opf
Un office de la Conférence des Églises Protestantes Romandes

CRSP Centre Romand de Soutien par les Pairs

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET SPIRITUEL D'URGENCE :

INTERVENTIONS IMMEDIATES ET POST-IMMEDIATES

michel berclaz éditeur

2019bis

TABLE DES MATIERES

1. LA PSYCHOLOGIE DE L'URGENCE ... 3
1.1. Définition ... 3
1.2. Les principes du RNAPU ... 5
1.3. Les principes (modifiés) de la Fédération Suisse des Psychologues ... 6
1.4. Mise en garde ... 8
2. LE TRAUMATISME ... 10
2.1. Définition du trauma ... 10
2.2. Catégorisation des réactions ... 12
2.3. Types de réactions ... 13
3. MODELE DE PREVENTION ET D'INTERVENTION ... 14
3.1. Niveaux de prévention et d'intervention ... 14
3.2. Les premiers secours psychologiques ... 16
3.3. Le modèle SAFER de George S. Everly ... 19
3.3. Les tâches du soutien immédiat ... 21
3.4. Comportement et communication à adopter ... 23
3.5. La méthode d'écoute active ... 24
3.6. Check list pour l'intervention d'assistance macro-sociale ... 27
4. LE SOUTIEN SPIRITUEL ... 28
4.1. De l'aumône au soutien spirituel (Maurice Gardiol) ... 28
4.2. Accompagnement spirituel et rituels : (Jean-Daniel Schneeberger) ... 33
4.3. De la légitimité du soutien spirituel (Michel Berclaz) ... 37
5. LES RISQUES DU METIER ET L'AUTOPROTECTION ... 40
5.1. Généralité ... 40
5.2. Le stress ... 41
5.3. Stress cumulatif ... 46
5.4. Épuisement professionnel ... 47
5.5. Usure de compassion ... 50
5.6. Traumatisme vicariant ... 50
5.7. Réactions chez les intervenants ... 52
5.8. L'effet miroir et la triangulation ... 54
5.9. Gestion du stress ... 57
5.9.1. Gestion des ressources : ... 58
5.9.2. Avant et pendant l'intervention ... 59
5.9.3. Auto-protection et co-protection ... 60
5.9.4. Le Feed-back ... 62
6. CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT (Jeffrey Mitchell) ... 63
7. BIBLIOGRAPHIE ... 69
8. COMPARAISON DIAGNOSTICS DSM-IV TR / DSM 5 / CIM 10 ... 71

© michel berclaz avril 2019

1.LA PSYCHOLOGIE DE L'URGENCE

1.1.Définition

Le Réseau National d'Aide Psychologique d'Urgence (RNAPU) est une commission spécialisée permanente créée à la demande du mandataire du Conseil Fédéral pour le Service sanitaire coordonné. Il est notamment chargé d'établir les standards, d'évaluer les bonnes pratiques dans le domaine, de reconnaître les centres de formation répondant aux standards établis. Le RNAPU a formulé un certain nombre de définitions, parmi les quelles :

La notion d'aide psychologique d'urgence : recouvre l'ensemble des mesures destinées à conserver ou à rétablir la santé psychique des personnes impliquées dans un événement potentiellement traumatisant. Elle recouvre l'ensemble des mesures visant à accueillir, entourer et orienter les personnes impliquées dans un événement potentiellement traumatisant. Elle s'appuie sur l'idée selon laquelle les personnes impliquées ne sont pas malades, que leurs réactions sont a priori naturelles et utiles. Dans ce sens, elle vise à mobiliser les ressources des personnes impliquées afin que celles-ci recouvrent leur pleine santé physique et psychique.

D'autre part, il s'agit de modèles scientifiques d'explication concernant l'apparition de symptômes et de troubles ainsi que l'efficacité des interventions.

Notons que cette définition est le résultat d'une recherche laborieuse de compromis acceptables entre les divers intervenants dans le domaine. Bien que ce travail mérite d'être salué, force est de constater qu'il n'échappe pas aux pièges du paradoxe, en particulier lorsqu'on y admet que la personnes impliquée n'est pas malade, que ses réactions sont naturelles et utiles alors que l'on vise à ce qu'elle recouvre sa pleine santé physique et psychique à partir d'interventions sur les symptômes, interventions dont l'efficacité est scientifiquement démontrée. Par ailleurs, si les explications scientifiques démontrent un bon niveau d'accord, il n'est aujourd'hui toujours pas démontré « *d'efficacité* » à nos interventions… sans compter qu'il s'agirait encore de déterminer de quelle efficacité nous parlons. Quel impact devrions-nous avoir sur des réactions jugées naturelles et utiles ?

Le Soutien psychosocial d'urgence (4.2) : comprend les prestations d'aide proposées par les care givers et les pairs durant ou immédiatement après un événement ou un engagement potentiellement traumatisant. Il consiste en un soutien émotionnel, matériel et pratique. Il est complété par des mesures appropriées de soutien psychologique d'urgence spécialisé.

Le Soutien psychologique d'urgence spécialisé (4.3) : les spécialistes du soutien psychologique d'urgence accompagnent et soutiennent les personnes impliquées ainsi que leur entourage immédiat après un événement extraordinaire potentiellement traumatisant. Cette forme d'aide vise à stimuler les ressources des personnes traumatisées afin de réinstaurer le bien-être psychique et social et d'éviter l'apparition de séquelles.

Notons, concernant ce dernier point, qu'en fait l'assistance s'adresse à toute personne impliquée, qu'elle soit ou non traumatisée et que, comme relevé plus haut, aucune démonstration n'a été fait de l'impact de nos interventions sur d'éventuelles séquelles.

Le Soutien spirituel d'urgence spécialisé (4.4) : les professionnels formés au soutien spirituel d'urgence accueillent entourent et offrent un accompagnement spécifique aux personnes impliquées dans un événement éprouvant, sur le plan de leurs croyances, foi propre et questionnements existentiels et spirituels. Ils sont également disponibles pour conduire des rituels souhaités par les personnes impliquées.

Le Soutien spirituel (6.1.5) comprend à la fois des mesures de soutien psychosocial d'urgence et des mesures spécifiques d'accompagnement sur les plans spirituels et religieux suite à un événement éprouvant. Il est mis en place par des aumôniers, des théologiens et des responsables de communautés religieuses justifiant d'une formation complémentaire en la matière. Il est ainsi l'un des composants de l'aide psychologique d'urgence interprofessionnel.

Relevons finalement qu'il règne ici une certaine confusion, dans le sens où ces intervenants travaillent sur le même plan que les autres et que leur particularité tient dans l'aspect spirituel et existentiel et doit s'abstenir de tout prosélytisme religieux.

© michel berclaz avril 2019

Les Care givers (membres de Care Team)

Ce sont des secouristes formés au soutien psychosocial d'urgence des personnes victimes d'événements potentiellement traumatisants. Ils interviennent durant ou immédiatement après un tel événement. Ils offrent un soutien émotionnel, pratique, matériel et logistique et orientent au besoin les individus vers une aide professionnelle.

A l'origine, ce terme était utilisé pour des employés d'entreprises spécialement formés à accueillir les clients de leur entreprise lors d'un incident critique. Aujourd'hui il correspond à toute personne formée pour le soutien psychosocial d'urgence, membres d'un « care team », terme utilisé aujourd'hui par le RNAPU pour désigner une équipe multiprofessionnelle chargée du soutien psychosocial, psychologique et spirituel. Les care givers sont accompagnés et soutenus par des spécialistes. Ils ne s'occupent pas des forces d'intervention.

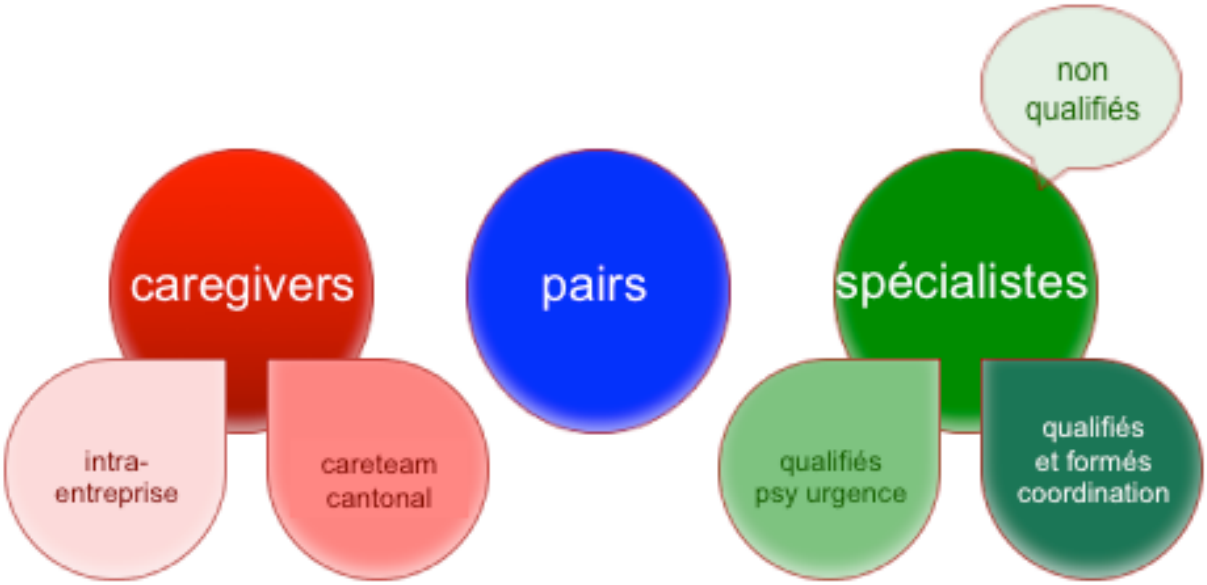
Les Pairs (membres d'équipe de soutien par les pairs)

Ce sont des membres des forces d'intervention ou de corps professionnels à risque qui ont suivi une formation en soutien psychosocial et spirituel. Leurs interventions consistent à informer les collègues sur les réactions potentielles suite à un engagement potentiellement traumatisant, enseignent les méthodes et techniques pour faire avec le stress et vise le maintien et le rétablissement des capacités d'engagement de leurs collègues pendant et après un événement émotionnellement pénible.

Les spécialistes (coordinateurs ou membres d'équipe de soutien)

Ce sont des médecins, des psychologues, des aumôniers, des infirmiers en psychiatrie ou d'autres professionnels du social ou de l'éducation, justifiant (ou non) de qualifications complémentaires dans le domaine. Ils accueillent, soutiennent les personnes impliquées dans des incidents critiques, les accompagnent sur leur questionnement existentiel, sur le plan de leur croyance propre et mobilisent leurs ressources, celles de leurs proches et leurs réseaux. Ils sont susceptibles de coordonner l'équipe de soutien psychologique.

Lorsque formé pour, les spécialistes qualifiés en psychologie de l'urgence encadre et coordonne les équipes de soutien immédiat.



© michel berclaz avril 2019

1.2. Les principes du RNAPU

Le Réseau National de Psychologie de l'urgence décrit la manière de se comporter avec des personnes en situation de profonde détresse psychique selon les principes de base suivant :

- ☐ proximité (assistance apportée sur place) ;
- ☐ rapidité (assistance apportée aussi rapidement que possible) ;
- ☐ simplicité (méthodes simples de soutien et d'accompagnement) ;
- ☐ proportionnalité (ne pas apporter plus que l'aide nécessaire afin d'éviter la surassistance).

Le RNAPU vise également à faire respecter d'autres principes en matière d'aide psychologique d'urgence, il s'agit de :

- le respect de la dignité humaine, de la liberté individuelle et des valeurs individuelles comme collectives ;
- après un événement éprouvant, chacun doit pouvoir recevoir une aide psychologique adaptée à ses besoins, indépendamment de son sexe, de son âge, de sa nationalité ou de son appartenance religieuse ;
- les enfants impliqués sont à protéger par des mesures de soutien adaptées à leur âge ;
- les personnes touchées / impliquées doivent retrouver le plus rapidement possible leur autonomie dans la vie courante ;
- une aide psychologique d'urgence ciblée vise à redonner aux personnes touchées le sentiment qu'elles sont responsables d'elles-mêmes ;
- l'aide psychologique est dispensée de manière interprofessionnelle, interconfessionnelle et en tenant compte des règles en vigueur dans des organisations partenaires comme la police ou les sapeurs-pompiers ;
- les intervenants spécialisés respectent le droit à l'autodétermination des personnes impliquées. Ils œuvrent politiquement et confessionnellement de manière neutre ;
- l'aide psychologique d'urgence ne doit pas servir de plate-forme pour le recrutement de patients ou de membres (pour des associations ou des groupements religieux).

En cohérence avec les principes de base de simplicité et proportionnalité, il ressort très clairement de l'idéologie du RNAPU les éléments tels :

- respect de la liberté individuelle ;
- retrouver au plus vite sont autonomie ;
- promouvoir la responsabilité de soi-même ;
- encourager l'autodétermination.

Cette position suggère l'importance de ne pas en faire trop, de ne pas se substituer à la personne rencontrée, de ne pas la surprotéger.

Si le fait même d'être victime implique par définition le fait de cesser momentanément d'être le sujet de son existence, nous devons à tout prix éviter que la personne devienne l'objet de notre soutien et viser – par nos actions ou nos non-actions – la mobilisation des ressources de la personne de sorte qu'elle retrouve son statut de sujet.

© michel berclaz avril 2019

▪

1.3. Les principes (modifiés) de la Fédération Suisse des Psychologues

A partir de l'expérience pionnière du canton de Genève, la Fédération Suisse des Psychologues a développé une réflexion sur la psychologie d'urgence et édicté un certain nombre de règles ou recommandations. En décembre 2017, le care team de Genève (AGPsy-Police) a repris ces principes, dans le cadre d'un changement notable, celui de l'intégration de non-psychologues à la cellule. Cette évolution a amené à reprendre les principes, avec le recul de vingt ans d'expérience :

► **les interventions psychosociales d'urgence visent une approche préventive, elles ne sont ni psychothérapeutiques, ni prosélytique** ;

Les réactions sont considérées ici comme naturelles. Aucune intervention n'ayant été démontrée comme propre à diminuer ou prévenir la souffrance, la tâche consiste dès lors à entourer les personnes impliquées dans des événements dramatiques.

► **les personnes la pratiquant connaissent les principes de base des interventions dans le domaine et participent à la formation continue** ;

Un groupe professionnel étant appelé officiellement à intervenir lors de tels événements, il semble important que ses membres connaissent les phénomènes qui s'y rapportent et développent des compétences comme par exemple celles visant à ne pas essayer d'en faire un terrain de thérapie, de prosélytisme ou encore de clientélisation.

► **elles sont capables d'utiliser les connaissances assimilées d'une manière critique, constructive et adaptée à chaque situation, ainsi que de se remettre en question ;**

La formation suivie devrait développer chez l'intervenant les compétences nécessaires pour trouver une réponse individuelle et adaptée à chaque situation. Ceci signifie donc que les approches standardisées sont considérées comme insuffisantes et non reconnues dans leur aspect universel. Une réflexion critique sur nos interventions reste toujours nécessaire. Devons-nous intervenir ? Sommes-nous bien restés à notre place ?

► **elles connaissent leurs propres limites et sont en mesure de se rendre compte des conséquences d'un traumatisme pour elles-mêmes ;**

L'intervenant doit se montrer attentif à ses propres réactions : surinvestissement, conflits avec les autres intervenants, épuisement et traumatisme vicariant. Les organismes qui les encadrent devraient veiller à leur bien-être.

► **l'aide psychosociale d'urgence est exercée uniquement par des intervenants qui n'en dépendent pas financièrement ;**

Pour réussir à maintenir une bonne distance avec les personnes accompagnées, pour pouvoir fixer notre attention sur les compétences et les ressources des personnes et de leur entourage, il semble indispensable à l'intervenant d'avoir d'autres champs d'occupation.

Si sa profession et partie de son identité devaient être tournées exclusivement vers le soutien psychologique lors de catastrophe, le risque serait grand qu'il cherche à se rendre plus utile, voire nécessaire. Si son revenu est dépendant, pour grande partie, des catastrophes, le risque est grand qu'il cherche à légitimer son salaire en considérant comme critiques des situations qui pourraient ne pas l'être, ou à en faire trop pour justifier le salaire en question, ce qui nuirait à la démarche visant à promouvoir le statut de sujet chez la personne rencontrée.

© michel berclaz avril 2019

► **il s'agit d'une approche visant l'acceptation des réactions ;**

Les réactions présentées sont considérées non seulement comme naturelles, mais également comme des moyens pour se protéger, faire face et s'adapter. Sous cet angle, il ne serait pas cohérent de chercher à les combattre ou les faire diminuer. Toutefois, la personne victime souvent souffre et se plaint de ses réactions.

Pour en permettre l'acceptation, il s'agit pour la personne de pouvoir leur donner un sens, les expliquer. Il s'agit souvent, pour l'intervenant, de se montrer capable de supporter ces réactions parfois surprenantes, éveillant surprise, incompréhension quand ce n'est colère ou dégoût.

► **offrir une présence et un maximum de contrôle et de maîtrise à la personne : nous ne sommes là que pour un temps, plutôt que se proposer comme ressource, il cherche à mobiliser en premier lieu celles de la personne, puis celles de sa famille et sa collectivité ;**

► **l'intervenant est tenu de développer une réflexion éthique sur son engagement. Il doit être en mesure de refuser un mandat considéré comme non pertinent ou inadéquat ;**

Il s'agit d'évaluer, avant l'intervention, la pertinence de notre engagement. Existe-t-il une contre-indication ? Notre intervention pourrait-elle faire plus de mal que de bien ? Suis-je la bonne personne ? Suis-je à même de traiter une telle situation ?

► **l'intervenant est tenu de développer une réflexion sur la qualité de son intervention (Intervision / supervision) ;**

L'intervenant ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur son intervention, sur son vécu, son interprétation de la situation, de sa lecture des événements et des réactions des personnes rencontrées, sur les raisons de ses choix d'intervention. Cela implique, à partir d'Intervisions et de supervisions, de réfléchir sur notre vision du monde, nos résonnances et nos projections.

La conception proposée ici repose sur l'idée selon laquelle, bien qu'elle puisse avoir, par le fait du choc, momentanément perdu contact avec ses compétences, la personne est capable de faire face. En effet, au cours de cette période de choc, tout individu, tout groupe ou état, tendent à se vivre impuissants, démunis et incompétents. S'offrir comme ressources, faire à la place, comporte un message implicite « *nous vous pensons incapables de…* ». Ce message, outre le fait qu'il soit disqualifiant, tend à la mise en dépendance de la personne et peut se montrer stigmatisant.

Lorsque la personne victime est épuisée ou momentanément neutralisée, son entourage ou sa famille sont les mieux placés pour apporter du soutien. Si ces derniers venaient à ne pas suffire, sa communauté peut alors prendre le relais.

Cette approche considère la préoccupation des uns pour les autres comme source de renforcement du lien. Or, de nombreuses recherches démontrent aujourd'hui l'importance de la qualité du lien et du sentiment d'être soutenu socialement dans les facteurs de protection.

Nous avons compris que le sentiment d'impuissance vécu par la personne victime, lorsque la souffrance semble durer par trop, s'étend progressivement aux proches. Se substituer à l'aide que peut apporter la famille tendrait à augmenter le sentiment potentiel d'impuissance chez les proches. Par ailleurs, pouvoir aider produit souvent une augmentation de l'estime de soi qui gagnerait à revenir aux proches plutôt qu'à des étrangers ne faisant pas partie du milieu naturel de la personne et dont les réponses pourraient être décalées voire, à terme, plus de l'ordre du problème que de la solution.

Dans ce sens, notre intervention devrait porter sur la simple mobilisation des ressources individuelles (pour permettre à la personne de diminuer son sentiment d'impuissance, de retrouver un certain niveau de contrôle) et celles de la collectivité dans laquelle nous faisons irruption, de façon à ce que la personne victime puisse se sentir soutenue socialement par les personnes-mêmes auprès de qui elle vit.

Cette idéologie est un élément central et essentiel, il est clairement commun au RNAPU, à la FSP et à l'AGPsy-Police.

© michel berclaz avril 2019

1.4. Mise en garde

Il est cependant important de souligner que la communauté scientifique estime que l'état actuel des recherches n'autorise aucune confirmation ou réfutation définitive de l'efficacité, voire même de la nécessité, des interventions psychologiques immédiates quelles qu'elles soient. Raphael et Wilson (2000) avancent par exemple que si les techniques de débriefing bénéficient de la bonne foi, de la bonne volonté et du travail théorique de ceux qui les préconisent, elles sont loin de reposer sur des hypothèses systématiques fondées sur des données scientifiques avérées et vérifiées par des études empiriques conduites selon une méthodologie éprouvée. Mais, comme dans tout processus de développement scientifique, il faudra attendre le résultat d'une recherche systématique pour savoir quelles formules de débriefing sont recommandées selon telles circonstances. De toute évidence, le soutien psychologique immédiat et post-immédiat est une approche en pleine évolution qui s'ajustera aux découvertes à venir.

Dans les conclusions de ces mêmes auteurs, il ressort clairement que le débat va se prolonger, mais il est à espérer qu'il permettra la reconnaissance des difficultés méthodologiques, des limitations aussi bien des résultats négatifs que positifs, ainsi que des précautions de base. Par exemple, il apparaît que l'on ne peut pas prétendre prévenir l'état de stress post-traumatique (ESPT). Si les interventions psychologiques d'urgence peuvent avoir un effet préventif de l'ESTP, des recherches systématiques restent nécessaires pour le démontrer. Finalement, le débat porte tant sur la science et ses interprétations que sur le point de vue des chercheurs. Ainsi, les théories sur lesquelles s'appuient le débriefing comme d'autres interventions nécessitent d'être bien plus clairement développées. Il s'agit de comprendre et de définir de façon beaucoup plus précise le contexte social, le concept de stress, ce que sont les agents stressants, les capacités d'adaptation psychologique, la phénoménologie des réactions au niveau neurophysiologique ainsi que les relations complexes entre ces divers éléments.

Ce que nous retirons principalement de notre expérience dans ce domaine est que l'intervention auprès de personnes aux prises avec des événements dramatiques est avant tout un acte social et humain visant à accueillir l'individu, dans un simple sentiment de préoccupation. Parfois, il s'agit simplement de pallier momentanément à la pauvreté du tissu social, auprès de personnes ne pouvant faire appel à des proches. C'est lors de ce contact que l'intervenant est à même d'évaluer la forme que devrait prendre son soutien, la réponse ne pouvant en aucun cas être standardisée. Il s'agit d'accompagner la personne dans les premières phases de son processus de rétablissement.

Cet accueil consiste à recevoir la personne choquée dans sa détresse et avec l'ensemble de ses réactions, sans jugement ni crainte, sans obligation de parole non plus. Les victimes d'agressions, les proches de personnes décédées subitement, les rescapés d'accidents et autres personnes en état de détresse sont à risque de se replier sur eux-mêmes, de ne plus être capables de donner un sens à leur vie, de ne plus pouvoir investir le moment présent et finalement de rester paralysés mentalement et émotionnellement dans la reviviscence de l'événement traumatique. Le profond bouleversement psychique consécutif à une telle expérience peut être atténué si la personne est protégée de trop de stimulations supplémentaires, renseignée sur les circonstances du drame, entendue dans son désarroi, sa colère ou son impuissance, maintenue en activité tant que possible et rassurée quant à la variabilité et l'étrangeté de ses réactions à venir. Mais l'aspect humain et relationnel de l'intervention est central puisque l'intervenant sera souvent l'une des premières personne (sinon la première) à laquelle la personne victime sera confrontée. La responsabilité est grande puisqu'il s'agit de maintenir le lien avec les autres êtres humains, d'ouvrir une fenêtre sur l'avenir et d'aider la personne à investir du côté de la vie malgré la souffrance. C'est là toute la difficulté de l'aspect spirituel de ces interventions. Le risque est grand de créer un nouveau traumatisme par une approche trop directive et peu respectueuse.

Souvent, le travail avec les familles de victimes, consiste à accompagner les personnes à s'engager dans un processus de deuil : commencer à réaliser, accepter et intégrer la souffrance morale provoquée par la perte inattendue d'un être cher, ainsi qu'à essayer de s'adapter aux modifications familiales, existentielles, spirituelles ou encore socio-économiques qui en découleront.

© michel berclaz avril 2019

Le travail d'accompagnement, bien que relativement simple au niveau technique, est particulièrement complexe au niveau relationnel. Il s'agit d'offrir une présence calme et chaleureuse, de recueillir et distribuer des informations claires et exactes concernant l'événement traumatique, d'orienter les personnes vers les services d'aide, de les rassurer quant aux diverses réactions découlant de leur adaptation à la situation stressante et de les guider dans les procédures policières et administratives. L'objectif principal est de stimuler leurs propres capacités à faire face et de les amener à utiliser leurs propres ressources individuelles, familiales, sociales ou religieuses. Un obstacle majeur au rétablissement suite à un traumatisme réside dans la tentation d'entrer soit en dépendance, soit en isolement. Afin d'éviter, dans la mesure du possible, cette situation, nous préconisons une approche où le soutien consiste en une présence discrète, maintenant une certaine distance, mais gardant la personne aidée active.

Il s'agit ici d'être à disposition, tout en favorisant le plus possible les démarches autonomes, les prises de décisions individuelles, les relations entre pairs (au sein de la famille ou entre les personnes vivant le même drame). Or, du point de vue de l'accompagnant, cette distance est particulièrement difficile à observer. En effet, la détresse évidente des familles, leur sentiment de totale impuissance, mais particulièrement notre propre sentiment d'impuissance, nous conduit le plus souvent à présenter un comportement soit hyperactif soit d'évitement. Faute de savoir que dire (en effet, que pouvons-nous bien dire dans de telles circonstances ?), nous avons grand peine à nous empêcher de "faire". Le risque est alors d'en faire trop, de faire à la place des personnes victimes et de leur famille et donc d'installer progressivement tous ces gens dans une relation de dépendance, retardant ainsi la mobilisation de leurs capacités d'adaptation. S'il est clair que, bien souvent, les personnes victimes et leur famille apprécient grandement cette aide inespérée et ces marques d'affection, nous pensons qu'à moyen terme elles vont les desservir. Dans cette optique, l'intervenant se trouve devant un choix parfois difficile, être apprécié des personnes victimes et recevoir leurs signes de gratitude ou être efficace pour leur rétablissement.

Une autre difficulté majeure du travail de l'accompagnant est le processus de l'identification. Il est en effet fréquemment observé que l'intervenant peut ressentir les mêmes émotions que les victimes et les membres des familles touchées. La tristesse, la détresse, la colère, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou la confusion sont souvent vécus également par les intervenants. Une solide formation semble nécessaire pour pouvoir repérer et limiter chez nous les effets de ce processus. Ces réactions en miroir, ce partage d'émotions communes, cette identification en quelque sorte, sont susceptibles d'amener les intervenants à "réagir" de façon plus ou moins inadéquates, comme par exemple en entrant en conflit avec d'autres corps de métier impliqués dans l'intervention, en prenant parti pour les uns ou pour les autres, en se positionnant "avec" ou "du côté" des familles, en exigeant des marques de reconnaissance de leur travail ou de leur propre souffrance. Il s'agit là de leurs propres réactions face à la souffrance, et dans ce sens, elles sont parfaitement naturelles. Cependant, il est nécessaire de les canaliser et de se situer de façon plus adéquate face aux victimes, assurant ainsi une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité et des relations plus harmonieuses et plus propices au processus de récupération de chacun.

Il est essentiel dans l'idéologie du soutien psycho-social et spirituel de considérer que certaines souffrances sont durables et résistent à toute forme d'aide ou de soins. Par ailleurs, certains spécialistes sont d'avis qu'une intervention précoce présente un fort risque de gêner les mécanismes naturels d'intégration des événements dramatiques. Ce que nous considérons comme des « réactions », certains comme des symptômes, correspondent souvent aux moyens que la personne présente pour faire face au drame.

© michel berclaz avril 2019

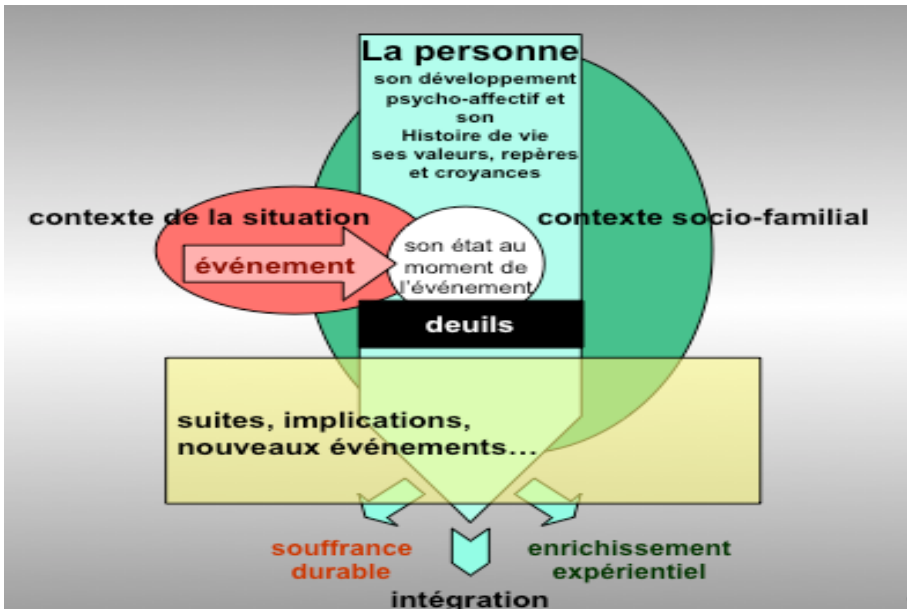
2.LE TRAUMATISME

2.1.Définition du trauma

Laplanche et Pontalis (Vocabulaire de la psychanalyse, 1967) définissent le traumatisme comme suit : « ***Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathologiques durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En terme économique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations…***

Freud soulignera, à certains moments de sa carrière, l'impact d'une situation critique donnée (inceste, guerre), à d'autres moments, il mettra en avant une vulnérabilité tirant sa source dans le développement de la personne, voire même substituer le concept de fantasme à la réalité d'un événement. Cette non prédictibilité est due aux jeux des multiples interactions produites par les divers éléments impliqués, pouvant amplifier l'effet traumatique ou, au contraire, participer à la protection du sujet ou à l'intégration de la situation critique. Parmi ces éléments, relevons par exemple :

- la nature même de **l'événement** : la violence de son effraction, la menace à l'intégrité physique ou psychique, son afflux excessif d'excitation ;
- **le niveau d'implication** de la personne face à cet événement, ou sa susceptibilité à certaines de ses caractéristiques ;
- **la condition psychique et l'état physique** de la personne au moment de la situation critique ;
- **les compétences individuelles** (mécanismes de défense, pare-excitation, résilience) ou au contraire ses vulnérabilités, développées au travers de :
- son développement psycho-affectif, sa structure ou ses troubles de personnalité, mais surtout son histoire de vie, **les aléas de son cheminement existentiel** ;
    - **le contexte même de l'événement**, la prédictibilité de son apparition, le niveau de préparation, sa durée, etc. ;
    - **le contexte socio-familial** de la personne, sa capacité à soutenir le sujet tout en évitant la mise en dépendance, ou, au contraire, sa fragilité et son altération ;
    - la quantité et **l'importance des deuils** (objectifs et subjectifs) auxquels la personne devra faire face. Il peut s'agir du deuil de personnes aimées irremplaçables, mais encore deuil de compétences physiques ou mentales (liés à des déficits produits par l'événement), le deuil de représentations idéales de soi (impuissance lors de la situation) ou de la société (perte du sentiment de sécurité), parmi d'autres.



Relevons toutefois que l'implication de l'événement sur la suite de la vie, la façon avec laquelle le groupe social y a répondu (passer pour un héros, un lâche ou un traître par exemple) est aussi important que les composantes de la situation… si ce n'est plus encore.

© michel berclaz avril 2019

La communauté scientifique reconnaît actuellement que toute personne exposée à un événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique peut présenter des réactions susceptibles de la marquer durablement. Ces réactions peuvent être somatiques (physiques), cognitives (intellectuelles), émotionnelles (affectives) et comportementales. Elles peuvent se manifester sur-le-champ ou plus tard.

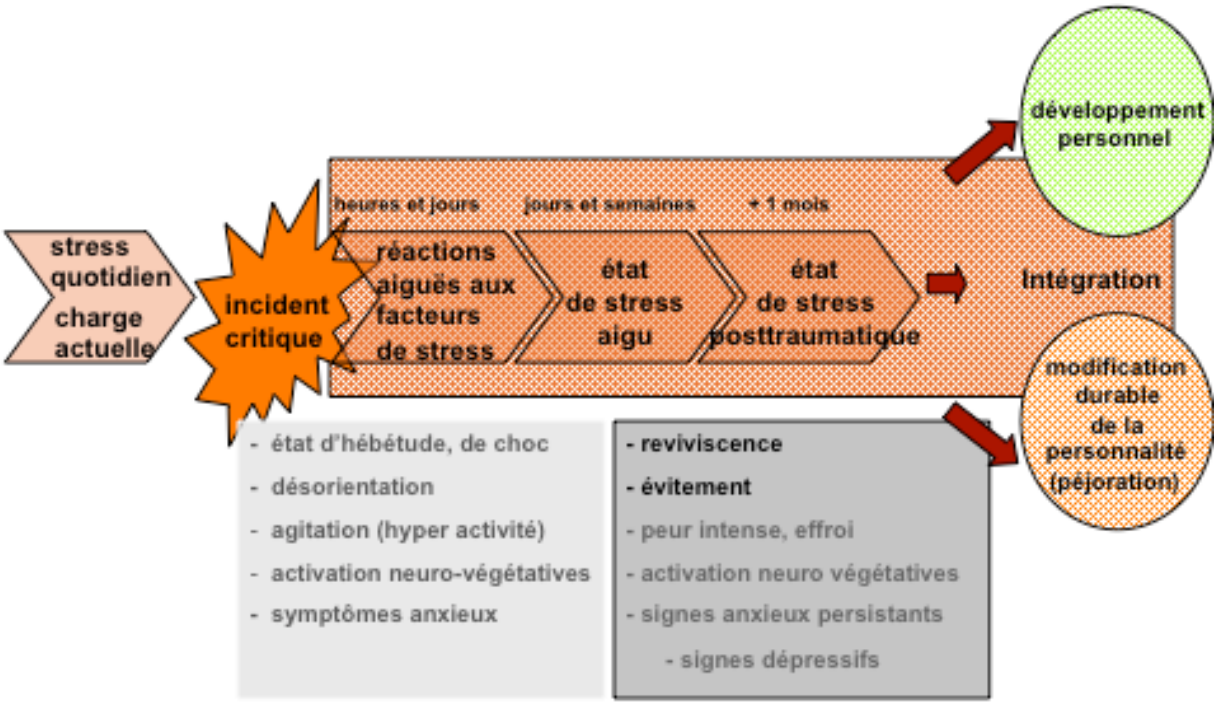
Ces réactions sont reconnues comme naturelles, elles s'estompent le plus souvent avec le temps. Cependant il arrive qu'elles se chronicisent. Lorsque nous qualifions ces réactions de naturelles, nous entendons par là que les individus auprès desquels nous intervenons sont *a priori* sains et ne doivent donc pas être considérés comme des patients. Nous estimons que tout individu est capable, a priori, de faire face et d'intégrer leur expérience. Nous ne retenons pas l'hypothèse selon laquelle, seules les personnes présentant une prémorbidité (désordre mental ou trouble de la personnalité présents avant l'événement) sont susceptibles de développer une certaine forme de détresse.

Les recherches semblent bien démontrer l'importance de l'histoire de la personne, de la constitution de sa personnalité, des compétences ciselées par l'expérience, des fragilités produites par les aléas de l'existence comme de l'impact des circonstances et des contextes. Ainsi, en fonction de l'ensemble de ces divers éléments, la personne sera plus ou moins préparée, plus ou moins vulnérabilisée et plus ou moins protégée face à certains drames de l'existence.

Relevons cependant que ces recherches démontrent en particulier que les éléments les plus prégnants semblent bien être :

- la gravité de l'événement (menace pour la vie) ;
- le vécu pendant et juste après la situation (dissociation et émotions) ainsi que
- le sentiment subjectif d'être soutenu et entouré du point de vue social.

Concernant le dernier point, nous parlons de « sentiment subjectif » car la réalité de l'absence ou de la présence du support social semble bien moins importante que l'impression que les personnes peuvent en avoir. Il ressort en effet que parfois, malgré une présence et des efforts soutenus de la famille, du groupe ou de la communauté, la personne – dans sa détresse et sa souffrance incommensurable – ne se sente pas soutenue, ou considère certaines positions ou actions comme annihilant le soutien. Au contraire, d'autres vont percevoir des attitudes ou des attentions de l'entourage comme un effort important et efficace de soutien.



2.2. Catégorisation des réactions

De fait, l'analyse des cas de chocs intenses lors de situations critiques révèle que les personnes touchées réagissent de façons diverses. Les symptômes peuvent être divisés en quatre catégories, même si, en pratique, il n'est pas possible de séparer ainsi le corps de l'esprit ou des émotions. Devant un danger, l'organisme réagit de façon à assurer sa survie. Quel que soit le mode de défense choisi, les réactions physiologiques demeurent les mêmes. Quel que soit l'agent stressant, que le danger soit réel ou seulement appréhendé, le résultat sera le même.

réactions physiologiques

- baisse d'énergie, épuisement ;
- faiblesse du système immunitaire (tendance aux rhumes, grippes, etc.) ;
- perturbations endocriniennes (menstruations, problèmes thyroïdiens,etc.);
- maux de tête, douleurs au dos ou musculaires ;
- problèmes cardio-vasculaires ;
- frilosité avec bouffées de chaleur ;
- changement dans les habitudes sexuelles : baisse ou augmentation de la libido, anorgasmie (absence d'orgasme) ;
- autres désordres somatiques.

réactions cognitives

- troubles de la mémoire, impossibilité de se souvenir d'aspects importants de l'événement;
- difficulté de concentration,
- diminution du champ de l'attention ;
- pensées récurrentes, images intrusives,
- focalisation sur une partie de la réalité ;
- diminution de la confiance en soi, en ses capacités de jugement et de décision;
- perte d'objectivité;
- confusion, pensée ralentie vs accélérée ;
- état de choc, déréalisation, dissociation.

réactions psycho-émotionnelles

- anhédonie (absence de plaisir);
- étonnement, incrédulité;
- engourdissement émotionnel,
- sentiment de détachement;
- peur, phobie vulnérabilité vs invulnérabilité;
- recherche d'un coupable, bouc émissaire;
- culpabilité ou sentiment d'indignité;
- impuissance versus toute puissance;
- tristesse, solitude, désespoir, résignation;
- anxiété, angoisse,
- colère, rage;
- sentiment de ne pas être compris ;
- tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime.

réactions comportementales

- comportements d'évitement ;
- retrait, diminution de la participation à des activités significatives;
- apathie, prostration versus hyperactivité ;
- mutisme versus augmentation du flux et du rythme de la parole ;
- altération des champs familiaux et professionnels ;
- irritabilité, hostilité, éclat de colère, rage et violence, instabilité et/ou
- comportements maniaques;
- tendance à se mettre en situation de danger;
- troubles du sommeil et de l'appétit;
- installation de dépendance aux toxiques (alcool, drogues et médicaments).

© michel berclaz avril 2019

2.3. Types de réactions

Événement potentiellement traumatisant : événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique, voire susceptible de causer un changement particulièrement marquant dans la vie de la personne, comportant des conséquences désagréables et durables et conduisant à un trouble de l'adaptation ou à une modification durable de la personnalité.

Symptômes dissociatifs : pendant et après l'événement le sujet peut présenter des symptômes dissociatifs tels que : sentiment subjectif d'engourdissement, de détachement ou d'être étranger à la situation ; absence apparente de réponse émotionnelle ; réduction de l'attention à l'environnement ; déréalisation et dépersonnalisation amnésie dissociative ; focalisation de l'attention sur un détail, une action ou une mission. C'est l'état de choc.

Reviviscence de l'événement ; l'événement traumatique est constamment revécu au travers d'images, de pensées, de rêves, d'illusions, d'épisodes où la personne revit l'expérience. Il peut également apparaître une détresse intense face à tout ce qui pourrait rappeler ou se rapporter à l'événement traumatique. Chez les enfants nous pouvons trouver des jeux répétitifs pouvant rappeler l'événement, un comportement désorganisé, des cauchemars sans contenu reconnaissable.

Évitement : le sujet va présenter une tendance particulièrement importante à éviter tout ce qui pourrait réveiller le souvenir du traumatisme (comme les pensées, sentiments, conversations, activités, lieux, personnes etc.). Sont également considérées comme de l'évitement les réactions fortes et la détresse face à des éléments pouvant rappeler l'incident critique.

Troubles neuro-végétatifs : transpiration, accélération cardiaque et respiratoire, perturbation de la tension artérielle, céphalée, etc.

Signes d'anxiété et symptômes dépressifs : la personne montre dans un premier temps des signes profonds d'anxiété (troubles du sommeil, irritabilité, diminution de la concentration, hypervigilance, sursauts exagérés, agitation psychomotrice). A moyen ou long terme, les signes d'anxiété sont souvent relayés par ceux de dépression et particulièrement ceux ayant trait à des douleurs chroniques ou encore un sentiment intense d'impuissance, d'inutilité, de perte d'estime de soi, le sentiment de ne pas pouvoir être compris. Chez l'enfant peut apparaître une agitation anormale, de l'irritabilité, le désir d'être seul, de fortes réactions à la séparation, la peur d'être seul aux toilettes, la peur de l'obscurité ou encore des comportements régressifs.

Désordres psychosomatiques : Nous retrouvons fréquemment l'épuisement physique, une baisse du système immunitaire ainsi que différentes douleurs (maux de tête ou de ventre, mal de dos, douleurs musculaires).

Altération des fonctions socio-professionnelles : la perturbation peut causer une détresse intense et provoquer de sérieuses altérations au niveau des relations sociales (retrait, dégradation des relations familiales, conflits de couple etc.,), du travail (absentéisme, perte de l'intérêt, diminution des compétences et des prestations) ou de tout autre champ d'activité. La capacité à mener à bien certaines obligations ou à demander l'aide nécessaire est également altérée.

Réactions spirituelles immédiates : elles consistent en la confrontation crue à la mort (effroi), à la remise en question existentielle (sens de la vie), à la remise en question de soi, des autres et de nos relations ainsi qu'à la remise en question des croyances, de la foi en un ordre divin.

Tendance à rapporter des événements traumatiques passés : La personne a l'impression que sa vie ne consiste qu'en situations dramatiques et tend à se comporter de telle façon qu'elle se retrouve souvent dans une situation de victimisation.

© michel berclaz avril 2019

3. MODELE DE PREVENTION ET D'INTERVENTION

3.1. Niveaux de prévention et d'intervention

Le RNAPU explique que le Soutien psychosocial et spirituel constitue un complément indispensable aux premiers secours médicaux.

Sur la place sinistrée, les moyens de secours psychologiques relèvent de la compétence du chef de l'intervention. Les exigences des autorités en matière d'investigation et de préservation des preuves sont toujours prioritaires. Les interventions accomplies et les mesures prises dans le cadre du soutien psychosocial et spirituel doivent être consignées dans le dossier d'intervention.

Les niveaux d'intervention consistent, chronologiquement, en prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire.

La prévention primaire :

Prend place avant l'occurrence d'un événement et consiste à l'application de mesures préventives :

- sensibilisation des cadres des forces d'intervention et des entreprises à risques ;
- information et préparation des forces d'intervention et des groupes professionnels à risque relatives aux événements potentiellement traumatisants et à leurs conséquences possibles ;
- enseignement donné aux personnes à risque des techniques de réduction du stress ;
- formation des caregivers, des pairs et des spécialistes justifiant de qualifications complémentaires en psychologie de l'urgence ;
- planifications et préparatifs d'intervention ;
- diffusion des consignes de comportement à la population.

La prévention secondaire :

Du début de l'événement jusqu'à environ un mois après sa fin, elle vise à déceler dès que possible l'apparition de troubles psychiques et à freiner le développement par des mesures appropriées. Elle consiste notamment aux :

- briefing des forces d'interventions ;
- accompagnement de l'intervention par les pairs ;
- assistance fournie aux victimes par les caregivers ;
- évaluation des besoins en assistance par des spécialistes ;
- discussions structurées telle que démobilisation, défusing et si nécessaire débriefing psychologique ;
- informations relative aux offres d'aide complémentaire.

Prévention tertiaire :

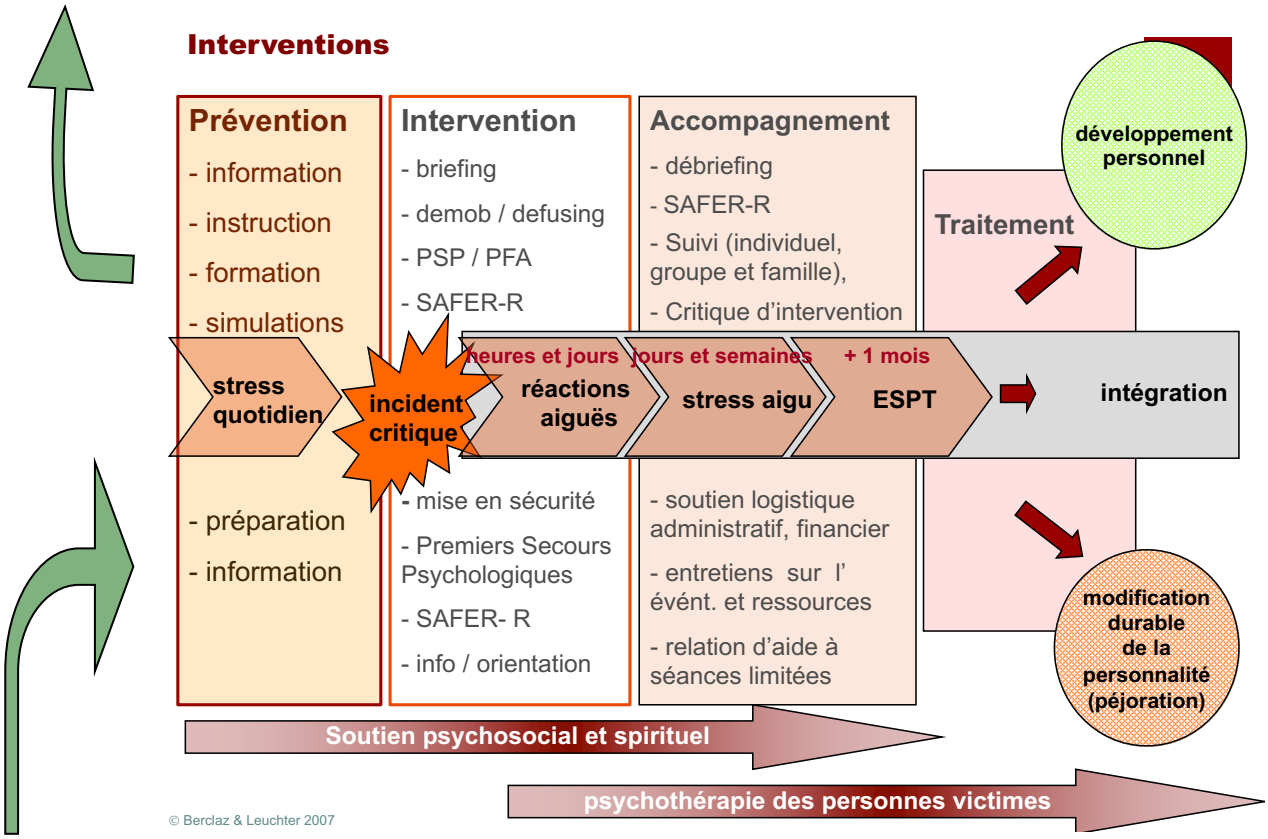
Consiste avant tout en mesures psychothérapeutiques de réadaptation et de réinsertion sociale. La prévention secondaire et la prévention tertiaire s'enchaînent et doivent être proposées en fonction des besoins. Des offres d'aide répétées conviennent mieux qu'un contact unique pour soutenir le processus psychologique d'intégration d'une événement traumatisant.

Le travail, dans le cadre de la psychologie d'urgence et l'aide aux personnes victimes débute avant l'occurrence de tout événement, par la préparation et l'information. Dans le cadre d'un incident critique, le soutien immédiat et post-immédiat peut être apporté et parfois un traitement à moyen ou long terme doit être envisagé.

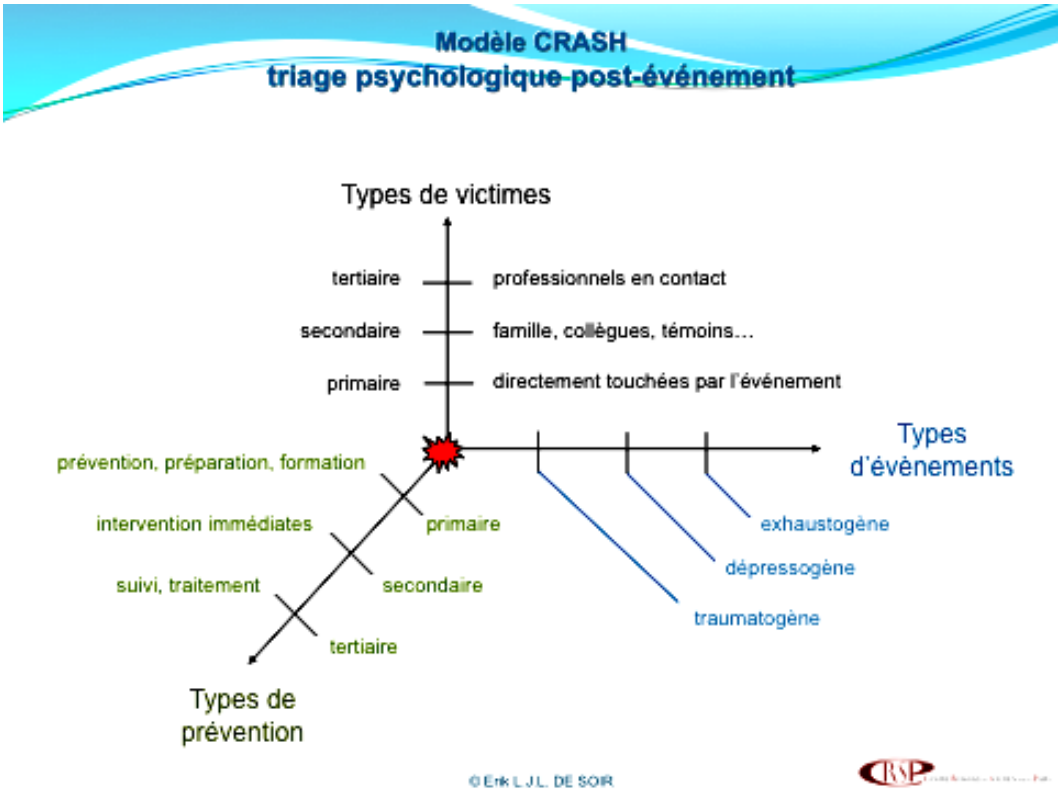
Si la population comme les intervenants peuvent tirer bénéfice d'un soutien, contrairement à ce que l'on a pu penser pendant une période, il n'a pas forcément la même forme :

© michel berclaz avril 2019

A l'intention des divers intervenants



à l'intention de la population, des survivants, des familles de survivants et de personnes victimes



Organisation
mondiale de la santé

3.2. Les premiers secours psychologiques

En 2011, l'OMS a publié le « Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain », un groupe de mise au point des recommandations du programme d'action mhGAP (Combler les lacunes en santé mentale) de l'OMS a été mandé. Dès 2009 ce groupe de travail a évalué les résultats de la comparaison entre les « premiers secours psychologiques » (dont on parle pour la première fois en 1940 déjà) et du débriefing psychologique. Leur conclusion a abouti à la recommandation du PSP (ou PSA pour Psycholgical First Aid).

Il faut naturellement prendre avec prudence ce choix, tant il est évident que la qualité des recherches concernant le débriefing psychologique a laissé à désirer, pour ne pas dire clairement souffert de faiblesses méthodologiques. Toutefois, le modèle d'intervention des PSP reste fort intéressant et pratique, en particulier lorsque le soutien est pratiqué par des personnes n'étant ni psychologues, ni psychiatres et au bénéfice de formations relativement courtes.

Les premiers secours psychologiques désignent à la fois le soutien social et psychologique et supposent une intervention d'aide dans sa dimension humaine et concrète destinée aux personnes ayant vécu un événement extrêmement pénible.

Le guide s'adresse aux acteurs professionnels ou bénévoles, appelés à intervenir auprès des personnes victimes d'une situation de crise grave, d'un incident critique et qui peuvent avoir besoin de soutien. Ce soutien consiste en :

- apporter soutien et soins concrets, sans intrusion ;
- évaluer les besoins et les préoccupations de la personne ;
- aider les personnes à répondre à leurs besoins essentiels (par exemple, la nourriture, l'eau, les informations) ;
- écouter la personne sans la pousser à parler ;
- réconforter les personnes et les aider à se calmer ;
- aider les personnes à obtenir le informations, les services et le soutien social dont elles ont besoin ;
- protéger les personnes d'éventuels nouveaux dangers.

Il s'agit notamment de respecter :

La sécurité des personnes	- éviter de mettre les personnes encore plus en danger par vos actions ; - assurez-vous que les adultes et les enfants soutenus sont en sécurité et protégez-les des dommages physiques ou psychologiques.
La dignité des personnes	- traitez les personnes avec respect, en tenant compte de leurs normes culturelles et sociales.
Le droit des personnes	- assurez-vous que les personnes ont accès à l'aide de façon équitable et sans discrimination ; - aidez les personnes à faire valoir leurs droits et à bénéficier du soutien disponible ; - n'agissez que dans l'intérêt des personnes que vous rencontrez.

© michel berclaz avril 2019

Lors d'une intervention en situation d'urgence, si possible :

- suivez les consignes des autorités compétentes qui gèrent la crise ;
- cherchez à savoir quelles sont les interventions d'urgence organisées et quelles sont les ressources disponibles pour aides les personnes, le cas échéant ;
- n'entravez pas le travail du personnel de recherche et de sauvetage ou du personnel médical d'urgence ;
- connaissez votre rôle et ses limites.

A FAIRE	A EVITER
- Bien expliquer à la personne que, même si elle refuse votre aide sur le moment, elle peut la solliciter plus tard - Essayer de trouver un endroit tranquille pour parler et réduisez au minimum les dérangements. - Positionnez-vous près de la personne, mais maintenez une distance appropriée entre elle et vous en fonction de son âge, son sexe et de sa culture. - Adopter une attitude appropriée en tenant compte de la culture, de l'âge et du sexe de chaque personne - Faites comprendre à la personne que vous l'écoutez. - Montrez-vous honnête et digne de confiance. - Soyez calme et patient. - Respecter le droit de la personne de prendre ses propres décisions. - Connaître et mettre de côté vos préjugés et a priori. - Donnez des informations concrètes et utiles, si vous en avez. Communiquez les informations de manière compréhensible pour la personne – simplicité avant tout. - Acceptez ce que décrit la personne de ce qu'elle ressent et reconnaissez les pertes et autres événements importants qu'elle vous confie, comme la perte de sa maison ou le décès d'un proche. - Respecter la vie privée de la personne et assurer la confidentialité de son histoire, si cela est approprié. - Soulignez et valorisez les points forts de la personne, et la manière dont elle a réussi à s'en sortir. - Permettez des moments de silence.	- Ne pas pousser la personne à vous raconter leur histoire. - N'interrompez pas ou ne pressez pas la personne qui vous raconte son histoire (ne regardez pas votre montre et ne parlez pas trop vite, par exemple). - Ne touchez pas la personne si vous n'êtes pas sûr que cela soit un geste approprié. - Ne jugez pas la personne sur ce qu'elle a fait ou n'a pas fait, ou la manière dont elle se sent. Ne dites pas : « Vous ne devriez pas vous sentir ainsi » ou « Vous devriez être heureux d'être en vie ». - N'inventez pas ce que vous ne savez pas. - N'utilisez pas des termes trop techniques. - Ne racontez pas à d'autres l'histoire que quelqu'un vous a racontée. - Ne parlez pas de problème personnel. - Ne profitez pas de votre position de personne aidante. - Ne jamais demander de l'argent ou un service en échange de l'aide que vous apportez. - Ne faites pas de fausses promesses et ne donnez pas de fausses informations (ou des informations non validées officiellement). - N'exagérez pas vos compétences. - N'imposez pas votre aide, ne pas être intrusif ou insistant. - N'agissez pas comme si vous étiez chargé de résoudre tous les problèmes des autres à leur place. - N'écartez pas la personne de ses points forts et de son sentiment d'être capable de se prendre en charge. - Ne parlez pas des gens de façon négative.

© michel berclaz avril 2019

Le guide de l'OMS explique que les Premiers Secours Psychologiques reposent sur trois grands principes : observer, écouter et mettre en contact. Cette méthode, pour être appliquée de façon responsable implique :

1. Respecter la sécurité, la dignité et les droits.
2. Adapter ce que l'on fait pour prendre en compte la culture de la personne.
3. Savoir quelles sont les autres mesures d'intervention d'urgence.
4. Prendre soin de soi.

PREPAREZ-VOUS	- Renseignez-vous sur la situation de crise. - Renseignez-vous sur les services et les soutiens disponibles. - Renseignez-vous sur les questions de sécurité.
LES PRINCIPES D'ACTION DES PSP	
OBSERVER	- Assurez-vous de la sécurité. - Identifiez les personnes ayant clairement des besoins essentiels urgents. - Identifiez les personnes en profonde détresse.
ECOUTER	- Abordez les personnes qui peuvent avoir besoin de soutien. - Demandez-leur quels sont leurs besoins et leurs préoccupations. - Écoutez les personnes, et aidez-les à se calmer.
METTRE EN CONTACT	- Aidez les personnes à répondre à leurs besoins essentiels et à accéder aux services. - Aidez les personnes à gérer les problèmes qu'elles rencontrent. - Transmettez des informations. - Mettez les personnes en contact avec leurs proches et avec un soutien social.

LES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UN SOUTIEN IMMEDIAT PLUS APPROFONDI :

- Les personnes victimes de blessures graves et potentiellement mortelles ayant besoin de soins médicaux d'urgence.
- Des personnes qui sont tellement bouleversées qu'elle ne peuvent plus prendre soin ni d'elles-mêmes, ni de leurs enfants.
- Des personnes qui peuvent se faire du mal.
- Des personnes qui peuvent faire du mal à autrui.

© michel berclaz avril 2019

3.3. Le modèle SAFER de George S. Everly

Il s'agit d'un modèle d'intervention lors d'incident critique, il s'établit sur cinq niveaux :

- Stabilisation / Stimulation réduction (s'assurer d'un environnement sécurisant) ;
- Aknowledgement of crisis / Accueillir (l'événement et les réactions) ;
- Facilitate understanding / facilité la compréhension (donner du sens, aider à comprendre) ;
- Encourage effective coping / Encourager l'utilisation de nos méthodes de faire face ;
- Recovery / Referal / Restoration of indépendant functionning / Récupérer / se reprendre.

STABILISATION

Où l'on s'assure d'un environnement sécure. Les personnes sont rassemblées, en sécurité, dans un lieu (si possible accueillant), à l'abri, au chaud, des boissons, de la nourriture et du réconfort leur sont offerts.

AKNOWLEDGEMENT OF CRISIS / Acceptation / Validation

L'accueil des événements consiste à laisser s'exprimer, écouter les « qui », « quoi » et « quand » de l'histoire des événements. On essaye de ne pas s'attarder sur le « pourquoi » et « comment » qui souvent mènent aux jugements de valeur. Il s'agit de traiter plutôt des faits.

L'accueil des réactions implique d'écouter avec respect et tolérance, les réponses et réactions des personnes impliquées.

FACILITATE UNDERSTANDING / Facilitation

Cette étape consiste à encourager l'expression des émotions pénibles, aider à comprendre l'impact de l'événement critique, donner du sens.

C'est le moment de travailler sur la normalisation des réactions. Cette normalisation ne signifie en rien que l'on dise à la personne que « ses réactions sont normales », mais bien, dans la façon avec laquelle nous les accueillons, de permettre à la personne de réaliser, dans le partage entre personnes impliquées, que chacun à sa façon, plutôt naturelle et attendue, de réagir à une telle situation. Les personnes impliquées devraient pouvoir réaliser que ces réactions sont attribuées à l'impact de l'événement et non à une vulnérabilité ou une fragilité individuelle.

ENCOURAGE EFFECTIVE COPING / Encouragement des méthodes efficace de faire face

Où il s'agit d'identifier les moyens et outils individuels de gestion du stress. Nous accompagnons les personnes impliquées à reconnaître et lister leurs propres méthodes, leurs ressources individuelles et celles des autres protagonistes. Elles peuvent inclure : la gestion du temps, des techniques nutritionnelles, l'évitement d'agents stressants connus, la relaxation, l'exercice physique, etc.

Il s'agit également de nommer les ressources extérieures (familiales, communautaires, philosophiques, religieuses, thérapeutiques).

RECOVERY or REFERAL / Récupération / Restauration ou orientation vers une aide spécialisée

A cette étape il s'agit de s'assurer que la personne va retrouver des conditions de sécurité (habitation, entourage familial ou amical), qu'elle est apte à fonctionner de façon sécure… ou de l'adresser à un lieu d'accueil, de soutien ou de traitement.

© michel berclaz avril 2019

SAFER-R modèle :

Intervention progressive, pas-à-pas

STABILISATION	
- Protéger la personne, - Diminuer la surcharge émotionnelle, - Offrir un sentiment de sécurité (physique et psychologique, - Évaluer l'état mental.	- Mise en sécurité physique ; - Protéger des stimulations et des interférences, - Répondre aux besoins de base (boisson, nourriture, toilettes, hygiène ; - Se présenter, présenter votre organisme et la procédure, assurer de votre confidentialité ; - Négocier les règles de respect et éventuellement de la durée de l'intervention.
ACCEPTATION / VALIDATION	
- Réduire la charge émotionnelle, - Diminuer le niveau d'excitation, - Identifier ce qui a été le plus pénible pour chaque personne.	- Accueillir les paroles, laisser parler librement, écouter ce qui est dit, sans questionner ; - Accueillir les réactions (si possible sans chercher à les réduire) ; - Permettre la ventilation cathartique, focaliser sur les faits ; - Pas d'analyse ou d'interprétation, éviter les conseils.
FACILITER LA COMPREHENSION	
- Permettre la compréhension des faits et des réactions, - Donner du sens, - Normaliser les réactions (ne signifie pas dire qu'elles sont normales, mais montrer par nos paroles et nos comportements qu'elles ne nous surprennent pas).	- Permettre à la personne d'exprimer ses réactions et ses pensées ; - Encourager-la à considérer ses réactions comme naturelles, voire utiles, attendues ; - Partager les informations, donner des informations validées si disponibles ; - Discuter les éventuelles réactions attendues dans un futur proche (éviter de donner des leçons ou les effets de suggestion).
ENCOURAGER LES METHODES EFFICACES DE FAIRE FACE	
- Accroitre les méthodes efficaces d'adaptation, à court et moyen terme, - Développer des plans d'action pratiques pour les heures et les jours à venir.	- Lister les moyens habituellement efficaces de faire face pour les personnes ; - Promouvoir le bien-être (gestion du temps, nutrition, l'évitement d'agents stressants connus, relaxation, exercice physique, hygiène, etc.) ; - Identifier les ressources personnelles, familiales, sociales, communautaires disponibles ; - Informer sur les organismes de soutien (administratifs, logistiques, droit, médical et psychologique).
RECUPERER – RESTAURER LE FONCTIONNEMENT – RE-ORIENTER	
- Restaurer un équilibre suffisant, - Retourner à la maison, - Retourner au travail (bonnes conditions), - Ré-orienter vers une aide supplémentaire si nécessaire, - Se quitter (avec un éventuel rdv agendé).	- Préparer le retour à la maison, mettre en contact avec les proches ; - Résumer les plans pour les heures et jours à venir ; - Évaluer et discuter les mises en place nécessaire pour la reprise du travail ; - Orienter ou organiser un soutien supplémentaire si nécessaire (autre rdv, organismes d'aide et de soutien, psychothérapeutes, etc.).

© michel berclaz avril 2019

3.3. Les tâches du soutien immédiat

Le rôle et la mission d'un groupe d'assistance dépendent fortement de l'intégration de cette structure dans l'organisation générale des secours et du soutien. En effet, en fonction de l'ampleur de l'incident critique, de l'organisation du plan catastrophe du canton principalement impliqué, du niveau de préparation et du style d'administration de la crise de cette région entre autres, cette mission peut se montrer très variable.

Sa tâche particulière réside dans le soutien social, psychologique, logistique, administratif et parfois même financier sur le court, moyen terme. Cette tâche peut impliquer l'accueil des survivants, des parents de personnes impliquées, et de l'encadrement des familles. De manière générale, le groupe d'assistance est chargé de veiller aux besoins des personnes impliquées et de leurs familles.

Besoins des personnes impliquées

Des événements récents ont permis de constater que les personnes impliquées ont toujours des attentes similaires vis-à-vis de l'organisation de prise en charge. Elles désirent avant tout:

- **avoir des nouvelles de leurs proches ;**
- **s'y retrouver dans le chaos ;**
- **pouvoir s'appuyer en continu sur un service d'assistance / un centre de prise en charge ;**
- **obtenir des informations de première main d'une personne compétente ;**
- **prendre contact avec les victimes, à l'hôpital, au lieu d'accueil, etc.**
- **se rendre le plus proche possible du lieu de l'accident ;**
- **avoir leur sphère privée, leur environnement protégés ;**
- **obtenir un hébergement, de la nourriture et des boissons ;**
- **être aidées face aux problèmes financiers, conformément aux directives de la cellule de crise ;**
- **être comprises du point de vue culturel et religieux ;**
- **parler leur propre langue ;**
- **être consultées, associées aux décisions importantes.**

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

© michel berclaz avril 2019

Les tâches du soutien psychosocial :

- ❑ sécuriser (lieu) : se protéger avant d'aider, mettre les personnes à l'abri ;
- ❑ parler : prise de contact ;
- ❑ protéger : réduire les stimuli ;
- ❑ soutenir : proposer une structure, soutien émotionnel ;
- ❑ si nécessaire : organiser un soutien psychologique plus conséquent.

- se présenter (nom et organisation),
- orienter et expliquer nos tâches et fonctions,
- se renseigner sur l'état actuel général de la personne,
- répondre aux besoins de sécurité et de confort,
- récolter les informations nécessaires,
- procurer des informations utiles (sur la situation, l'organisation, des contacts variés)
- se montrer visible et disponible,
- relever les noms, adresse et no de téléphone de la personne,
- relever les noms des personnes de contact (victimes ou survivants recherchés, familles),
- amoindrir la confusion,
- favoriser l'autonomie,
- soutien et accompagnement,
- évaluation et activation des ressources individuelles et collectives,
- évaluation de la détresse et ses conséquences,
- encourager les relations d'entraide.

Tâches et objectifs de l'intervention :

- **évaluation :** de la situation
  de l'état des personnes impliquées
  des ressources disponibles
  des besoins immédiats
- **mobilisation des ressources :** 1) individuelles
  2) familiales
  3) et sociales
- **collaboration avec les différents intervenants, organismes et institutions pour un choix de stratégies le plus pertinent possible.**
- **contact pour un éventuel suivi.**
- **analyse et évaluation des démarches entreprises.**

© michel berclaz : janvier 2004

3.4. Comportement et communication à adopter

Indications sur le comportement à adopter avec les personnes en situation de détresse psychique aiguë :

situations	comportement / réactions de l'intervenant
incertitude	Tenir bon, ne pas vouloir rassurer à tout prix tant que l'on n'est sûr de rien.
désarroi, désorientation, perte du sens de la réalité	Mettre en place des structures claires, donner un sentiment de sécurité, plus par le comportement que par le discours ; « trier » les problèmes, clarifier une chose après l'autre.
état de choc, immobilité, mutisme	Être là tout en gardant une certaine distance.
peur, anxiété	Laisser verbaliser, écouter attentivement.
agitation, hyperactivité, panique	Ne pas laisser contaminer, rester calme, tenter d'apaiser plus par le comportement que par le discours.
refus d'admettre la réalité, négation de l'événement	Essayer de comprendre, ne pas essayer de contredire, de corriger la vision des faits.
méfiance, refus de toute aide	Essayer de comprendre, ne pas le prendre personnellement, ne pas s'imposer.
colère, recherche de coupables	Supporter l'agressivité, ne pas appuyer les accusations et ne pas défendre non plus les accusées.
sentiment de culpabilité	Laisser s'exprimer, essayer de comprendre, ne pas vouloir corriger dans l'immédiat.
auto-agressivité	Essayer de protéger la personne d'elle-même, utiliser éventuellement la manière forte pour l'empêcher de se faire du mal, la conduire dans un lieu isolé et calme.
tendance à la fugue, désir de s'échapper	Tenter de raisonner la personne, de la motiver à rester ou alors lui céder ; l'empêcher toutefois de conduire elle-même un véhicule si elle est dans l'incapacité de le faire.
question sur le pourquoi	Ne pas répondre, mais ne pas être sourd au cri de détresse derrière la question, tenir bon.
pleurs, cris, tristesse, profonde douleur	Laisser s'exprimer la douleur, offrir sécurité et protection, une présence attentive et rassurante.

L'OFPC tire ce tableau de : R. Albisser, Seelsorger (aumônier), Lucerne, 1998

© michel berclaz avril 2019

3.5. La méthode d'écoute active

La pensée rogérienne est communément acceptée comme ouverte et non dogmatique. Sa théorie repose sur la prémisse de la positivité du développement humain. La personnalité y est considérée en son fond comme une tendance à l'intégration de ses différents éléments, à l'actualisation de soi, à la relation avec autrui. Cette théorie repose également sur l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'autre. De sa pratique ont été développées des techniques d'entretien connues sous le nom *d'écoute active*. Elles comprennent notamment :

La reformulation – reflet : où l'un des interlocuteurs est ressaisi avec des mots équivalents, sans rien ajouter au contenu et sans jugement ni interprétation d'aucune sorte (dans la mesure du possible).

La reformulation comme rapport inverse : où il s'agit de faire ressortir le contenu latent d'un discours de façon à renvoyer le client à lui-même autant qu'à son discours.

La reformulation – clarification : qui aide le sujet à retenir l'essentiel de son discours. Elle porte sur une partie du discours paraissant central, ou relève le "leitmotiv" de l'interlocuteur.

Les questions ouvertes et les « relances » (dites moi plus sur…, hum hum, etc.)

Les messages en « je », parler de ce que l'on perçoit, pense.

Utilisation de l'état du Moi Adulte (AT), se positionner d'égal à égal, se centrer sur le problème.

L'identification des émotions et la compréhension empathique :

- ⇨ comprendre par l'intérieur ce que l'autre éprouve ;
- ⇨ vérifier et communiquer ce que nous avons compris ;
- ⇨ offrir une présence chaleureuse et solide plutôt qu'un discours.

L'empathie, cette capacité de comprendre comment l'autre perçoit, découvre et invente ses mondes intérieurs et extérieurs, nous la pratiquons tous. L'ennui c'est que souvent nous nous trompons dans nos estimations. Nous supposons que ce qui se passe dans la tête des autres est identique à ce qui se passe dans la nôtre.

L'authenticité : elle correspond à la capacité d'être vrai et d'exprimer avec honnêteté, lorsque l'intervenant estime pertinent de le faire, ses émotions, sentiments, images, fantasmes, pensées et hypothèses.

Le sens de l'immédiat : il s'agit de la qualité permettant à l'intervenant de réagir aux éléments qui surviennent entre lui et le soigné dans la relation ici et maintenant. Intimement relié à la confrontation, nous partons ici de l'idée que les aléas de la relation de l'individu avec son milieu ont de très fortes probabilités de se retrouver dans notre relation avec lui. Dans ce sens, ramener la problématique entre lui et nous, permet un net enrichissement de la compréhension pour les deux interlocuteurs. Il va sans dire que l'authenticité, ici, garde toute son importance tant il est vain d'imaginer amener le sujet à contacter ses émotions et clarifier ses pensées si nous ne faisons pas de même avec lui (faire ce que je dis et non ce que je fais).

La confrontation : elle correspond à une demande spécifique faite à l'interlocuteur afin qu'il examine certains aspects de son comportement qui sont en discordance ou en contradiction avec ce qu'il dit ou fait. Elle doit tenir compte des aspects verbaux, para-verbaux et non verbaux de la communication.

Supporter et utiliser les pauses et les silences.

Éviter les jugements de valeurs, morale et désapprobation, la banalisation comme la dramatisation.

© michel berclaz avril 2019

Éléments de réflexion sur le thème de «l'écoute» *

1. Adaptez-vous à votre interlocuteur.

Tenez compte du fait que votre interlocuteur se trouve dans une situation particulièrement éprouvante. Souvenez-vous cependant que pour accomplir votre mission de prise en charge, il faut de l'empathie et non pas de la pitié.

2. Ne parlez pas.

On ne peut pas écouter lorsqu'on est soi-même en train de parler. La présence, tout simplement, est souvent la forme de communication la plus appropriée.

3. Mettez votre interlocuteur à l'aise

Créez un environnement «détendu». Faites attention à votre posture. Proposez-lui quelque chose à boire.

4. Montrez que vous voulez écouter.

Montrez à la personne en face de vous que cela vous intéresse réellement d'écouter ce qu'il / elle a à dire. Lorsque vous n'avez pas compris quelque chose, posez des questions.

5. Écartez les sources de diversions.

Fermez les portes, les fenêtres. Éteignez votre portable momentanément. Ne faites rien d'autre – par exemple, feuilleter des dossiers ou dessiner.

6. Faites preuve de patience.

Lorsque vous êtes confrontés à un interlocuteur faisant preuve d'un important besoin de communiquer, ne perdez pas patience. A l'inverse, laissez également place aux moments de silence. Il ne doit pas remarquer que vous êtes pressé par le temps.

7. Maîtrisez-vous.

Essayez de rester calme, même si vous n'êtes pas d'accord avec ce qui est dit pour l'instant. Vous aurez certainement l'occasion de donner votre avis – si tant est que cela soit nécessaire…

8. Ne vous laissez pas provoquer par des reproches ou des critiques. Gardez votre calme.

Dites-vous : « J'ai une mission à remplir et c'est de cela dont il s'agit ».

9. Posez des questions.

Cela encourage votre interlocuteur et lui prouve votre intérêt. Les questions ouvertes lui permettront de mettre en mots ce qu'il ressent et ce qu'il pense.

10. Et encore une fois : soyez à l'écoute !

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

© michel berclaz avril 2019

Le travail d'accueil et d'assistance veille à diminuer chez la personne : la confusion, de débordement émotionnel et l'impuissance :

Confusion	Débordement émotionnel	Impuissance
Présentation, introduction. Orientation sur le type d'intervention Informations concernant les causes, le déroulement des événements, compréhension technique et organisationnelle. Explications, descriptions et clarifications. Orientation dans le temps et l'espace. Orientation quant aux procédures à suivre. Redondance et répétition. Éviter les amalgames entre les événements passés et la situation actuelle. Distinction entre peurs, besoins, attentes et désirs.	Protection physique, sécurité et confort. Offrir un « contenant » propre à accueillir avec respect le vécu de chacun. Favoriser la représentation et la pensée. Normalisation des réactions. Éviter la banalisation comme la dramatisation. Permettre aux personnes de définir leurs besoins en particulier en ce qui concerne leur sécurité.	Accompagner la personne dans l'acceptation du sentiment d'impuissance. Permettre à la personne de s'octroyer le pardon. Permettre à la personne de se donner la permission « d'aller mal ». Mobilisation des ressources personnelles et sociales. Mobilisation des capacités à faire face. Donner un maximum de contrôle et de maîtrise à la personne. Engager les participants à reprendre leurs rôles et fonctions sociaux et professionnels.

Mobilisation des ressources : il s'agit là d'aller à la recherche des ressources personnelles, individuelles et sociales. Nous pouvons aller chercher dans l'histoire de la personne, au fil de ses expériences, les capacités à faire face et à gérer de telles situations. Nous allons relever, au cours de la situation, les comportements adaptatifs présentés et les valider. Nous allons lister l'ensemble des stratégies et ressources individuelles, groupales et sociales à disposition.

Donner un maximum de contrôle et de maîtrise : confronté à des individus généralement très désemparés ainsi qu'à son propre sentiment d'impuissance tant à l'égard de l'événement passé qu'à celui de la souffrance des personnes, l'intervenant présente de très forts risques de se montrer hyperactif, sur-protecteur, déresponsabilisant, en résumé d'en "faire trop". Ce faisant, il augmente involontairement le sentiment d'impuissance des personnes, et les place en position de dépendance. Il s'agit plutôt de permettre à la personne de mobiliser ses compétences, de lui donner le plus de maîtrise et de contrôle sur sa vie. Cet aspect est extrêmement complexe. Lorsque l'intervenant en fait trop, il éveille la gratitude et le sentiment d'être aidé et soutenu, alors que, lorsqu'il est quelque peu en retrait et plus stimulant, il génère souvent de la colère chez les survivants et leurs familles. Par ailleurs, une attitude par trop inscrite dans l'expectative de la part de l'intervenant peut s'avérer totalement inadéquate lorsque les personnes impliquées n'ont plus la possibilité de contacter leurs capacités à faire face, utiliser leurs ressources voire même demander l'aide nécessaire. Il s'agit donc de trouver la juste mesure entre présenter le soutien nécessaire et faire à la place de la personne. Cela consiste également à supporter de ne pas être toujours vécu comme "suffisant" par les victimes. Finalement, en faire trop ou pas assez pourrait bien être en lien avec les mécanismes de défense de l'intervenant, l'évitement ou le passage à l'acte relié au sentiment d'impuissance vécu par ce dernier face à l'inéluctable de la situation. Dans ce sens, travailler dans l'aide aux victimes implique des compétences étendues dans la gestion de ses émotions ainsi que de ses propres réactions. C'est particulièrement en cela qu'un travail sur soi, une formation psychothérapeutique et de nombreuses supervisions se montrent utiles, peut-être nécessaires, voire indispensables.

© michel berclaz avril 2019

3.6. Check list pour l'intervention d'assistance macro-sociale

Après l'alerte

- ☐ Se concentrer, faire le point. Comment je me sens – suis-je prêt pour une intervention ?
- ☐ Organisation de notre environnement professionnel et familial.
- ☐ Choisir une tenue et des chaussures appropriées.
- ☐ Papiers (carte de légitimation de l'organisation, carte d'identité, permis de conduire).
- ☐ Médicaments (à usage personnel uniquement), lampe de poche, de quoi écrire.
- ☐ Moyen de communication – téléphone portable **avec** chargeur.
- ☐ Mouchoirs en papier, chocolat, bonbons ou autres.
- ☐ Parcourir et emporter les documents / check-lists.
- ☐ Partir suivant l'appel, organiser le transport le plus adéquat jusqu'au point de contact.

Après l'arrivée au point de contact

- ☐ Procurer des informations vérifiées auprès de l'appelant ou du coordinateur d'intervention.
- ☐ Qui sont les personnes touchées ? (nombre, cultures, langues)
- ☐ Qui est responsable de quoi ? (structure d'organisation de l'intervention)
- ☐ Quelle est ma mission ? Quelles sont mes compétences pour cette intervention ?
- ☐ Procurer une liste téléphonique et une liste de contacts.
- ☐ Prendre et garder du recul.

En cours d'intervention

- ☐ Moins signifie souvent plus
- ☐ Agir de préférence avec retenue – pas «d'assistance agressive».
- ☐ Écouter plutôt que parler.
- ☐ Laisser venir à soi les personnes touchées, simplement «être là».
- ☐ Répondre aux besoins des personnes accompagnées.
- ☐ Soutenir la personne dans ses recherches de solutions.
- ☐ Si nécessaire, suggérer des alternatives.
- ☐ Prendre garde à ses propres limites. Demander du soutien suffisamment tôt.
- ☐ Ne transmettre que des informations ayant fait l'objet d'une vérification – pas de conjectures. Respecter les règles de déclaration officielle.
- ☐ Ne pas oublier que dans les situations exceptionnelles, tous les comportements peuvent être attendus.
- ☐ Prendre ses propres besoins au sérieux (se reposer, boire, manger, être encadré par le chef de groupe, obtenir des informations, etc.).
- ☐ Pas de contact physique avec les personnes prises en charge sans leur autorisation.
- ☐ Noter les noms des personnes accompagnées ainsi que les principales actions menées et ce qui a été convenu.
- ☐ Respecter la confidentialité des données et la protection de la vie privée.
- ☐ Attention : je fais partie d'une équipe – pas d'action individuelle non coordonnée.
- ☐ Prendre régulièrement contact avec la direction des opérations – comptes-rendus sur la situation, participation aux briefings et rapports.
- ☐ Pas de contact avec les médias sans le consentement de la direction des opérations.

Après l'intervention

- ☐ Noter les principales actions et les tâches non achevées dans le rapport d'intervention.
- ☐ Entretien de liaison lorsque quelqu'un d'autre poursuit la prise en charge.
- ☐ Entretien / réunion sur l'intervention avec le groupe d'intervention.
- ☐ Signaler ses disponibilités pour le(s) groupe(s) d'intervention qui prendront la relève.
- ☐ Utiliser les possibilités de désamorçage, de débriefing.
- ☐ Faire quelque chose de bien pour soi.
- ☐ Ne pas perdre de vue l'état dans lequel on se trouve – demander un soutien si nécessaire.
- ☐ Mettre un terme au contact avec les personnes prises en charge en connaissance de cause.

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

© michel berclaz avril 2019

4. LE SOUTIEN SPIRITUEL

4.1. De l'aumône au soutien spirituel (Maurice Gardiol)[1]

Pour comprendre la place et le rôle des accompagnants spirituels aujourd'hui, il nous paraît intéressant de rappeler brièvement **l'évolution du concept d'aumônerie**.

Dans la plupart des religions, le souci des pauvres, des exclus, de la veuve et de l'orphelin ou des victimes de violences et d'injustices fait partie des attitudes fondamentales attendues des croyants. Ainsi lisons nous dans la Bible hébraïque :

Le SEIGNEUR, votre Dieu, est le Dieu des dieux, le Seigneur des seigneurs, le Dieu grand, vaillant et redoutable, qui ne fait pas de favoritisme et qui n'accepte pas de pot-de-vin, qui défend le droit de l'orphelin et de la veuve, qui aime l'immigré et lui donne du pain et un manteau. Vous aimerez l'immigré, car vous avez été des immigrés en Égypte. *(Deutéronome 10.17-19)*

Parmi les 5 piliers de l'Islam, la *Zakât* est un don fait au pauvre en signe de partage et de solidarité. Cette « aumône » n'est pas considérée comme un appauvrissement mais bien comme un enrichissement.

Dans le sutra de Vimalakirti, l'un des principaux sutras du bouddhisme mahayana, celui-ci s'adresse à Mahakashyapa, nourriture. « Révérend Mahakashyapa, si, par cette unique boulette de nourriture tu peux combler tous les êtres et faire offrande à tous les Bouddhas et à tous les patriarches, alors ensuite tu pourras manger toi-même. » Ainsi le bodhisattva parcourt le chemin de l'éveil. De nombreuses autres histoires des traditions orientales évoquent l'importance pour chacun de prendre en compte les souffrances et les manques de celles et de ceux qu'il croise sur son chemin de vie.

Selon Maïmonide[2], voici les devoirs qui selon la loi juive n'ont pas de limites *: l'abandon de l'angle du champ aux nécessiteux lors de la moisson ; le sacrifice lors des visites au Temple et à l'occasion des fêtes de pèlerinage ; les actes de charité et l'étude de la Torah.*

Cela met d'une certaine manière en évidence que dans les diverses traditions religieuses, le don véritable est un échange où chacun se trouve reconnu dans sa dignité et non pas, comme l'écrivait Anatole France, quelque chose qui « avilit à la fois celui qui la reçoit et celui qui la donne ».

Pour les Églises chrétiennes, leur engagement aux côtés des « victimes » s'enracine dans ce qui est au cœur du message de l'Évangile, tout en reconnaissant que le christianisme n'a pas le monopole de la charité. Il est intéressant de constater que l'un des textes les plus connus qui évoque notre responsabilité envers les victimes met en scène un Samaritain qui agit de la manière juste envers un blessé alors que les gens bien religieux passent à côté de lui et ne se soucient pas de son sort !

Évolution du concept au cours des siècles

Cet engagement a évolué au cours des siècles. De la pratique d'une charité individuelle ou à l'intérieur des communautés, il s'est peu à peu adapté aux changements sociaux et culturels intervenus dans la vie des pays et des cités, en tentant aussi de faire face à de nouvelles formes de précarités suite à des guerres, des épidémies et diverses formes d'exclusion.

Au 16ème siècle Calvin à Genève, St-Vincent de Paul en France organisent l'aide aux personnes démunies en créant des institutions d'entraide (L'Hôpital Général à Genève, L'Œuvre des enfants trouvés à Paris) pour lesquelles des personnes sont formées dans le cadre de ministères spécialisées (les diacres) ou de congrégations (les Filles de la Charité)

La souffrance, la pauvreté et même certaines maladies, ne sont plus considérées seulement comme un destin inéluctable ou pire encore comme le résultat d'un péché ou d'une faute personnelle. Les causes économiques et sociales d'un certain nombre d'injustices commencent à être mises en évidence. En conséquence, il ne s'agit plus seulement de faire l'aumône et de bonnes œuvres, mais aussi de travailler pour plus de justice sociale[3].

---

[1] Diacre de l'Eglise protestante de Genève, coordinateur du groupe inter-religieux de soutien spirituel en cas de catastrophe.

[2] Médecin, théologien et talmudiste espagnol (1135-1204)

[3] Voir à ce sujet le remarquable travail du Professeur André Biéler sur la Pensée économique et sociale de Calvin. L'encyclique « Rerum Novarum » (1891) du Pape Léon XIII viendra pour sa part inauguré toute une réflexion autour de la doctrine sociale de l'église cathomique.

© michel berclaz avril 2019

Plus tard, suite aux nouvelles formes d'urbanisation entrainées par la révolution industrielle, avec le développement des sciences et des connaissances, d'autres changements interviennent et de nouveaux défis doivent être relevés pour lesquelles des formations plus professionnelles sont nécessaires. Peu à peu l'assistance et la bienfaisance font place à l'action sociale. A Genève, comme ailleurs en Occident les Églises, ou tout au moins certains de leurs membres, jouent un rôle important dans la création d'Écoles d'infirmières et d'Écoles de service social. C'est aussi pour répondre aux besoins sociaux toujours plus complexes que sont créés au milieu du XXème siècle des services spécialisés tels que Caritas ou les Centres Sociaux Protestant. Ces services viennent compléter ce qui est mis en place par l'État.

Dans d'autres cultures aussi les communautés religieuses ont toujours eu un rôle social important en développant des solidarités, des réseaux d'entraide et des interventions de secours en situation d'urgence.

En pensant ce que nous tentons de faire aujourd'hui au sein des équipes de soutien spirituel d'urgence, impossible de ne pas mentionner le rôle d'Henri Dunant, à la fois l'un des premiers animateurs des Unions chrétiennes de jeunes gens (YMCA en anglais !) et l'un des fondateurs de la Croix-Rouge après le choc vécu lors de sa visite sur les champs de bataille de Solférino.

Les aumôneries au défi de l'interdisciplinarité

Les aumôneries, que ce soit dans les prisons, dans les hôpitaux, mais aussi dans les ports et les aéroports, ont aussi vécu de profonds changements. Il fut un temps, avant la séparation entre Églises et État, où elles étaient intégrées dans la direction des institutions concernées [4].

Dans une société sécularisée et un État laïc elles ont été le plus souvent cantonnées dans un rôle en marge des autres activités « techniques » ou « scientifiques » de ces mêmes établissements. Les aumôneries étaient alors surtout centrées sur la « visite » et sur les soutiens et réconforts que la religion pouvait offrir, par la prière et les sacrements, aux adeptes de telle ou telle croyance[5].

Dans les années 1980, en particulier avec le développement des soins palliatifs, nous avons pu constater une prise de conscience sur l'importance **d'intégrer le « spirituel » aux soins**. Et ceci pas seulement pour des personnes se réclamant de telle ou telle religion, mais plus globalement à l'être humain qui de diverses manières a des ressources et des questions d'ordre spirituel.

C'est ce que reconnaît l'Organisation mondiale de la santé lorsqu'elle définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[6]. C'est à partir de cette prise de conscience que certains auteurs iront jusqu'à écrire que « les établissements qui négligent la dimension spirituelle dans leur énoncé de mission ou dans leur prestation de soins quotidiens risquent de n'être que des garages biologiques où les patients sont réparés ou remplacés »[7].

Cette nouvelle approche demande aux soignants d'accepter la présence à leurs côtés d'autres acteurs aptes à les aider à mettre en évidence cette dimension particulière de la spiritualité dans nos existences. Comme le souligne François Rosselet, aumônier dans un centre de soins palliatifs : « *L'intégration consciente de la dimension spirituelle dans notre prise en charge va effectivement et concrètement modifier notre façon de voir ces personnes. Notre regard et notre attitude peuvent-ils intégrer les quatre dimensions du corporel, de l'émotionnel, du psychique et de l'ontologique ? Peut-on imaginer voir ce regard faire place consciemment aux dimensions de la contemplation, de la communion, de cet au-delà de l'humain qui donne à l'humain son véritable statut ?* »[8]

---

[4] Jusque dans la première moitié du 20ème siècle bien des hôpitaux furent créés et dirigés par des communautés religieuses !

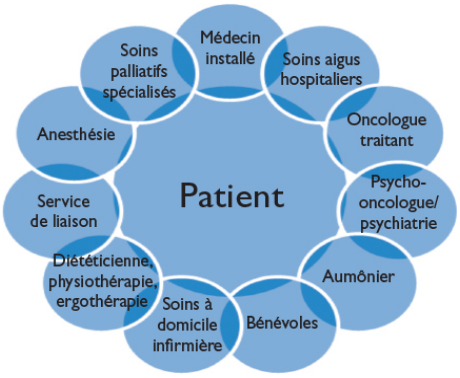
[5] Voir la présentation de Cosette Odier dans sa conférence : https://vimeo.com/user32213068/review/193026694/db34d5507d

[6] *Constitution de l'OMS*, chap. 1

[7] Gibbons J.-L. et Miller S., *An image of Contemporary Hospital Chaplaincy, Journal of pastoral care,* 1989 43(4), 355.

[8] Rosselet F., *Prise en charge spirituelle des patients : La neutralité n'existe pas*, Revue Médicale de la Suisse romande, No 122, 2002. Ces deux citations ont été rapportées dans le Travail de Mémoire de La Framboise D., *Quelle place pour la spiritualité dans nos hôpitaux ? Une analyse des pratiques de la pastorale de la santé dans le Canton de Vaud*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, 2004

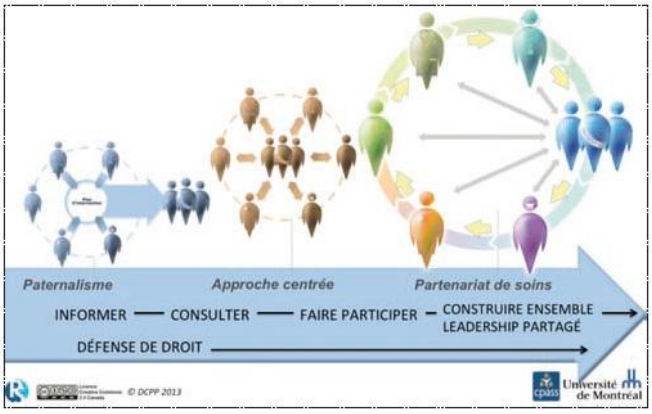
© michel berclaz avril 2019



Une approche qui exige aussi des aumôniers et des bénévoles travaillant dans les aumôneries, une professionnalisation et des formations spécifiques leur permettant de communiquer et de collaborer sur le terrain avec des professionnel-les d'autres disciplines. Cela entraîne beaucoup de questions et de résistances de part et d'autre et oblige de sortir de sa « zone de confort » trop cantonnée dans un seul secteur et un seul champ de compétence que je pense maitriser. Le schéma ci-contre, certes de manière bien intentionnée, met le patient au centre afin de mettre en évidence l'importance de décloisonner les pratiques des différents acteurs,

Mais ne faudrait-il pas envisager de mettre le patient plutôt dans le cercle thérapeutique ? Une proposition faite en particulier par l'ethnopsychiatrie et que l'on retrouve aussi dans un modèle étudié par un groupe de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

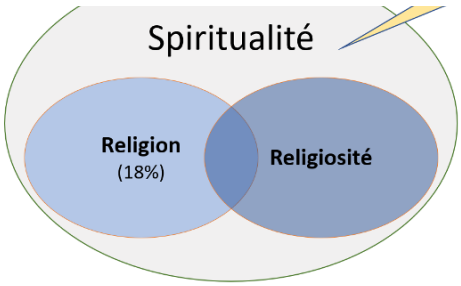
Un tel modèle me semble particulièrement intéressant dans un accompagnement de personnes vivant un choc traumatique puisque ces personnes ne doivent pas non plus être considérées comme des malades !



Religion – Religiosité – Spiritualité et soutien ou accompagnement spirituel

Une autre question s'est posée vu les changements intervenus, tant pour les aumôniers que pour les soignants ou d'autres acteurs concernés par diverses formes d'accompagnement : Quelle définition donner aux « besoins spirituels et religieux » ?

Cosette Odier, pasteure et formatrice en éducation pastorale clinique au CHUV pendant de nombreuses années, cite dans un article plusieurs auteurs qui en donnent des descriptions diverses. Le flou dans les définitions des termes « religion », « religiosité » et « spiritualité » ainsi que la façon de concevoir les relations entre eux expliquent en partie la difficulté qu'il y a eu pendant longtemps de prendre cette problématique vraiment au sérieux dans les soins ou dans le travail social par exemple.[9]



Cela n'empêche que plusieurs de ces lieux commencent aujourd'hui à réaliser l'intérêt de prendre en compte les ressources ou les détresses spirituelles des personnes rencontrées et accompagnées. Cela donne des résultats encourageants et permet de se poser de nouvelles questions ensemble, importantes pour les uns et pour les autres. A titre d'exemple voici ce que Cosette Odier dit en conclusion de son article :

> Dans les soins, il est évidemment indispensable de pouvoir maîtriser beaucoup pour espérer améliorer l'état de santé de ceux et celles qui se confient au système de soins. Maîtriser l'accès aux examens qui permettront de poser un diagnostic, maîtriser les traitements pour qu'ils donnent les résultats escomptés, maîtriser les effets secondaires, maîtriser le mieux possible l'organisation de son travail et de celui de ses collaborateurs et collaboratrices, maîtriser les coûts de la santé.

[9] Odier C., *Accompagnement spirituel ou faire passer un chameau pour le trou d'une aiguille*, ans la revue Frontières (Québec).

© michel berclaz avril 2019

Aborder la dimension spirituelle des soins nécessite pourtant d'accepter de lâcher cette maîtrise, au moins pour un temps. Aller à la rencontre de l'autre dans son mystère, apprendre à connaître ses références, ses croyances, découvrir avec lui ses ressources du moment, oblige de ne pas s'offusquer des contradictions de pensées, de sentiments.

Vivre ensemble la peur et la confiance, le doute et la foi, la colère et l'espérance, le sentiment d'abandon et la conviction de la présence du Tout Autre n'est pas rare dans le cadre de références spirituelles. Pour les croyants, avoir placé sa confiance en Dieu n'exclut pas la peur de l'incertitude, le doute passager n'empêche pas de vraiment compter sur le don de la paix et de la foi renouvelée. Le croyant peut crier sa colère à son Dieu quant à l'injustice de ce qui lui arrive avec la confiance que son cri a été entendu et que de nouveaux paysages s'ouvriront à lui. Il fait vivre ainsi à l'accompagnant bien des paradoxes.

Le sens donné à la souffrance est emblématique. Les résultats de travaux de recherche pour soulager les douleurs physiques ou psychiques permettent aujourd'hui d'exiger de tout soignant une attention soutenue afin de ne pas laisser des patients « souffrir inutilement ». Par ailleurs, quiconque se retourne sur sa vie avec sérénité doit souvent reconnaître que les périodes de son existence qui ont été les plus difficiles, celles où la souffrance a été au rendez-vous, ont été les périodes de plus grande transformation, de maturation, voire même de libération. Nous ne pouvons qu'accepter ce paradoxe : il est nécessaire de faire ce qui est en notre pouvoir de soignants pour soulager ceux et celles que nous soignons, mais sachons aussi que l'expérience douloureuse que nous traversons avec eux peut comporter les germes de maturation et de croissance spirituelle.

Suivant les lieux et les circonstances, le travail des aumôneries ne peut être envisagé aujourd'hui sans des liens et des **collaborations œcuméniques, voire interreligieuses**. Il n'est en effet pas ou plus possible d'imaginer dans des établissements hospitaliers ou dans d'autres institutions des chapelles réservées pour chacune des confessions. Mais surtout, nous ne savons jamais quelles sont les appartenances ou les convictions des personnes que nous allons rencontrer ou qui font appel à nous.

Ces liens et ces collaborations nécessitent des reconnaissances et une confiance réciproque. Elles nous permettent aussi de mettre en commun des compétences et des ressources diverses auxquelles nous pouvons faire appel en cas de besoin.

A Genève depuis plus de 25 ans la Plateforme interreligieuse a mis en place des espaces permettant de se connaître par un dialogue exigeant et sans complaisance. Les relations ainsi tissées ont permis des réalisations communes, telles que le « calendrier interreligieux ». Mais elles nous ont aussi donné la capacité d'intervenir ensemble et de diverses manières dans des situations d'urgence.

Les collaborations interdisciplinaires dans divers lieux hospitaliers, mais aussi dans les lieux de détention ou dans le cadre de l'aumônerie œcuménique auprès des réfugiés et à l'aéroport ont aussi permis d'établir les liens nécessaires avec les divers partenaires du Groupe de Soutien d'Urgence (GSU) au sein de la cellule Accueil et identification du Plan ORCA-Genève.

En organisant des formations avec plusieurs d'entre eux et en collaborant avec Michel Berclaz[10] pour la rédaction de son manuel de formation, nous avons partagé nos réflexions et nos pratiques rendant ainsi possible une collaboration entre « psy » et « spi » au sein du GSU. Voici ce qu'il nous a dit à ce sujet lors d'une présentation de son manuel **« Traumatisme et intervention, le soutien psychosocial et spirituel[11] » :**

> *A mon sens, **l'intervention immédiate et post-immédiate est très clairement sociale et spirituelle**, d'où le titre. Je crois que si on intervient en de telles circonstances pour faire de la psychothérapie, de la thérapie ou de la clinique, on va droit à l'échec[12]. Ce n'est pas le bon moment, ce n'est pas le bon lieu pour le faire. Donc, la question qu'on pourrait se poser c'est : est-ce que ça vaut le coup d'envoyer les psys là-bas ? On peut se poser la question….*

[10] Membre de l'Association genevoise des psychologue et formateur en psychologie d'urgence
[11] http://www.psyurgence.ch/fr/images/aspur2019.pdf
[12] Note de l'auteur : En ce qui concerne la présence des « religieux » nous pourrions dire la même chose : Il serait déplacé d'intervenir en de telles circonstances pour faire du prosélytisme, une prédication, de la morale ou une propagande religieuse quelconque.

© michel berclaz avril 2019

Ce qui fait Ce qui fait qu'aujourd'hui nous devons faire des plans catastrophes est probablement une des conséquences de l'urbanisation et le fait que la solidité des tissus sociaux s'est défaite avec elle. Moi, dans mon petit village, quand la maison de quelqu'un brûlait, la personne allait chez les voisins, le maire allait faire le tour de tous les gens de la région pour voir si on trouvait un relogement possible. Si une vieille dame dans la détresse n'arrivait plus à faire ses impôts, c'est l'épicière du coin qui allait lui aider à remplir ses impôts. S'il y avait un problème dans le couple, on allait chez le pasteur ou chez le curé et on essayait de gérer ça. Et donc on n'avait pas de spécialisation dans "en quoi j'aide quelqu'un". C'est le tissu social qui gérait ça.

Être une personne victime consiste en cesser, pour un moment, d'être le sujet de notre existence, pour devenir l'objet des forces de la nature, d'un accident industriel ou des mauvaises intentions d'un individu par exemple. Passer de l'objet d'un individu mal intentionné à celui d'une personne bien intentionnée est certainement une amélioration, toutefois cela ne sort pas la personne victime de son état d'objet. Par ailleurs, être la cible de groupes professionnels ou religieux dont on deviendrait l'enjeux fait de la personne victime, pour l'intervenant, l'objet de ses convoitises. Dans ce sens, notre action doit viser à redonner à la personne rencontrée son autonomie, le plus de contrôle possible, la liberté de ses choix... que nous nous efforcerons d'éclairer si nécessaire. C'est le devoir d'un groupe social, quel qu'il soit, d'entourer des personnes dans une telle situation, de former des accompagnants qualifiés pour intervenir. D'où le terme de ***social****.*

Et ***spirituel*** *pour la simple et bonne raison que les questions qui se posent dans ces moments-là sont des questions existentielles, auxquelles les psys n'ont pas de réponses. C'est vous qui avez des réponses à ce questionnement. En tous cas, toute votre démarche y tend. Elle vise à donner du sens à l'ensemble de ces évènements, en mettant ensemble l'aspect du vivant et du non vivant. Moi, je peux, peut-être, prétendre être un peu spécialiste du vivant, et encore... Donc, c'est vraiment là que vous avez votre place. Parce que vous, vous pouvez réfléchir avec les gens là-dessus de façon parfaitement légitime*[13]*.*

Dans plusieurs aumôneries, il n'y a plus aujourd'hui d'aumôniers mais des « accompagnants spirituels ». Peu importe la manière de dénommer celles et ceux qui assurent sous diverses formes cette présence auprès de personnes lorsqu'elles sont confrontées à la maladie, à la mort, à l'exil ou à l'exclusion. Tout en précisant que le « soutien spirituel » n'est pas seulement appréciable lorsque nous sommes confrontés au choc traumatique ou à une perte, mais qu'il peut aussi prendre en considération notre vie quotidienne confrontée à ses fragilités, ses limites, et aussi à son potentiel de créativité et de poésie.

[13] **Soutien spirituel d'urgence spécialisé (directives RNAPU)**
Les professionnels formés au soutien spirituel d'urgence accueillent, entourent et offrent un accompagnement spécifique aux personnes impliquées dans un événement éprouvant, sur le plan de leurs croyances, foi propre et questionnements existentiels et spirituels. Ils sont également disponibles pour conduire des rituels souhaités par ces dernières. https://www.cns-cas.ch/dok/54

© michel berclaz avril 2019

4.2. Accompagnement spirituel et rituels : (Jean-Daniel Schneeberger)
Comment tenir compte de la diversité des origines et des traditions des personnes concernées en situation « macro » ?

Quelles connaissances, quelles ressources, quel réseau ?

Introduction

D'où viennent les personnes concernées par des situations « macro » ? Quelles sont leurs origines, leurs cultures, leurs traditions - religieuses en particulier ? Nous mesurons qu'il est difficile de répondre de manière précise à de telles questions. En fonction des circonstances et des lieux d'interventions, nous allons rencontrer des gens qui viennent de près ou de loin, qui sont de passage, en séjour ou de simples résidents, qui sont des parents, des proches, des témoins ou de simples passants. Les victimes peuvent elles-mêmes venir des quatre coins du monde.

Et comme les origines et les traditions culturelles et religieuses sont riches et multiples, comme elles se sont répandues à l'heure actuelle un peu partout à cause des migrations, des mélanges de population, des moyens de communication et d'information, il faudrait être une encyclopédie vivante, avoir des connaissances anthropologiques, culturelles et religieuses impressionnantes pour les identifier et les connaître !

Sur le site du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), dans la rubrique « religions », nous trouvons une esquisse du paysage spirituel actuel. 31 religions et dénominations sont répertoriées et il est bien précisé : « *Cette liste, déjà impressionnante, n'est pas exhaustive, car des mouvements apparaissent régulièrement, alors que d'autres communautés disparaissent, sans oublier certains groupes qui préfèrent le secret et ne sont connus que de leurs seuls membres !* »

Il est cependant important de connaître au moins un peu les principales traditions religieuses auxquelles nous pouvons être confrontés en Suisse romande et de découvrir, en particulier, quelles peuvent être les attentes religieuses et spirituelles de personnes qui vivent une séparation douloureuse et brutale, qui ont besoin de faire de deuil et dans ce sens, de vivre peut-être certains rites religieux ou spirituels qui sont pour elles des ressources importantes. En consultant d'ailleurs le site du CHUV, le panorama des religions et d'autres études ou ouvrages religieux, j'ai mesuré que les attentes ou les besoins religieux se rejoignent parfois entre les différents courants spirituels ou religieux.

Il faut tenir compte aussi du fait que de nombreuses personnes – se réclamant ou non d'une appartenance religieuse – ont pris des distances avec leur propre tradition. Elles ne connaissent pas ou ne se reconnaissent pas dans les habitudes et les rites religieux qui sont liées à leurs racines culturelles. Dans notre pays, nous voyons aussi de nombreuses personnes ou familles avoir recours à des cérémonies laïques en cas de deuil. Elles n'ont pas d'attente religieuse particulière au moment de la mort d'un proche. Cependant, elles souhaitent souvent être soutenues pour préparer une rencontre ou une cérémonie. Elles ont besoin de faire mémoire de la personne décédée, d'une manière digne et réconfortante, en étant entourées par des proches, des parents et des amis. Il est alors important qu'elles puissent être orientées vers les offices compétents pour organiser de tels accompagnements.

De la mort aux funérailles dans les principales traditions religieuses

Ces informations ne peuvent tenir compte évidemment des particularités qui apparaissent dans les différents courants de chaque tradition religieuse. Elles mettent en évidence ce qui paraît être le plus important dans chaque tradition.

Dans le judaïsme

Il faut veiller à avertir tous les membres de la famille lors d'un décès, même si les liens sont distendus, car la période de deuil peut et doit promouvoir la réconciliation.

De nombreuses traditions sont liées à la préparation du corps et à la toilette mortuaire. Dans tous les cas, le corps doit être traité avec le plus grand respect. Le défunt peut être enterré dans un linceul ou avec des habits ordinaires.

Le corps, après avoir été préparé pour l'ensevelissement, doit être placé dans un cercueil qui est alors fermé. La Tradition n'est pas favorable à ce que l'on voie le défunt dans un cercueil ouvert. L'identification du défunt se fera donc avant la fermeture du cercueil.

© michel berclaz avril 2019

La responsabilité de l'ensevelissement incombe aux enfants ou à l'époux/se. Sinon au plus proche parent. Si aucune parenté n'est trouvée, c'est à la communauté qu'elle revient.

Le service funèbre et l'ensevelissement ne doivent pas être retardés sans raison. Le principe est de procéder au service funèbre et à l'ensevelissement dès que possible (en général deux ou trois jours après le décès). Le rabbin doit être contacté avant de fixer le moment de la cérémonie.

Les services funèbres ont lieu au domicile du défunt (levée du corps), sur la tombe ou dans l'oratoire du cimetière.

L'enterrement du corps est la pratique la plus répandue. Le texte biblique rappelle que le corps doit se désintégrer naturellement : *poussière tu es et à la poussière tu retournes* (Genèse 3.19)

Chacun doit être traité avec le respect dû à tout membre de la communauté et a le droit d'être enterré au milieu de sa famille.

Le suicide, et donc Exit, est proscrit. La Michnah affirme que « *pour celui qui met volontairement et consciemment fin à ses jours, on n'est pas dans l'obligation d'organiser des funérailles ni de prononcer une oraison funèbre…* » (M. Semakhot 2 :1) Cependant, la question est de savoir ce que « *consciemment* » signifie. Dans tous les cas, il faut veiller à agir avec humanité et avec empathie.

Le cercueil (imposé par la législation européenne pour raisons sanitaires) est dévissé juste avant l'ensevelissement, pour que le contact à la terre soit facilité et que le corps redevienne poussière, sachant qu'en Israël, le corps est enterré à même la terre.

Dans l'islam

Il est important d'avertir les membres de la famille d'une personne décédée et en cas d'absence, de faire appel aux répondants de la communauté musulmane.

Le Coran donne peu de détails en matière de rites funéraires. La seule indication ferme concerne l'inhumation. Selon les prescriptions de la Sunna, le défunt est lavé, purifié et parfumé selon un rituel précis par des personnes pieuses du même sexe, puis enveloppé d'un linceul blanc. Ces gestes sont accompagnés de prières rituelles, dont ce verset coranique : « *C'est à Dieu que nous appartenons, c'est à lui que nous faisons retour.* » Le linceul est aussi sans poche pour indiquer qu'on n'emmène rien avec soi. Il est offert à la Mosquée du Petit-Saconnex.

Le corps du défunt doit être purifié sans délai afin de permettre un prompt ensevelissement. La toilette rituelle est une obligation religieuse et seul un musulman peut s'en charger.

Le corps est présenté couché sur le dos, les bras le long du corps, la tête tournée vers La Mecque. Prêt à rejoindre Dieu, il ne peut plus être touché. Il est veillé par sa famille, avant d'être enterré si possible dans les 24 heures qui suivent le décès.

Au cimetière, l'imam guide la « prière de la mort », que les fidèles récitent debout. Le corps est ensuite descendu dans la tombe, si possible à même la terre, et placé sur le côté droit, tourné vers La Mecque.

La toilette mortuaire, la prière et l'enterrement sont de la responsabilité de la communauté islamique.

Il n'est pratiquement pas possible en Suisse d'enterrer les personnes dans les 24 heures, mais il faut souvent attendre un délai de 48 heures. Suite au décès d'un musulman, il faut donc avertir la communauté musulmane (aumônier responsable) le plus rapidement possible.

L'incinération est proscrite.

Il est à relever qu'une personne endettée n'est pas enterrée tant qu'un autre membre de la communauté musulmane ne s'est pas porté garant pour elle. La solidarité communautaire est une valeur importante.

Dans l'hindouisme

L'existence humaine s'inscrit dans le cycle universel et infini des renaissances (samsâra). La mort est un passage, une transmigration de l'âme vers une réincarnation. La destinée est fixée par la loi du karma, fondée sur l'accumulation des actes de cette vie et des existences antérieures. Les humains sont les seuls à pouvoir infléchir leur transmigration vers le haut ou vers le bas en fonction de l'orientation donnée à la vie présente. Les rites funéraires hindous sont pratiqués afin de purifier l'âme du défunt et de favoriser leur transmigration.

© michel berclaz avril 2019

Le défunt est d'habitude conduit le plus rapidement possible à un centre funéraire. La toilette funéraire est faite en présence de la famille selon des coutumes qui varient d'une tradition à une autre. Le corps est enveloppé dans un linceul, que l'on remplace souvent à l'heure actuelle par un costume ou sari. Pendant ce rituel, le prêtre (brahman) et les proches récitent des prières.

Les rites funéraires sont constitués de récitations de versets, de prières pour la paix de la personne défunte.

Les hindous ont pour tradition d'incinérer leurs croyants. Après une année, les cendres sont déposées dans un lieu sacré de l'Inde traditionnelle, de préférence dans le Gange.

Dans le bouddhisme

Dans la conscience bouddhiste, la souffrance (dukkha) est en lien avec la soif ou la convoitise qui viennent du désir de possession ou d'appropriation. Pour pouvoir s'en libérer, il importe de reconnaître l'impermanence de l'existence humaine et d'apprendre à se détacher de toutes choses. Le bouddhisme propose d'ailleurs un certain nombre de pratiques pour arriver à vivre un tel détachement. Par conséquent, une personne bouddhiste exprimera peut-être moins son chagrin et ses émotions face à la séparation et à la mort et étonnera aussi par sa capacité à cheminer vers l'acceptation de ce qui arrive.

Les rites funéraires sont importants dans les pays bouddhistes, mais varient d'un pays à l'autre et selon les cultures. Au Japon, en Inde, au Népal et au Sri Lanka, l'incinération est pratiquée. En Chine et au Vietnam, c'est la sépulture qui prédomine.

Les rites diffèrent tellement en fonction de la provenance des familles, de leur appartenance à tel ou tel courant ainsi que de leur culture familiale qu'il est quasiment impossible de les décrire.

Quelques repères cependant : une veillée est généralement pratiquée, il n'y a pas de toilette rituelle et les soins de conservation sont autorisés. Une fois le corps dans le cercueil, des mantras et des chants sont récités afin de supporter l'épreuve de la séparation d'avec le défunt.

Pendant la crémation, des prières sont dites afin d'accompagner la conscience du défunt pour que celle-ci trouve le chemin d'une réincarnation positive, c'est également un moment de recueillement pour les proches.

Dans le christianisme

Tradition catholique : Pour une famille, faire le deuil commence auprès de la dépouille mortelle de leur proche, vers laquelle ses membres viennent se recueillir et prier. Parfois, ils le veilleront.

Quant aux funérailles, elles se célèbrent dans la paroisse de domicile ou au Centre Funéraire, en présence du cercueil.

La cérémonie funèbre propose en général les étapes suivantes : temps d'accueil, évocation de la vie du défunt, écoute et méditation de passages bibliques, prière universelle et Notre Père, geste de la lumière, encensement du cercueil et bénédiction avec de l'eau. Un temps de recueillement a lieu ensuite au cimetière en cas d'inhumation.

Tradition réformée : les défunts ne sont pas veillés mais souvent visités par leurs proches.

Les funérailles se déroulent dans une église ou un centre funéraire, parfois seulement en présence de la proche famille (intimité). Cette cérémonie propose, après un temps d'accueil, un temps d'évocation de la vie du défunt, une écoute et une méditation de passages bibliques, un temps d'intercession et de bénédiction. Un temps de recueillement a lieu ensuite au cimetière en cas d'inhumation.

Les cérémonies protestantes sont souvent très sobres, sans rites particuliers.

Tradition orthodoxe : Le service funèbre, suivi en principe d'un ensevelissement, est généralement célébré le 3ème jour après le décès (en signe de la résurrection).

La cérémonie funèbre a lieu à l'église, en présence du cercueil, qui reste ouvert pendant toute la durée des funérailles. Trois chandeliers sont placés au pied et de chaque côté du cercueil. On distribue aux assistants des cierges qu'ils allument à l'un des cierges placés autour du cercueil. Les cierges signifient que le défunt est transféré dans la lumière céleste. Le prêtre répand de l'encens et verse de l'huile consacrée sur le front du défunt. Le service au cimetière a lieu également en présence d'un prêtre.

La crémation n'est pas autorisée.

© michel berclaz avril 2019

Quelques réflexions sur les rencontres et les accompagnements

5. Nous mesurons d'abord que la présence du corps est très importante dans les différentes traditions religieuses (naturellement aussi pour les personnes qui n'ont pas une appartenance religieuse particulière). Malheureusement, dans les situations de macro-catastrophes, les corps ont souvent disparu, sont mutilés ou ne peuvent être restitués aux familles immédiatement. Il devient donc difficile pour les proches de faire le deuil sans cette proximité du corps défunt.
6. Il est essentiel de mettre les personnes éprouvées en lien avec leurs familles et leurs communautés religieuses, si elles existent. Pour cela, il est important de mobiliser les personnes elles-mêmes pour créer des contacts, anticiper et préparer des rencontres où elles pourront retrouver leurs proches et des membres de leurs communautés.
7. Les appartenances communautaires ne sont pas toujours des ressources. Certains milieux religieux sont parfois oppressants, fermés ou sectaires. Des responsables religieux peuvent aussi être discriminants ou jugeant dans leurs paroles ou leur attitude. Il peut être utile ainsi de connaître le nom et les coordonnées de quelques personnes ressources à Genève, dans les différentes traditions religieuses, vers lesquelles nous pouvons orienter les personnes sans crainte. Nous pourrions dans ce sens, établir une liste.
8. Pour mieux connaître les différentes traditions religieuses sans trop se disperser dans des lectures, il est utile de parcourir les trois sites suivants :
   - Panorama des religions : www.panorama-des-religions.ch (code alphanumérique indispensable pour s'inscrire sur le site)
   - Site du Centre hospitalier universitaire vaudois, « esquisse du paysage spirituel actuel » : https://www.chuv.ch/fr/religions/rel-home/introduction/paysage-spirituel/
   - Site de le la Plateforme interreligieuse de Genève : http://www.interreligieux.ch/

Bibliographie

« *le monde des Mitzvot » - la pratique juive dans le monde d'aujourd'hui* » Rabbin François Garaï, Fédération du Judaïsme libéral, 1998

« *le roi, le sage et le bouffon – le grand tournoi des religions* » Shafique Keshavjee, 1998, Seuil ; cf la fin de l'ouvrage qui présente, en quelques pages, l'essentiel des différentes religions,

Sous la direction de Jean Delumeau, collectif : *« le fait religieux* », Fayard, 1993 – beaucoup d'autres religions encore sont présentées dans ce livre.

Différents sites suisses ou français sur les rites funéraires dans les différentes traditions religieuses ont été consultés.

© michel berclaz avril 2019

4.3. De la légitimité du soutien spirituel (Michel Berclaz)

Ce manuel de formation pour les intervenants en situations de crises pourrait s'intituler : **"Traumatisme et interventions, le soutien psychosocial et spirituel"** parce que définir une l'intervention nécessite d'abord de définir ce sur quoi porte cette intervention.

A l'époque, le sujet de l'intervention semblait être le traumatisme. Nous avions ainsi pensé et théorisé autour du **" Traumatisme et de l'Intervention ".** Il ne nous a pas fallu longtemps avant de réaliser que :

- nos interventions ne portaient pas sur le traumatisme, mais nous amenaient à entrer en contact avec des individus, avec leurs différences, leurs histoires distinctes et que
- la portée de nos actions était des plus réduites face à l'ampleur de leur détresse.

A l'époque déjà, nous réalisions que les réactions associées aux incidents critiques n'étaient pas des maladies, que nos interventions ne pouvaient donc pas être des traitements. Très vite nous avons dû admettre la limite de la portée de nos interventions et la vanité de nos intentions concernant la prévention. C'est pour ces diverses raisons que nous avions choisi, plutôt qu' **"** intervention médico-psychologique **"** l'intitulé de **" soutien psychosocial "**. Nous pensions toujours être les bonnes personnes pour l'intervention, mais celle-ci allait porter plus sur les aspects sociaux que psychologiques. Dans ce sens, le terme psychosocial venait en contre-chant sur le traumatisme et l'intervention. Nous présentions alors les deux côtés de l'ambivalence (parce que sur ce point également la dialectique du traumatisme fait rage), d'un côté le professionnel et les considérations scientifiques, de l'autre l'humain dans son contexte social.

Finalement, l'expérience de ces rencontres particulières nous a amené à réaliser l'importance d'une dimension généralement inattendue pour nous. En effet, la confrontation à la mort, parce qu'on l'a frôlée ou parce que des proches sont décédés ou encore parce qu'on a vu quelqu'un mourir, amène les personnes à se poser des questions profondément existentielles. Ces questions que nous ne nous posons souvent pas, ces questions que nous abordons sous un angle théorique, avec distance ou avec une passion intellectuelle, lorsque nous nous les posons, dans ces situations de drame et de terreur, émergent avec une acuité intense, une totale actualité Elles occupent tout notre esprit et exigent une réponse infaillible et tout à la fois impossible.

Lorsque nous réalisons véritablement à quel point notre vie est susceptible de s'arrêter à tout instant, lorsque nous sommes confrontés à l'inimaginable, l'inconcevable, le décès de notre enfant par exemple ou encore lorsque nous réalisons l'ampleur des atrocités que l'humain peut faire subir à l'humain, il ressort comme une évidence toute une série de questions telles :

- mais si la vie peut s'arrêter ainsi, quel est son sens, à quoi sert-elle ?
- quel peut bien être le but de l'existence, si elle doit être aussi douloureuse et finir comme ça ?
- finalement, qu'est-ce qu'il y a après la vie ?
- la mort est-elle la fin de tout, mais c'est inimaginable, et alors qu'y a-t-il après ?
- où est mon enfant maintenant ? A-t-il froid, mal, peur ? Peut-il nous voir et nous entendre ? Pourrions-nous lui dire encore un mot, lui poser les questions que nous n'avons pas eu l'occasion de poser de son vivant ?
- pourquoi nous ? Et si nous avons été choisis pour une telle destinée, qui ou qu'est-ce qui choisit ?
- s'il y a une forme de vie après la mort, si quelqu'un choisit notre destinée alors peut-être que Dieu existe ?
- mais si Dieu existe, pourquoi me fait-il vivre une telle chose ?
- comment Dieu peut-il laisser les hommes faire des horreurs pareilles ?

Et en l'absence de réponse satisfaisante, nous pouvons même entendre des affirmations de colère, de rage et de douleur comme : « Dieu n'existe pas, je le hais !!! ».

© michel berclaz avril 2019

Ainsi, après le psychosocial, ces questions existentielles nous ouvrent une autre dimension, **le spirituel**. Il fallait s'y attendre. Ne dit-on pas que la structure sociale et le religieux apparaissent dans le développement phylogénétique à partir du moment où apparaît un rite mortuaire, c'est-à-dire la réalisation de passage du vivant au non vivant, de l'absence d'un individu dans le groupe, du manque que cette absence va produire chez les proches et de la peur que ce passage éveille chez les vivants.

Au-delà de l'aspect individuel, on constatera encore qu'une catastrophe entraîne une rupture du lien, une cassure à l'intérieur de soi et entre soi et l'autre, une rupture de la confiance en l'autre, une perte de la confiance en soi, des croyances, des valeurs, et finalement, une perte des illusions nécessaires qui nous permettent de vivre à peu près confortablement dans l'existence. C'est bien là la véritable souffrance traumatique, non plus au sens clinique du terme, mais dans sa dimension profondément humaine et sociale.

Nous savons que la personne dans et suite à de telles situations, court de grands risques de devenir hypersensible, vulnérable, irritable, susceptible, méfiante et finalement hostile. Sa souffrance, dans la durée, irrite les proches, les agresse et leur fait vivre à leur tour un intense sentiment d'impuissance. La détresse individuelle s'attaque progressivement au lien entre les personnes et pourtant, c'est dans et par ce lien que le soulagement de la douleur peut trouver son chemin.

Que sommes-nous en dehors de nos groupes sociaux et de nos communautés ?

Ainsi, la réponse à apporter tire sa source de valeurs sociales et spirituelles, tels la préoccupation pour l'autre, la solidarité, l'alliance entre les personnes pour combattre les déboires de l'existence, la douleur, la solitude et en particulier le désespoir. C'est là le sens du psychosocial et du spirituel. Le soutien immédiat et post-immédiat tire sa légitimité de la nécessité (pour ne pas dire le devoir) pour un groupe social d'entourer et d'accompagner leurs membres dans les moments de détresse intense (comme pour les instants de grande joie et de fêtes).

Or, jusqu'à pas longtemps, c'était la fonction exclusive des communautés religieuses et de leurs guides. Sans vouloir ici entrer dans un débat concernant la création ou le créateur, si les religions avaient été « inventées » ce serait particulièrement pour ces circonstances particulières. Leur légitimité y est donc entière et indiscutable.

Si nous nous rapportons aux questions existentielles relevées plus haut, force nous est d'admettre que les représentants des communautés confessionnelles sont mieux à même d'accompagner les personnes dans la réflexion. Les psychologues, dont la tâche est de tenter de comprendre le vivant, sont souvent bien peu armés pour traiter du non vivant ou de l'après la vie. Ces questions existentielles, c'est maintenant évident, sont abordées dans une démarche spirituelle.

Tout intervenant, qu'il soit « spi » ou « psy » et quel que soit la pureté de ses intentions, court le risque, au travers de son intervention, de se substituer à la personne ou à son entourage naturel. Dans le besoin qu'il ressent de combattre son sentiment d'impuissance, il peut chercher à augmenter son propre contrôle et sa maîtrise personnelle des événements et des personnes, risquant ainsi de mettre la personne victime en dépendance et de disqualifier ses proches. Son besoin d'être utile comme efficace risque de flatter son propre narcissisme aux dépends de l'estime de soi de ceux auprès de qui il intervient.

Ce dérapage pourrait prendre la forme, pour le psychologue d'une tendance à la « *thérapeutisation* », à sous-estimer les compétences et les moyens des personnes victimes, pour les aumôniers d'un glissement vers des réponses pré-pensées et au prosélytisme.

Ainsi, de la même façon qu'il s'agit pour le psychologue de distinguer la thérapie d'une intervention visant simplement à permettre à la personne de s'orienter et de mobiliser ses ressources, il s'agit pour le pasteur, le prêtre, le rabbin ou l'imam de distinguer l'enseignement ou le message religieux du simple accompagnement dans une réflexion spirituelle et les ressources que la personne peut tirer de ses propres croyances.

Le « religieux » qui serait défini par une famille de croyances et de dogmes pré-définissant le rapport de l'humain avec le sacré, ou celui qui mélangerait pratiques, rites, croyances, foi et superstition n'a pas sa place dans une organisation officielle de soutien en situation de crise et de catastrophe.

La ***démarche spirituelle*** à laquelle je fais référence ici, n'appartient pas nécessairement au cadre institutionnalisé d'une religion donnée. Elle désigne une réflexion individuelle ou collective, traitant de la vie de l'esprit (relatif à l'existence d'un ordre de réalité différent de celui du corps physique et à ses instincts ataviques).

© michel berclaz avril 2019

Au-delà du rationnel, du moral et du psychologique cette démarche cherche à accompagner l'individu ou le groupe dans les méandres des questions existentielles, sans chercher à expliquer ou à convaincre, mais dans l'intention exclusive de permettre à la personne de reprendre contact avec des ressources qui sont les siennes propres mais qui nécessitent, dans ces situations d'extrême détresse, d'être mobilisées.

Les rites, lorsque respectueux des diverses croyances, dans la tolérance des différences, se montrent souvent d'une grande utilité dans le sens où ils rassemblent les individus dans la réalisation des événements (ils aident à sortir du déni) et parfois pour en marquer la fin, tout en laissant la place à l'expression des émotions qui s'y attachent.

En définitive, chacun a sa place dans les dispositifs de soutien et le support social reste l'affaire de tous. Les « spi », les « psy » comme tous les autres également, peuvent trouver leur place légitime autour de l'objectif commun que serait de permettre la mobilisation des ressources individuelles et collectives, quelles qu'elles soient, et pour peu qu'ils puissent juguler leurs tendances naturelles à vouloir contrôler et à entrer en compétition avec les autres intervenants.

En dehors de la richesse qu'elle rend possible, la pluridisciplinarité permet d'offrir des choix. Dans ce contexte, le choix n'est pas une chose banale. En effet, nous l'avons vu plus haut, la personne victime se voit imposer des événements, des souffrances et des contraintes. Elle a perdu momentanément son libre arbitre. Pouvoir choisir, c'est déjà gagner en liberté. Quand ce choix est libre, éclairé, sans stratégie ou manigance, un grand pas en dehors de l'état de victime a été franchi. Quels choix pouvons-nous offrir ?

- désirez-vous du soutien ou non ?
- acceptez-vous d'entrer en contact avec nous ?
- si oui, préférez-vous un aumônier, un psychologue ou quelqu'un d'autre ?
- si vous désirez un aumônier, avez-vous une préférence sur sa confession ?

Pour qu'il y ait véritablement des choix, la personne victime doit savoir à qui elle s'adresse (l'intervenant s'est présenté par son nom, sa fonction, son appartenance et devrait porter un badge ou un autre signe de reconnaissance) et les possibilités devraient lui être formellement proposées. Mais un fois encore, si c'est le cas, la pluridisciplinarité devient un outil fondamental. Elle est source d'enrichissement pour chacun et elle permet cette chose sans prix qu'est le choix.

© michel berclaz avril 2019

5.LES RISQUES DU METIER ET L'AUTOPROTECTION

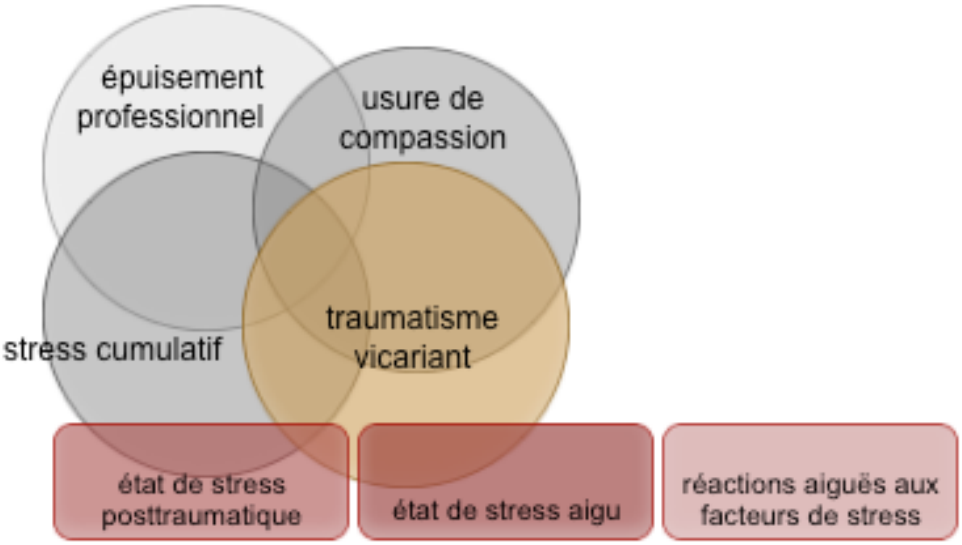
5.1.Généralité

On a longtemps pensé que la profession policière était de loin la plus stressante. Cependant, des études comparatives (Patterson, 1992) tendent à montrer que d'autres métiers associés par exemple aux urgences médicales ou au travail dans les prisons sont tout aussi stressants, si ce n'est plus, que les tâches policières. Il faudra probablement accepter l'idée selon laquelle chaque profession présente sa quantité et ses formes de pressions et de contraintes, de responsabilité, de tensions relationnelles et qu'en finalité le stress sera la résultante de l'interaction entre ces divers éléments et la rencontre avec un individu, singulier, avec ses facilités d'adaptation et sa capacité à retrouver des ressources.

La consommation d'une grande quantité d'énergie nécessaire à cette adaptation, la confrontation à un quotidien pénible ou à des événements difficiles, ne peut s'opérer sans en payer un certain prix. Son coût peut porter sur :

- la personnalité (modification durable, endurcissement versus vulnérabilisation),
- l'humeur (irritabilité, troubles de l'humeur),
- les comportements dangereux et addiction (alcool, drogue, jeux, conduites à risque),
- la vie familiale (difficultés relationnels, divorces, éclatement familial),
- la vie sociale (retrait et isolement),
- la vie professionnelle (conflits, baisses des compétences, mise à l'écart et finalement licenciement).

Ainsi, certaines professions s'avèrent à haut risque, notamment en ce qui concerne :



Le stress de base : il correspond au niveau de la « ligne de base ». L'adaptation à la vie en groupe, en famille, en équipe ainsi qu'aux situations de travail implique un certain nombre de difficultés, parmi lesquelles : l'intégration au groupe, l'accommodation au style de leadership, l'adaptation professionnelle, les aléas familiaux, le manque de confort pour ne citer qu'eux. Ces efforts d'adaptation constituent le stress de base. Quoique variable d'une personne à l'autre, ce dernier est partagé par tous.

© michel berclaz avril 2019

5.2. Le stress

Le stress c'est quoi au juste ?

Le terme de stress a passé depuis bien longtemps dans le vocabulaire commun. Dans son utilisation usuelle, il peut désigner une situation de pression, un agent stressant (un facteur de stress) ou encore un état particulier chez un individu émotionnellement débordé.

En fait, face à une agression, un danger ou la perception d'une situation potentielle d'échec, l'organisme tend à présenter une même réaction générale d'adaptation, mettant en œuvre une réponse biologique complexe qualifiée de « stress ». Les réactions émotionnelles de stress, composées d'éléments physiologiques et psychologiques ont une fonction clairement adaptative, qui permet de :

- **focaliser l'attention sur la situation de danger,**
- **mobiliser l'énergie nécessaire à l'évaluation et à la prise de décision,**
- **préparer à l'action (sidération, fuite ou attaque),**
- **tenir, faire face dans la durée, pour survivre à ou résoudre une situation difficile.**

Il s'agit d'une réaction produite par la nature pour faire face aux dangers. Cette réaction générale d'adaptation correspond un peu à une forme de « *turbo* » permettant à notre corps et à notre esprit de passer de « *la vitesse de croisière* » (nous fonctionnons en général à l'économie d'énergie) au « *full power* » en quelque sorte.

Les émotions s'y rattachant sont inévitables et le coût en énergie important. L'épuisement des réserves en énergie peut conduire au stress dépassé.

Les travaux des biologistes portent sur les réactions adaptatives mobilisées par l'organisme face à toute agression. A partir de l'étude sur des animaux, ils décrivent précisément les processus physiologiques impliqués dans la défense et l'adaptation lors d'une agression. Les biologistes ont toutefois établi que l'animal ne répond pas uniquement par des réactions physiologiques mais également avec des réactions comportementales. Notamment, Henri Laborit avait montré, dans ses expériences soumettant des rats à des chocs électriques à partir du sol de la cage :

1) qu'un rat pouvant fuir l'agent stressant ne développait pas de souffrance délétère,

2) que celui qui ne pouvait pas fuir présentait une altération pouvant mener à la mort,

3) que deux rats dans la même cage semblaient pouvoir éviter le développement de pathologies somatiques en utilisant l'énergie de l'activation par des conduites de combat apparemment non dommageables tant du point de vue de la santé que de celui de la relation.

Suite à ces expériences, mais bien plus tard, Jay Weiss (dans les années 70), montrera que deux rats dans des cages différentes, mais soumis à la même source d'électricité, présentaient un destin foncièrement différent selon le fait qu'ils aient ou non une certaine action sur leur environnement. A savoir, le rat qui aurait dans sa cage un bouton ou une roue à tourner, susceptibles d'interrompre la décharge électrique, ne présentera aucun trouble alors que l'autre développera une pathologie mortelle. Pourtant tous les deux auront reçu la même quantité de chocs électriques.

Naturellement, il n'est pas adéquat de transférer à l'identique ces résultats à l'humain. En particulier, si l'utilisation du conflit est probablement utilisée de même façon chez nous pour faire face à une situation contextuelle pénible que l'on ne peut pas fuir, ce mécanisme de défense altère la relation et peut devenir, en soi, une nouvelle source de stress. Toutefois, la fuite (lorsqu'elle est possible) et le contrôle ou la maîtrise de certains éléments de l'environnement sont clairement efficaces dans la lutte contre le stress. Dans ce sens, les travaux des biologistes rejoignent ceux des psychologues.

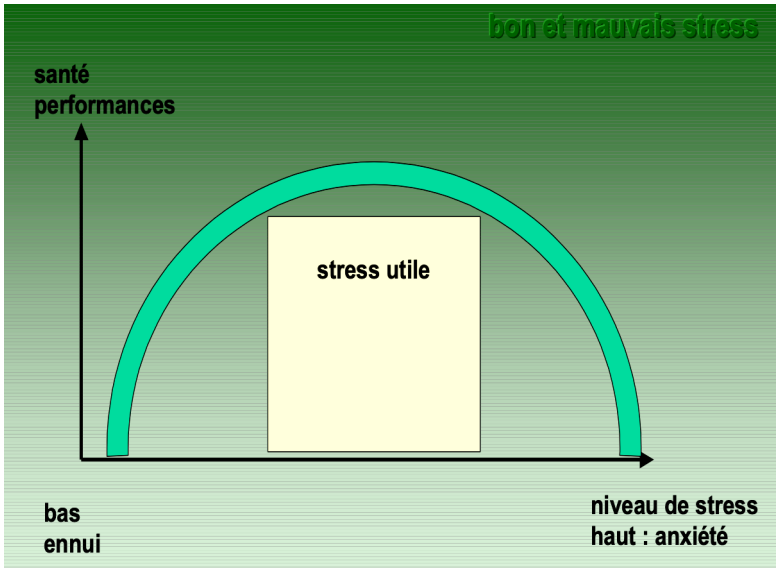
© michel berclaz avril 2019

Le stress : cadeau ou malédiction ?

Les psychologues ont démontré que le stress dépend bien plus de la perception subjective de l'individu que des conditions objectives de la situation, il est la résultante de processus émotionnels, cognitifs, sociaux et comportementaux.

Dès lors, nous comprenons que le stress, contrairement à l'idée générale que l'on peut s'en faire, est une réaction produite par la nature, pour permettre à l'individu de faire face aux dangers et aux difficultés. A priori, plutôt qu'un problème, il s'agit d'un processus de survie indispensable. Au dessous d'un certain seuil de stress, le sujet manque de motivation, peine à mobiliser ses ressources, manque d'attention et s'ennuie. A partir d'un certain seuil, l'esprit est en éveil, l'attention portée sur la situation et le corps préparé à une action. Malheureusement, lorsque la situation perdure trop, que l'alarme est trop forte ou que le système d'adaptation est débordé, ce qui était une solution devient un problème et le sujet en souffre. Pour cette raison, il arrive que l'on parle de :

bon stress	**mauvais stress**
eustress ou	**distress ou**
stress protecteur	**stress dépassé**
stress	**sur-stress**



Remarquons que, quelque fonctionnel puisse être le stress, il est presque toujours une usure du point de vue physique. Il fatigue et irrite le corps, à moyen ou long terme, il l'abîme. Peut-être faudrait-il distinguer des termes entre la motivation de base, l'éveil attentif et les niveaux plus « usant » du stress ? Par ailleurs ce schéma place l'ennui à l'opposé du stress, alors que pour certains il pourrait représenter un niveau important de stress (on s'agite, on s'énerve).

Toutefois, il est également possible d'envisager la distinction sous une autre forme, en trois catégories cette fois :

- **le stress positif** : par lequel une personne se sent récompensée d'avoir relevé un défi avec succès. C'est donc le résultat de l'action qui détermine l'impact sur l'individu ;
- **le stress tolérable** : conséquence d'événements graves de la vie, mais où la personne affectée possède de bons systèmes de soutien ;
- **le stress toxique** : impliquant le même style d'événements graves, ainsi que l'accumulation des luttes quotidiennes, mais sans bons systèmes de soutien.

Où la différence entre tolérable et toxique dépend du degré de contrôle perçu par l'individu. Le soutien social est ainsi vital pour soulager les effets du stress tolérable et l'empêcher de devenir toxique.

© michel berclaz avril 2019

Ainsi, ce phénomène remplit une fonction indispensable à l'adaptabilité et à la survie. Il a une raison d'être clairement positive. Toutefois il va toujours présenter un coût énergétique. Par ailleurs, en fonction du niveau d'intensité, de la répétition, de la durée, des ressources et de la possibilité de récupération, le stress est une source de pathologie. Parmi les risques ou symptômes associés au stress, nous pouvons trouver :

- maladies cardio-vasculaires,
- obésité,
- diabète,
- trouble de la peau,
- ulcère,
- inhibition du système immunitaire,
- abus d'alcool, de tabac, de café, de médicaments ou de drogues,
- troubles mentaux,
- insomnie, cauchemars,
- fatigue, apathie,
- maux de dos ou de tête,
- problèmes sexuels,
- tensions musculaires,
- replis sur soi, peur, anxiété,
- irritabilité, agressivité et hostilité,
- incapacité à se concentrer, troubles de la mémoire,
- image de soi négative,
- hyperactivité, comportements rigides et stéréotypés,
- …

Les points de suspensions viennent signifier que le stress est finalement susceptible d'être associé à n'importe quel type de pathologie. En effet, le stress chronique, le stress cumulatif et l'épuisement professionnel, en affaiblissant le système immunitaire sont <u>les meilleurs terrains</u> ou contextes pour le développement d'une pathologie potentielle chez l'individu. Le stress aigu et l'état de stress post-traumatique sont probablement <u>les meilleurs déclencheurs</u> du développement d'un trouble ou d'une maladie (somatique comme psychique).

© michel berclaz avril 2019

Le stress : comment ça marche ?

1. La réaction d'alarme : lorsque nous percevons une source de danger (objective ou non), le processus est enclenché. Les amygdales (celles dans le citron, pas dans la gorge), centre d'alarme, contrôlent les réponses émotionnelles et la mémoire émotionnelle implicite (non consciente). Elles stimulent la production d'adrénaline et de noradrénaline (par le système nerveux autonome). Une réaction neuro-végétative est ainsi produite, dont : l'augmentation de la tension artérielle, du rythme cardiaque transpiration, réactions musculaires diverses et épuisement des réserves d'énergies (glucose et lipides). Cette réponse autorise une action immédiate, la fuite, l'attaque ou l'inhibition.

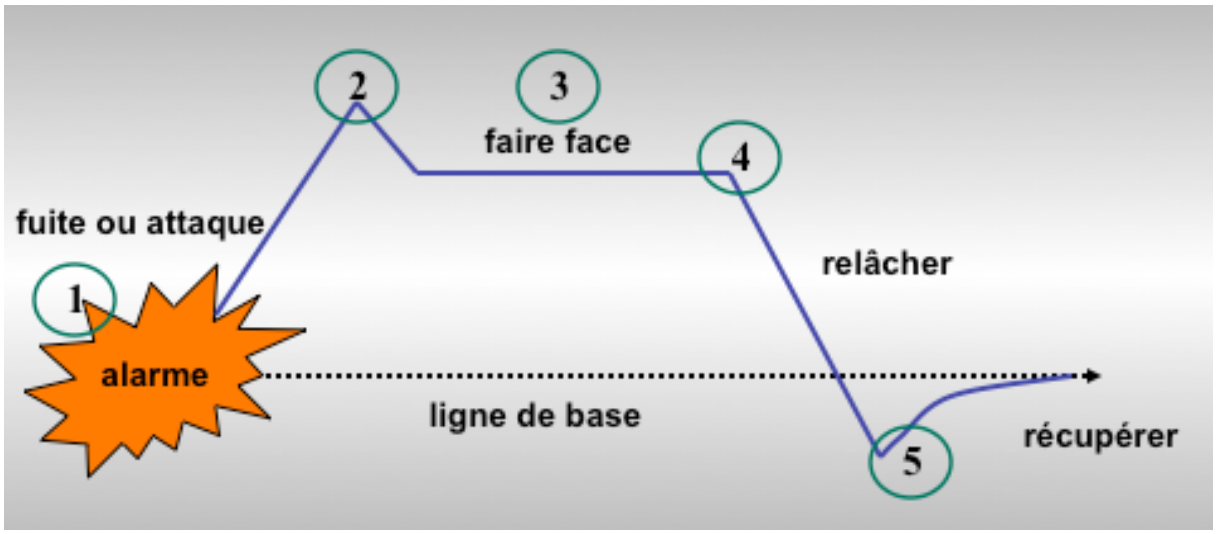
2. La modulation de l'alarme : la réaction primaire l'alarme est massive et intense, l'activation de l'hippocampe, du cortex cingulaire antérieur et l'action du cortex associatif viennent moduler, diminuer le fonctionnement des amygdales. De concert, ils seraient responsables de l'extinction du conditionnement de peur. Associé au cortisol, situé à la charnière entre le psychique et le physique, ceci implique la mémoire et la capacité d'anticipation, permettant notamment de produire un frein sur ce fonctionnement, de diminuer l'utilisation des ressources énergétiques, les réactions inflammatoires et de rétablir l'organisme.

3. Le syndrome général d'adaptation (action – résistance ou faire face) : sous l'effet du cortisol, le fonctionnement l'alarme est calmée et le corps met à disposition ses sources d'énergie (glucose). Ceci permet de tenir sur la durée, de faire face à la situation, de trouver des solutions ou des actions adaptatives.

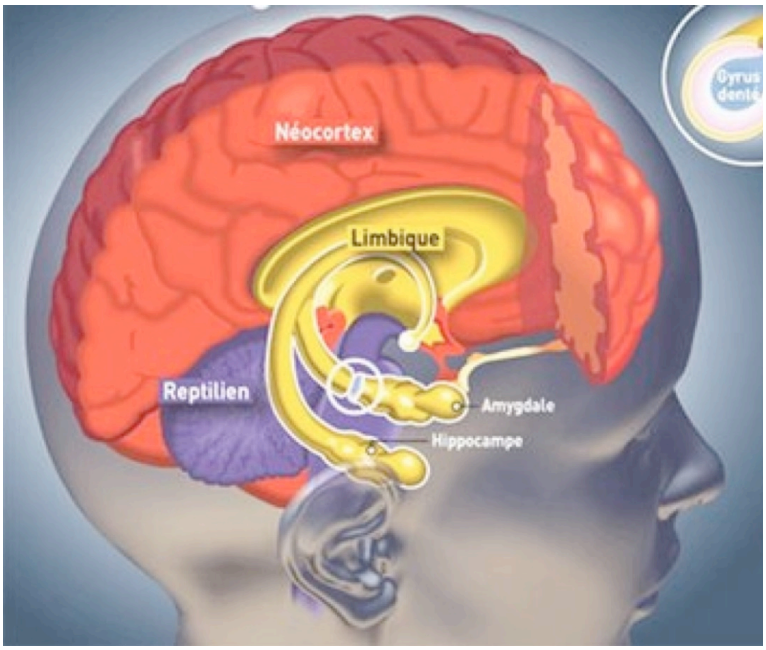
4. Le relâchement : correspond au contrecoup dès la fin de la phase d'action. Il est marqué par des réactions plus ou moins visibles (jambes coupées, tremblements, nausées, fatigue, etc.). Il s'enclenche lorsque la situation est terminée ou lorsque nous avons atteint une phase d'épuisement. En effet, les mécanismes de l'étape d'adaptation peuvent être insuffisants, débordés ou épuisés. On connaît alors l'étape terminale, celle de l'épuisement.

Chez le rat, l'échec de l'adaptation se marque par la mort par ulcération digestive hémorragique. Elle peut survenir en quelques heures. Chez l'être humain il peut prendre la forme de diverses pathologies physiques comme psychologiques. Cependant, dans le cadre d'un fonctionnement adapté, la phase ultime du stress serait alors :

5. La récupération : soit, le retour progressif à la normale.



© michel berclaz avril 2019

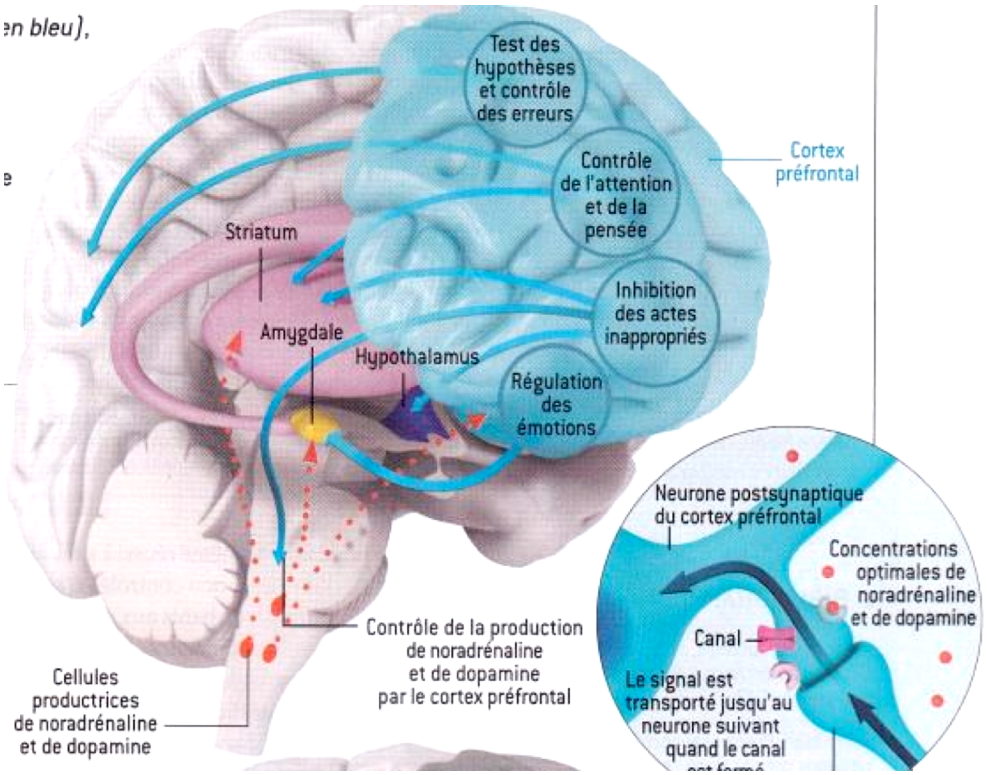


www.orthophoniste-sophro.fr

L'hippocampe tient un rôle central dans la mémoire. Elle transfert des informations de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme. Elle est également impliquée dans l'orientation spatio-temporelle et dans l'estime de soi.

Le cortex cingulaire antérieur serait impliqué dans le processus d'autorégulation, il pourrait stopper l'activité de l'amygdale. Cette région servirait notamment à empêcher des réactions de peur inappropriées.

L'action conjointe de l'hippocampe, du cortex cingulaire antérieur et du cortex associatif (frontal en particulier) permet l'extinction du conditionnement de peur, l'inhibition de réactions inadaptées et la mise en œuvre de comportements adaptatifs.



http://lancien.cowblog.fr/notre-cerveau-émotions-

© michel berclaz avril 2019

5.3. Stress cumulatif

Contrairement au stress traumatique causé par une seule situation violente et soudaine, est le résultat de l'exposition prolongée à des agressions diverses et répétées quotidiennement. Nous y trouvons par exemple :

- les aléas familiaux,
- les difficultés socio-économiques,
- le climat d'insécurité,
- les événements de vie et changements en cours,
- les frustrations ressenties…

Cependant, parmi les événements de vie, nous avons également la répétition d'expériences de confrontation avec des situations critiques. Il semblerait notamment que les professionnels impliqués quotidiennement dans des situations dramatiques (urgentistes, ambulanciers, sapeurs-pompiers, gardes-frontières, policiers, sauveteurs, équipes de soutien psychologique d'urgence…) soient mieux protégés contre les réactions traumatiques que le citoyen lambda. Ces professionnels apprennent à supporter ces événements, ils ont les moyens d'anticiper. Les drames et le chaos sont leur quotidien. Ils ont appris des procédures leur permettant d'être fonctionnels même lors des bouleversements émotionnels. Ils savent « débrancher » leur contact conscient avec les émotions et évitent le sentiment d'impuissance dans le fait de remplir leur mission lors de l'intervention. Toutefois, la répétition de confrontations aux drames et à la détresse, la création de nombreux « fichiers » d'événements possiblement traumatiques produisent régulièrement une fatigue ou une usure susceptible de les amener à réagir de façon plus forte qu'à leur habitude à des situations pouvant leur paraître banales, voire développer un état de stress post-traumatique, dont le processus est associé à la cumulation de vécus difficiles quoique bien gérés jusque là.

Concernant le tableau d'échelle d'ajustement social (Ch. 6.1), le lecteur avisé relèvera facilement à quel point les unités de valeur, comme le rang paraît subjectif et finalement peu relevant. Les auteurs, Holmes et Rahe, en 1967 (c'est dire si les choses ont certainement bien changé depuis) ont tenté d'évaluer de façon quantitative l'intensité d'un stress sur une personne, représentant la moyenne des individus sans tenir compte de la signification personnelle de l'événement en soi.

Cette échelle d'ajustement social s'appuie sur l'a priori selon lequel les événements de vie, qu'ils soient bons ou mauvais, demandent une certaine énergie d'adaptation. L'étude avait porté sur des membres d'équipage de bateau, placés dans les mêmes conditions expérimentales (voyage de deux mois en mer). Les résultats avaient montré que les personnes ayant un score égal ou supérieur à 300, dans les six mois précédant l'évaluation, présentaient un taux plus élevé de maladies que les autres, et ce de façon significative.

Naturellement, cette étude a provoqué bien des controverses en particulier concernant la haute subjectivité causée par les variations individuelles. Par la suite, d'autres recherches montreront que ce ne sont pas tant les changements de vie qui produisent des troubles, mais bien la composante émotionnelle bouleversante qu'ils sont susceptibles d'induire.

Cette liste permet pourtant de montrer comment l'addition (cumul) d'événements auxquels il s'agit de s'adapter, peut élever la ligne de base de stress.

Ainsi, certains professionnels peuvent s'avérer mieux protégés que la majorité de la population. Cependant, il arrive que dans certaines situations ils puissent également présenter un certain niveau de confusion, de débordement émotionnel et d'impuissance. Par ailleurs, contrairement à la population, les situations critiques s'avèrent le pain quotidien de ces professionnels… et le plus souvent, « on les a à l'usure ». A force, confrontés de manière répétée à la mort, aux crimes, aux atrocités de l'existence, à des conditions délétères, ils sont à haut risque concernant le stress cumulatif et l'épuisement professionnel.

© michel berclaz avril 2019

5.4. Épuisement professionnel

Du point de vue de la description médicale (nosographie et sémiologie), le syndrome d'épuisement professionnel n'existe pas. Il n'est répertorié ni dans le DSM-IV R ni dans la CIM 10 (les deux ouvrages diagnostics de référence), mais pourrait entrer dans la catégorie des « troubles de l'adaptation » ou encore des risques psychosociaux professionnels.

Les réactions propres à l'épuisement professionnel (*burnout* ou *burning out*) sont difficiles à distinguer des troubles anxieux, dépressifs voire éventuellement traumatiques. Cependant, elles en diffèrent par leur contexte (le travail), leurs sources et leur processus de développement. L'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres, de même que le soutien institutionnel, hiérarchique ou plus généralement social.

Dit autrement, il semblerait que l'épuisement professionnel soit produit par le rapport existant entre la quantité d'efforts investis et une série de déceptions et de frustrations. Ces déceptions seraient reliées à la différence entre la représentation que la personne se faisait de son travail et la réalité concrète. Déception de ne pas pouvoir faire autant et aussi bien qu'elle l'aurait souhaité. Frustration de ne pas pouvoir faire plus, de ne pas avoir ou ne pas recevoir les moyens nécessaires pour mener à bien de façon idéale ou acceptable les tâches demandées. Frustration de recevoir critiques et réprimandes de la part des collègues et surtout des supérieurs, manque de reconnaissance de l'institution et parfois de la société en général.

Cherniss (1980) le décrit comme un processus en trois étapes, comprenant d'abord un déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles par rapport aux exigences du travail, conduisant ensuite à des réponses de nature émotionnelle (anxiété, fatigue, vulnérabilité, épuisement) et provoquant enfin des changements dans l'attitude, le comportement du travailleur et son rapport au travail. Le burnout ne constitue évidemment qu'une des réponses possibles de l'individu, qui doit continuellement s'adapter à son milieu de travail. Ces réponses varient selon les personnes en raison de divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Le burnout peut aussi être un syndrome d'épuisement et de cynisme qui se manifeste fréquemment chez les individus exerçant une profession sociale, qui consacrent beaucoup de temps à des rencontres avec les autres dans des conditions de stress et de tension chronique. *(Tiré de : M. Oligny, 1990).*

Les indicateurs de l'épuisement professionnel :

- ► baisse d'énergie, épuisement physique et psychique ;
- ► insatisfaction, irritabilité, mouvements de colère, rigidité ;
- ► manifestations anxieuses et dépressives ;
- ► frustration, tendance au cynisme et aux attitudes négatives ;
- ► troubles du sommeil, ulcères, douleurs (dos, tête), système immunitaire affaibli ;
- ► difficultés à se concentrer et prendre des décisions, trouble de la mémoire ;
- ► baisse de confiance en soi, en les autres, condescendance, suspicion et paranoïa ;
- ► difficultés relationnelles avec les collègues, conflits, tendance à l'isolement ;
- ► conflits conjugaux et familiaux ;
- ► baisse d'intérêt dans les domaines sociaux-professionnels ;
- ► absentéisme, changements fréquents de poste, baisse des compétences ;
- ► présentéisme (présence exagérée, mais productivité très réduite) ;
- ► problèmes personnels : abus d'alcool, drogues et médicaments ;
- ► forte baisse de motivation au travail.

© michel berclaz avril 2019

Historique

Hans Seyle (dès 1936) décrivait déjà une psychopathologie associée à une situation professionnelle.

Walter Bradford Cannon (1942) définissait une psychopathologie produite dans le contexte du travail, en particulier chez les soignants « stress des infirmières ». Claude Veil (dès 1959) décrira scientifiquement les états d'épuisement au travail. Le terme de Burnout sera utilisé pour la première fois par H.B. Bradley (1969) dans son article « *Community-based treatment for Young adult offenders* », pour désigner un stress particulier lié au travail.

Le terme sera repris par H.J. Freudenberger (1974), auteur des premières recherches sur le syndrome d'épuisement professionnel, dans son article « *Staff burnout* ». Il utilisera l'expression de « Burn-Out Syndrome » pour désigner la perte de motivation d'une personne pour son travail, en particulier lorsqu'une forte motivation à l'origine n'engendre pas les résultats attendus. Freudenberger, avec Richelson (1980) en donneront la définition suivante :

« ***Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail***. » Il est à noter que s'ils reconnaissaient les aléas du travail, ils insistaient sur les facteurs personnels.

Dès 1976, Christina Maslach mènera des études sur l'usure professionnelle, notamment dans les champs du médical et de la santé mentale puis chez les avocats, qui conduiront à valider et faire reconnaître le concept d'épuisement professionnel. Contrairement à Freudenberger, Maslach attribue la cause de cet épuisement en priorité à l'environnement du travail et ses conditions. Avec K. Kelly, A. Pines, S. Jackson et M. Leiter, Maslach a travaillé sur une définition précise du burnout et la construction d'une mesure standardisée scientifiquement validée (échelle de mesure psychométrique : le Maslach Burnout Inventory).

Son outil diagnostic comptait 25 items (il passera à 22) traitant quatre axes distincts (jusqu'à l'abandon du quatrième) :

- **épuisement émotionnel :** manque d'énergie, insuffisance des ressources, frustration, tension et perte de motivation ;
- **dépersonnalisation :** détachement, cynisme et attitudes négatives à l'égard des personnes dont on s'occupe, pouvant aller jusqu'à la stigmatisation voire la maltraitance ;
- **accomplissement professionnel :** dévalorisation de la portée de son travail, de ses compétences, de ses résultats, baisse de l'estime de soi ;
- **implication :** cet axe traitant du passage d'une sur-implication à une dés-implication sera abandonné par la suite.

Ces auteurs donneront la définition suivante du Burnout : « ***un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui*** ».

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est probablement l'outil le plus courant pour la mesure de l'épuisement professionnel. Toutefois, il est fondamental de réaliser que, quel que soit la qualité de la démarche méthodologique, cet outil ne peut faire ressortir que ce qu'il cherche. Dit autrement, par définition il choisit de considérer qu'on nommerait « *burnout* » un état où l'on retrouve épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement professionnel, à l'exclusion de tout autre élément potentiellement pertinent.

Au cours de la même période, Cary Cherniss propose un modèle holistique (un tout fait d'éléments en interactions réciproques et complexes) correspondant à un processus en trois étapes :

1) **perception d'un stress** produit par le déséquilibre entre les ressources de l'individu, les moyens mis à disposition et la charge de travail ;
2) **état de tension** (*stain*) : correspondant à l'épuisement émotionnel décrit par Maslach, soit : fatigue physique, épuisement émotionnel, tension et anxiété ;
3) **modification des attitudes et comportements** : pouvant correspondre à l'axe de dépersonnalisation de Maslach. Où la manière avec laquelle l'individu va réagir aura un impact significatif sur le développement du processus d'épuisement.

© michel berclaz avril 2019

Cherniss envisage l'épuisement professionnel dans la résultante de composantes individuelles (la perception du sujet, ses formes de réactions, ses mécanismes d'adaptation) et contextuelles (des conditions de travail). Conformément au modèle de l'Analyse Transactionnelle, Cherniss explique qu'au cours de ce processus, la personne peut adopter des modalités actives (constructives) de résolution de problème ou au contraire, des attitudes et comportements négatifs (non constructifs) susceptibles de favoriser le développement de l'épuisement professionnel.

De son côté, mais toujours à la même époque, A. Pines, qui avait collaboré avec Maslach, insiste sur la part tenue par la quête existentielle (le sens donné à notre vie par la portée de notre travail). Si l'individu est confronté à un environnement défavorable (surcharge quantitative et qualitative de travail, résistance du client, contraintes et pressions administratives, inputs contradictoires, manque de soutien de la hiérarchie, pauvreté de moyens mis à disposition, collaboration difficile avec les pairs…) et qu'il n'arrive pas à atteindre les objectifs qu'il se fixe, il va vivre un sentiment d'échec, l'impression de ne pas avoir d'impact sur son environnement. Dans le cas où il se serait particulièrement investi, où le sens donné à son existence est fortement relié à son identité professionnelle, cet échec aurait alors un effet désastreux sur lui, l'épuisement professionnel.

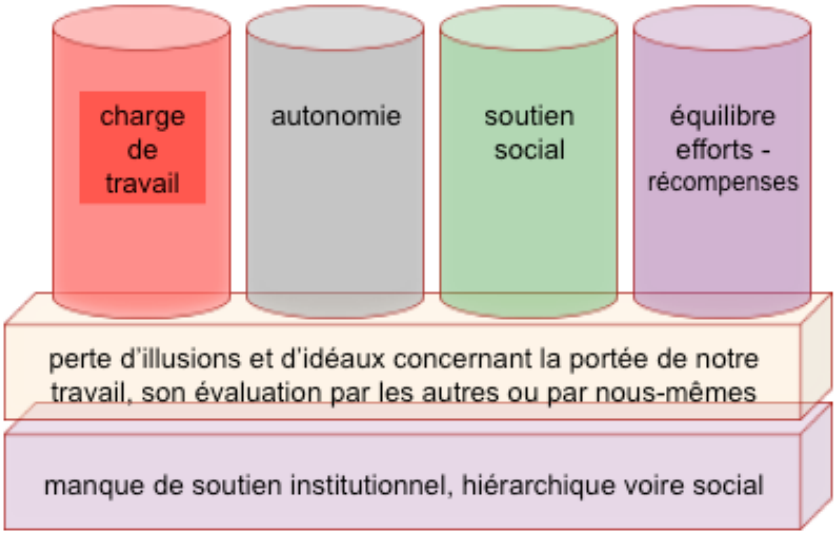
A partir des années 1980, un grand nombre de recherches, d'articles et d'ouvrages vont traiter de cette problématique. Il en émanera une grande quantité de définitions plus ou moins différentes, la prise en considération de causes et de processus distincts. Il faut admettre qu'en l'état des recherches actuelles, le concept d'épuisement professionnel (de Bur-Out, burnout ou burning out) :

- implique des facteurs causaux multiples et divers en interaction complexe ;
- recouvre différents processus ;
- produit des réactions clairement individuelles ;

de sorte que si l'épuisement professionnel devait être un seul et même concept, il s'agit de trouver au moins un élément commun. La logique voudrait que cet élément commun corresponde au fait que l'on attribue la source principale du désordre ou de la souffrance au contexte professionnel, quand bien même on reconnaisse la participation d'autres sources.

Dit autrement :

il s'agit de poser le diagnostic d'épuisement professionnel, si - et seulement si - dans l'analyse des composantes individuelles (personnelles), contextuelles (situations socio-familiales, conditions de vie, événement de vie, …) et professionnelles, ce sont ces dernières qui sont considérées, dans une situation donnée, comme prédominantes et/ou que l'on peut admettre qu'elles seraient plutôt la cause que la conséquence des autres.



© michel berclaz avril 2019

5.5. Usure de compassion

Comme le montre le développement historique du Burnout, à partir de l'idée d'une souffrance liée au travail, différents concepts ont été décrits, la plupart partageant une majorité de points communs, tant dans les causes de la souffrance que dans leurs formes. Ainsi, comme cherche à le montrer le schéma en page 35, épuisement professionnel, stress cumulatif, usure ou fatigue de compassion et traumatisme vicariant sont très similaires, différenciés le plus souvent par un ou deux éléments seulement de leurs causes, contextes ou symptomatologie.

La compassion est un sentiment qui porte à percevoir ou à ressentir la même souffrance qu'autrui et pousse à tenter d'y remédier.

La fatigue de compassion décrit le stress résultant de l'action d'aider ou de projeter d'aider une personne en souffrance ou traumatisée. Il s'agit d'un épuisement et d'une saturation de la relation d'aide, suite à l'exposition à la détresse intense, sans reviviscence d'événement traumatique (c'est ce qui la différencie probablement du traumatisme vicariant). Il peut naturellement y avoir de la rumination, mais elle tourne autour de l'idée du travail, de moment particulièrement pénible au travail et non des images produites par l'imagination suite à la description d'événement critique par une personne victime, comme dans le traumatisme vicariant. Il y a de l'évitement, l'évitement de certaines personnes voire l'évitement du contexte même de travail.

Au test de Maslach (concernant le burnout), la deuxième dimension, soit la dépersonnalisation pourrait bien être particulièrement marquée dans la fatigue de compassion. Le professionnel aurait alors l'impression de devenir insensible aux gens (soit de se protéger d'une empathie additionnelle), de s'endurcir, de développer des relations impersonnelles avec eux.

5.6. Traumatisme vicariant

Les récits traumatiques peuvent avoir des vertus cathartiques pour les personnes impliquées dans un incident critique, mais ils sont susceptibles de générer progressivement des changements chez l'accompagnant (intervenant psychosocial d'urgence, assistants sociaux et autres psychothérapeutes).

Ces changements profonds et cumulatifs peuvent être présentés par un sujet en contact avec des personnes en détresse, aux niveaux privé et professionnel, résultant de la surcharge émotionnelle induite par empathie ou sympathie.

L'écoute répétée de détails des histoires traumatiques peut affecter le fonctionnement psychologique de l'intervenant. Ainsi, les personnes intervenant auprès d'individus traumatisés peuvent vivre des symptômes semblables à ceux des personnes victimes, y compris des réactions de reviviscence (pensées, images, cauchemars…) associés aux récits des personnes soutenues ou accompagnées (contrairement à l'usure de compassion où l'on n'en présente pas, ou encore au stress cumulatif dans lequel les reviviscences possibles sont associées à des situations rencontrées, vécues). Dans le traumatisme vicariant, les réactions possibles sont de l'ordre de :

- pensées/images intrusives d'événements vécus par d'autres,
- crainte de travailler avec certaines personnes (évitement),
- craintes pour sa propre sécurité ou celle de notre famille,
- difficulté à séparer vie privée et vie professionnelle,
- faible tolérance à la frustration, crises de colère et de rage,
- augmentation des enjeux de transfert et contre-transfert,
- perception biaisée du monde,
- perte d'efficacité, sentiment d'impuissance,
- sentiment de mal fonctionner dans des situations non professionnelles,
- perte de sens ou d'enthousiasme pour notre travail.

© michel berclaz avril 2019

Facteurs à risques personnels :

- dévotion et investissement,
- altruisme et abnégation,
- conscience professionnelle et sens des responsabilités,
- besoin de reconnaissance et de gratifications,
- résonnances et antécédents de violence (cadres privé ou professionnel),
- mode de vie,
- réseau social pauvre, manque d'activités extérieures,
- perception de soi et de la profession, de la portée de notre travail,
- …

Facteurs à risques professionnels :

- confrontation à la violence, cruauté, férocité et injustice humaines,
- fréquence d'exposition aux récits de souffrances et de traumatismes,
- condition de travail (charges, contraintes),
- contexte professionnel (relations, soutien, sécurité, confort),
- peu de temps de récupération,
- peu ou pas de temps de réflexion institutionnelle :
    - ventilation,
    - analyse de la pratique,
    - supervision.

Facteurs à risques liés aux clients :

- degré de souffrance et gravité des réactions,
- personnes se mettant à risque,
- dépendance affective marquée,
- exigences et attentes irréalistes,
- attitude non volontaire ou non motivée,
- agressivité et violence,
- écarts entre les objectifs du client et ceux du professionnel,
- …

© michel berclaz avril 2019

5.7. Réactions chez les intervenants

En résumé, retenons que les intervenants en contact avec des personnes victimes semblent présenter moins de risques concernant l'ESPT que la population moyenne. Ils sont toutefois guettés par le stress cumulatif ou sommatif et leur conséquence, l'épuisement professionnel. Si leurs sources sont distinctes, leurs signes sont relativement similaires :

- baisse d'énergie, épuisement physique et psychique ;
- manifestations anxieuses et dépressives ;
- difficultés à se concentrer et prendre des décisions ;
- baisse de confiance en soi, en les autres, suspicion ;
- difficultés relationnelles avec les collègues ;
- baisse d'intérêt dans les domaines sociaux-professionnels ;
- forte baisse de motivation au travail.

Ainsi, les réactions propres à l'épuisement professionnel sont proches de celles de l'ESPT. Cependant, l'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres (non reconnaissance des tâches accomplies), de même que le soutien institutionnel ou hiérarchique. Ce point sera abordé dans le sous-chapitre suivant.

Nous pouvons reconnaître les émotions de nos interlocuteurs par la perception des éléments verbaux, para-verbaux et non-verbaux. Cependant, notre corps semble fonctionner également comme une antenne. Nous ressentons en nous l'émotion de notre interlocuteur.

Giacomo Rizzlati, de l'université de Parme a découvert, dans les années 90, des neurones du cortex prémoteur qui sont activés lorsque nous observons un individu faire quelque chose, les neurones miroirs. Cette découverte, sujet d'études en développement actuellement, relève, concernant ces neurones miroirs que :

- leur activation est essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit,
- elle autorise l'imitation et donc l'apprentissage,
- elle permet de comprendre le comment et le pourquoi, l'intention,
- ces mécanismes sont également impliqués dans la capacité de ressentir la même émotion que l'autre (empathie),
- les actions exécutées par le sujet deviennent des messages qui sont compris par l'observateur, sans médiation cognitive.

Dès lors, il nous est difficile de discerner ce qui nous est propre de ce que produit l'autre sur nous. Nous courons alors le risque d'être agis par ces émotions.

A l'instar du Dr Herman, admettons dès lors que le traumatisme est contagieux. Dans leur rôle de témoins de désastres et d'atrocités, les professionnels vivent un débordement émotionnel et sont susceptibles de partager des sentiments identiques à ceux des personnes victimes et leurs familles, tels la tristesse, la détresse, la colère, la rage, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou encore la confusion. Cet effet miroir, forme "d'éponge émotionnelle" peut pousser l'intervenant à des comportements peu adéquats comme : prendre parti, jouer le rôle d'avocat, réclamer de la reconnaissance pour leur travail ou leurs propres souffrances. Finalement leur colère peut se voir diriger non seulement sur les potentiels agresseurs, mais également les collègues, d'autres intervenants, l'institution, les organisations et même contre leur propre personne. Il s'agit là de leurs propres réactions et à ce titre elles sont parfaitement naturelles. Ce phénomène est qualifié de "contre-transfert traumatique" nous la nommerons « **réponse en miroir** ».

© michel berclaz avril 2019

La réponse en miroir :

Ainsi, l'intervenant peut ressentir : colère et rage, frustration et irritabilité, indignation.

Cette colère peut être dirigée non seulement sur l'agresseur, mais également sur les autres personnes impliquées, les collègues, l'institution voire contre lui-même.

- agis par la colère nous pouvons partager l'hostilité de l'autre,
- nous pouvons cesser d'être impartiaux et victimiser d'autres,
- agis par le sentiment d'impuissance, nous pouvons :
    - être neutralisé à notre tour,
    - nous défendre, devenir trop actif (avocat, défenseur…),
    - et plus nous sommes actifs, moins la personne peut l'être.

Cependant, les professionnels s'identifient non seulement aux personnes victimes ou aux témoins impuissants (produisant alors un sentiment similaire à la "culpabilité du survivant") mais également aux potentiels agresseurs. Ce phénomène peut prendre bien des formes, parmi lesquelles :

► devenir extrêmement sceptiques quant aux propos des personnes victimes ;

► tendre à minimiser, banaliser ou rationaliser l'abus

► ressentir de la répulsion et du dégoût à l'égard du comportement des personnes victimes ;

► présenter des jugements de valeurs et tendre à censurer les propos des personnes ;

► ressentir un intérêt voyeuriste, de la fascination voire de l'excitation sexuelle.

Par ailleurs l'exposition répétée à des expressions de la rapacité et la cruauté humaine inévitablement

► sape la confiance en soi, en nos compétences professionnelles, le sens de notre travail;

► rend vulnérable et gâte notre confiance dans les relations les plus intimes ;

► rend cynique et nous amène à douter de la motivation des autres ;

► produit un regard pessimiste sur la condition humaine ;

► altère notre sentiment de sécurité de base, la valeur positive de soi et de la relation,

► secoue la foi et les croyances, finalement produit une crise existentielle.

Bien que ces réactions soient parfaitement naturelles, le professionnel est tenu à en maîtriser la dérive, à assurer une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité, à développer ses aptitudes relationnelles tant avec les collègues qu'avec les bénéficiaires de soutien. Pour se faire, un certain nombre de tâches peuvent se montrer utiles, elles peuvent s'organiser en trois catégories : la co-protection, les ressources personnelles et les moyens individuels.

© michel berclaz avril 2019

5.8. L'effet miroir et la triangulation

Nous l'avons vu, parmi les risques du métier il y a l'effet miroir (contre-transfert traumatique, identification à la personne victime ou à l'agresseur) de même que le risque de triangulation (lorsque l'on rentre dans une triangulation : victime, persécuteur et sauveur). Devant les réactions de détresse intense et d'impuissance, l'intervenant court le risque soit d'être neutralisé (se sentir impuissant) soit sur-activé (devoir se sentir sur-puissant, être hyper actif) en faire trop, faire à la place de la personne victime au risque d'accroître encore le sentiment d'impuissance de cette dernière.

En effet, le fondement du traumatisme psychologique réside dans :

- la confusion,
- le débordement émotionnel,
- l'impuissance, la perte de contrôle et de maîtrise de sa vie,
- la déconnexion d'avec les autres, la perte ou l'aliénation des liens.

Ainsi, le rétablissement s'appuie sur la reprise d'un certain contrôle, d'une forme de maîtrise de la personne sur son existence ainsi que la reprise du lien ou l'établissement de nouvelles connections. Ce rétablissement ne peut trouver place en dehors d'un contexte relationnel, en aucun cas dans l'isolement. Il consiste à retrouver, recréer un certain nombre de facultés parmi lesquelles :

- ► le capacité à faire confiance,
- ► l'autonomie,
- ► l'initiative,
- ► les compétences,
- ► l'identité et
- ► l'intimité.

Or, de même que ces compétences ont été développées au sein des relations avec les autres, elles doivent être reconquises dans un cadre relationnel. Le premier principe du rétablissement consiste ainsi probablement à la reprise du contrôle et de la maîtrise par la personne victime. D'objet d'une situation ou de la malveillance d'un individu, elle doit redevenir le sujet de son existence. Elle se doit d'être l'auteur et l'arbitre de son rétablissement. Les intervenants, les soignants comme les proches peuvent proposer des conseils, du soutien, de l'aide, de l'affection ou des soins, mais en aucun cas la guérison.

Nous l'avons vu dans le chapitre concernant la relation d'aide à séances limitées, aucune intervention qui retirerait le pouvoir à la personne ne peut participer à ce rétablissement, quand bien même elle semblerait aller dans le sens de son intérêt immédiat. Dans certaines circonstances exceptionnelles, lorsque la personne a abdiqué toute responsabilité pour sa prise en charge, ou lorsqu'elle se montre à risque pour elle-même ou pour les autres, une intervention rapide s'avère pourtant nécessaire avec ou sans son consentement. Cependant, la personne devrait tout de même être consultée, et se voir offrir le plus de choix possible, dans la mesure de sa sécurité. Par ailleurs, la personne victime a vu sa confiance de base sérieusement altérée. Elle doit impérativement trouver, auprès de l'intervenant, un allié. Or, le risque de mise en dépendance est tel que ce dernier doit être extrêmement attentif à se montrer désintéressé et neutre :

- **désintéressé**, dans le sens où il doit s'abstenir d'utiliser son pouvoir pour satisfaire des besoins personnels et où

- **neutre** signifie qu'il ne doit pas prendre parti dans les conflits internes de la personne ni tenter de la diriger dans ses décisions.

© michel berclaz avril 2019

Cependant, le développement d'une relation de confiance nécessite que l'intervenant ou le thérapeute affirme explicitement une position de solidarité à l'égard de la personne victime. Reconnaître le statu de victime ponctuel à la personne s'avère une étape indispensable à l'installation d'une relation de confiance, c'est une réponse au besoin intense d'être reconnu et il s'agit probablement du seul moyen pour dépasser le sentiment de culpabilité profondément ancré chez la personne traumatisée. En même temps c'est une position extrêmement risquée à moyen et long terme quant à la porte qu'elle ouvre vers la coalition, la sur-simplification, la mise en dépendance comme d'autres pièges relationnels encore.

Afin de saisir ce point, je suggère au lecteur de se pencher sur le concept de triangulation proposé par l'Analyse Transactionnelle. Dans cette approche, le concept de scénario de vie explique comment les schémas de comportement dans notre vie actuelle ont pris naissance dans notre enfance. Elle fournit des explications sur la manière dont nous continuons parfois à réutiliser les stratégies de notre enfance dans notre vie adulte, même quand elles aboutissent à des résultats douloureux ou infructueux. Par conséquent, l'AT propose une théorie de la psychopathologie. Son postulat le plus fondamental tient dans ce que les gens sont « OK », ce qui signifie que nous avons, vous et moi, de la valeur, de l'importance et de la dignité en tant que personnes. Je m'accepte en tant que moi et je vous accepte en tant que vous. C'est une affirmation quant à l'essence de la personne plutôt qu'à son comportement (être plutôt que faire). Il m'arrivera quelquefois de ne pas aimer ce que vous *faites*, mais j'accepterai toujours ce que vous *êtes*. Votre essence en tant qu'être humain est OK pour moi, même si votre comportement ne l'est pas.

C'est à Eric Berne que nous devons la reconnaissance de la dynamique inconsciente des jeux. C'est le premier qui a abordé ces jeux psychologiques en tant que dynamique relationnelle. Il disait des jeux que ce sont des moyens lamentables mais terriblement efficaces d'obtenir ce dont on a besoin. Il faut donc être au moins deux personnes pour " jouer " et l'on trouve intuitivement le ou les partenaires qui ont des jeux complémentaires aux nôtres. Stephen Karpmann, du vivant de Berne, a conceptualisé le "**Triangle dramatique** ". Il nous permet d'illustrer et de comprendre d'une autre façon les jeux. Nous devrions d'ailleurs l'appeler le " Triangle théâtral " puisque son nom découle de la traduction anglaise " dramatic ", ce qui rend à ce concept le lien avec les jeux et les scénarios décrits par Eric Berne. Ainsi, Stephen Karpmann illustre les jeux se jouant à partir de certains rôles favoris, que les joueurs assument de manière inconsciente. Nous pouvons alors rencontrer la tristesse ou la confusion de la "***Victime***", la colère ou le triomphe du "***Persécuteur***", ou encore l'inquiétude ou la pitié du "***Sauveteur***" ou "sauveur". En regardant ces trois différentes positions, il faut s'imaginer que chaque personne répond à la situation en ignorant la réalité de ce qui se passe et de ce que l'autre personne éprouve ; elle tient compte seulement de sa propre perspective et de ce qui se passe dans sa tête. Elle fait ainsi de lourdes méconnaissances sur les capacités de chacun à réagir à cette situation.

C'est ainsi que ***Persécuteur*** et ***Sauveteur*** méconnaissent les capacités et la valeur d'autrui en le disqualifiant, et que la ***Victime*** se disqualifie toute seule face aux autres. On est donc là en présence de relations symbiotiques du style "*Occupe-toi de moi*" (Victime) ; "*T'es vraiment un incapable*" (Persécuteur) ou "*Je vais le faire à ta place, tu n'y arriveras jamais !* " (Sauveteur). Comme on peut le voir dans le Triangle dramatique, les rôles sont interchangeables. Les individus ne commencent à jouer que quand ils ne reçoivent plus assez de signes de reconnaissance, ou que l'autre refuse de continuer. Ainsi, la " tactique " utilisée est de changer de position dans ce triangle. Reconnaissons cependant qu'il n'est pas facile d'éviter d'être victime. Force nous est d'admettre que l'autre ou les éléments sont souvent plus puissants que nous. Cependant, s'il n'est alors pas possible d'éviter d'être, à un moment donné, victime, nous pouvons faire en sorte de ne pas développer une identité de victime. Pour ce faire je suggère un cheminement en cinq étapes « les pas vers la dévictimisation » (le premier ayant été ajouté par Diane Lauzier) qui sont :

<u>Les cinq pas vers la dévictimisation :</u>

⇨rétablir les faits (sortir de la confusion) ;

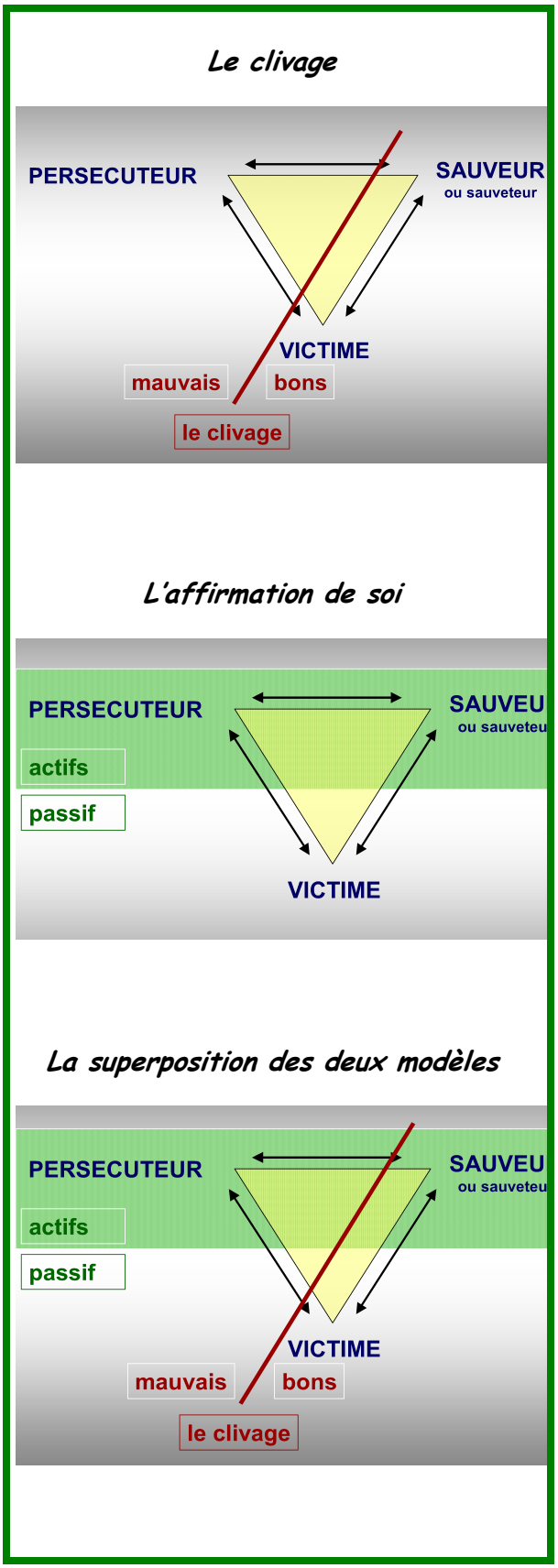
⇨savoir dire non ;

⇨nommer ce que je veux ;

⇨accepter de négocier ;

⇨assumer la séparation.

© michel berclaz avril 2019



Ainsi, à partir du triangle de Karpmann, plaçons une séparation catégorisant les protagonistes en actifs ou passifs. Nous voyons ici que le sauveur et le persécuteur partagent en commun la tendance à être actif.

Par contre, si l'on utilise la notion de clivage pour notre catégorisation, nous voyons le sauveur partager sa catégorie avec la victime. Naturellement, il faut bien imaginer qu'il s'agit ici d'un point de vue complètement subjectif. En effet, il y a fort à parier que la personne qualifiée de "persécuteur" (probablement par la victime et le sauveur), se définisse elle-même comme une victime.

Si nous superposons le triangle de Karpmann, l'affirmation de soi et la notion de clivage, nous réalisons que la victime se définit comme une personne passive engagée dans des relations de dépendance avec d'autres, qualifiées de bonnes (sauveurs) lorsqu'ils vont dans son sens et de mauvaises (persécuteurs), lorsqu'elle n'est pas satisfaite.

Le persécuteur probablement n'existe comme tel qu'aux yeux des deux autres protagonistes. Il est généralement une personne active qui cherche à atteindre ses objectifs (aux dépends de la victime parfois). Cependant il peut également s'agir d'une condition passive agressive. Dans ce cas nous avons une modification de la première catégorie, la victime et le persécuteur se retrouvant dans la catégorie des passifs.

De son côté, le sauveteur se montre actif (particulièrement en ce qui concerne les autres, bien plus que pour lui-même), présentant un besoin d'être apprécié, il existe dans une relation de dépendance avec une victime. De plus, il peut exercer ses propres tendances hostiles à l'égard de celui qualifié de persécuteur, et ce tout en restant du côté des "bons" dans un clivage sur-simplificateur. C'est probablement ce dernier qui scelle le triangle dramatique.

Diane Lauzier, psychologue canadienne, décrit trois clivages :

- clivage dans les croyances sur la nature humaine, jugement de valeur en bon ou mauvais ;
- clivage dans le comportement (l'affirmation) en passif ou actif, où plus le sauveur est actif plus il maintient la victime dans sa dépendance ;
- clivage dans les attitudes en relation : prise en charge versus dépendance et co-dépendance ou opposition.

© michel berclaz avril 2019

5.9. Gestion du stress

Le lecteur l'aura compris, le stress, tel qu'il est interprété par les psychiatres et les psychologues correspond au débordement des capacités individuelles du sujet. Les techniques de gestion du stress visent dès lors à :

- mobiliser et accroître les ressources individuelles,
- développer les mesures d'auto-protection et
- travailler sur la co-protection (soutien, solidarité entre pairs et amélioration des relations collégiales).

Naturellement, cette démarche, du point de vue du salarié, est positive, utile et susceptible d'améliorer significativement le confort de la personne comme la qualité du lien social. Toutefois, il n'en reste pas moins que ces techniques de gestion du stress visent à améliorer les stratégies individuelles et groupales d'adaptation à la situation plutôt qu'à chercher une amélioration du contexte professionnel.

En effet, agir exclusivement sur l'adaptation au contexte professionnel plutôt que sur les conditions de travail correspond à un transfert massif de responsabilité sur les épaules des employés. Si cette stratégie peut garder tout son sens dans des situations sur lesquelles aucun moyen d'action n'est envisageable, elle présente une caractéristique perverse dans les autres cas de figure.

Le résultat des recherches épidémiologiques le montre clairement, les causes principales du stress en milieu professionnel sont à chercher dans les formes d'organisation du travail, le management orienté exclusivement vers une logique financière de maximisation des gains. Toute tentative de solution qui porterait sur autre chose que la forme d'organisation, le management et une gestion socialement orientée des ressources humaines ne serait que vaguement palliative et vouée à un succès décevant.

Ainsi, le risque évident, dans la pratique des séminaires de gestion du stress, est de servir d'alibi et de valider un mouvement de déresponsabilisation des entreprises. En d'autres termes, de maintenir, voire d'amplifier, un fonctionnement que l'on sait aujourd'hui extrêmement dangereux pour la santé du personnel. Cette pratique, strictement animée par des intentions bienveillantes pourrait, paradoxalement, avoir des effets délétères dans le sens du maintien d'un système qui nécessite impérativement d'être modifié.
Du point de vue des épidémiologistes, la réponse est sans appel, c'est sur les quatre composantes du modèle qu'il s'agit d'appliquer les tentatives de solution, soit :

1) calibrer les exigences du travail,

2) augmenter l'autonomie et la participation de l'employé,

3) développer le soutien social entre pairs et par les cadres,

4) ré-équilibrer le rapport entre efforts et récompenses.

ce qui se trouve particulièrement bien résumé par le dernier paragraphe de l'article de Daviezies :

« ***Dans cette perspective, la réponse à la demande stress ne consiste pas à aider le sujet à s'adapter à la situation qui lui est faite. Il s'agit d'analyser avec lui, au plus près de sa situation concrète, les dilemmes dans lesquels il se trouve piégé et de l'aider ainsi à développer sa capacité à penser, à débattre et à agir.*** »

© michel berclaz avril 2019

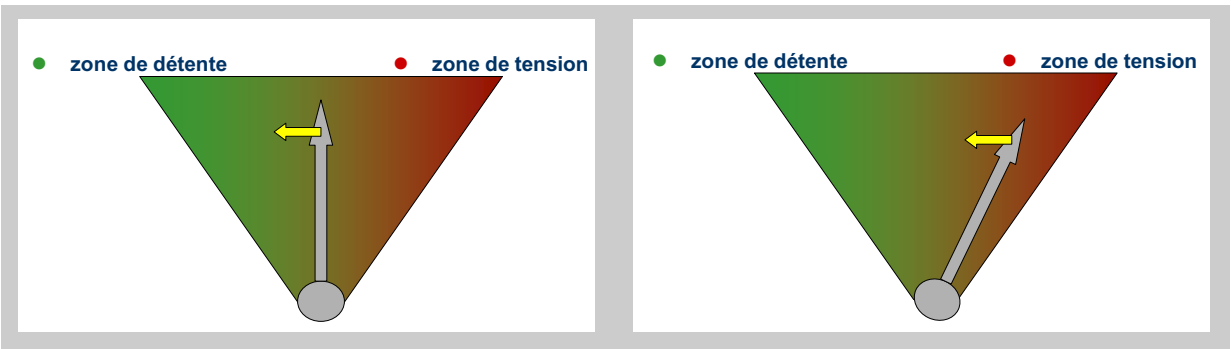
Répétons-le, le stress est un phénomène naturel utile et indispensable à la survie. Il permet de focaliser notre attention sur les difficultés et dangers potentiels rencontrés et de booster notre physiologie pour que notre corps et notre esprit puissent faire face. Il n'est donc pas question de chercher à l'éliminer. La tâche est impossible et si nous devions y arriver le résultat serait probablement dramatique. Par contre, comme nous l'avons vu, le phénomène peut s'enrayer, les mécanismes d'adaptation devenir insuffisants ou débordés.

Pour éviter ce débordement, un certain nombre de précautions peuvent se montrer utiles si ce n'est toujours efficaces. En premier lieu puisqu'il existe un rapport entre l'épuisement et la disponibilité des ressources, travailler à épargner et régénérer ces dernières est un excellent début.

5.9.1. Gestion des ressources :

- sommeil suffisant (qualité, quantité), pauses régulières,
- nourriture saine et en quantité suffisante,
- rythme de vie régulier, équilibre entre travail et loisirs,
- respect de nos limites,
- exercice physique,
- éviter alcool et drogues,
- techniques de relaxation,
- massages,
- et toutes nos méthodes individuelles de ressourcements

Le tableau ci-dessous cherche à illustrer qu'avec des méthodes de détente et relaxation données (correspondant à l'efficacité en fonction des flèches jaunes qui sont de même valeur) le moment choisi pour les appliquer est déterminant. A savoir, dans le tableau de gauche les méthodes sont appliquées en phase de stress moyen (la zone orange), elles feront passer le niveau de stress vers la zone de détente (vert). Dans le tableau de droite, les techniques sont appliquées lorsque le niveau de stress est haut… avec la même efficacité, le niveau reste dans le rouge.



Nous cherchons à montrer ici qu'un des éléments prédominant dans la gestion du stress réside dans le repérage de notre propre niveau de stress, la reconnaissance des agents les plus stressants pour nous ainsi que le repérage de nos techniques et méthodes de détentes les plus fonctionnelles, afin de les engager au plus tôt, pour garantir leur efficacité.

© michel berclaz avril 2019

5.9.2. Avant et pendant l'intervention

En ce qui concerne la gestion du stress, nous trouvons ce qui se rapporte à une situation en particulier et ce qui traite des mesures à prendre ou à respecter sur le long terme. Pour ce qui est des situations ponctuelles, notamment à chaud, nous pouvons relever les points suivants :

PREPARATION MENTALE AVANT LA SITUATION

- ► Orientation quant à la mission : « ma tâche consiste en … »
- ► Champ de responsabilité : « de quoi suis-je responsable ? Ce qui m'incombe c'est de… »
- ► Concentration sur la tâche : « le plus important maintenant c'est de… »
- ► Différence entre quotidien et engagement : « ceci est un engagement, j'applique mes connaissances… »

CONTROLE DE SOI PENDANT L'ENGAGEMENT

- ► Questionnement de soi : « puis-je encore travailler correctement ? »
- ► Durée de l'engagement : « l'engagement dure encore … »
- ► Évitement d'impressions inutilement accablantes : « à quoi dois-je être attentif, à quoi non ? »
- ► Rétablissement d'une respiration plus calme et profonde : Respirer profondément, compter jusqu'à cinq, expirer profondément, compter,
- ► Éviter les tensions musculaires inutiles : Passer votre corps en revue et détendez au mieux les muscles non nécessaires.
- ► Définition des critères d'interruption : « l'intervention se termine pour moi lorsque … »
- ► Orientation sur la suite : « après l'engagement je vais faire les choses suivantes :… »

L'ensemble de ces points vise à concentrer l'attention sur la situation, la mission, le champ de l'action et les limites individuelles dans le cadre d'une intervention ponctuelle. La page suivante traite des mesures à prendre sur le moyen et long terme.

Le chapitre précédent le montre bien, les risques du métier sont nombreux et importants, tant le stress se montre partout présent dans la profession. Rares seront ceux ou celles qui échapperont tout au long de leur vie active aux aléas du métier. Ce chapitre-ci vise à présenter une série de moyens propres, éventuellement, à diminuer l'impact négatif du stress sur le professionnel. Le lecteur avisé remarquera qu'une partie des propositions porte sur la personne et l'autre sur les relations.

En effet, il ressort clairement qu'un des impacts les plus important du stress porte sur nos relations, or, il est démontré que les relations interindividuelles, l'esprit de groupe, la confiance dans le soutien social, sont des facteurs fondamentaux dans la gestion du stress individuel.

© michel berclaz avril 2019

5.9.3. Auto-protection et co-protection

A partir de la réalisation de l'importance de la mise en place de moyens pour nous permettre de récupérer, de la capacité à reconnaître nos premiers signes de stress, d'évaluer notre état de stress assez tôt et de connaître nos moyens de relaxation, un certain nombre d'éléments sont susceptibles de nous permettre de nous protéger de l'épuisement :

Auto-protection :

- prise de conscience de l'état de stress,
- repérage des agents stressants dans notre environnement,
- évaluer nos capacités physiques et mentales,
- chercher à abaisser le niveau d'anxiété,
- s'assurer d'activités de loisirs nombreuses et variées,
- développer des stratégies de gestion du temps,
- améliorer notre organisation,
- travailler sur des résolutions de problèmes,
- rester réaliste et précis dans notre monologue intérieur,
- développer des pensées positives,
- éviter, si possible, de prendre d'importantes décisions lorsque trop stressé,
- chercher à prendre du recul,
- savoir dire oui / non, respecter nos limites, savoir déléguer,
- se montrer attentif à nos changements (habitudes, comportement et humeur),
- contacter nos valeurs personnelles, philosophiques et spirituelles,
- tolérance et adaptabilité,
- gérer nos frustrations,
- repérer nos ressources et les développer,
- cultiver les liens positifs,
- soigner nos relations familiales, amicales et sociales,
- développer la qualité de nos relations professionnelles,
- cultiver le rire et le sens de l'humour,

Finalement, les êtres humains sont grégaires, ils vivent en groupe. Dès lors, le groupe devient à la fois le moyen de se protéger des souffrances, malheurs et en même temps source de tensions et de difficultés.

Les professionnels de la santé cherchent à développer des moyens pour diminuer, soulager la souffrance, baisser le niveau de tension et protéger les individus contre les effets pathologiques de la rencontre avec le drame, la catastrophe et l'effroi. Bien des méthodes ont été développées sans toutefois réussir à se mettre d'accord sur leur efficacité.

Pourtant, il existe un point sur lequel les recherches semblent mettre les professionnels d'accords, elles se penchent sur les soldats confrontés aux horreurs de la guerre et elles montrent que : les soldats travaillant en petites unités, avec une bonne relation de groupe (amitié, solidarité) sous les ordres d'un « petit chef » en qui ils ont confiance (il n'a pas besoin d'être aimé, il suffit que les soldats pensent qu'il ne les mettra pas en danger inutilement, qu'il ira avec eux, devant eux et qu'il les défendra face à l'ennemi comme en regard de la hiérarchie) sont bien mieux protégés psychiquement que les autres.

© michel berclaz avril 2019

Nous réalisons à quel point des relations de qualité protègent l'individu contre les méfaits du stress et de la souffrance. Il devient alors évident de constater qu'un des meilleurs moyens de protéger l'individu réside dans le fait de soigner ses relations, qu'elles soient sociales, professionnelles ou familiales.

Co-protection :

Du point de vue des relations professionnelles, il s'agira de mettre en place des mesures de « co-protection » qui pourraient tenir notamment dans le fait de :

- respecter les tâches de chacun,
- faire circuler l'information,
- éviter de propager les rumeurs,
- développer l'écoute de nos collègues,
- manifester une communication claire et précise,
- encourager nos collègues,
- chercher à mieux se connaître et développer des liens de confiance,
- reconnaître nos compétences comme celles des autres,
- se montrer attentif aux réactions des uns et des autres,
- encourager l'organisation du travail en petit groupe ou unité,
- développer le travail d'équipe,
- améliorer et harmoniser les relations avec la hiérarchie,
- demander des supervisions,
- organiser des groupes de soutien entre pairs.

Les groupes de soutien aux pairs devraient offrir la possibilité d'exprimer les réactions émotionnelles (mais ne pas l'imposer non plus) de même que traiter les préoccupations techniques ou éthiques concernant les tâches professionnelles.

Le lecteur aura compris qu'il n'est pas question ici de trucs ou de moyens universels et imparables pour faire face aux débordements associés au stress, mais bien d'une série de mesures propres à améliorer, dans la mesure du possible, la situation.

Force est de reconnaître que les mesures d'amélioration des relations collégiales ne sont pas faciles à apporter, surtout lorsque l'on a compris que l'individu, sous l'effet du stress, devient tendu, méfiant, vulnérable, irritable et vite hostile. Or, c'est justement là qu'il est important de faire quelque chose.

Dans le même ordre d'idée, c'est surtout lorsque nous sommes stressés qu'il semble le plus difficile d'engager nos méthodes de relaxation et de détente… d'où l'importance de les adopter au plus vite, avant la zone rouge, pendant qu'elles sont encore praticables et le plus efficaces. Apprenons donc à reconnaître nos premiers signes de stress, à évaluer notre niveau de tension, repérer nos mesures individuelles d'adaptation et de détente pour les engager lorsqu'il est encore temps.

© michel berclaz avril 2019

5.9.4. Le Feed-back

Objet du feed-back : Le feed-back vous permet d'éprouver votre propre perception des choses et de lever les malentendus qui auraient été engendrés par certains comportements. Ce n'est pas un outil destiné à l'analyse ou à la transformation de votre interlocuteur. Il donne des informations qui peuvent être précieuses et utiles à l'évolution de la relation et au développement de la personnalité. Les échanges auxquels il donne lieu comportent des informations plus personnelles s'il s'agit d'un droit de réponse accordé de manière réciproque. Le feed-back reflète les valeurs, les idées et les sentiments de la personne qui le donne.

Donner un feed-back

Disposition du destinataire : Vérifiez que le destinataire est disposé à recevoir votre feed-back. En ce qui concerne votre franchise, adaptez-vous à lui: trop de franchise inhabituelle peut choquer votre interlocuteur et le bloquer dans sa disposition à écouter. Tenez compte de la réceptivité du destinataire et des limites de sa perception.

Choisissez le bon **moment** pour donner un feed-back :

Il devrait intervenir le plus directement possible.

C'est lorsqu'il est souhaité par le destinataire qu'il est le mieux reçu.

Contenu du feed-back : ne donner que des retours qui concernent le **comportement** (et non pas qui critique la personne elle-même) et qui soient constructifs pour votre interlocuteur. Exprimez-vous de manière précise et concrète; faites bien la distinction entre ce qui est de l'ordre de la perception, des suppositions, **de l'interprétation** et du ressenti:

Perceptionj'ai remarqué... j'ai vu... j'ai entendu...

Suppositionsje crois... je pense... j'imagine...

Ressentij'ai senti... j'ai ressenti... je me suis senti(e)... je voudrais bien…

Interprétationj'attribue une signification ou une intention …

Rendez votre réaction compréhensible. Évitez de porter des jugements, de coller des étiquettes, de procéder à des caractérisations. Ne portez pas de jugement et ne généralisez pas. Décrivez une expérience et un vécu en vous fondant sur des observations et des événements.

Recevoir un feed-back

Demander un feed-back : notre perception des choses ne correspond pas nécessairement à celle de nos collègues ou de nos supérieurs hiérarchiques ; elle est influencée par différents facteurs. C'est pourquoi vous devez demander de façon concrète les informations que vous voulez obtenir, par rapport à un rôle, une situation, une fonction donnée, etc. Ne vous contentez pas d'un jugement global, exigez des remarques précises, de manière à pouvoir comprendre ce que pense votre interlocuteur. Les chances pour qu'un véritable retour ait lieu sont proportionnelles à votre propre ouverture.

Recevoir un feed-back : écoutez attentivement et essayez de saisir complètement ce que votre interlocuteur pense réellement et ce qu'il ressent. Consignez par écrit les remarques qui vous ont été particulièrement douloureuses et laissez-les provoquer une réaction en vous. Relisez-les jusqu'à ce que vous compreniez l'impression qu'elles vous ont faite (ce qu'elles ont déclenché en vous). Essayez d'identifier la situation ou l'élément déclencheur qui suscite cette réaction indésirable. Ne faites pas d'objections, même si le feed-back vous semble inexact.

Que puis-je en faire ? Saisissez les opportunités d'apprentissage que présente un feed-back. Prenez les retours positifs également au sérieux. En vous observant vous-même, vérifiez sur le long terme les (nouvelles) caractéristiques que l'on vous a signalées. Convenez d'un signe avec votre partenaire, par lequel il vous indiquera que vous adoptez le comportement inopportun dont il a été question. Développez une stratégie pour contrer les difficultés et développer les qualités en cause. Quelques mois plus tard, demandez un nouveau feed-back pour vous exercer.

© michel berclaz avril 2019

6.CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT (Jeffrey Mitchell)

CISM (Jeffrey Mitchell) **Critical Incident Stress Management**

- information/formation préventive,
- defusings réguliers,
- débriefings réguliers,
- interventions individuelles de crise,
- soutiens des familles,
- suivis,
- orientation vers un soutien psychothérapeutique,
- programmes de psychoéducation post incidents,
-…

CISD (Jeffrey Mitchell) **Critical Incident Stress Debriefing** (inclu dans le programme CISM)

Trois objectifs principaux :

1) atténuation de l'impact d'un incident potentiellement traumatique,
2) mobilisation du processus naturel de récupération et des fonctions adaptatives,
3) identification des individus susceptibles de nécessiter un soutien additionnel.

Sept phases :

1) introduction, présentation des intervenants, de la démarche, règles de fonctionnement, présentation des personnes, leur fonction, leur rôle dans la situation,
2) les faits, "Donnez une brève description de ce qui c'est passé de votre point de vue",
3) les pensées, "quelles ont été les premières ou plus marquantes pensée ?"
4) les réactions "Quelles ont été les choses les plus marquantes pour vous?",
5) les symptômes "Quel est l'impact de cet événement dans votre vie ?"
6) information / psychoéducation (donner du sens aux réactions, adaptation,…),
7) conclusions, orientation, choix pour la suite, besoins actuels, retour au domicile, reprise travail.

© michel berclaz avril 2019

Les composants du CISM (Abigail Malcolm & coll.)

Interventions	Timing	Activation	Objectifs	Format
1. planification stratégique	prévention avant la crise.	anticipation de la crise	se préparer, meilleure adaptation, gestion du stress	groupes, équipe, institution, organisation
2. démobilisation et consultation des équipes	au moment du désengagement de l'équipe	en fonction de l'événement	informer, consulter, autoriser une décompression, gestion du stress	grands groupes, organisation
3. évaluation des besoins	après la crise à tout moment			
4. defusing	Dans les 12 h après la crise	en fonction des réactions	atténuation des réactions, triage, évent. clôture	petits groupes
5. débriefing (CISD)	1-10 jours 3-4 semaines macro-catast.	en fonction de l'événement et des réactions	symboliser la fin, triage, atténuations des réactions	petits groupes
6. intervention de crise individuelle	quand et où indifférents	en fonction des réactions	atténuation des réactions, retour à la mission, orientation si nécessaire	individuel
7. gestion des familles	indifférent	en fonction des événements ou des réactions	encourager le soutien et la communication, atténuation des réactions, clôture si possible, orientation si nécessaire	familles / organisation / institution
8. consultations communautaires/ organisationnelles	indifférent			
9. soutien spirituel	indifférent	en fonction des réactions	atténuation de la crise de foi et existentielle, soutien à la récupération	individuel, familles, groupes
10. suivi / orientation	indifférent	en fonction des réactions	évaluer l'état, les besoins de soins, traiter	Individuel familles

CISM = Critical Incident Stress Management / CISD = Critical Incident Stress Debriefing
(adapté d'Everly & Mitchell, 1999 et Everly & Langlieb, 2003)

Malcom, A. & coll. (2005) Critical Incident Stress Debriefing and Law Enforcement : An Evaluative Review in *Brief Treatment and Crisis Intervention*.

© michel berclaz avril 2019

Démobilisation

Elle s'opère immédiatement après la fin d'un engagement majeur. Elle vise à assurer le passage entre l'intervention et un certain retour à la normale. Il se déroule généralement en deux phases :

- douche, repas, boisson et possibilités de repos ;
- transmission d'informations par les pairs sur les suites possibles à l'intervention.

Il arrive souvent que la démobilisation soit couplée à un défusing.

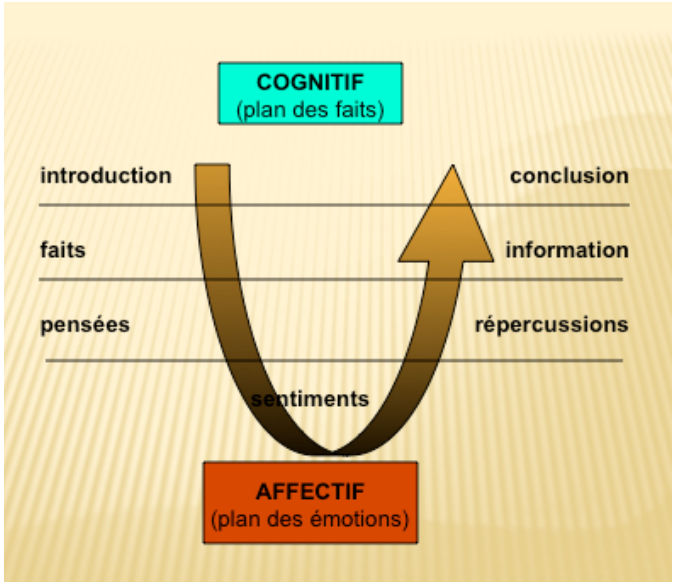
Défusing

est une discussion tenue en groupe restreint suite à un événement éprouvant. Il est proposé par la direction d'intervention et mené par les pairs.

Le défusing	Le débriefing
Le défusing initial est un entretien relativement bref suite à un événement critique.Il vise à désamorcer une situation susceptible de devenir explosive.Le défusing initial intervient immédiatement ou dans les (12) heures suivant le drame.Plus simple, il cherche à traiter les réactions à court terme, l'état de choc.	Le débriefing psychologique est un entretien approfondi tenu après un événement grave. Il cherche à engager le processus d'intégration de l'événement dramatique. Le débriefing est tenu dans les jours qui suivent la situation critique. Généralement plus structuré, il traite les réactions à moyen et long terme, produites par l'événement.

Les débriefings structurés s'inspirent tous du modèle de base de Mitchell, y apportant plus ou moins de variantes, d'ajouts ou de particularités et organisant les étapes ou phases de façon plus ou moins différentes. Les objectifs des phases reposent principalement sur deux éléments :

a) le premier repose sur une culture d'entreprise (militaire et urgentiste), et s'adresse aux facilitateurs (débriefeurs, animateurs). Il organise le déroulement en protocole ou procédure, permettant aux leaders de gérer leur propre stress ;



b) le second est sous-tendu par l'approche cognitivo-comportementale, elle-même fortement structurée. La séparation des étapes vise à permettre d'aborder progressivement les émotions, tout en évitant une déstabilisation trop forte (re-victimisation, décompensation), pour ramener progressivement les participants à un certain niveau de calme et de détente. Concernant ce point, l'OFPC explique que son déroulement est conçu pour permettre le passage en douceur du plan des faits au plan des émotions, pour finalement revenir aux faits concrets, bouclant ainsi le cycle. Il propose le schéma suivant :

c) il facilite la gestion du groupe

© michel berclaz avril 2019

Débriefing : comparaison du modèle de Mitchell avec celui de Bohl :

Débriefing de MITCHELL	Modèle de débriefing de BOHL
1. Introduction : les buts de cette phase sont de permettre à l'équipe de se présenter et d'exprimer sa sollicitude envers les victimes de l'événement, d'expliquer la méthode, son intérêt et ses règles fondamentales : - confidentialité, - choix des participants, - pas l'obligation de parler, - égalité entre les participants, - respect de ce qui est révélé, - ne pas quitter la réunion, - entrevue individuelle après si nécessaire. **2. Description :** les participants sont incités à décrire l'événement, les faits qu'ils ont vécus, leurs rôles et fonctions pendant l'événement. **3. Réflexion :** les participants révèlent les premières pensées ayant fait irruption pendant la situation traumatique ainsi que les ressentis et les impressions sensorielles. Ainsi, les participants redonnent du sens à leurs pensées morcelées et de l'intérêt à leur vécu par rapport au récit sensationnel des faits. **4. Réactions :** on y aborde les réactions apparues pendant et après la situation critique. Les ressemblances et différences individuelles sont relevées. Le vécu émotionnel de cette phase est généralement intense avec l'expression des émotions (pleurs, angoisse, vécu de frustration) ou, au contraire, repli hermétique sur des émotions semblables (frustration, angoisse, culpabilité). **5. Symptômes :** chaque participant est invité à décrire ce qui est différent dans son comportement et son vécu depuis l'événement. Il s'agit de la recherche des symptômes. **6. Enseignement :** le leader résume les émotions, pensées, impressions, vécus, etc. de tous les participants et en quittance la normalité. Il présente les réactions possibles à court, moyen et long terme et aborde les stratégies à mettre en place pour faire face à ces troubles. Il évoque la possible nécessité d'un suivi médicopsychologique. **7. Conclusion** : le retour dans les foyers respectifs est discuté. On répond aux questions. Des points de contact sont proposés aux personnes pouvant nécessiter des conseils supplémentaires. Des rafraîchissements sont généralement distribués et une conversation libre peut s'engager, permettant d'exprimer un sentiment de détente.	1) introduction, présentation des intervenants, de la démarche, règles de fonctionnement, présentation des personnes, leur fonction, leur rôle dans la situation, 2) les faits, "Donnez une brève description de ce qui c'est passé de votre point de vue", 3) les pensées et les émotions, (où le but recherché est plus la validation du vécu que la ventilation), 4) les symptômes "Quel est l'impact de cet événement dans votre vie ?" 5) la phase des affaires en cours (*unfinished business phase*) : « Qu'est-ce qui, dans cette situation, vous rappelle une expérience passée ? » 6) information / psychoéducation (donner du sens aux réactions, adaptation, contrairement au modèle de Mitchell, on ne demande pas ce qui a été positif dans l'expérience. On y parle des réactions normales et pathologiques, de comment gérer la relation avec les collègues et les familles, à quoi s'attendre dans les jours qui viennent, 7) conclusions, orientation, choix pour la suite, besoins actuels, retour au domicile / au travail, 8) le tour de table (*round robin*) où chacun est invité à dire ce qu'il ou elle souhaite, de façon générale ou à une personne en particulier, (mais la personne ne peut pas y répondre directement). Le programme de débriefing de Bohl s'inspire directement du CISD de Mitchell, avec quelques adaptations. Il débute aussi vite que possible après l'événement critique, en trois phases : a) premier débriefing individuel dans les 24 heures, b) un second débriefing individuel plus tard, c) un débriefing d'équipe à une semaine visant à encourager l'esprit d'équipe et les liens entre collègues.

Mitchell, tiré du Précis de victimologie générale (1999). Bohl (1995)

© michel berclaz avril 2019

Débriefing : comparaison du modèle d'Armstrong avec celui de Begehr & Bober :

Modèle de débriefing pour traumatismes multiples : Armstrong	Integrative debriefing : Begehr & Bober
1. La narration des événements : description des paramètres de l'intervention, durée, buts, limitations de la confidentialité. On explique qu'il ne s'agit ni d'une thérapie, ni a priori d'une critique de l'intervention. Le débriefing offre aux personnes un temps pour faire une pause dans leur mission et pour développer une réflexion sur les aspects positifs et négatifs de leur travail. Discussion sur un ou deux points particulièrement pénibles. Montrer l'intérêt porté à leurs pensées, sentiments et émotions. De plus, placer les événements en dehors des personnes (sur le tableau), de manière organisée, peut permettre une prise de distance propre à faciliter l'intégration de l'expérience. Les éléments clairement positifs, les stratégies d'adaptation efficaces et les points forts sont identifiés au cours de cette phase. **2. Émotions et réactions :** les participants sont amenés à ventiler leurs pensées et émotions concernant les points inscrits sur un tableau, elles sont reconnues comme normales dans une telle situation. **3. Les stratégies d'adaptation** : présentation et discussion sur les réactions normales et pathologiques, orientation quant aux mécanismes de défense désadaptatifs. Répertorier les moyens mis en place par chacun pour supporter de telles situations, dans le cadre de cette catastrophe ou lors d'autres situations. Retour à la maison : sont recommandés par exemple : 1) l'exercice physique 2) une bonne alimentation 3) un congé professionnel 4) des activités de détentes 5) l'échange avec les collègues 6) la participation aux réunions d'équipe 7) le contact avec la famille et les amis 8) l'utilisation des méthodes personnelles destressantes utilisées par le passé. On souligne le fait que l'aide qu'ils pourraient apporter aux autres va dépendre du soutien et de l'attention qu'ils s'apporteront à eux-mêmes. **4. L'étape de clôture** : les aspects positifs de l'expérience sont évoqués. Des liens intenses s'étant probablement noués, un moment est offert pour les adieux. Il est indispensable de parler de la transition vers le foyer. Les effets retardés de la réaction aiguë sont expliqués. Un follow-up individuel ou familial est vivement recommandé à ceux qui sont encore en difficulté.	1. I**ntroduction** : une discussion est tenue sur l'objet de la rencontre, 2. **Partage de la compréhension** : les participant échangent sur ce qui s'est déroulé, 3. **Impact de l'expérience** : les effets de l'incident critique sont discutés. Une attention toute particulière est portée sur l'impact sur les relations avec la famille et les proches, 4. **Stratégies d'adaptation** : les membres du groupe sont invités à échanger sur leur propre stratégies d'adaptation, 5. **Mobilisation du soutien social** : insistance sur les aspects de camaraderie, sur le soutien entre collègues pendant le débriefing pour la suite également, 6. **Conclusion** : les participants son remerciés pour leur venue, leur engagement et ce qu'ils ont partagé. Les ressources sont mobilisées et la possibilité d'un suivi est proposée. Les personnes les plus touchées sont encouragées à avoir accès à un soutien par des professionnels de la santé mentale.
Armstrong & coll.	Begehr and Bober (2004)

© michel berclaz avril 2019

Modèle de soutien psychologique immédiat et post-immédiat de Brom et Kleber

Le modèle de soutien psychologique proposé ici est réalisé en plusieurs séances dont la dernière est opérée plusieurs mois après l'incident critique de telle sorte qu'il permette d'évaluer l'impact de l'événement sur la personne, conformément à la modélisation des réactions au niveau de l'inscription dans le temps, soit :

- *première étape* (pendant et tout de suite après le trauma) : elle se caractérise par des sentiments de désorientation, d'incrédulité et d'impuissance. La personne n'arrive pas à croire ce qui se passe ; elle se sent confuse, engourdie, coupée de la réalité. Ces sentiments sont souvent suivis par une peur intense au fur et à mesure que la personne prend conscience que sa vie a été menacée.
- *deuxième étape :* les émotions sont plus variées, la personne pouvant expérimenter de la colère, de la tristesse et de la culpabilité (elle se reproche de ne pas avoir agi autrement pendant l'événement, etc.). Elle revit le trauma par des images et des pensées récurrentes. Ces images et ces pensées récurrentes sont suivies de comportements d'évitement des situations similaires à l'expérience traumatique (ex. : la personne évite de parler de l'événement, de retourner au travail, de voir ou d'entendre des nouvelles reliées à l'événement, etc.).
- *troisième étape :* elle se caractérise par l'intégration de l'expérience traumatique. La personne voit ses émotions diminuer progressivement en intensité et en fréquence. Elle reprend graduellement ses activités quotidiennes au travail et à la maison et les souvenirs et les émotions attachés au trauma interfèrent de moins en moins dans son fonctionnement personnel. La personne commence à assimiler l'expérience traumatique.

https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjACahUKEwjutcbIv93HAhUL1hQKHRVbAk8&url=http%3A%2F%2F1734063.sites.myregisteredsite.com%2Fdocumentation%2Fop%2F212017.htm&usg=AFQjCNH5lXXilsTSq3EasOyvwcHccRGbYQ

Le modèle de soutien, en plusieurs séances, va traiter :

- <u>le soutien</u> : il vise la mobilisation du processus naturel d'adaptation, le récit des personnes impliquées est écouté, en essayant de structurer les différentes expériences et de nommer les émotion. Les personnes sont invitées à mobiliser leur réseau social et à être attentives à leur processus par la suite.

- <u>le test de la réalité</u> : les réactions de reviviscence et d'évitement sont abordées et discutées, présentées comme des réactions naturelles et attendues.

- <u>la confrontation avec l'expérience</u> : les personnes impliquées sont invitées à revisiter l'incident critique de façon détaillée. En effet, si le déni ou l'évitement sont des mécanismes utiles pour supporter les événements, leur installation durable et massive pourrait nuire à leur intégration.

© michel berclaz avril 2019

7.BIBLIOGRAPHIE

ANGE RAOULT, P. (sous la dir. de) (1999) Souffrance et violence : psychopathologie des contextes familiaux, l'Harmattan, Paris.

ANZIEU, D. et coll.☹1985) Mélanie Klein aujourd'hui, Césura Lyon Edition.

AUDET, J. & KATZ, J.-F. (1999) Précis de victimologie générale, Dunod, Paris.

BERCLAZ, M. (2007) Traumatisme et intervention. Manuel de soutien psychosocial et spirituel. www.psyurgence.ch

BERGERET, J. (1985) La personnalité normale et pathologique, Dunod, Paris.

BERGERET, J. (1996) La violence fondamentale, Dunod, Paris.

BERN, E. (1966) Games People Play, the Psychology of Human Relationships. André Deutsch Limited, Londres.

BRADFORD, R. & JOHN, A.M. (1991) « The Psychological Effects of Disaster Work : Implication for Disaster Planning », in *Journal of Royal Society of Health*, vol. 11, n°3, 107-110.

BRILLON, P. (2013) « Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse ». in *Psychologie Quebec*, vol.30, n°3, p. 30-35.

BRYANT, R. et HARVEY, A. (1999) Acute Stress Disorder. A handbook of theory, assessment and treatment. American Psychological Association, Washington DC.

CHAUVENET, A., DESPRET, V., LEMAIRE, J-M. (1996) Clinique de la reconstruction, l'Harmattan, Paris.

CHRESTMAN, K.R. (1995) « Secondary exposure of trauma and self-reported distress among therapists ». In Stamm Bit, Secondary Traumatic Stress. Self-care issues for clinical researchers & educators. Lutherville : Sidran Press.

CONRAD, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). « Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among Colorado child protection workers ». In *Child Abuse and Neglect*, vol. 30, 1071-1080.

CROCQ, L.: (1999) Les traumatismes psychiques de guerre, Ed. Odile Jacob, Paris.

CYR, M., HEBERT, M. & TOURIGNY, M. (2011) L'agression sexuelle envers les enfants (tome 1). Presse de l'Université de Quebec, Quebec, Canada.

CYR, M., HEBERT, M. & TOURIGNY, M. (2012) L'agression sexuelle envers les enfants (tome 2). Presse de l'Université de Quebec, Quebec, Canada.

CYR, M. (2014) Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime, de la théorie à la pratique. Dunod ed. Paris.

CYRULNIK, B. (1999) Un merveilleux malheur, Ed. Odile Jacob, Paris.

De CLERCQ, M. et LEBIGOT, F. (2001) Les traumatismes psychiques, Masson, Paris.

DUHOUX, S. (2014) « Traumatisme vicariant : la souffrance des soignants ». (en ligne : http://inter-stice.fr/traumatisme-vicariant-2/).

DSM 5 (2015) Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. American Psychiatric Association. Issy-les-Moulineaux.

FIGLEY, C.R. (1995). Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Levittown, PA : Brunner / Mazel.

FOA, E., KEANE, T. ET FRIEDMAN, J. (2000) Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York.

GABEL, M., LEBOVICI, S., MAZET, PH. (1995) Maltraitance: maintien du lien, Ed. Fleurus psychopédagogie, Paris.

GENTRY, E. & all. (1997). Accelerated Recovery Program For Compassion Fatique. Conférence présentée au Thirteenth Annual International Society For Traumatic Stress Studies, Monreal, Canada.

GIRDANO, D., DUSEK, D. et coll. (1997) Controlling stress and tension,(7eme ed), Pearson, San Francisco.

GRINKER, R. & SPIEGEL, J (1945) : Men Under Stress, Blakeston, Philadelphia.

HALPERIN, D., BOUVIER P. & REY WICHY H. (sous la dir.). (1997) A contre-cœur, à contre-corps. E. Médecine & Hygiène. Genève.

HANUS, M. (2001) La résilience à quel prix ? Survivre & rebondir. Maloine, Paris.

HERMAN, J. (1992) Trauma and Recovery, Basic Books, New York.

HERNANDEZ, P., GANGSEI, D & ENGSTROM, D. (2007) « Vicarious resilience : A qualitative investigation into a description of a new concept ». in *Family Process*, vol 46, n°2, 229-241.

KARDINER, A. & SPIEGEL, H. (1947) : War, Stress, and Neurotic Illness, Hoeber, New York.

KLEIN, M., RIVIERE, J. :(1984) L'amour et la haine, (Coll. Sciences de l'homme) No. 112, Ed. Petite bibliothèque, Payot, Paris.

LABORIT, H.(1976) Eloge de la fuite, Robert Laffont, Paris.

LARIVEY, M. (2002) La puissance des émotions, Les Editions de l'Homme, Quebec.

LAZARUS, R.S. (2006) Stress and Emotion, Springler Publishing Compagny, New York.

MALTAIS, D. & coll. (2015). Les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux des CSSS du Quebec. In *Intervention*, n°142, 51-64.

MacCANN, I.L. & Pearlman, L.A. (1990) « Vicarious traumatization : a framework for understanding the psychological effect of working with victims ». In *Journal of Traumatic Stress*, 3-2, 131-149.

MANCIAUX, M. (2001) La résilience, résister et se construire, Ed Médecine et Hygiène, Genève.

MELTZER, D. (1987) Le développement kleinien de la psychanalyse, Privat, Toulouse.

MILLER, A. (1984) C'est pour ton bien, Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant, Ed. Aubier Montaigne, Paris.

MILLER, K.I., Stiff, J.B. & Ellis, B.H. (1988) « Communication and empahty as precursors to burnout among human service workers ». In *Communication Monograph*, 55(9), 336-341

MORIN, E. (1979) Le Paradigme perdu : la nature humaine, Ed. Seuil, Coll. Point No. 109, Paris.

MUNYANDAMUTSA, N. (2001) Question de sens et des repères dans le traumatisme psychique. Edition Médecine & Hygiène, Genève.

ORNER, R. & SCHNYDER, U. (2003) Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, New York.

PEARLMAN, L.A. & MACLAN, P.S. (1995). « Vicarious traumatization. An Empirical strudy of the effects of trauma work on trauma therapists », in *Professional Psychology : Research and Practice*, vol. 26, n°6, 448-565.

PEARLMAN, L.A. (1998). « Trauma adn the self : A theoretical and clinical perspective ». In *Journal of Emotional Abuse*, n°1, 7-25.

RADLEY, M. & FIGLEY, C.R. (2007). « The social psychology of compassion ». In *Clinical Social Work Journal*, vol.35, 207-214.

RAPHAEL, B., WILSON, J.(2000) Psychological Debriefing. Theory, practice and evidence, Cambridge Universitiy Press, Cambridge.

RICHARDSON, I.J. (2001). Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence. Centre national d'information sur la violence dans la famille – Santé Canada (www.rsfs.ca/opFichier/guide_sur_le_traumatisme_vicariant_MeFD18FXC8ZF_6944.pdf).

ROSATTI, P. (2002) L'expertise médicale. De la décision à propose de quelques diagnostics difficiles, Médecine & Hygiène, Genève.

ROTHSCHILD, B. & RAND, M. (2006). Help for the Helper. The Psychophysiologty of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. WW Norton & Company. New York.

SIRONI, F. (1999) Bourreaux et victimes, psychologie de la torture, Ed. Odile Jacob, Paris.

SERVANT, D, & PARQUET Ph. J. (1995) Stress, anxiété et pathologies médicales, Ed. Masson, Paris.

SERVANT, D. (2005) Gestion du stress et de l'anxiété, Ed Masson, Paris.

STEWART, I. & JOINES, V. (1991) Manuel d'Analyse Transactionnelle, InterEditions, Paris.

TEHRANI, N. (2007). « The cost of caring – The impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs ». In *Counselling Psychology Quarterly*, vol.20, n°4, 325-339.

THIBOUTOT, J. (2000) Gestion du stress et travail policier, Modulo ed., Québec.

THURIN, J-M. & BAUMANN, N. (2003) Stress, pathologies et immunité, Flammarion, Paris.

TISSERON, S. (1998) Du bon visage de la honte, Ramsay, Paris.

TOUSIGANT, M. & HARRIS, T.O. (2001) Evénements de vie et psychiatres. Doin éditeur, Paris.

VAN RILLAER, J. L'agressivité humaine, (Coll, psychologie et sciences humaines) No. 59, Ed. Dessart et Mordaga, Bruxelles, 268 p.

VANOTTI, M. (sous la dir. de) (1992) Le silence comme un cri à l'envers, Ed. Médecine & Hygiène, Genève.

VITRY, M. (2002) L'écoute des blessures invisibles, L'Harmattan, Paris.

© michel berclaz avril 2019

8.COMPARAISON DIAGNOSTICS DSM-IV TR / DSM 5 / CIM 10

DSM IV - TR	DSM 5
Troubles habituellement diagnostiqués pendant l'enfance	Troubles neurodeveloppementaux
Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs	Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
Troubles mentaux dus à une affection médicale générale non classée ailleurs	Troubles bipolaires et apparentés
Troubles liés à une substance	Troubles dépressifs
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	Troubles anxieux
Troubles de l'humeur	Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés
Troubles anxieux	**Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress**
Trouble panique sans agoraphobie	Trouble réactionnel de l'attachement
Trouble panique avec agoraphobie	Désinhibition du contact social
Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	Trouble stress post-traumatique
Phobie spécifique	Trouble stress aigu
Phobie sociale	Troubles de l'adaptation
Trouble obsessionnel-compulsif	**Troubles dissociatifs**
Etat de stress post-traumatique	Trouble dissociatif de l'identité
Etat de stress aigu	Amnésie dissociative
Anxiété généralisée	Trouble de dépersonnalisation / déréalisation
Trouble anxieux dû à …	Autre trouble dissociatif spécifié
Trouble anxieux induit par une substance	Troubles à symptomatologie somatique et apparentés
Troubles somatoformes	Troubles des conduites alimentaires
Troubles factices	Troubles du contrôle sphinctérien
Troubles dissociatifs	Troubles de l'alternance veille-sommeil
Amnésie dissociative	Dysfonctions sexuelles
Trouble dissociatif de l'identité	Dysphorie de genre
Trouble de dépersonnalisation	Troubles disruptifs et des conduites
Trouble dissociatif non spécifié	Troubles liés à une substance et troubles addictifs
Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle	Troubles neurocognitifs
Troubles des conduites alimentaires	Troubles de la personnalité
Troubles du sommeil	Troubles paraphiliques
Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs	Autres troubles mentaux
Troubles de l'adaptation	Troubles des mouvements induits par la médication
Troubles de la personnalité	Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique	

Où le passage du DSV-IV-TR au DSM 5 réside principalement dans le fait de sortir les troubles traumatiques de la catégorie des troubles anxieux, pour en faire une catégorie spécifique : les troubles traumatiques et associés au stress.

© michel berclaz avril 2019

DSM-IV-TR

F43.0 (308.3) Trouble État de stress aigu

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois des symptômes dissociatifs suivants :

1) sentiment subjectif de torpeur, de détachement

2) réduction de la conscience de son environnement

3) impression de déréalisation

4) impression de dépersonnalisation

5) amnésie dissociative

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement.

D. Évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique,

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant.

DSM 5

308.3 (F 43.0) Trouble Stress aigu

A. exposition à la mort effective ou à une menace de mort, blessure sérieuse ou à des violences sexuelles de façons suivantes:

1. confrontation directe à l'événement,

2. être témoin d'un événement affectant une autre pers.

3. apprendre qu'un proche a été confronté à un évé.

4. exposition répétée à des détails d'événements

B. présence d'au moins 9 des symptômes suivants après la survenue de l'événement :

Symptômes envahissants

1. souvenirs pénibles récurrents, involontaires, envahissants

2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse,

3. réactions dissociatives (flasbacks),

4. détresse psychologique, réactions physiologiques en réponse à des signaux internes ou externes.

Humeur négative

5. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives

Symptômes dissociatifs

6. perception altérée de la réalité de soi, de l'environnement

7. incapacité à se rappeler d'aspects de l'événement

Symptômes d'évitement

8. évitement des souvenirs, pensées et sentiments,

9. évitement des rappels externes (personnes, endroit,…)

Symptômes d'éveil (d'alerte)

10. troubles du sommeil,

11. irritabilité, accès de colère, agressivité,

12. hypervigilance,

13. difficultés de concentration,

14. réaction de sursaut exagéré,

C. Durée entre 3 jours et 1 mois après l'exposition.

D. le trouble cause une détresse clinique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

© michel berclaz avril 2019

DSM-IV-TR

F43.1 (309.81) Trouble État de Stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une des façons suivantes et provoquant un sentiment de détresse : souvenirs répétitifs, rêves répétitifs de l'événement, impression ou agissements soudains « comme si » l'événement allait se produire, sentiment intense de détresse psychique ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause,

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes : efforts pour éviter les pensées, sentiments, conversations, activités, endroits ou gens associés au traumatisme, incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme, réduction nette de l'intérêt pour ou la participation à des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres, restriction des affects, sentiment d'avenir « bouché ».

D. Présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative (3 symptômes) : troubles du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée est de trois mois ou plus.

Survenue différée : si le début survient au moins six mois après le facteur de stress.

DSM 5

309.81 (F 43.10) Trouble de Stress Post-Traumatique

A. Exposition à la mort effective, la menace de mort, des blessures graves ou des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :

1. confrontation directe à l'événement,
2. être témoin d'un événement affectant une autre pers.
3. apprendre qu'un proche a été confronté à un évé.
4. exposition répétée à des détails d'événements

B. présence d'au moins un des symptômes envahissants suivants après la survenue de l'événement :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants,
2. rêves répétitifs provoquant de la détresse,
3. réactions dissociatives (flasbacks),
4. détresse psychique intense en réponse à des indices internes ou externes évoquant l'événement,
5. réactions physiologiques en réponse à des signaux internes ou externes évoquant l'événement.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme

1. évitement des souvenirs, pensées ou émotions,
2. évitement des rappels externes (personnes, lieu, …).

D. Altérations des cognitions et de l'humeur à partir d'au moins deux des exemples suivants :

1. incapacité à se souvenir d'aspects de l'événement,
2. croyances ou attentes négatives et exagérées quant à soi, le monde, les autres,
3. distorsions cognitives persistantes sur la cause ou des conséquences de l'événement (se blâmer),
4. état émotionnel négatif (peur, colère, culpabilité,…),
5. diminution de l'intérêt à des activités significatives,
6. sentiment de détachement, de séparation des autres,
7. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

E. Altération de l'état d'éveil, activation neurovégétative (2)

1. irritabilité, accès de colère, agressivité,
2. comportement irréfléchi ou autodestructeur,
3. hypervigilance,
4. réaction de sursaut exagérée,
5. problème de concentration,
6. perturbation du sommeil.

F. La perturbation dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative, altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

© michel berclaz avril 2019

CIM 10
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. Comme exemple d'événements stressants, on peut citer : les expériences traumatisantes comportant un risque important pour la sécurité ou la santé physique du sujet ou de ses proches (p.ex. une catastrophe naturelle, un accident, une guerre, une agression, un viol), ou les événements modifiant brusquement la position ou les relations sociales du sujet (p.ex. des deuils multiples ou un incendie). Un épuisement physique et des facteurs organiques (p.ex. chez les sujets âgés) peuvent favoriser le développement de ce trouble.

La survenue d'une réaction aiguë à un facteur de stress et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme ; le trouble ne survient pas, en effet, chez tous les sujets exposés à un facteur de stress exceptionnel. La symptomatologie est très variable et comporte initialement un état « d'hébétude », caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une incapacité à intégrer des stimuli, et une désorientation. A cet état peut succéder un retrait croissant par rapport à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative), ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue).. Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue du stimulus ou de l'événement stressant, et disparaissent en deux ou trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la présence d'une relation temporelle directe et évidente entre la survenue d'un facteur de stress exceptionnel... Ce diagnostic ne s'applique pas lors d'exacerbations soudaines de symptômes chez des sujets qui présentaient antérieurement des manifestations répondant aux critères d'un autre trouble psychiatrique, sauf s'il s'agit d'un trouble de la personnalité. Néanmoins, la présence, dans le passé, d'un autre trouble psychiatrique ne fait pas éliminer le diagnostic.

***Inclure** : choc psychique, état de crise, fatigue de combat et réaction aiguë de crise.*

F43.1 État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, comme certains traits de personnalité ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une substance psychoactive.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (F62.0).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent être attribuées à un autre trouble.

***Inclure** : névrose traumatique*

© michel berclaz avril 2019

L'auteur :

Michel Berclaz est un ancien infirmier en psychiatrie et enseignant en soins infirmiers. Il est également psychologue et spécialiste FSP en psychothérapie depuis 1995. Responsable technique du CRSP, de l'AGPSY-Police et de la formation ASPUR de l'OPF. Superviseur RNAPU, ASTHEFIS et AGTF.

Responsable adjoint de la cellule d'intervention psychologique AGPsy-Police de 1996 à 2007, il participe également à l'élaboration, l'organisation et l'enseignement de différents programmes de formation traitant de la psychologie d'urgence et de l'aide aux personnes victimes. Ex-membre de la commission « psychologie d'urgence » de la Fédération Suisse des Psychologues. Ex membre de la commission du RNAPU. Consultant pour la police genevoise et l'institut suisse de police.

Michel Berclaz
Psychologue spécialiste FSP en psychothérapie
formateur et consultant
Rue des Eaux-Vives, 94
CH – 1207 Genève
☎ 0041 22 736 41 90
E-mail prof : m.berclaz@bluewin.ch

Martine Bourquin : infirmière spécialisée en gestion du stress, formations et débriefings Tel + fax : ++41 / 21/ 617 86 49 / e-mail : m.bourquin@bluewin.ch

Urs Braun : psychologue FSP, formateur, membre de l'ex-commission formation en psychologie d'urgence de la FSP) et membre du RNAPU.

Martine Leuchter : psychologue FSP, membre de la cellule AGPsy-Police et formatrice, avec l'auteur ont collaboré pour l'édition d'un document s'adressant aux agents d'assistance des CFF, le Care Group, document dont est tiré certains éléments de ce texte.

Annick Duret : psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Responsable adjointe de la cellule AGPsy-Police depuis octobre 2007.

Fabienne Naef : psychologue travaillant au service psychologique de la police genevoise et formatrice en AT.

Christian Progin : responsable de l'équipe de débriefing de la police genevoise. Président du CRSP.

Amanda Bernabeu : psychologue FSP, membre de l'AGPSY-police, vice-présidente du CRSP.

Rachel Eberle : psychologue, sapeur pompier SIS, membre du comité du CRSP.

Maurice Gardiol : diacre de l'Église protestante de Genève, coordinateur du groupe inter-religieux de soutien spirituel en cas de catastrophe, qui avec ses collègues a rédigé le sous-chapitre traitant du soutien spirituel.

Jean-Daniel Schneeberger : pasteur de l'Église protestante de Genève. Formé en soutien psychosocial et spirituel, membre de l'équipe de soutien AGPsy-Police.

Cédric d'Epagnier : psychologue FSP spécialiste en psychothérapie, ex-membre de la cellule AGPsy-Police et de celle du Gipsy. Formateur dans le cadre de l'aide aux personnes victimes et de la psychologie d'urgence auprès de divers organismes.

© michel berclaz avril 2019