

# **Le debriefing psychologique à l'épreuve de la pratique : une adaptation du modèle de Mitchell**

Gisela Perren-Klingler, Dr med. psychiatrie  
Viège, 2001

## **Introduction**

Ces dernières années, le terme de debriefing s'est largement répandu en Occident après avoir déferlé sur les États-Unis et l'Europe du Nord. Il désigne la prise en charge psychologique brève destinée aux personnes victimes d'événements difficiles sur le plan psychique, des traumatismes. En principe, cette intervention est organisée assez rapidement après l'événement et se déroule en deux séances; elle ne requiert pas de compétences thérapeutiques particulières et peut très bien être assurée par des animateurs spécifiquement formés bien que non professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychothérapeutes, psychologues).

Cette démarche vise deux objectifs: d'une part favoriser le processus d'intégration du traumatisme, afin d'aider la personne touchée à retrouver le plus rapidement possible une qualité de vie acceptable; d'autre part repérer à temps les situations qui nécessiteraient un soutien thérapeutique et les adresser au spécialiste.

Le debriefing se définit donc bien comme une démarche préventive secondaire autant que tertiaire.

Comme nous venons de le mentionner, il est préférable d'organiser le debriefing rapidement après l'événement; cela ne signifie pas qu'il doive se dérouler immédiatement après l'incident critique, mais plutôt au cours de la phase de réaction traumatique aiguë (DSM IV, 1998), soit avant l'apparition de troubles post-traumatiques.

## **Bref rappel historique**

Le terme "debriefing" provient du jargon militaire, plus précisément des services secrets de l'armée. La pratique du debriefing a été introduite dans certains corps d'armée pour permettre aux soldats de surmonter les réactions au combat et de pouvoir retourner au front. D'où l'idée aussi que l'intervention doit avoir lieu rapidement et sur les lieux-mêmes, dans une perspective positive et orientée vers l'action (Salmon, 1917).

Le général Marshall, impliqué dans la Deuxième Guerre mondiale et historien, a présenté ce processus dans "*historical group debriefing*" par une description précise, systématique et détaillée de la situation des soldats ayant survécu aux combats. Marshall montre à quel point les soldats appréciaient cette démarche, qui représentait pour eux une "expérience morale reconfortante" et un "nettoyage mental" (Marshall, 1944).

Au cours des années septante, à partir du moment où le syndrome de stress post-traumatique a été reconnu comme une maladie psychologique invalidante, le concept de "debriefing psychologique" s'est imposé comme intervention précoce, de courte durée et avec une visée préventive et de triage. L'armée, les forces de police, les services du feu ainsi que les organisations humanitaires ont introduit la pratique régulière du debriefing pour protéger leurs responsables ou leurs membres d'une

traumatisation secondaire (Figley, 1995) ou "traumatisation par ricochet".

Aux Etats-Unis, Chris Dunning est l'une des pionnières en la matière (Dunning, 1985); mais il faut cependant attendre l'énergie et la ténacité d'un Jeff Mitchell pour faire connaître à large échelle ce concept qu'il appelle *Critical Incident Stress Debriefing*, CISD. Dans l'intervalle, différents modèles d'intervention ont vu le jour dans des milieux divers et sous des appellations variées (De Soir, 2000; Armstrong et al., 1991; Dyregrov, 1989; Parkinson, 1997; Perren-Klingler, 2001); ils se ressemblent tous quant à leur structure et leur application:

- en général, déroulement en deux rencontres séparées par un intervalle de six à huit semaines; la première rencontre est organisée dans les jours qui suivent l'événement,

- respect des trois grands axes sur lesquels vient s'articuler la démarche : le niveau des faits, phase cognitive (*Facts Phase*) de l'expérience, clairement séparé du niveau émotionnel (*Feelings*), suivi par l'étape psychopédagogique (*Teaching*) qui explique et informe sur les conséquences possibles d'une expérience traumatique; c'est dans cette partie que s'amorce le processus d'intégration de l'événement, s'appuyant sur la mobilisation des ressources personnelles nécessaires à la construction d'un sens.

Des variantes informelles d'intervention après un incident critique sont connues depuis longtemps : on sait que des prisonniers politiques chiliens (Becerra, 1995) ou uruguayens (Perren-Klingler et Mallmann, 2001) utilisaient déjà cette technique, tout comme des détenus cambodgiens (Monchy), afin de structurer leur expérience de torture et de retrouver la force et l'énergie nécessaires pour survivre.

C'est en 1983 que Mitchell a introduit la notion de debriefing par les pairs à l'intention des groupes de sauveteurs professionnels; Turnbull (Busuttil et Turnbull, 1995) pour sa part a développé l'idée de debriefing individuel. La présence des pairs joue un rôle essentiel dans les milieux professionnels de secours d'urgence mais intervient également dans la prise en charge des réfugiés: que ce soit sur le plan professionnel ou culturel, le fait d'avoir une référence commune offre un réconfort supplémentaire. Les pairs connaissent le contexte et le jargon, les expressions et les règles sociales qui régissent leur propre collectivité (culturelle ou professionnelle) "...on sait bien de quoi il s'agit...". Leur participation contribue ainsi à l'instauration rapide d'un climat relationnel de confiance, condition de base de tout travail avec des personnes traumatisées. Les pairs connaissent également les ressources spécifiques du groupe et témoignent implicitement du fait que la vie "malgré cela" reste possible (*Conscientizacion*, Freire, 1979).

Comme c'est souvent le cas en psychologie, différentes écoles revendiquent le mérite de la découverte et tentent de monopoliser la formation. Ces querelles d'école ont mobilisé beaucoup d'énergie, risquant de jeter le discrédit sur un concept pourtant digne d'intérêt.

A l'enthousiasme des débuts a succédé un discours critique dont la première trace est la lettre adressée à la rédaction du BMJ par Raphael, Mledrum et Mac Farlane en 1995. La controverse a sans doute atteint un point culminant en 1998, lors de la parution de l'article de Oerner et Avery dans les "*ISTSS News*"; dans un style relativement agressif, les auteurs s'en prennent personnellement à Mitchell, qui répond d'ailleurs sur le même ton et de manière non moins combative. Pour ma part,

je partage l'opinion de Dyregrov pour qui ces rivalités sont d'ordre politique plus que scientifique. De plus, il me semble que la controverse se situe du côté des thérapeutes académiques hautement qualifiés; ils s'élèvent contre l'utilisation du concept de Mitchell par des non-professionnels ou par des pairs et contestent l'aspect préventif d'une démarche qui ne se veut aucunement thérapeutique.

Pour résumer brièvement, il faut reconnaître que la critique de Raphael et de ses partisans est justifiée aussi longtemps qu'on n'aura pas un nombre suffisant d'études clairement définies permettant d'évaluer l'efficacité du debriefing, tels par exemple les travaux de Flannery (1998; 2000).

En effet, la plupart des études réalisées jusqu'à maintenant ne tiennent pas suffisamment compte divers paramètres pourtant déterminants :

- \* rares sont les travaux qui définissent avec précision leur propre conception du "debriefing"; ils font souvent référence à une intervention qui, malgré son appellation, ne correspond pas aux critères de base cités plus loin.

- \* les exemples analysés ne suivent pas les recommandations concernant le délai d'intervention (première séance rapidement après l'événement, mais au moins 72 heures plus tard, puis seconde séance après six à huit semaines) Il y a confusion fréquente entre démobilisation, debriefing technique, defusing et debriefing psychologique.

- \* le debriefing est une technique précise et bien délimitée, mais c'est surtout une méthode qui doit s'appuyer sur l'indispensable contexte psychosocial (Perren-Klingler, 2000; Dunning, 2000). Si cet environnement fait défaut, le debriefing risque alors d'être néfaste.

- \* différentes recherches empiriques tentent d'établir une comparaison entre des groupes pourtant non-comparables (Gerson, BPR, Carlier, IVE, Vrijlandt, I. 1997).

- \* les animateurs ne sont pas tous formés spécifiquement aux techniques de debriefing. Or psychologues, psychiatres et autres psychothérapeutes doivent eux-aussi suivre une formation spécifique s'ils veulent conduire correctement et efficacement un debriefing psychologique (Perren-Klingler, 2001).

Toutes ces controverses ont suscité des réactions parfois inattendues: par exemple, dans la région de Bad-Württemberg en Allemagne, l'emploi du mot s'est vu interdit par le Ministère de l'intérieur, bien que la police utilise cette démarche avec succès depuis plus de dix ans. Il a fallu toute la force de persuasion des psychologues de la police pour que les politiciens, qui cherchaient à être corrects, reviennent en arrière sur cette décision extrême (Buchmann, 2000).

Il serait peut-être souhaitable d'élargir le cadre du débat et de le placer au niveau plus global de la santé publique, où la dimension préventive d'une pratique est l'objet d'une attention constante. C'est bien là-dessus que portent par exemple les discussions de longue date sur l'efficacité de la mammographie de dépistage du cancer du sein. La médecine somatique place elle-aussi au centre de son travail de prévention des notions comme l'éducation, le *self-empowerment*, la mobilisation, l'intégration sociale et les capacités individuelles à gérer les difficultés.

Kerr (1988) signale dans sa préface à "*Medicine and Culture*" que sur l'ensemble des interventions médicalement reconnues, seuls 15% apporteraient aux patients plus de bénéfices que de désagréments. Certes, une sécurité de 100% dans l'application de nouvelles formes de traitement est rarissime dans le domaine de la thérapeutique médicale. La part active de la personne concernée, sa contribution à la démarche tiennent une place aussi importante que les aspects proprement curatifs (Mechanic, 1997). Peut-être devrait-on justement chercher dans l'attitude préventive des alternatives au modèle médico-psychologique et pathogénétique actuel.

Les discussions sur les méthodes de debriefing ont aussi du bon; elles suscitent le débat à propos de l'efficacité et des conséquences de cette démarche et permettent de poser clairement diverses questions ouvertes: comment mesurer le taux de satisfaction des personnes concernées, considéré jusqu'ici comme le critère de réussite d'un debriefing ? Comment évaluer cette satisfaction ainsi que l'expérience clinique à l'aide d'études empiriques démontrables en même temps que justifiables sur le plan éthique ? Se pose ensuite la question des méthodes expérimentales à utiliser: opter pour des tests psychopathologiques ou choisir une orientation de type salutogénétique axée sur le potentiel de ressources de l'individu? Une autre question porte sur l'utilité des études comparatives fondées sur les preuves. Quelle est la place de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based practice*) lorsqu'on parle de debriefing ? On pourrait se demander avec Alexander (2000) s'il ne s'agit pas plutôt de *practice based evidence*, des "preuves fondées par la pratique". Etant donné qu'une expérience traumatisante est toujours vécue de manière individuelle, le problème est bien celui de définir des groupes comparables, ainsi que des critères de comparaison. Par ailleurs, que penser des études statistiquement randomisées, et à quel moment la réflexion éthique devrait-elle intervenir ?

Toutes ces questions sont largement abordées en Europe. Les positions scientifiques sur l'efficacité et les conséquences du debriefing sont présentées et discutées dans deux ouvrages récemment parus aux USA : "*Posttraumatic Stress Intervention, Challenges, Issues and Perspectives*" (Violanti et coll., 2000) et "*Psychological Debriefing : Theory, Practice and Evidence*" (Raphael et coll, 2000).

Malgré les critiques formulées à l'encontre du debriefing dans les recueils cités, il est intéressant de noter qu'aucun article n'en préconise l'abandon.

### **Du modèle de base à un modèle élargi**

C'est à Mitchell que revient l'idée de faire intervenir les pairs - les collègues de travail - dans le debriefing du personnel de secours d'urgence. De son point de vue, il s'agit aussi bien d'assurer une intervention d'urgence après un événement critique que de faire diminuer le stress et les tensions psychologiques par un processus pédagogique.

Mitchell a proposé un schéma d'intervention (CISD) en sept étapes bien définies (1983) prenant en compte les faits, les émotions et la dimension psychopédagogique. La forme structurée de l'intervention permet aux participants de maîtriser un vécu difficile en commençant par le raconter de façon contrôlée, c'est-à-dire sans débordement émotionnel, pour pouvoir ensuite l'intégrer dans leur propre existence.

La plus grande partie de ce processus est destinée à repérer les réactions des participants et à leur proposer des techniques de gestion du stress utilisables à large échelle.

Avec l'expérience, les intervenants font souvent part d'une certaine insatisfaction face à tel ou tel élément du modèle, ce qui a débouché sur diverses modifications (Dyregrov, 1997; Turnbull et Busuttill, 1995). Pour ma part, ce que j'ai pu constater dans ma pratique avec des victimes indirectes (sauveteurs) et directes - dont l'origine culturelle n'était pas limitée pas à l'Europe - m'a également amené à formuler certaines remarques critiques, m'incitant à réfléchir aux changements et à l'extension possible du modèle de Mitchell. Cette réflexion a aussi été alimentée par mon travail de psychiatre et psychothérapeute auprès de personnes d'origines culturelles très diverses, victimes de tortures, de persécution, d'accidents et de violence domestique. Ce qui me paraît surtout important est d'adopter une attitude salutogénétique conséquente, c'est-à-dire orientée sur les ressources de la personne, car cette attitude influence aussi certains points de méthode.

La suite de cet article propose tout d'abord quelques réflexions d'ordre général permettant de repenser le debriefing dans un contexte plus large; nous présenterons ensuite un modèle d'intervention assoupli, élargi, en comparant chacune des étapes avec celles du modèle de base.

### 1. Attitude salutogénétique: prendre appui sur les ressources

Antonovsky (1987) avait clairement prôné un changement de perspective, passant du point de vue pathogénétique à une attitude orientée vers les ressources de la personne (salutogénèse): ce passage pose problème à bon nombre de professionnels de la santé mentale.

Or lorsqu'on a affaire à des personnes touchées par un traumatisme, l'attention portée aux ressources de chacun et à leur mobilisation consolide la capacité de *self-empowerment*; une démarche pédagogique adéquate au sens de Freire permet donc aux personnes touchées de prendre conscience de leurs réactions au stress et de la façon de les gérer. L'individu peut reprendre le contrôle de son existence et une attitude responsable face à sa propre santé.

Du côté des intervenants, l'effet de cette perspective salutogénétique est positive aussi, puisqu'elle allège la charge liée à leur travail, améliorant du même coup leur qualité de vie.

Enfin, rappelons que dans cette même perspective, la mobilisation du réseau social va de pair avec chaque debriefing, que ce soit par l'information de la famille et du cercle d'amis, ou par l'encouragement à un soutien réciproque dans le debriefing de groupe.

Le point de vue salutogénétique fait intervenir différentes notions qui ont trait à notre façon de gérer des événements extrêmes. Ce sont entre autre la notion de cohérence (*Sense of Coherence*, Antonovsky, 1990, *Self Efficacy*, Bandura, 1982), de rigueur (*Hardiness*, Kobasa, 1979), de résilience (*Resiliency*, Werner, 1982), la croissance post-traumatique (*post-traumatic Growth*, Tedeschi et Calhoun, 1998) ainsi que le recours aux compétences personnelles (Rosenbaum, 1990). Toutes occupent une place importante soit comme ressource directe, soit comme stratégie de gestion des difficultés. Le soutien réciproque (Kropotkin, 1908) et le réseau social de l'individu et de sa communauté (Perren-Klingler, 1995; Beristain, 1995) représentent des ressources au niveau systémique.

Penser et agir dans une perspective salutogénétique suppose un **changement de paradigme** de la part de l'utilisateur (Violanti, 1999). Les réactions au traumatisme

apparaissent alors sous un autre angle et bien des attitudes acquises lors d'une formation médicale ou psychologique peuvent être remises en question au profit de cette nouvelle manière d'interpréter et d'agir.

## 2. Les conséquences de la violence: une affaire de tous les jours

Les expériences traumatiques font partie de l'existence humaine et entraînent souvent une souffrance extrême. Décider si la réponse apportée par la société doit être de type médical, pathologique ou non est en fin de compte un problème politique (Perren-Klingler, 1995; Dunning, 2000; Summerfield, 1997). D'une part, les vétérans américains de la guerre du Vietnam ont apprécié de voir leurs troubles reconnus comme les conséquences psychiques de la guerre puis réparés en tant que tels; la société porte donc face à la guerre une responsabilité qu'elle aurait tort de négliger. D'autre part, on peut se demander dans quelle mesure les souffrances actuelles des réfugiés, expulsés par exemple d'Amérique latine ou d'ex-Yougoslavie, sont une réaction aux tortures vécues ou si elles doivent être comprises comme la conséquence du déracinement et des conditions de vie indignes rencontrées dans le pays d'exil. La plupart du temps, les Bosniaques réfugiés en Suisse ont refusé l'offre qui leur était faite de "retravailler" leurs difficultés dans le cadre d'une psychothérapie, réclamant au contraire un travail rémunéré pour retrouver leur indépendance et reconstruire leur propre estime.

C'est d'ailleurs une situation tout à fait comparable que j'ai observée dans un camp au Népal; les réfugiés politiques, revenus dans le camp après de longues années d'emprisonnement et de torture à Burma, cherchaient avant tout du travail et non une prise en charge médicale malgré leur état d'hyperagitation manifeste et les cauchemars qui les hantaient. Au lieu de la reconnaissance sociale, d'une activité et d'un travail, de justice, de solidarité et de la construction du sens dans un environnement communautaire, la société propose une psychothérapie: cette réponse typiquement occidentale est peut-être le dernier rituel généralement admis par la société en réponse à la violence. La souffrance se trouve ainsi soustraite du domaine public et confinée dans une relation thérapeutique préservée, en groupe ou à deux. La privatisation de la souffrance lui enlève sa dimension politique et dégage la responsabilité de la société.

Que la collectivité assume la prise en charge des survivants n'exclut toutefois pas la possibilité, lorsque les symptômes persistent, de recourir au soutien thérapeutique nécessaire. Actuellement, un certain danger réside dans le fait que victimes primaires et secondaires sont rapidement gommées de la conscience collective du moment qu'elles bénéficient de cette prise en charge thérapeutique. Or les réactions à des événements traumatisants ne devraient pas être abordées exclusivement sous l'angle médico-psychothérapeutique, mais dans une perspective plus vaste englobant divers types d'interventions rapides : soutien par le réseau social, debriefing et autres mesures d'assistance.

Toutes ont en commun une dimension préventive; elles sont destinées à éviter l'accumulation des tensions et la chronicisation des réactions.

L'objectif préventif d'une intervention rapidement effectuée après l'incident critique aura plus de chances d'être atteint si elle n'est pas médicalisée et si elle cherche à activer les ressources de l'individu.

Cela n'enlève rien au fait que les victimes éprouvent des sentiments très pénibles et présentent de fortes réactions au traumatisme, réponse normale et naturelles à une situation hors norme. Une intervention préventive secondaire doit viser avant tout la

restauration d'une **nouvelle qualité de vie** et placer au premier plan la capacité d'apprendre et de mûrir à partir de l'expérience. Cela n'est réalisable que lorsque l'intervention, par exemple le debriefing, s'inscrit dans un ensemble de mesures sociales et qu'aucune nouvelle exposition au traumatisme ne vient provoquer catharsis ou retraumatisation.

De nombreux thérapeutes professionnels reprochent au debriefing l'effet particulièrement néfaste entraîné par une possible ré-activation du traumatisme (Shalev, 2000), qui risque d'entraver le processus naturel de récupération en renforçant ou réactivant des réactions traumatiques comme l'hyperexcitation, le *numbing* (dissociation des sentiments dans l'incident critique), l'intrusion de souvenirs pénibles ou encore les comportements d'évitement. C'est particulièrement vrai lorsqu'il y a déjà eu réapparition de la phase de réaction aiguë.

De même, la catharsis souvent déclenchée lors de la phase des émotions et sentiments s'avère plutôt nuisible. Il est toutefois possible d'endiguer les effets de la retraumatisation par débordement des émotions en utilisant des moyens linguistiques spécifiques qui seront décrits plus bas.

### 3. Comparaison systématique des modèles

1ère étape:

La phase d'introduction de Mitchell prévoit la présentation des intervenants responsables de la séance puis l'explication des enjeux et du déroulement de la démarche.

Le nouveau modèle propose d'ajouter à cela une brève explication sur les réactions post-traumatiques possibles et sur le fait qu'elles sont normales et naturelles; les participants saisissent mieux le sens de ce qui va se passer et peuvent adhérer pleinement au processus. Déjà dans cette première étape, la présence des pairs est importante pour son apport empathique: "nous comprenons bien la situation..."

2ème étape :

Selon Mitchell, la phase des faits (*Facts*) s'articule autour des questions de base: qui ? quand ? où ? quoi ? comment ? que s'est-il passé?, questions qui situent l'événement au niveau cognitif et permettent d'en construire le récit.

Pour éviter que cette reconstitution ne conduise à une ré-exposition traumatique non-contrôlée et néfaste (Southwick, 1994), on prendra garde à relativiser l'événement par un solide ancrage spatio-temporel. De façon pratique, il s'agit de s'appuyer sur deux "piliers de sécurité", selon une métaphore qui désigne le dernier moment serein avant l'événement et le premier moment de sécurité retrouvée après l'événement. Ces deux repères marquent la limite symbolique de l'événement (Madanes, 1997). On peut y faire référence et s'y appuyer à n'importe quel moment du debriefing.

L'évocation précise du dernier moment agréable influence positivement l'ambiance émotionnellement chargée qui précède le récit des faits et permet de mieux le maîtriser. Il en va de même pour le second "pilier", qui signale que l'événement est terminé, que la fin en est connue et qui prépare aussi les intervenants à affronter la réalité - si difficile soit-elle (décès, torture, etc.). Ces bornes de sécurité offrent des repères aussi bien aux participants qu'aux intervenants et contribuent à fournir le tonus nécessaire à la mise en place cognitive du déroulement des événements.

Tout cela n'empêche pas l'intervenant de rester vigilant tout au long du récit, guidant cette reconstruction par un questionnement attentif, précis et spécifique destiné à empêcher l'irruption de sentiments pénibles en relation avec ce qui s'est passé. Cette

technique du fil rouge ou du fil conducteur qui oblige les participants à repasser par toutes les étapes de l'événement - même les plus pénibles - est indispensable à la reconstitution des faits aussi précise que possible.

L'émotion des participants comme celle des intervenants est ainsi mise en veilleuse, provisoirement reléguée à l'arrière-plan.

Les stratégies d'évitement (*numbing*, évitement phobique des souvenirs intrusifs) brouillent parfois les souvenirs et les rendent confus (Foa, 1995; Amir, 1998), mais la confrontation cognitive vient élucider les imprécisions. Si terrifiant que soit l'événement vécu, il existe toujours des mots pour en parler et pour le décrire: pas besoin de refouler sans cesse les images qui viennent à l'esprit. C'est par le langage que s'exprime chaque émotion subjective, même la plus intense, dans une mise en mots qui progressivement élabore un récit objectif de l'événement (Benveniste, 1974; Genette, 1986), une narration (Meichenbaum, 1993). Le langage opère la mise à distance de l'événement vécu et rend maîtrisable un souvenir potentiellement traumatisant (Foa, 2000; Pennebaker, 2000).

Cette étape des faits se termine par un bref résumé présenté par l'un des intervenants. Ce qui s'est passé est donc non seulement objectivé par le langage, mais reconnu et admis par le groupe.

Par sa cohérence et son exhaustivité, le récit apporte souvent un éclairage et une compréhension nouvelle et assure également la transition à l'étape suivante, le recadrage des sentiments de peur et des impressions insupportables.

3ème étape :

Dans ce que Mitchell appelle étape de transition, l'intervenant demande aux participants à quoi ils ont pensé ou pensent encore, dans l'idée de faciliter ensuite l'accès aux sentiments et aux émotions.

Le nouveau modèle s'intéresse plus particulièrement au "pourquoi", à ce qui sous-tend ces pensées; l'idée est de mieux saisir les valeurs de référence et les critères d'interprétation des participants. En effet, c'est souvent à ce moment-là qu'on explique pourquoi tel ou tel moment de l'incident critique était si difficile à supporter, révélant par là l'arrière-fond qui motive certains jugements, certaines priorités ou des interprétations personnelles. De ces échanges peuvent d'ailleurs germer une première idée du rituel dont il sera question dans l'étape 6. De plus, l'intervenant renonce à sa propre interprétation des faits au profit de celle donnée par des participants.

4ème étape

Pour Mitchell, la phase des réactions est celle de la catharsis, dans laquelle le sujet se retrouve plongé au coeur de ses émotions (*Feelings*). Or, lorsqu'elle est mal contrôlée, les sentiments désagréables débordent, renforçant ainsi le *numbing* ou l'hyperagitation déjà déclenchés par ces émotions pénibles (Flack, 2000). Dans la théorie de l'apprentissage (Southwick, 1994), ce débordement émotionnel lié à la mémoire du traumatisme est contraindiqué ; de plus, ce déferlement de sentiments non contrôlés est interprété différemment selon le système culturel auquel on se réfère. C'est pourquoi le nouveau modèle propose une démarche qui permette de décrire et de comprendre les émotions qui surgissent. S'inspirant des techniques du traitement de la douleur par l'hypnose ou également du *focusing* (Gendlin, 1978), cette approche tente de localiser physiquement les émotions, c'est-à-dire de les percevoir et de les situer au niveau du corps en les fractionnant (Vogt, 1897) Elles se trouvent ainsi transformées en petites unités sensorielles qu'il devient plus facile de cerner. La prise



de conscience de plus en plus nette de ses propres perceptions implique un changement de niveau: on passe de l'émotionnel au cognitif, on peut nommer ses émotions et les décrire comme ce qui a été vécu.

Cette approche admet implicitement que l'être humain ressent au niveau physique les émotions qu'il éprouve (Rattner, 2000). Un questionnement adéquat amène les participants à prendre conscience de ce qu'ils ressentent et d'en préciser les caractéristiques : localisation de l'émotion (à l'intérieur du corps ou superficiellement), température, consistance, mouvement, poids, taille, forme, aspect, etc.

Cette approche actualisée contribue à éviter les dommages de la retraumatisation; les sentiments éprouvés de manière dissociée durant l'événement traumatisant se trouvent décomposés en unités plus petites et il devient possible de les découvrir, de les nommer et de les contrôler. L'élaboration des émotions à travers le corps est la condition indispensable de leur maîtrise dans une perspective individuelle, sociale, hiérarchique et culturelle. De nombreux éléments socio-culturels spécifiques et tabous surgissent lors de la prise de conscience et de la description, éléments que l'intervenant saura repérer et dédramatiser le cas échéant. Des sentiments exprimables et bien délimités prennent forme à partir d'un chaos émotionnel menaçant et écrasant. Réaliser et nommer (Freire, 1979) sont le fait d'un processus cognitif lié à la capacité de maîtriser. La plupart des adultes savent très bien comment réagir et dépasser la colère, la rage, la tristesse, la honte, la peur, la culpabilité ou même le désespoir à partir du moment où l'histoire des faits déclencheurs est connue. Savoir ce qui s'est passé et être au clair sur les émotions suscitées ouvre la voie à une réinterprétation plus adéquate de ces sentiments par recadrage (Beck, 1976; Bandler, 1981). Le déplacement au niveau physique de sentiments destructeurs et par là-même figés et chaotiques s'ajoute au fait de pouvoir nommer ces émotions, faisant naître le soulagement et l'espoir. Ce processus s'accompagne régulièrement d'une diminution des tensions perceptible tant dans une démarche individuelle que collective.

5ème étape :

Le nouveau modèle propose d'associer la phase des symptômes à celle de l'enseignement (*Teaching*) de Mitchell.

On traite la question des réactions consécutives au traumatisme (et plus seulement celle des symptômes) par le biais d'une discussion entre intervenants et participants. Dans la perspective salutogénétique, cette phase revêt une grande importance car on y parle de la normalisation des réactions spécifiques et non-spécifiques (Mollica, 1990), mais on les aborde sur un mode psycho-éducatif: critères d'une vie saine, moyens destinés à gérer le stress. Des exercices pratiques permettent aux participants de déterminer eux-même les techniques qui leur conviennent le mieux et d'apprendre à les utiliser de manière adéquate.

Cette étape, lorsqu'elle se déroule correctement, procure un grand soulagement aux participants qui osent enfin parler de choses qu'ils tenaient pour honteuses. Ils réalisent que ces impressions perturbatrices et insensées sont des réactions spécifiques normales et naturelles, du même coup moins pénibles à supporter. D'autres éléments contribuent à alléger le fardeau, comme par exemple les conseils en matière de gestion du stress et les échanges entre participants.

L'une des techniques fréquemment utilisées est l'exercice de respiration contrôlée destiné à abaisser la fréquence des pulsations. Il apporte un bénéfice certain en cas d'hyperagitation, de dissociation mais aussi d'intrusion. En même temps, l'impression de désespoir face à ces réactions diminue au profit du *self-empowerment* et du

sentiment d'auto-responsabilité.

La réalisation de ces cinq premières étapes ne peut pas se faire en un court laps de temps. Elles doivent se dérouler de manière structurée et systématique, ce qui requiert en même temps une grande souplesse de la part des intervenants.

6ème étape :

Le nouveau modèle fait intervenir ici une démarche supplémentaire, soit l'élaboration d'un acte symbolique. Il s'agit de définir clairement un geste unique et symbolique dont l'accomplissement marquera la fin de l'expérience traumatique (*Closure*). Ce rituel final aux modalités précisément établies (lieu, moment, contenu, déroulement) ne s'effectue pas au cours du debriefing proprement dit. Par ce geste symbolique, les participants mettent un point final à toute l'histoire et tournent la page. L'événement pénible devient un chapitre de leur existence, ce qui ne veut pas dire qu'il soit oublié: le rituel marque à la fois la réalité de l'événement et sa relégation dans le passé. Les participants se situent "après" l'événement dont ils sont sur-vivants ou rescapés. Souvent, des émotions liées à l'événement réapparaissent au moment de l'accomplissement du rituel; elles restent toutefois maîtrisables puisqu'elles sont connues et ont été nommées, attestant que les participants ont acquis le contrôle des différents constituants de l'événement.

De telles pratiques se rencontrent fréquemment de façon spontanée lors d'interventions collectives en Afrique ou avec des ressortissants du Kosovo. Mais l'acte symbolique s'avère bénéfique aussi dans notre culture occidentale pour marquer le point final de l'événement.

Une fois le contenu de l'acte défini et adopté par tous les participants, on décide du moment où il sera effectué. La deuxième séance sera l'occasion de raconter comment tout cela s'est passé; souvent, les participants décrivent une impression de sérénité, une sorte de reconnaissance nouvelle envers la vie et prennent conscience d'avoir mûri.

7ème étape

Comme dans le modèle de Mitchell, cette étape correspond à la phase de réinsertion, de retour à la vie courante. Il est important que les intervenants expliquent une fois encore en quoi consiste le processus du debriefing et reprennent ce qui a été dit à propos des éléments cognitifs et émotionnels, des réactions normales qui ont pu être nommées et des différentes possibilités de les gérer. Ce résumé de tout ce qui a été fait permet aussi aux intervenants d'exprimer sans jugement aucun une certaine reconnaissance. Les marques de satisfaction et d'estime données à ce moment-là par des pairs facilitent également le retour à la vie quotidienne.

Le nouveau modèle de debriefing psychologique que nous avons présenté ici permet à la majorité des participants - que ce soit en debriefing individuel ou collectif - de changer leur regard sur les événements et de repartir avec une perception et une attitude positives face à ce qui s'est passé. Il est important que le debriefing conduise les participants à modifier leur compréhension de l'expérience et à l'évaluer et l'interpréter de façon nouvelle (*Attribution, Appraisal*): ce qui était perçu comme une expérience insurmontable se laisse maîtriser, des souvenirs pénibles perdent peu à peu leur caractère potentiellement traumatique et deviennent gérables. De plus, le debriefing prépare à l'éventualité d'un travail de deuil.

En bref, les différences essentielles entre les deux modèles sont donc les suivantes:

A la base, l'attitude des intervenants: le debriefing doit être conduit dans une perspective salutogénétique positive. Pendant tout le déroulement de la séance, les animateurs restent attentifs avant tout aux stratégies de survie, aux capacités des participants de surmonter les difficultés et rappellent que les réactions manifestées sont normales et naturelles. Respecter le découpage méthodique du debriefing en différentes étapes est impératif pour éviter absolument la réexposition au traumatisme, le débordement et la catharsis émotionnels, et pour faire diminuer l'agitation et les tensions en fin de séance. Par ailleurs, ce découpage facilite aussi l'accès aux ressources individuelles et collectives.

Tout cela suppose donc que les intervenants (qu'il s'agisse de pairs ou de professionnels des milieux médicaux ou psychosociaux) soient formés, aptes à mener un debriefing sans débordement émotionnel et à repérer à temps les signes éventuels de retraumatisation pour les court-circuiter.

La formation des intervenants ne doit donc pas se borner à des concepts théoriques mais devrait englober également l'apprentissage de techniques et de méthodes permettant de mener à bien l'ensemble du processus.

## Résumé

L'élargissement du champ d'application du debriefing psychologique classique selon Mitchell à d'autres groupes que les sauveteurs nécessite de modifier et d'adapter certains paramètres.

Le nouveau modèle qui en découle est caractérisé par l'attitude salutogénétique positive des animateurs, la prise en compte de ressources transculturelles ainsi que par différents changements de moindre importance au cours des sept étapes. Sous cette forme adaptée, le debriefing est utilisable dans la prise en charge de victimes directes aussi bien qu'indirectes, et se laisse aisément adapter aux impératifs culturels.

Cependant, comme dans toute démarche de type psychologique, l'attitude de l'intervenant et son intérêt réel pour les participants joue un rôle capital; c'est l'élément-clé qui permet à la technique, si efficace soit-elle, de conserver sa part d'humanité.