologiques en question*. Anvers : Garant, 2002.

VAIVA G, DUCROCQ F, DEBIEN C. *Pistes pharmacologiques pour une intervention précoce*. In : Vaiva G et al. Éditeurs. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Rapport de thérapeutique, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris : Masson, 2005.

DUCROCQ F, JEHEL L, PRIETO N, LESTAVEL P, VAIVA G. *La pharmacologie des troubles psychotraumatiques aigus*. Traitement ou prévention. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2005 ; 5 (4) : 193-204.

SOLOMON Z, MIKULINEER M, HOB FALL S. *Objective versus subjective measurement of stress and social support: combat related reactions*. *J Consult Clin Psychology*, 1987 ; 55 : 577-583.

ROTHBAUM BO, FOA EB, RIGGS DS et al. *A prospective examination of PTSD in rape victims*. *J Traumatic Stress*, 1992; 5 : 455-475.

BLANCHARD EB, HICKLING EJ, BARTON KA et al. *One year prospective follow-up of MVA victims*. *Behaviour Res Therapy*, 1996 ; 34 : 775-786.

BIRMES P, BRUNET A. *Entités cliniques immédiates et post-immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique*. In : Vaiva G et al. Éditeurs. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Rapport de thérapeutique, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris: Masson, 2005.

BRYANT R. *Early predictors for PTSD*. *Biological Psychiatry*, 2003; 53 (9): 789-795.

BRYANT R. *Acute stress disorder: is it a useful diagnosis?* *Clinical Psychologist* 2003 ; 7 (2) : 67-79.

LOUVILLE P, DUCROCQ F. *Les cellules d'urgence médico-psychologique*. In : Vaiva G et al. Éditeurs. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Rapport de thérapeutique, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris: Masson, 2005.

RAPHAEL B. *The Granville train disaster: psychological needs and their management*. *Medical J Australia*, 1977; 1 : 303-305.

EVERLY GS, MITCHELL JT. *The debriefing controversy and crisis intervention: a review of the lexical and substantive issues*. In *J Emergency Mental Health* 2007; 2: 211-225.

SILVA R, CLOITRE M, DAVIS L et al. *Early intervention with traumatized children*. *Psychiatric Quarterly*, 2003 ; 74 (4) : 333-347.

EHLERS A, CLARK D, HACKMAN A et al. *A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet and repeated assessments as early interventions for PTSD*. *Arch Gen Psychiatry*, 2003 : 60 (10) : 1024-1032.

BISSON J, SHEPERD J, JOY D et al. *Early cognitive-behavioural therapy for PTSS after physical injury: randomised controlled trial*. *British J Psychiatry*, 2004; 184 (1) : 63-69.

- FOA EB, HEARST-IKEDA D, PERRY KJ. *Evaluation of a brief cognitive behavioural program for the prevention of PTSD in recent assault victims*. J Consult Clin Psychology, 1995 ; 63 : 948-955.
- ZATZICK D. *Collaborative care for injured victims of individual and mass trauma: A health services research approach to developing early interventions*. APA PsycINFO Database Record, 2003.
- LEBIGOT F. *Quels soins immédiats réaliser après catastrophe ou trauma ?* In : De Soir E, Vermeiren E éditeurs. Les débriefings psychologiques en question. Anvers : Garant, 2002.
- BLANCHARD EB, HICKLING EJ, KUHN E, BRODERICK J. *Early intervention for psychological consequences of personal injury MVA*. In: Litz BT éditeur. Early interventions for trauma and traumatic loss. New-York: The Guilford Press, 2004.
- EHLERS A, CLARK D. *Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review*. Biological Psychiatry, 2003 ; 53 (9) : 817-826.
- STEIN B, ELLIOTT M, TU W et al. *School-based interventions for children exposed to violence: reply*. JAMA 2003 ; 290 (19)..
- VERMEIREN E, HOYOIS P, DUBOIS V. *Agression physique. Évaluation des variables prédictives d'apparition de troubles psychotraumatiques*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2003 ; 3 (1) : 59-64.
- SCHNYDER, U. 2005, *Why new psychotherapies for PTSD ?*, Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 74, 199-201.