



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Pratiques psychologiques 10 (2004) 291–318

Pratiques
psychologiques

<http://france.elsevier.com/direct/PRPS/>

Dossier

Histoire du *debriefing*

A history of debriefing

Louis Crocq (Psychiatre des armées (médecin général), Professeur associé à l'université René-Descartes (Paris V), Président de la section Psychiatrie de guerre et de catastrophe de l'Association mondiale de psychiatrie (1989), Président de l'Association de psychiatrie et neurologie de langue française (1990), Président de la Société française de Médecine psychosomatique (1991), Président fondateur de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma)

32, rue du Lycée, 92330, Sceaux, France

Résumé

L'auteur propose une présentation critique et argumentée du concept de débriefing et des pratiques d'intervention qui lui sont associées. Il met l'accent sur les différents types de *debriefing* et leur niveau d'impact, pour défendre une position théoricoclinique, « à la française », qui situe le *debriefing* sur un continuum allant du simple *defusing* à la véritable psychothérapie du trauma.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The author introduces a critical and comprehensive presentation of the concept of debriefing and of its associated practices. He depicts different types of debriefing and discusses their respective level of efficacy. He adopts a "à la française" theoretical-clinical position, which situates the debriefing on a continuum, running from the simple defusing to the genuine psychotherapy of the trauma.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : *Debriefing* ; Traumatisme ; Victimes psychiques ; Intervention thérapeutique précoce

Keywords: Debriefing; Trauma; Psychic victims; Precocious therapeutic intervention

Adresse e-mail : lcrocq@club-internet.fr (L. Crocq).

1269-1763/\$ - see front matter © 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.prps.2004.09.004

L'histoire du *debriefing* commence dans l'armée américaine, à la fin de la seconde guerre mondiale ; elle se poursuit avec une nouvelle application dans l'armée américaine à partir des années 1970 ; puis, en 1983, Mitchell inaugure son application aux équipes de sauveteurs et en codifie une technique narrative et cognitive, reprise par plusieurs psychologues, dont le norvégien Dyregrov qui y introduit les techniques de groupe ; mais, des cliniciens comme Beverley Raphael et Ariel Shalev y introduisent des incitations à l'expression des émotions ; cette optique sera reprise par l'école francophone de la psychotraumatologie (Crocq, Lebigot, Vermeiren, Vitry), qui considèrent le *debriefing* des victimes comme une initiation thérapeutique.

1. Naissance du *debriefing* pendant la seconde guerre mondiale. L'*Historical Group Debriefing* de Marshall (1945)

Pendant la deuxième guerre mondiale, les mots *briefing* et *debriefing* étaient utilisés dans les forces armées américaines (surtout par les aviateurs) pour désigner les réunions techniques de départ et de retour de mission. On réunissait les équipages d'une escadrille de bombardement avant leur départ en mission, et on leur désignait les objectifs, les moyens dont ils disposaient et les obstacles à redouter (DCA, chasse ennemie) ; c'était le *briefing*... Puis, au retour de mission, on les réunissait à nouveau, et ils rendaient compte des résultats obtenus : cibles atteintes et cibles manquées, combat avec la chasse ennemie, appareils perdus, etc. ; c'était le *debriefing*... À l'occasion de ces *debriefings* techniques, des expressions émotionnelles pouvaient se manifester, concernant les camarades tués et les frayeurs éprouvées, mais tel n'était pas le but de ces réunions.

C'est un officier des armes, S. Marshall, historien et non-psychologue, et qui fut ensuite correspondant de guerre en Corée et au Vietnam, qui eut le premier en 1945 l'idée d'effectuer des *debriefings* comme bilans psychologiques d'événement. Marshall avait remarqué que les échanges de parole entre combattants ayant participé à la même opération, lors des *debriefings* techniques, échanges conduits par un officier, avaient un effet bénéfique sur le moral des hommes, leur motivation, leur efficacité au combat et sur la cohésion du groupe. D'où son idée de codifier ces groupes de parole et de les appliquer aux troupes d'infanterie. Sa technique a consisté à demander à chaque homme, au retour d'une opération qui avait comporté des incidents, de resituer objectivement son expérience personnelle de l'incident dans l'ensemble de la bataille et dans l'ordre chronologique. C'est pour cela (rétablissement du déroulement chronologique) qu'il a appelé sa méthode *Historical Group Debriefing* (Marshall, 1947). Dans cette méthode de narration historique, Marshall demandait à chaque participant de décrire le plus précisément possible sa propre vision de la bataille, dans son déroulement chronologique, et d'écouter les autres raconter ce qu'ils avaient vu. Les consignes de Marshall étaient de décrire les faits avec le maximum de détails, de faire fi provisoirement de la hiérarchie (pendant la séance tous les participants étaient égaux, et le témoignage d'un cadre ne valait pas plus que celui d'un soldat), de donner priorité aux faits sur les sentiments (encore que l'esprit de groupe pût être invoqué, et que la mort de camarades conservât son impact émotionnel) et de s'appliquer à reconstituer la bataille dans l'ordre chronologique. Ainsi se constituait à partir du groupe une reconstruction historique et objective de la bataille, où chacun pouvait mieux se

situer et sur laquelle il pouvait exercer une première maîtrise mentale, à savoir la compréhension. Marshall estimait que cette méthode « dissipait le brouillard du combat » et que les participants s'en sortaient soulagés et confortés tant dans leur *self-estime* que dans leur sentiment d'appartenance au groupe. Marshall avait isolé quatre facteurs bénéfiques agissant dans ces procédures :

- elles valorisaient le rôle individuel du combattant ;
- elles mettaient en valeur la mission de son unité ;
- elles permettaient d'évacuer les émotions, les frustrations et les rancœurs éprouvées pendant l'action et même pendant le service ;
- elles orientaient les sujets vers la verbalisation, les détournant ainsi des passages à l'acte impulsifs et nuisibles tels que rixes, alcoolisme et retrait dépressif.

2. Nouvelles applications du *debriefing* dans l'armée américaine

Après la deuxième guerre mondiale, les procédures de *debriefing* ne furent reprises que dans certaines unités, dans les années 1975–1980, inspirées de la doctrine de la psychiatrie de l'avant, qui avait été prônée par Salmon en 1917 et reprise par les psychiatres des armées alliées à partir de la circulaire Bradley du 26 avril 1943 : ne pas évacuer systématiquement les « blessés psychiques vers l'arrière, mais tenter d'abord de les traiter sur place pendant une semaine, selon les cinq principes d'*immédiateté* (ne pas laisser le sujet à sa méditation solitaire génératrice de pensées morbides), de *proximité* (on le traite près de la ligne de front, afin qu'il puisse rapidement rejoindre son unité après guérison), d'*espérance de guérison* (on lui dit qu'il a eu une « réaction normale à une situation anormale », et qu'il va certainement guérir), de *simplicité* (on le traite par le repos et une psychothérapie invigorante centrée sur l'événement, sans s'aventurer dans l'exploration du passé infantile) et de *centralité* (tous les thérapeutes sont formés à la même doctrine et aux mêmes techniques, et travaillent en réseau, avec possibilité de réguler le flux des arrivées de patients). »

En 1977, l'*U.S. Navy* créa un *Special Psychiatric Rapid Intervention Team* (ou *SPRINT*), aux fins d'assurer un soutien psychologique aux personnels militaires rescapés d'accidents à bord des navires de guerre et même aux victimes civiles de catastrophes. Deux ans plus tard, en 1979, lors de la prise en otage du personnel de l'ambassade américaine à Téhéran, le département d'état américain constitua des équipes de *debriefing* (*Debriefing Teams*) avec la participation des personnels de l'armée, de l'aviation et de la marine, pour assurer les secours psychologiques aux otages libérés.

En 1980, le psychiatre de l'armée Robert Sokol, qui participa à ces opérations, fut chargé ensuite d'organiser un dispositif spécial au sein des troupes d'occupation américaine en Allemagne et il intervint efficacement lors de détournements de navires (l'*Achille Lauro*) ou d'avions (un Boeing de la compagnie T.W.A. à Beyrouth en mai 1985), ou à la suite d'accidents aériens (soutien psychologique aux soldats d'un contingent américain des forces de l'Onu le 12 décembre 1985 après le crash à Terre Neuve de l'avion de transport qui ramenait leurs camarades aux États-Unis). Sokol (1986) avait dénommé son équipe *Stress Management Team* (ou *SMT*). Sur le plan de la doctrine, il avait repris les cinq principes de la psychiatrie de l'avant de Salmon, et y avait ajouté un sixième, en les ordonnant différemment, pour constituer le sigle mnémotechnique « BICEPS » : B pour

brièveté (brevity) du traitement, en moins de vingt-quatre heures, I pour *immédiateté (immediacy)* de l'intervention, le plus tôt possible après l'événement, C pour *centralité (centrality)*, ou exigence de traiter toutes les victimes ensemble, et de s'inspirer d'une doctrine unique, E pour *espérance (expectancy)*, c'est-à-dire inculquer aux patients la conviction qu'ils allaient être rapidement être débarrassés de leurs symptômes de choc émotionnel, P pour *proximité (proximity)* de la zone de l'événement, S pour *simplicité (simplicity)* du traitement, qui devait être interventionniste, porter sur l'événement sans chercher à explorer le passé infantile, et viser à renforcer les défenses de l'ego des sujets. Sokol précisait que c'est en connaissance de cause qu'il avait adopté le mot *debriefing* pour désigner cette procédure de traitement et de prévention, bien que le terme — emprunté aux procédures militaires opérationnelles — fût inapproprié pour parler d'activités thérapeutiques ; mais, fidèle aux considérations de la psychiatrie de l'avant, il voulait avant tout éviter que les rescapés et les victimes ne se considérassent comme des malades.

Les équipes se composaient d'un psychiatre chef d'équipe, d'un psychiatre adjoint, d'un psychologue, de deux assistants sociaux et d'un aumônier (*chaplain*). À noter que, maintenant encore, les *chaplains* font partie des équipes de *debriefers* anglo-saxonnes, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, comme nous avons pu nous-même le constater il y a quelques années lors de notre intervention différée auprès de deux navigateurs rescapés de naufrage lors de la course Vendée-Globe, et qui avaient été initialement débriefés, à peine repêchés par un navire de la marine australienne, par le *chaplain* du navire. Sokol programmait ses interventions en quatre phases :

- *préparation (planning and preparation)* ;
- *extraction-triage (retrieval-triage)* ;
- *bilan psychologique (debriefing)* ;
- *réinsertion (reentry)*.

Sokol insistait sur la phase de préparation, qu'il fallait conduire avec attention, car un *debriefing* improvisé dans la précipitation aboutit souvent à l'échec. Dans cette phase de préparation, qui doit déterminer le choix (nombre et qualité) des personnels d'intervention, et définir nettement leurs rôles, le psychiatre adjoint (qui tient alors le rôle d'officier de liaison) doit établir de multiples contacts avec le commandement et les institutions qui auront affaire avec les victimes, afin d'assurer l'intendance de l'opération et d'éviter les défauts de coordination, les empiètements de rôle et les conflits. Par ailleurs, pour les personnels sélectionnés, la phase de préparation est l'occasion d'une anxiété anticipatrice qui, si elle n'est pas explicitée et réduite, peut avoir une répercussion nuisible sur la suite des opérations. La phase d'extraction-triage, correspondant au premier contact de l'équipe avec l'ensemble des victimes à *débriefer* (avant leur répartition en petits groupes), a pour but d'apporter un premier soutien psychologique aux victimes, tout en les informant sur le déroulement des opérations. En fait, elle relève du *defusing* (déchocage), mais Sokol la considère comme le préambule du *debriefing*. Elle doit s'effectuer dans l'ordre, avec un minimum d'autorité, pour ne pas laisser s'installer un style désordonné dont il sera difficile ensuite de se dégager. Cependant, il convient aussi de satisfaire, chez les victimes, le besoin spontané de parler, et de ne pas étouffer les premières abréactions libératrices. Les membres de l'équipe doivent observer chaque victime, noter son style de réaction et discerner dans ses défenses ce qui est adaptatif ou inadaptatif. Ils doivent observer aussi le fonctionnement du groupe des victimes, sa division spontanée en sous-groupes (choix des

sièges et des voisinages, échanges de propos) et ses tensions. Ils peuvent aussi intervenir activement dès ce stade pour contenir des débordements émotionnels et encourager des défenses adaptatives qui s'esquissent. À noter que cette phase de premier contact avec les victimes peut être stressante pour les membres de l'équipe, et que ce stress doit être contrôlé pour ne pas se répercuter d'une manière nuisible sur les victimes elles-mêmes.

La phase de *débriefing* proprement dit peut ne pas succéder immédiatement à la phase d'extraction–triage, en fonction de la durée du transport entre le terrain et le lieu du *debriefing* (par exemple du Liban à l'Allemagne pour l'avion de la TWA en 1985) et du délai imposé par d'éventuelles cérémonies d'accueil. En outre, les rescapés sont souvent sollicités par de multiples catégories de personnels (médecins somaticiens, police et enquêteurs, services sociaux, et même journalistes) qui estiment chacun que leur intervention est prioritaire. Sokol fait remarquer que, dans certaines opérations, il a dû arracher ses victimes à une compétition confuse d'intervenants, et que cette atmosphère n'était pas propice à restituer leur sérénité. Il recommande d'ailleurs de maintenir les victimes dans un local et une ambiance calmes, à l'abri de toute stimulation visuelle ou auditive nocive et de toute intervention sociale parasite, telle que pression inquiète des familles ou harcèlement par les journalistes. Il s'étend peu sur la technique même du *débriefing*, préconisant de s'adapter aux circonstances plutôt que d'appliquer une technique rigide. Sur le plan de la doctrine comme sur celui de la technique, il pense que la méthode de *debriefing* doit combiner les principes de la psychothérapie individuelle avec les techniques de la thérapie de groupe. En tout état de cause, la consigne générale est d'encourager les victimes à s'exprimer le plus spontanément possible, de relancer ceux qui demeurent silencieux, et d'intervenir activement pour atténuer les sentiments de honte et de culpabilité, en laissant d'ailleurs le groupe intervenir spontanément dans ce sens. La *phase de réinsertion* (ou plus exactement de préparation à la réinsertion) doit être intégrée dans le processus de *debriefing*, dont elle constitue la phase finale. Elle a pour but de préparer les victimes à affronter leur environnement antérieur, physique et social. Elles viennent de faire l'expérience d'un monde effrayant, déréel et déshumanisant, et elles en ont été extraites pour être recueillies dans le cocon protecteur et sécurisant du *débriefing*. Ce cocon leur a permis d'apaiser leur effervescence émotionnelle et d'explicitier leur expérience. Mais, elles ne sont pas encore prêtes à affronter à nouveau le monde extérieur. Aussi, le *débriefing* doit-il se poursuivre par l'encouragement à la récupération de leur autonomie. Au-delà de cette dernière aide, quand elles quitteront ce cocon ou ce sas, elles ne devront plus être des assistés et elles devront se dégager de leur mentalité de victime. C'est en ce sens que Sokol dit que l'équipe doit les aider à « préciser leurs options ». Comme exemple de cette récupération d'autonomie, Sokol cite le cas des otages de l'avion de la TWA à Beyrouth, qui, en fin de *débriefing*, ont élu celui des leurs qui serait chargé de faire des déclarations à la presse, et défini les grandes lignes de ce qu'il devrait dire. Sokol préconise aussi que, dans cette phase de *réinsertion*, l'équipe, tout en respectant la confidentialité de ce qui a été dit au cours des séances du *débriefing*, doit travailler avec les familles et les amis des victimes, les aider à clarifier leur attitude (trop de compassion étouffe les velléités de reprise d'autonomie, mais l'indifférence ou le rejet peuvent être vécus comme un deuxième trauma) et les conseiller sur la conduite à tenir.

Pour conclure, Sokol distingue deux styles de *débriefing* de groupe : le style « *expérientiel* », centré sur le simple échange d'expériences entre les membres, et le style « *éduca-*

tionnel », dans lequel l'équipe intervient pour donner une information sur la nature et la normalité des symptômes ressentis et des symptômes à venir éventuellement et conseiller quant à la conduite à tenir. D'après son expérience, ce deuxième style s'avérerait plus efficace tant à titre thérapeutique qu'à titre de prévention des évolutions pathologiques.

Par la suite, des psychiatres américains, affectés à des postes de psychiatrie de l'avant, eurent l'occasion de procéder à des *defusings* et des *debriefings* de personnels militaires lors de la première guerre du Golfe, en 1991. Belenky (1992) rapporte ainsi plusieurs expériences (mort d'hommes par explosion de mine et incident de tir ami) où il eut à organiser le *debriefing* dans des conditions rustiques (les hommes assis en cercle sur leurs sacs sous la tente) et faire évacuer tant les images et les vécus émotionnels traumatiques que les sentiments d'incapacité, de culpabilité, de honte et de ressentiment. Il insiste sur le fait qu'il faut aider les sujets culpabilisés à reconquérir l'estime du groupe et qu'on doit éviter les dérives paranoïaques du groupe qui tend à accuser la hiérarchie de la responsabilité des incidents.

Pour d'autres unités américaines engagées dans le Golfe, les *débriefings*, dirigés par des psychiatres, furent organisés soit par le service de santé (50 % des cas), soit par le commandement (50 % des cas). D'après une enquête rétrospective effectuée par R. Koshes et B. Rowe (1992), des *debriefings* avaient été organisés dans 74 % des unités contactées. L'effectif total des sujets *débriefés* était de 150 sujets, soit 1 pour 10 000 hommes d'effectif. La plupart des médecins qui avaient répondu au questionnaire d'enquête avaient eux-mêmes effectué un à trois *débriefings* de compagnie ou de bataillon, mais 17 % seulement d'entre eux avaient appliqué la procédure standard préconisée (*S.O.P.* ou « *Standard Operating Procédure* »). Beaucoup d'entre eux avaient reçu une formation préalable au *débriefing*, mais quelques-uns n'avaient été ni formés ni informés, souhaitaient recevoir de l'information sur le *debriefing* et disposer d'un manuel. Concernant leur propre activité de *débriefing*, Koshes et Rows (qui y incluaient les *briefings* préalables) précisait que cette activité avait débuté bien avant l'engagement des unités au combat. Dès la mobilisation des unités de réserve et leur entraînement aux États-Unis, les auteurs et leur équipe (un psychiatre, un psychologue, un assistant social et des infirmiers) s'étaient fait désigner ces unités et les avaient préparées par un « *prédébriefing* » (en fait un *briefing*) comprenant comme objectifs le soutien de l'activité médicale, l'entraînement à l'activité de santé mentale, la liaison avec les services sociaux et l'aumônier, et la préparation des commandants d'unité (ce dernier point s'avérant primordial). Cette première phase fut poursuivie après l'arrivée des unités en Arabie Saoudite, avant l'engagement. Les *débriefings* proprement dits eurent lieu soit dans les deux mois qui avaient suivi les combats, alors que les soldats étaient encore stationnés en Arabie Saoudite, soit à plus de deux mois, après le retour aux États-Unis. Les auteurs pensent qu'il ne faut pas effectuer le *débriefing* en immédiat (dans les premières heures ou même les tout premiers jours), car il est alors vécu comme agressif par des sujets qui sont encore sous le coup de leur stress. Ils préconisent d'attendre au moins quelques jours, une fois que les soldats ont pu bénéficier de conditions matérielles (logement, sommeil, repos, nourriture) favorables. Mais, si on attend trop, les unités peuvent être dispersées, les hommes sont préoccupés par la perspective de leur démobilisation et, de toute façon, on court le risque de laisser le temps aux processus morbides de se développer et de déboucher sur des passages à l'acte. Pour les auteurs, le moment opportun était peu de temps après le retour en métropole. De toute façon, à leurs yeux, la conduite de la séance de *débriefing* importait plus que le moment de sa réalisation.

Toujours est-il que ces premiers essais de *débriefing* dans l'armée américaine ont débouché en 1993 sur l'édition d'un « guide du débriefeur » (*Debriefers' Guide to Critical Event Debriefing*), d'une simplicité caricaturale dans son désir de vulgarisation (Lassagne et Dubellé, 1998) : « Il s'agit de restituer à l'unité sa cohésion antérieure, de réduire très rapidement chez les soldats la détresse physique et émotionnelle, de prévenir la détresse à long terme, et de sauvegarder l'efficacité future et le bonheur, aussi bien au sein de l'unité que dans la famille. Il ne faut pas perdre de vue que les soldats sont des personnes normales qui ont survécu à un facteur de stress anormal. Le *débriefing* est un entretien préventif et de bon sens de l'esprit humain, comme le nettoyage d'une mitrailleuse après une bataille dans le désert. Son esprit est un peu grippé, on nettoie un peu et ça repart... ». Cette métaphore de la mitrailleuse enrayée témoigne d'une conception simpliste de la *catharsis* comme nettoyage ou purgation, alors que la *catharsis*, tant chez Aristote que chez Freud, est un processus beaucoup plus différencié, un soulagement éclairé, qui procure la maîtrise et l'apaisement par la parole maïeutique. En outre, une telle conception du *débriefing* souligne l'ambiguïté de son utilisation : soit *débriefing* psychologique, soit *débriefing* psychiatrique. Dans le premier cas, le *débriefing* s'adresse à tous les sujets ayant été impliqués dans un « incident critique », et non identifiés comme patients manifestes ou potentiels ; le but est de les mettre en état de contrôler le souvenir de l'événement, de leur faire récupérer leur capacité opérationnelle, de préserver la cohésion et l'efficacité de l'unité et accessoirement de prévenir l'apparition de troubles psychotraumatiques ; ce *débriefing* peut être assuré par du personnel non médical. Dans le second cas, le *débriefing* s'adresse à des sujets qui présentent des symptômes, et qui sont identifiés comme patients ; le but de l'opération est de réduire ces symptômes et la pathologie qui les sous-tend, et d'éviter une évolution morbide ; l'efficacité militaire et la cohésion de l'unité ne sont que des effets accessoires de cette action thérapeutique ; ce *débriefing psychiatrique* doit être assuré par des psychiatres, assistés de personnels de santé (infirmiers et psychologues cliniciens).

3. Le *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) destiné aux sauveteurs selon J. Mitchell (1983)

En 1983, le psychologue américain Jeffrey Mitchell, lui-même ancien pompier, eut l'idée de reprendre la technique narrative de Marshall et les applications militaires du SPRINT et des SMT pour définir et codifier des procédures de *débriefing*, applicables aux équipes de sauveteurs civils, pompiers et policiers. Son but était de réduire les désordres émotionnels survenus chez les pompiers et les sauveteurs au lendemain d'« incidents critiques » survenus pendant les opérations de secours dans les catastrophes, et de faciliter la reprise de leurs pleines capacités au travail et la réinsertion harmonieuse au sein de leurs familles. Dans une publication de 1988, Mitchell a affiné sa méthode et en a édicté les normes d'application (Mitchell, 1988). Dans une publication de 1995, J. Mitchell et G. Everly font état de douze années d'expérience, avec des interventions à l'occasion d'une tornade dans le Wisconsin (1984), de séismes à Mexico (1985), au Salvador (1986) et en Californie (1989), d'un accident aérien en Californie (1986), d'une fusillade à Palm Bay en Floride (1987), d'un attentat à la bombe à New York City (1990), des ouragans *Hugo* en

Caroline du sud (1990), Andrew à Miami (1992) et Iniki à Hawaï, de soutien d'équipes humanitaires en Somalie (1993) et en Yougoslavie (1993) et d'inondations au centre-ouest des États-Unis (1993–1994).

Pour Mitchell, le *débriefing* des incidents critiques est une méthode d'accueil des sujets impliqués dans ces incidents et d'apprentissage du contrôle de leurs réactions. Elle s'appuie essentiellement sur la reconstruction cognitive de l'événement et l'information du caractère normal des pensées, réactions et symptômes manifestés à son occasion. Elle consiste à faire raconter l'incident par les participants dans l'ordre de progression suivant : chacun relate ce qu'il a vu, puis chacun relate ce qu'il a fait, puis chacun relate ce qu'il a pensé, puis chacun relate ce qu'il a ressenti et enfin chacun fait part de ce qu'il ressent actuellement. Cela permet à chacun d'abord de mettre de l'ordre dans ses pensées, et ensuite, en écoutant le récit des autres, de reconstituer objectivement l'événement, de s'apercevoir que les comportements et symptômes des autres ont été semblables aux siens, puis — après avoir écouté les explications fournies par le leader — de mieux comprendre l'incident, de critiquer ses pensées et ses réactions, et, ayant établi une synthèse ainsi éclairée par les apports de la connaissance, de sortir de la séance soulagé des perturbations psychiques gênantes issues de l'incident et prêt (psychologiquement mieux armé) à faire face aux incidents à venir.

Le moment opportun pour procéder au *débriefing* est, pour Mitchell, 24 à 72 heures après l'incident, une fois que les sujets ont émergé du halo d'irréalité inhérent à l'incident, qu'ils commencent à se sentir moins perturbés, et qu'ils commencent à prendre un peu de recul, et avant que des évolutions pathologiques ne puissent s'installer. Le lieu du *débriefing* doit être un lieu « neutre » : ni le lieu de l'incident, ni un local de l'institution à laquelle appartiennent les personnels impliqués, mais un endroit calme, sécurisant, et à l'abri des sonneries de téléphone, sirènes et autres bruits. Sur le plan de l'aménagement matériel, le mieux est de disposer d'une petite salle pourvue d'une grande table, ronde, carrée ou rectangulaire, autour de laquelle les participants et les personnels de *débriefing* sont assis, ce qui permet à chacun de voir tous les autres et de voir les *debriefers*. Mais, dans des situations plus démunies de moyens, on peut se contenter d'une tente dans laquelle on fait asseoir les sujets en cercle sur des tabourets ou même par terre.

Les personnels qui assurent les *débriefings* peuvent être des personnels de santé mentale (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux), mais aussi des sauveteurs (pompiers, policiers, personnels de la protection civile) motivés pour apporter un soutien de pair (*peer support*) à leurs camarades traumatisés. Tous ces personnels doivent être volontaires, motivés et doivent avoir reçu aussi une formation spécialisée en *débriefing*. Pour tel ou tel *débriefing*, on choisira les *debriefers* en fonction de l'incident critique et des sujets impliqués (par exemple des policiers si l'incident critique a concerné des policiers, et des pompiers si l'incident a concerné des pompiers).

Le *débriefing* doit être assuré par un *leader*, psychologue, médecin, assistant social ou cadre, spécialement formé à cette procédure, et expérimenté. Si possible, ce *leader* doit venir d'un organisme extérieur à l'institution. De toute façon, il ne doit en aucun cas avoir été impliqué dans l'incident ; en particulier, le chef de l'équipe impliquée dans l'incident ne peut pas être désigné pour assurer le *débriefing* psychologique de son équipe, même si sa fonction lui impose de procéder à un *débriefing* « technique » de la mission. Le *leader* se fait seconder par un ou plusieurs personnels de *débriefing*, également spécialement formés

à ces procédures. Selon les variantes, ces personnels peuvent avoir mission d'intervenir en appui du *leader*, ou le plus souvent d'observer et de lui signaler discrètement, pendant le déroulement de la séance, les sujets qui présentent des signes de décompensation émotive, de retrait ou d'irritation.

Le *débriefing* s'applique à tous les personnels de secours impliqués par un « incident critique » : sauveteurs, pompiers, policiers, infirmiers, cadres, assistants sociaux, psychologues et médecins, individuellement ou en groupe. Pour Mitchell, le *débriefing* se distingue de l'intervention thérapeutique par quatre points :

- déroulement strict (du *débriefing*) vs déroulement souple (de la thérapie) ;
- raconter l'événement vs le revivre ;
- ne pas interpréter vs interpréter ;
- expliquer, dédramatiser et conseiller vs écoute neutre.

Le *débriefing* peut être appliqué individuellement, pour un seul sauveteur ou une seule victime, ou collectivement à toute une équipe ou tout un groupe concerné par le même incident. Le créneau d'effectif optimum de fonctionnement du *débriefing* se situe entre cinq à douze personnes, ce qui permet à chacun de s'exprimer plusieurs fois suffisamment longuement pendant une séance de deux à quatre heures. Si l'effectif est plus important, il est recommandé de le diviser en sous-groupes, répartis au hasard ou en fonction des profils de poste.

La procédure du *débriefing* doit se dérouler rigoureusement en sept étapes. La première étape, dite « *d'introduction* » (*introduction*), consiste à présenter aux sujets le cadre, l'esprit et les règles de la méthode (« ni une enquête, ni une thérapie, mais une discussion de bilan, pour des sujets normaux »), les assurer de la confidentialité qui couvrira tout ce qui sera dit, et les informer que les démarches narratives vont leur permettre de se dégager de l'aspect « absurde » de l'incident. La deuxième étape, dite « *des faits* » (*fact*), consiste à faire décrire par chacun des sujets ce qui s'est passé autour de lui avant, pendant et après l'événement ; on incite chaque sujet à faire cette description avec le plus de précision possible, et en faisant appel à ses expériences sensorielles : vue, ouïe, odorat, etc. Chacun doit dire aussi ce qu'il a fait, et ce qu'ont fait les autres, ou du moins ce qu'il a vu ou entendu les autres faire. Ainsi, en racontant, il se rend compte qu'il n'était pas seul ; et, en écoutant les récits des autres, il se rend compte que, maintenant encore, il n'est pas seul. Peut-être aussi, dès ce moment, est-il en mesure de compléter sa vision partielle de l'événement par les informations venant d'autrui, et peut-il déjà rectifier ce qu'il y a de lacunaire ou d'erroné dans sa vision de l'événement. La troisième étape, dite « *des cognitions* » (*though*), consiste à demander au sujet de dire ce qu'il a pensé avant, pendant et après l'événement, et ce qu'il en pense maintenant. Ici encore, à l'audition des autres, chacun peut identifier certaines de ses propres pensées comme « erronées ». La quatrième étape est celle « *des réactions* » (*reaction*) ; il s'agit pour les sujets de retrouver quel était leur vécu au moment de l'incident, et de l'exprimer, et aussi de parler de leur réaction et de leurs relations aux autres à ce moment (« qu'avez-vous ressenti ? Comment avez-vous réagi ? Quelle a été l'incidence de l'événement sur vos relations interpersonnelles ? Avez-vous eu l'impression de ne pas être compris ? »). La cinquième étape, dite « *des symptômes* » (*symptom*), fait dire et inventorie les divers symptômes, somatiques et psychiques, ressentis au décours de l'événement, et encore maintenant. La sixième étape est celle de « *l'enseignement* » (*teaching*) : en termes simples, le leader y intervient pour expliquer ce qu'est le stress et son

évolution, ainsi que son impact sur le travail et la vie du sujet. Il insiste sur le caractère « normal » des symptômes et malaises ressentis (« il s'agit de réactions normales à une situation anormale »), « dédramatise » leur vécu et insiste sur rôle bénéfique de l'hygiène de vie et du « soutien social » (*social support*) apporté par l'entourage. Dans cette étape, il ne fait pas qu'exposer la théorie du stress, mais il répond aux questions précises des participants, constituant un tissu d'informations adapté à leur demande, et leur procurant ainsi un « ancrage cognitif » (*cognitive anchor*) qui débarrasse les visions, croyances et vécus de leur halo d'absurdité et de mystère. La septième et dernière étape est celle du « retour d'expérience » (*reentry*), et de la synthèse. En groupe, chacun a pu s'exprimer, parler autant qu'il le désirait et obtenir les informations qui lui manquaient. Le *leader* explique alors aux participants qu'en parlant et en écoutant les autres raconter ce qu'ils avaient vu, et exprimer ce qu'ils avaient ressenti, ils ont acquis une meilleure connaissance, objective et complète, de l'événement, qu'ils ont compris la « normalité » de ce qu'ils avaient ressenti, qu'ils se sont débarrassés de ce qui les gênait, et que, maintenant, ils ressortent de cette expérience plus « forts », plus soudés entre eux et armés pour le futur. Le *leader* distribue un document explicatif, auquel les sujets pourront ensuite se référer, et profère des propos encourageants qui orientent vers l'avenir. Il est attentif à l'état émotionnel de tous et s'assure que chacun est en état de rentrer chez lui.

Pour cette conduite du *débriefing*, Mitchell insiste sur le fait que l'on ne doit pas confronter d'emblée les sujets avec leur vécu émotionnel ; que l'on doit partir du niveau sécurisant et impersonnel des faits, puis passer au niveau personnel des pensées et cognitions, « descendre » ensuite au niveau sensible des émotions et des symptômes, avant de « remonter » à celui de l'explication et de la connaissance de ces émotions, puis au niveau de l'explicitation des pensées (de telle manière que des pensées rationnelles se substituent aux pensées inadéquates) et revenir enfin au niveau des faits, éclairés cette fois de toutes les informations et explications nécessaires, de telle manière que le sujet soit débarrassé de sa vision partielle et erronée pour la remplacer par la connaissance objective et globale de l'événement. Et il illustre cette démarche par une courbe de déroulement temporel en V, où le haut des deux branches du V se situe au niveau descriptif, la partie médiane de chaque branche au niveau cognitif, et la pointe du V au niveau affectif. On part à gauche dans le descriptif, on descend dans les cognitions, on descend plus profond dans les émotions et les symptômes, puis on remonte la branche droite du V en s'expliquant sur les symptômes, sur les réactions et leur vécu au moment de l'incident, sur les cognitions (identification critique des cognitions justes et de cognitions erronées) et on termine au niveau de la description objective et armée de connaissances, dédramatisée et ouverte sur un avenir positif.

4. Deux adaptations de la technique Mitchell : le *Multiple Stressor Debriefing Model* (MSDM) d'Armstrong (1991), et le *Process Debriefing* (PD) de Dyregrov (1997)

À l'occasion de l'intervention des personnels de la Croix Rouge lors du tremblement de terre du 17 octobre 1989 à Loma Prieta (près de San Francisco), K. Armstrong (1991) a conçu et développé une méthode de *débriefing* des intervenants qui se démarque du modèle de Mitchell en ce sens qu'il a dû prendre en compte les effets particuliers des différents

facteurs de stress inhérents à l'événement, à la population des victimes et au style d'intervention. Il a dénommé sa méthode *Multiple Stressor Debriefing Model (MSDM)*. Le séisme avait fait 250 morts, 2700 blessés, et plus de 69 000 sans abri dans une population pauvre, à majorité noire et porto-ricaine. Les personnels de la Croix Rouge avaient dû intervenir pendant une période prolongée (deux mois), fournir des abris aux rescapés, servir 642 000 repas et donner des subsides à 14 000 familles nécessiteuses.

À la différence des pompiers et sauveteurs de l'urgence, dont l'intervention immédiate et ponctuelle est essentiellement technique et ne donne pas la priorité aux échanges verbaux avec les rescapés, les personnels de la Croix-Rouge interviennent après délai de plusieurs heures ou plus, mais restent plus longtemps sur le terrain et au contact avec les rescapés (jusqu'à 16 heures par jour pendant 8 semaines), avec qui ils ont des conversations plus attentionnées, plus longues et répétées. Armstrong a identifié 12 facteurs de stress (*stressors*) inhérents à ces missions :

- la multiplicité des contacts avec les victimes ;
- le long temps passé en dialogue avec elles ;
- l'environnement de travail détérioré ;
- le changement radical par rapport aux missions de routine ;
- la peur des ondes de réplique et des éboulements ;
- le manque d'expérience de la plupart des personnels vis-à-vis de cette situation ;
- pour certains, le fait d'avoir été récemment exposés à une autre catastrophe (l'ouragan *Hugo*) ;
- le fait de devoir fournir un effort de soutien important et prolongé ;
- l'effet démoralisant de l'environnement de désastre urbain ;
- le fait de devoir rester longtemps éloigné de son domicile et de sa famille ;
- le fait d'avoir affaire à une population hostile à tout ce qui vient de l'état (quartiers noirs et porto-ricains) ;
- la mauvaise image de marque de la Croix-Rouge aux yeux de cette population.

Il y avait, entre les personnels, des disparités d'exposition à ces facteurs de stress. Certains étaient intervenus dès le premier jour, d'autres seulement après plusieurs semaines. Certains n'avaient eu qu'un rôle administratif, et d'autres un rôle de secours directement au contact des sinistrés, etc.

Armstrong a organisé ses *debriefings* par groupes de 20 personnes, avec un *leader* et un *co-leader* par groupe. L'équipe d'hygiène mentale de la Croix-Rouge (*the Mental Health Staff*) avait fortement incité les personnels de l'intervention à profiter de ces *debriefings*, et tous étaient volontaires pour participer à ces séances dont la durée avait été fixée à une heure et demi. Certains groupes étaient composés uniquement d'opérationnels ou uniquement d'administratifs, et d'autres groupes combinaient les deux provenances. Il y eut des avantages et des inconvénients (dont le phénomène de bouc émissaire) à chacune de ces dispositions. 70 % des personnels de terrain étaient des femmes, et se montraient plus émotionnées par ce qu'elles venaient de vivre. Le modèle proposé par Armstrong comprenait quatre phases :

- la découverte (*disclosure*) de l'événement ;
- les sentiments et les réactions ;
- les stratégies de faire face (*coping*) ;
- la clôture (*termination*).

Dès l'ouverture de la séance, le leader exposait les buts et règles du *debriefing*, et donnait toute assurance quant à la confidentialité. Lors de la *phase de découverte*, où chacun décrivait ce qu'il avait vu (certains participants utilisaient le tableau noir pour mieux préciser leur pensée), le *leader* et son *coleader* pouvaient discerner quels étaient les incidents et facteurs qui avaient été stressants, et la discussion sur ces incidents permettait de renforcer la cohésion du groupe. Dans la *phase des sentiments et réactions*, on amenait les participants à ventiler leurs sentiments et réactions en fonction des incidents en cause. Les leaders disaient aux participants que leurs réactions étaient normales pour ces situations et que cela les soulagerait d'en parler. En outre, en annonçant que ces symptômes seraient transitoires, on créait une ambiance morale incitant le groupe à en discuter, ce qui renforçait le soutien mutuel. On abordait aussi le sentiment d'insatisfaction et de déception né de l'ingratitude ou de l'agressivité de certaines victimes face aux efforts des personnels pour leur venir en aide. On explorait enfin la façon dont cela avait affecté leur vie familiale, dont ils avaient été longtemps absents. Pendant la *phase des stratégies de coping*, on discutait des réponses normales ou pathologiques, et on développait avec les participants les nouvelles stratégies à adopter pour affronter des situations similaires futures, et la manière de reprendre harmonieusement la vie familiale. Comme stratégies, on recommandait : l'exercice physique, une bonne alimentation, des pauses dans le travail, les activités délassantes, le partage (*share*, mise en commun) des sentiments avec les collègues, la participation à des réunions de travail, le maintien du contact avec la famille et les amis, et les procédés techniques (relaxation) qui visent à atténuer d'avance le stress à venir lors d'une mission. La *phase de clôture (termination)* permettait de faire ressortir l'aspect positif de l'intimité des relations qui venaient de s'établir au cours du *debriefing*, de l'échange d'expérience conduisant au soutien mutuel, de se dire au revoir, et de se préparer à retourner chez soi et reprendre son travail habituel. Un suivi individuel était proposé à ceux qui estimaient devoir rencontrer de graves problèmes de retour ou même de stress post-traumatique.

L'enseignement que tirait Armstrong de sa méthode est qu'il est utile d'adapter le *debriefing* au plus près des *stressors* spécifiques entrés en jeu, que la durée des séances pouvait opportunément être portée à deux heures, pour des effectifs qu'il convenait de réduire à 12 ou 15 personnes, et que le recours à des supports visuels était utile pour préciser les faits et les réactions.

En 1997, le psychologue norvégien Atle Dyregrov, du *Center for Crisis Psychology* de Bergen, faisant état d'une dizaine d'années d'application du *debriefing* chez des sauveteurs ou des victimes, et de plusieurs campagnes de formation des personnels à sa technique, prône une technique dérivée de celle de Mitchell mais plus centrée sur l'utilisation de la psychologie des groupes, tant pour l'exploration que pour le soutien social. Il dénomme son modèle **Process Debriefing (P.D.)**, ce qu'on pourrait traduire par « Processus de *debriefing* »).

Dyregrov conserve la progression de la séance selon les phases définies par Mitchell, mais en fusionnant la phase des symptômes à celle des réactions, ce qui réduit le nombre des phases à six. Et, surtout, il met en jeu une forte mobilisation du soutien groupal (*group support*), qui va exercer son action bénéfique sur chaque membre. Toutefois, Dyregrov distingue sa technique de la psychothérapie de groupe, et des groupes d'autoentraide (*self-help group*), car le *process debriefing* appartient au domaine de l'intervention de crise,

il ne dure qu'une séance et la thérapie n'est pas son objectif prioritaire. Bien que d'autres variables entrent en jeu, ses trois axes dominants sont le *leadership*, les *caractéristiques du groupe* et les *facteurs d'environnement (lors de la séance de debriefing) du groupe*.

Concernant le *leadership*, Dyregrov constitue l'équipe des *debriefers* avec un *leader* et deux *co-leaders*, qui ont reçu une formation et un entraînement adéquats. Leur qualification en santé mentale compte moins que leur motivation et leur capacité à se comporter en *peer support* (soutien par un pair) ; car (selon Dyregrov) l'expérience a montré que des *peers* motivés et dotés d'une grande capacité de compréhension empathique étaient plus efficaces que des professionnels de santé mentale peu motivés. Le *leader* et les *coleaders* doivent apporter une attention particulière à la phase de préparation, qui doit durer au moins deux heures, pour acquérir le maximum de renseignements sur l'événement et le groupe concernés. La phase d'introduction, qui doit durer au moins dix minutes, ne doit pas être ratée : car, d'emblée, elle définit les règles du jeu, propose un modèle de relation interpersonnelle et instaure la confiance. En particulier, le type de relation entre le *leader* et ses *co-leaders* doit servir de modèle pour les participants : langage, ton, écoute et communication non verbale, ni autoritarisme, ni passivité suspecte de manque d'intérêt, ni compétition, mais coopération et règle démocratique. Ensuite, dès la phase des faits, l'attitude du *leader* et des *coleaders* doit suggérer un style de comportement : chacun parle à son tour, personne ne monopolise la parole, on évite de se tenir en retrait ou de fixer son regard toujours sur la même personne. Quand le *leader* se tourne vers un participant qui parle, pour lui manifester son intérêt, les *coleaders* orientent leur attention vers le reste du groupe, qui ainsi ne sent pas délaissé. Après chaque intervention, le *leader* remercie le participant par quelques mots ou un signe d'assentiment. Le *leader* doit aussi réduire, sans brusquerie mais fermement, les points négatifs que sont les *a parte* et l'exposé de problèmes personnels sans rapport avec l'événement

Dans les *caractéristiques du groupe*, la culture du groupe (dans le sens de la cohésion communautaire et de l'ouverture aux procédures d'échange psychologique) a une grande importance, pouvant susciter l'adhésion ou la résistance au processus de *debriefing*. Les groupes déjà constitués (équipes de pompiers ou de policiers) bénéficient d'une cohésion acquise et d'une habitude à utiliser le soutien social ; tandis que dans les groupes fortuits (par exemple les passagers d'un avion pris en otages), ces acquis manquent, et il va falloir pour faire naître ces dispositions en aménageant en conséquence le déroulement de la séance. Dans la composition des groupes, le sexe et l'âge peuvent avoir des incidences dont il faudra tenir compte ; par exemple, les femmes ont tendance à accéder plus rapidement à la phase de l'expression des émotions, tandis que les hommes s'attardent sur celle des faits. Certains groupes constitués ont déjà l'habitude des discussions de groupe et des réunions de crise, et cette expérience préalable a renforcé leur cohésion du groupe et la tolérance réciproque, ainsi que la disposition au débat. D'autres groupes, trop hiérarchisés, sont dominés par la méfiance (les participants peuvent craindre que l'épanchement de leur émotion, considérée comme signe de faiblesse, soit exploitée plus tard contre eux par leur hiérarchie ou leurs collègues), le retrait de chacun et ils reflètent l'opposition de leur hiérarchie au *debriefing*. Au sein des groupes de sauveteurs déjà constitués, l'histoire du groupe s'avère importante : autant elle a pu renforcer la cohésion, autant elle a pu mûrir des conflits internes ; en outre, l'évocation d'un événement traumatique antérieur, et mal assimilé, peut relancer le pouvoir traumatisant de l'événement actuel, et provoquer de

l'angoisse et des abréactions émotionnelles perturbatrices. De même, dispenser une information insuffisamment commentée sur les styles de faire face (*coping*) et la normalité des réactions peut susciter de l'angoisse chez les participants, qui vont se sentir dévalorisés et culpabilisés vis-à-vis de leurs propres réactions. Les obstacles groupaux au processus de *debriefing* devront être surmontés : problèmes de domination, ripostes agressives, reproches, accusations, désignation de boucs émissaires, formation de sous-groupes, avec parfois opposition au leader et aux co-leaders, etc. Le recours à la règle démocratique permettra de résoudre bien des difficultés de cette sorte. L'homogénéité du groupe peut tenir à la similarité des rôles (par exemple un groupe de sauveteurs), mais elle peut être battue en brèche par les différences d'exposition au danger, et la composition selon le sexe et l'âge. Aussi peut-il arriver qu'on doive fractionner le groupe en sous-groupes plus homogènes. Enfin, dans le cas où on risque d'avoir affaire à un groupe opposant, Dyregrov recommande — dérogeant à la règle de base qui exige que seuls participent au *debriefing* les sujets qui ont été impliqués directement dans l'événement — d'introduire dans la séance de *debriefing* des membres du groupe qui n'étaient pas présents lors de l'événement : à son avis, cela réduit le risque de voir se former le phénomène de « *group exclusion* », car ces sujets extérieurs sont susceptibles de mieux comprendre l'expérience de leurs collègues et sont plus disponibles pour apporter un soutien social.

Concernant l'*environnement du groupe* (en fait la disposition matérielle de la séance), Dyregrov préconise la disposition en rectangle plutôt qu'en cercle, avec rassemblement du leader et des *coleaders* à un bout du rectangle : cela facilite les interactions au sein de l'équipe leader, et évite la dispersion d'attention des participants. Les dispositions pratiques (dimension de la table, nombre de chaises, provision de boisson, etc.) doivent être prises avant l'ouverture de la séance, de manière à exercer un effet positif de préparation sérieuse et de bon accueil lorsque les participants pénétreront dans la salle. On éliminera dès le début les facteurs disruptifs tels que téléphone mobile, et on ne fera pas de pause au cours de la séance. Les participants pourront se servir de boisson librement à tout moment de la séance. Enfin, Dyregrov déconseille l'utilisation de supports visuels (tableau noir, diapositives, rétroprojecteurs) pour l'exposé de la phase d'information : l'aide qu'ils apportent est défavorablement contrebalancée par l'effet disruptif qu'ils provoquent dans le climat psychologique du groupe. La durée du *Process Debriefing* doit être comprise entre deux heures et trois heures et demi, même si les participants réclament une prolongation. Toutefois, il est déconseillé d'imposer un créneau de temps rigide au début de la séance, et le mieux est de proposer « environ deux heures ».

Dyregrov récapitule les buts et les fonctions de chaque phase du *Process Debriefing*, en insistant sur la dimension groupale. La *phase d'introduction* a surtout pour but d'établir l'autorité de l'équipe leader et la confiance des participants ; la *phase des faits* crée une compréhension de la réalité de l'événement commune à tous et renforce la capacité cognitive des participants ; la *phase des réactions et symptômes* contribue à effacer ou prévenir les images intrusives et anxiogènes, réduit l'engagement émotionnel et la fixation à l'événement, mobilise le soutien du groupe, et prévient les ruminations mentales morbides et la culpabilité ; la *phase d'enseignement* (*teaching*) fournit un cadre de référence pour la compréhension des réactions, réduit l'angoisse et l'hyperexcitabilité émotionnelle due à l'incertitude, et propose des stratégies de faire face (*coping*) ; la *phase finale* (*end phase*) se focalise sur les leçons acquises et assure la capacité à faire face pour le futur. Dyregrov a

interrogé les sujets à l'issue de ces *debriefings*, et la majorité d'entre eux estime que le fait d'avoir pu parler entre eux de leur expérience de l'événement constitue l'apport primordial de sa méthode.

5. Deux modifications de la technique Mitchell avec prise en compte d'éléments émotionnels et affectifs : le *consultant debriefer* selon Beverley Raphael (1986), et le *debriefing* selon Shalev (1994)

En Australie, la psychiatre Beverley Raphael (1986) a recommandé des lignes de conduite pour le *debriefing* des sauveteurs après intervention dans une catastrophe. Le principe est d'explorer en même temps les aspects cognitifs et les aspects affectifs des expériences vécues, et de procurer aux participants aussi bien une vision structurée et compréhensible de l'événement que la sédation de leurs désordres émotionnels. Les consignes sont moins précises que chez Mitchell : on fait asseoir les participants en cercle, on leur distribue des boissons et on les invite à discuter (sans impératif narratif, mais en s'exprimant spontanément) avec le *consultant debriefer* d'une large gamme de sujets : l'effroi et l'horreur à la vision des cadavres, leur peur de mourir eux-mêmes lors des opérations dangereuses de sauvetage, la frustration ressentie dans leur rôle, leur sentiment d'absence de soutien, les images intrusives et les cauchemars qui ont suivi, les accès d'angoisse, les difficultés à parler de leur expérience avec leur famille, l'impossibilité de décharger leur émotion après la mission, et l'appréhension de devoir intervenir à nouveau dans d'autres accidents et catastrophes sans avoir pu faire le bilan personnel de leur récente expérience. Au cours de ces entretiens, le *consultant debriefer* « aide les participants à admettre le caractère compréhensible et naturel de leurs peurs, à extérioriser leur expérience, à développer leur capacité de maîtrise sur l'événement et à se sentir soulagés ».

Raphael conçoit le but du *debriefing* comme prioritairement préventif : « aider les sauveteurs à gérer leur inévitable stress afin d'éviter que d'autres problèmes n'apparaissent ». Cet objectif de prévention passe par le préalable de la « cicatrisation » de la blessure psychique résultant de l'expérience traumatogène de l'événement : « il s'agit, dans cette révision de l'événement, de donner aux participants une structure cognitive et un soulagement émotionnel qui les aidera à mettre un point final à cet événement et à prendre de la distance par rapport à lui ». Raphael prescrit aux *debriefers* d'explorer six domaines au cours de la séance :

- la connaissance exacte de l'événement ;
- Les expériences personnelles de l'événement, en faisant ressortir les vécus et sentiments négatifs ou positifs ;
- le type de relation du sauveteur avec les autres sauveteurs et avec son milieu familial ;
- l'empathie vis-à-vis des victimes ;
- le désengagement du sujet par rapport à l'événement ;
- l'intégration de l'expérience dans l'histoire professionnelle et personnelle du sujet.

En 1994, A. Shalev, au terme d'une revue critique des travaux de Mitchell et de Raphael, et en se référant aux travaux de Van der Kolk (la mémoire traumatique est une mémoire

d'image, et le processus de guérison va consister à y substituer une mémoire verbalisée), aux travaux d'Horowitz (les composantes intrusives, transitoires dans le chagrin normal, se répètent indéfiniment dans le PTSD sans pouvoir être menées à leur terme, et la thérapie devra les conduire à ce terme), aux travaux de Lazarus (le stress a perturbé le processus de saisie cognitive de l'événement, et le *debriefing* devra assurer la réorganisation cognitive de cette saisie), et aux travaux de Loftus (la mémoire traumatique peut être modifiée par présentation d'une nouvelle information peu de temps après l'événement), préconise une méthode de *debriefing* où il met au premier plan la résolution des problèmes émotionnels. Il retient ainsi neuf cibles sur lesquelles le *debriefing* devra agir pour modifier les émotions, les attitudes cognitives, les comportements, et les facteurs de groupe inhérents à l'expérience traumatique :

- le mauvais contrôle émotionnel (*emotional dyscontrol*) : effroi, panique, tristesse, culpabilité, sentiment d'échec, retrait affectif ;
- le dysfonctionnement cognitif (*cognitive dysfunction*) : rétrécissement du champ cognitif, difficulté de concentration, labilité de l'attention ;
- la dispersion des schémas cognitifs (*shattered cognitive schemata*) de contrôle, de sécurité et d'invulnérabilité ;
- la perte de la capacité à jouir des contacts interpersonnels ;
- l'effet « membrane traumatique » de Shatan (qui isole le sujet dans son obnubilation sur le souvenir traumatique, l'empêche de communiquer avec les autres et l'empêche de resituer l'événement dans la continuité de son histoire) ;
- le conditionnement traumatique (persistance d'images qui sont des réponses émotionnelles conditionnées à des stimuli qui rappellent le trauma) ;
- l'impact du chagrin (*impacted grief*) et l'incapacité à engager un processus de deuil normal ;
- les effets de groupe traumatiques, tels que projection, désignation de bouc émissaire, attitudes antisociales et nihilistes ;
- l'information erronée concernant l'événement, sa survenue et les réactions auxquelles il a donné lieu.

À l'intention des *debriefers*, Shalev assigne comme buts du *debriefing* :

- inciter les sujets à symboliser et à attribuer du sens à l'événement ;
- améliorer la communication entre les membres du groupe ;
- resserrer la cohésion du groupe ;
- améliorer la capacité des sujets à affronter de futures expositions traumatisantes.

Et, à l'intention des sujets à débriefer, il assigne les buts suivants :

- réduire le débordement émotionnel ;
- faciliter l'expression des émotions ;
- donner une légitimité aux sentiments et aux émotions ;
- restituer la capacité à éprouver du plaisir ;
- rectifier les informations erronées ;
- réduire la désorganisation cognitive ;
- se désengager de l'atmosphère de la catastrophe ;
- acquérir de nouvelles techniques d'adaptation (*coping*) ;
- accroître l'efficacité personnelle.

6. L'expérience francophone : verbalisation des émotions plutôt que récit factuel

6.1. Les dix principes de L. Crocq (1992–1995)

En France, la première expérience de *débriefing* de sauveteurs a été effectuée le 9 mai 1992 sur des soignants qui étaient intervenus lors de l'effondrement de la tribune du stade de Furiani, près de Bastia (5 mai 1992), au cours d'une partie de balle au pied (*football*). L'accident avait provoqué la chute de 3000 personnes, de plus de dix mètres de haut pour les gradins supérieurs, dont 1000 avaient été blessées, et 12 décédées. Une vingtaine de personnels du Samu de Bastia (médecins, infirmiers, ambulanciers) avaient demandé à rencontrer un psychiatre ou un psychologue spécialisé en intervention de catastrophe, et le médecin général Crocq fut dépêché de Paris. Ces personnels soignants venaient de participer aux secours de cette masse de 1000 blessés pendant trois jours et trois nuits consécutives, et ils étaient épuisés, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Ils avaient œuvrés sous un stress intense, submergés par l'ampleur de la catastrophe, seuls à y faire face pendant les premières heures avec des moyens limités (les renforts venus de Paris, Marseille et Nice n'étaient arrivés que plus tard), devant annoncer à leurs amis et connaissances (Bastia est une petite ville où tout le monde se connaît) que leurs enfants étaient gravement blessés ou décédés, tandis qu'eux-mêmes étaient sans nouvelles de leurs propres enfants. Partageant le chagrin et le deuil qui étreignaient toute la ville, ils ressentaient en outre une frustration dans leur rôle, une impression d'abandon et un sentiment d'échec injustifié.

Le *débriefing* a été organisé le 9 mai 1992, soit quatre jours après la catastrophe, au Samu de Bastia dans une salle où tables et chaises étaient disposées en rectangle. Dans un premier temps, le psychiatre a demandé au médecin chef du Samu de procéder tout seul (le psychiatre se tenant en dehors de la salle) au *débriefing technique* de l'événement, avec les 20 personnes qui étaient désireuses d'y participer : quels étaient les incidents redoutés (bagarres entre supporters), quelles dispositions avaient été prises et quels moyens avaient été mis en place, quelles avaient été la nature et la topographie de la catastrophe, quelles avaient été les interventions (soins, triage, évacuations, etc.), leurs résultats, et quel bilan technique pouvait-on établir entre l'ampleur des besoins et la limitation des moyens ? Ce *débriefing technique* a duré une heure et demi. Puis, immédiatement, dans la même salle, on a procédé au *débriefing psychologique*, assuré par le psychiatre qui est venu s'asseoir à côté du chef du Samu. La consigne a été de parler spontanément, en levant la main si on désirait intervenir, de faire part de son expérience vécue de la catastrophe, et de l'état psychique qui en résultait. De parler comme cela venait, sans chercher à imposer un plan ou un ordre chronologique à son discours. De dire comment on avait vécu l'événement, de ce qu'on avait à la fois vu, fait, pensé et ressenti ; de dire aussi si on ressentait de l'insatisfaction de sa propre action ou de l'aide apportée par les autres, et des secours arrivés du continent ; et de dire comment on se sentait maintenant, au quatrième jour. Les interventions ont été nombreuses, et souvent déclenchées à l'occasion de propos qui venaient d'être prononcés par un camarade. Certains participants ont parlé plusieurs fois, d'autres une seule fois. Pendant la séance, l'empathie, la solidarité et le soutien mutuel des participants ont été très forts. Le psychiatre est intervenu pour donner la parole à tel ou tel qui le demandait, éviter les *a parte* et la dilution de la discussion en discussions séparées, faire préciser des ressentis

et des symptômes, puis, en fin de séance, pour donner quelques explications sur le phénomène de stress et la dimension psychotraumatique légitimement ressentie dans des catastrophes de cette ampleur. La séance a duré deux heures et demi. Les participants ont quitté la salle soulagés.

Le lendemain, d'autres personnels du Samu, de l'hôpital, de cliniques et de compagnies d'ambulances, ayant entendu parler du *debriefing* prodigué à leurs collègues, ont demandé à être débriefés à leur tour. Et des personnes débriefées la veille ont demandé à se joindre à eux, parce qu'elles sentaient qu'elles avaient encore des choses à dire. Une nouvelle séance fut donc organisée, par le psychiatre aidé du chef du Samu. L'effectif des participants fut plus important (34 personnes au lieu de 21), ce qui fit que la séance fut plus difficile à ordonner et dura plus longtemps (plus de trois heures). Les participants, malgré ces difficultés, purent tous s'exprimer et partirent soulagés eux aussi. Le jour suivant, quatre ou cinq personnels ont demandé à voir le psychiatre en particulier, pour parler encore, et de façon plus intime, de leur malaise et de leurs symptômes. Des conseils ont été donnés, dont celui de consulter les psychiatres locaux pendant quelque temps.

Deux ans et demi après, une deuxième intervention de *debriefing* fut organisée, à l'occasion d'un détournement d'avion, et cette fois à l'intention des victimes rescapées. Le 24 décembre 1994 après-midi, un avion de ligne Airbus de la compagnie Air France assurant la liaison Alger–Paris fut détourné par quatre terroristes qui avaient pénétré dans l'appareil dès le départ à l'aéroport d'Alger en se faisant passer pour du personnel de contrôle d'émigration, puis s'étaient fait connaître comme terroristes et avaient maîtrisé l'équipage. Armés et ceinturés d'explosifs, ils menaçaient de faire sauter l'avion. Et ils avaient accrédité leur menace en tuant d'emblée deux passagers (ils en tueront un troisième quelques heures plus tard pour obliger l'équipage à décoller). Après échec des pourparlers avec les autorités algériennes, au cours desquels des femmes et des enfants avaient été relâchés, l'avion avait dû décoller le lendemain matin 25 décembre, mais s'était posé à Marseille. Là, après une longue discussion par radio avec les autorités françaises, et comme les terroristes faisaient leur prière et annonçaient un combat désespéré, le groupement de gendarmerie GIGN donna l'assaut à 17 heures et réussit au cours d'un bref échange de coups de feu où plusieurs gendarmes furent blessés à tuer les quatre terroristes, sans toucher aucun des passagers ni aucun des membres de l'équipage.

Dès le 25 décembre au matin, le médecin de l'aéroport d'Orly avait demandé l'aide de psychiatres et de psychologues pour accueillir d'abord les passagers libérés à Alger (qui avaient pu prendre des avions réguliers Alger–Paris le 25 décembre après-midi), puis se préparer à accueillir les passagers rescapés délivrés à Marseille et dirigés sur Orly. Une équipe de quatre psychiatres et deux psychologues vint à l'aéroport d'Orly se mettre à disposition du médecin de l'aéroport. La préparation de l'accueil fut élaborée en quelques heures à l'infirmerie de l'aéroport d'Orly : programmation des arrivées des groupes de rescapés, installation de boxes de *debriefing* par petits groupes (huit personnes) dans un salon et d'une base arrière à l'infirmerie pour les sujets les plus choqués, et rédaction et tirage d'un document d'information destiné aux rescapés et à leurs familles. Ensuite, dans l'après midi du 25 décembre, deux avions de ligne en provenance d'Alger atterrirent successivement (à deux heures d'intervalle) à Orly, chacun amenant, mêlés aux passagers habituels, une vingtaine d'otages qui avaient été relâchés la veille au soir à Alger. Dès leur arrivée, ces passagers ex-otages ont été séparés des autres passagers et dirigés par groupes

de six à huit vers les boxes de *débriefing* (un psychiatre et un psychologue, deux banquettes et une table basse garnie de boissons par box). Dès qu'ils se furent assis, ils se mirent spontanément à parler, et il suffit de les inviter à le faire chacun son tour. Parmi eux, les jeunes gens qui parlaient français traduisaient pour les vieux qui ne parlaient qu'arabe. Il apparut dès le début de la discussion que ces ex-otages avaient eu très peur au moment de la capture, et au moment où ils avaient été choisis pour être relâchés (ils avaient cru que les terroristes les avaient désignés pour être assassinés, comme cela avait été le cas pour deux passagers). En sortant de l'avion, ils avaient dû enjamber les cadavres des deux passagers assassinés, sur la passerelle, et même marcher dans la cervelle de l'un d'eux. Deux jeunes filles avaient dû courir en zigzag pour gagner l'aérogare, car les terroristes avaient tiré à la mitraillette sur leurs talons en les injuriant parce qu'elles ne parlaient pas arabe ! Ensuite, à l'hôtel ou dans des familles à Alger, ces rescapés avaient mal dormi, craignant que des terroristes ne vissent les tuer, après les avoir ainsi repérés. Le lendemain, une fois dans l'avion, ils avaient craint une nouvelle attaque de terroristes. À l'atterrissage, ils n'étaient même pas certains d'arriver à Orly et redoutaient d'arriver à Tripoli de Libye ou dans un pays favorable aux terroristes. L'accueil par des psychiatres français les soulageait. Le *débriefing* fut aménagé compte tenu de cette effervescence émotionnelle qui persistait encore. Cela étant, le fait de parler de ce à quoi ils avaient échappé, de l'horreur et de la peur qu'ils avaient éprouvées, des symptômes somatiques qu'ils avaient ressentis et qu'ils ressentaient encore soulagea considérablement ces ex-otages. En particulier, la notice d'information s'avéra détenir un effet cathartique considérable, le visage des rescapés s'éclairant au fur et à mesure qu'ils reconnaissaient leurs propres symptômes dans ce qui était écrit, et qu'ils découvraient que les médecins connaissaient bien cette pathologie. On put observer cependant des types de réaction différents : l'excitation psychique, avec gesticulation et expression volubile et embrouillée, ou l'inhibition, avec mutisme ou discours plus hésitant, la crise de larmes libératrice, la reprise d'une respiration normale après de grandes inspirations, le tremblement. Plusieurs cas (tremblement incoercible, crise de nerfs, mutisme chez un adolescent asthmatique et angor avec hypertension) furent adressés à la base arrière établie à l'infirmierie pour y être traités individuellement et dans le calme. Au bout d'une heure à une heure et demi, les rescapés, parlant plus calmement, soulagés et reposés, étaient confiés à leurs familles, pourvus de la notice informant sur le stress, les symptômes présents ou à venir et sur les lieux de consultation spécialisée de la région parisienne où ils pourraient s'adresser en cas de besoin les jours suivants.

Plus tard, trois avions ramenant de Marseille les passagers délivrés après l'assaut du GIGN atterraient dans la soirée et au cours de la nuit. Les groupes de rescapés étaient plus nombreux (une quarantaine à chaque fois), et accueillis par les autorités officielles : ministres, chefs de cabinet, attachés de cabinet et autres personnalités importantes. Un tapis rouge avait été déployé entre la passerelle et le salon d'honneur, et le service médical fut sommé de se montrer discret. Le médecin chef de l'aéroport ne fut pas autorisé à pénétrer dans l'avion pour informer les rescapés, encore groupés, qu'il y avait des médecins et des psychiatres à leur disposition, ni même pour leur distribuer la notice d'information. C'est un ministre qui tint le discours d'accueil, plus glorieux que psychothérapeutique. Toutefois, le service médical fut autorisé à improviser une petite infirmierie dans une petite salle attenante au salon d'accueil. Dans ce salon, le public (familles, attendants, journalistes) était réparti de part et d'autre de deux cordes (à hauteur de la taille) qui réservaient le

passage central pour le défilé des rescapés (et des membres du GIGN à visage découvert !) sous les applaudissements. Cet accueil alourdissait encore la charge émotionnelle et l'effarement des rescapés. Dans la foule des attendants, les médecins, les infirmières et les psychologues se tenaient en retrait, mais revêtus de leurs blouses blanches ; ce qui fit que plusieurs rescapés vinrent s'adresser à eux pour leur parler de leur malaise, et que des familles vinrent leur présenter des rescapés sidérés, tremblants, pleurant, mutiques ou désorientés. Plusieurs de ces rescapés furent emmenés discrètement dans la petite infirmerie pour être tenus à l'abri de l'agitation qui régnait dans le salon d'honneur, et se faire donner des médicaments et du réconfort. Autant que possible, on remit à chaque rescapé ou à sa famille la notice d'information.

Dans les jours et les semaines qui suivirent, plusieurs dizaines de rescapés vinrent consulter aux lieux indiqués sur la notice, en particulier à la consultation spécialisée de l'hôpital Saint-Antoine. On s'aperçut ainsi que la notice avait servi à quelque chose. Au moment de sa distribution on voit que l'intéressé l'empoche d'une main distraite et on croit qu'il va l'oublier ; mais il n'en est rien, il la lit à tête reposée, ou un membre de sa famille la lit, et, face aux symptômes qui se perpétuent ou émergent, il prend la décision de venir consulter. Plusieurs de ces consultants, qui avaient eu très peur, tant pendant la phase de détention que lors de l'assaut (tous s'étaient aplatis au sol entre les sièges pour échapper à la fusillade), souffraient de troubles psychotraumatiques précoces et intenses. Certains furent suivis pendant plusieurs mois. La plupart de ces consultants différés étaient des rescapés des trois derniers avions (de Marseille), qui n'avaient pas pu profiter d'un *débriefing* systématique comme les rescapés rentrés directement d'Alger. Bien que cette constatation soit empirique, sans randomisation, plan expérimental ni contrôle statistique, elle montre clairement l'utilité du *débriefing* dans la prévention des séquelles psychotraumatiques.

C'est à la suite de cette intervention que L. Crocq édicta les dix principes du *débriefing* entrepris à la fois dans un but préventif (prévention de l'installation de séquelles psychotraumatiques) et thérapeutique (réduire tant les symptômes persistants du stress que les premiers symptômes résultant d'une expérience traumatique), et s'appliquant aussi bien aux victimes qu'aux intervenants.

- Ménager un sas intermédiaire où sont restitués l'espace, le temps et les valeurs normales.
- Conforter les rescapés « dépersonnalisés » dans leur personne, personne qui n'a pas été abandonnée, qui est entendue et soutenue, mais qui doit récupérer son autonomie.
- Les inciter à la verbalisation de leur expérience vécue de l'événement (visée cathartique).
- Les informer sur le stress et le trauma, et sur les symptômes transitoires présents et à venir, ainsi que sur les lieux de consultation en cas de besoin (avec remise d'une note d'information).
- Aider les participants à s'arracher à leur sentiment d'isolement et d'incommunicabilité (quand ils écoutent les autres faire part de réactions semblables aux leurs).
- Harmoniser les relations du groupe (réduire les tensions et conflits), en évitant de perpétuer une mentalité de « huit-clos » et en désamorçant ses dérives xénopathiques (recherche de boucs émissaires extérieurs).
- Aider à réduire les sentiments d'insécurité, d'impuissance, d'échec et, pour partie, de culpabilité (mais c'est à chaque sujet de le faire soi-même au moment venu).

- Préparer les sujets à la réinsertion dans le monde, et les mettre en garde vis-à-vis des attitudes néfastes à éviter, dans les retrouvailles avec leur famille, dans les contacts avec les médias et dans leur considération des agresseurs (éventualité de syndrome de Stockholm).
- Repérer les sujets fragiles qui auront besoin d'un soutien ultérieur.
- Aider les sujets à mettre un point final à leur aventure.

Parmi ces dix objectifs, le troisième, à savoir inciter les rescapés à verbaliser leur expérience vécue de l'événement, nous paraît primordial, et c'est par lui que nous nous démarquons le plus des stratégies américaines de *débriefing*, assurées sur le préalable d'un récit factuel. En effet, la verbalisation de l'événement (de « l'aventure »), dans un langage spontané, authentique et maïeutique (la maïeutique est la science de l'accouchement, et Socrate était le fils d'une sage-femme) est la seule attitude — et la seule impulsion — qui puisse permettre au sujet de se dégager des effets morbides, manifestes ou en gestation, de l'impact traumatique (Crocq, 2002). La caractéristique essentielle du trauma est d'avoir été, pour reprendre la formule de Briole et Lebigot (1994) « une rencontre non manquée avec le réel de la mort ». Car, alors que dans la vie quotidienne nous ne sommes pas confrontés au réel du monde, grâce à l'écran protecteur des représentations mentales et du langage que nous y interposons (nous ne connaissons qu'un monde falsifié, travesti par le fantasme et choyé par le rêve), lors de l'instant traumatique nous sommes surpris, pris de vitesse, et confrontés d'emblée au réel de la mort et du néant, qui nous revoie au mystère angoissant de nos origines, des « origines d'avant le langage ». Au moment du trauma, il y a eu « court-circuit dans le signifiant », et donc non-sens. Cela s'est traduit, sur le plan du vécu, par une impression de vide psychique, de trou noir ; et cela laisse une impression d'impensable, d'irreprésentable, d'indicible. Ce qui fait que le sujet a vécu son expérience comme un trauma, c'est qu'il n'a pu l'identifier, la reconnaître, lui assigner un sens en se la représentant, et surtout en la parlant ; car il est plausible que le langage, langage proféré ou langage intérieur, devance la pensée, ou au moins lui donne le corps qui lui permette d'exister pleinement, au-delà des esquisses émergeant des limbes. Dans sa méthode cathartique, Freud et Breuer (1895) parlaient de « lier » et « abrégir » le trauma en le parlant, et en associant à son sujet, de « l'inscrire dans le grand complexe des associations ». Il convient donc d'inviter, d'inciter, les rescapés à exprimer, à parler, leur expérience vécue de l'événement, sans leur donner d'autres consignes que de dire ce qu'ils ont envie de dire, et de parler d'eux-mêmes, même si cela leur paraît décousu ou saugrenu, et de ne pas craindre de parler directement de ce qu'ils ont ressenti, plutôt que de « raconter » ce qu'ils ont vu. Et c'est en parlant, en « énonçant », qu'ils aperçoivent, découvrent et précisent ce qui s'est passé en eux, et par là même commencent à le maîtriser. À la différence de la narration, ou du récit factuel, où l'on pense d'abord (et on formule mentalement) ce qu'on va réciter ensuite, la verbalisation spontanée du vécu n'implique aucun savoir préalable de ce qu'on va dire. En improvisant des mots, des verbes, des adjectifs, des exclamations et toute une grammaire, le rescapé de l'enfer (Crocq, 2000) extirpe du plus profond de lui-même ce qui le perturbait sourdement et commence ainsi à maîtriser ce qui, de force obscure et omniprésente parasitant le moi, va se réduire désormais à la dimension d'un discours et d'une représentation mentale. Et d'ailleurs, chez le rescapé, cela répond à un pressant besoin de parler. Ce qui a fait effraction dans son psychisme, et pénétré en lui par les yeux, les oreilles, l'olfaction, la sensation tactile et tous les pores de la peau, ce qui constitue un

désordre en lui, le rescapé a envie de le mettre en mots, pas seulement pour l'expulser en dehors de lui, au-delà de ses lèvres, mais aussi pour y attribuer un début de sens et y mettre de l'ordre. Parfois, cette énonciation s'effectue dans l'atmosphère tragique d'une abréaction émotionnelle, avec oppression, sanglots et larmes. Toujours, peu ou prou, et plus souvent prou que peu, cette énonciation — assortie ou non d'abréaction — est suivie d'une sensation de d'apaisement, que Freud après Aristote a dénommée « *catharsis* », et qui est plus « purification » que « purgation » de l'âme. La catharsis, c'est le « soulagement éclairé » (Crocq, 2003). Cela étant, le rescapé n'exprime pas dans son discours que ses émotions, il mentionne aussi des données factuelles concernant les circonstances qui ont occasionné ces émotions, et il peut rapporter aussi ce qu'il a vu et pensé alors. Aussi, notre recommandation n'est-elle pas de ne parler que des émotions pour remettre à plus tard la mention des données factuelles, mais de laisser le sujet s'épancher de ce qui le presse, et de faire part ainsi de l'ensemble de son expérience vécue, « dans le désordre », mêlant aux éprouvés affectifs les sensations, les visions, les pensées, les vellétés et les ébauches de geste. L'essentiel de notre démarche, par rapport à celle de Mitchell, est de ne pas intimer au sujet l'ordre de différer l'expression de ses émotions par l'impératif d'un préalable narratif. La meilleure consigne est, à notre avis (Crocq, 2004) : « dites en vrac, spontanément, comment vous avez vécu cet événement ; essayez d'exprimer ce que vous avez ressenti, tout ce que vous avez ressenti, et aussi ce que vous avez vu et ce que vous avez pensé, même si cela vous paraît sans intérêt, ou difficile à dire » (il n'est pas question de prononcer devant le rescapé les mots « indicible » et « invouable »). Accessoirement, quand des données d'ordre cognitif viennent émailler ces faire-part d'éprouvés, chacun se situe mieux dans la globalité de l'événement. Jusqu'à présent, il était comme Fabrice del Dongo à la bataille de Waterloo (dans *La chartreuse de Parme*, de Stendhal), qui, n'ayant vécu la bataille qu'au niveau de son microcosme (et non dans la vision d'ensemble de l'état major), se demandait ensuite avec perplexité s'il avait vraiment assisté à une bataille. Chacun a appréhendé et vécu l'événement à son échelle microscopique, n'en saisissant et n'en subissant que des aspects partiels et par-là même incohérents et incompréhensibles. Au fur et à mesure que les autres parlent, il les situe et se situe, il reconstitue la bataille (ou l'événement) comme un puzzle, et il est alors placé plus en état de la comprendre lucidement que de la subir aveuglément. Mais cela n'est pas dire, comme l'ont prétendu certains théoriciens du *débriefing*, que cette récolte de données factuelles venant des témoignages des autres va avoir pour effet de « rectifier des cognitions erronées ». À notre avis, une cognition personnelle de la bataille n'est jamais « erronée », et elle se légitime justement par les croyances et les éprouvés qui l'ont accompagnée. Et il ne sert à rien, comme le dit Lebigot, de prétendre substituer une « fable collective » à la vérité personnelle signifiante de chaque sujet.

6.2. Le debriefing, ses pièges et ses limites selon F. Lebigot (1997–1998)

Dans deux articles des *Annales médicopsychologiques* (1997 et 1998), et dans des travaux ultérieurs (2001, 2002), François Lebigot a fait part de son expérience du *débriefing*, tant au sein des armées françaises que dans son activité au sein de la cellule d'urgence médicopsychologique. Il insiste sur la distinction à établir entre le *stress*, concept biophysique se rapportant à la réaction immédiate de l'organisme à l'événement, et le

trauma, concept psychologique se rapportant à l'instant fugace où le sujet a été confronté au réel de la mort et du néant, et qui a provoqué l'effraction de ses défenses et de son système signifiant protecteur, renvoyant au mystère de ce lieu inaccessible qu'est l'originaire. Et c'est éminemment sur le trauma que le *debriefing* doit porter.

Pour Lebigot, le *debriefing* ne peut être réduit à une conception simpliste de la *catharsis*, comme simple abréaction qui viserait seulement à débarrasser le sujet du trop-plein de charge émotionnelle suscité par l'événement. De même, le récit factuel préconisé par certains auteurs américains, si poussé et minutieux soit-il, ne peut accéder au « réel » de l'expérience traumatique (en tant que réel vécu par un sujet singulier). La verbalisation de cette expérience, en revanche, doit permettre au sujet de s'affranchir de cette expérience primaire d'anéantissement en lui donnant un sens. Dans le *débriefing* collectif, la structure de dialogue interactif y aidant, cette démarche peut s'avérer plus accessible — dans la mesure où chacun peut se reconnaître en partie dans le discours de l'autre — mais elle doit surtout donner lieu à un travail intime, qui ne peut être que personnel, car chacun a affronté l'événement d'une manière qui n'appartient qu'à lui, « avec sa personnalité, son histoire, le moment où il en est de sa vie et les pensées qui l'accompagnaient alors ». La circulation groupale de la parole est certes source d'enrichissement mutuel, mais elle est surtout l'occasion pour chacun d'énoncer (et donc d'apercevoir) son vécu intime de l'événement, et de se démarquer de l'expérience des autres. Et, face à la construction d'une « fable collective » de consensus, inopérante ou nuisible (les sujets ne s'y reconnaissant pas réellement, et elle risque d'occulter leur vision personnelle de l'événement) doit-il se dégager pour chacun sa « fable individuelle » pourvoyeuse de sens.

Pour Lebigot, il est bon de respecter un délai de deux ou trois jours avant de procéder au *debriefing*, ce qui permet à chacun de « prendre la mesure de l'événement » et d'accéder à une organisation psychique plus stable, une fois passés les premiers moments de stupeur et d'indifférence apparente. Mais il ne faut pas attendre trop, et abandonner des sujets traumatisés à une méditation solitaire qui les engage dans la névrose traumatique, ni laisser à ceux qui ont vécu l'événement le loisir d'en parler entre eux de façon anarchique, avec risque de laisser s'échafauder la fable collective malencontreuse. L'effectif des groupes à débriefer ne doit pas excéder dix personnes, car ce sont les petits groupes (surtout inférieurs à six) qui fonctionnent le mieux, et où chacun a le temps de s'exprimer et d'élaborer. En aucun cas, on ne peut admettre dans le groupe à débriefer une personne qui n'a pas été impliquée dans l'événement au même titre que les autres, quelle que soit l'insistance de certains cadres qui estiment normal d'assister au *debriefing*. Deux animateurs (venant de l'extérieur) sont nécessaires, l'un tenant le rôle de meneur et l'autre d'observateur (il est plus disponible que le meneur pour observer des réactions discrètes des participants) et d'intervenant adjoint (s'il faut par exemple emmener temporairement à l'écart un participant sujet à une abréaction émotionnelle trop intense). Le déroulement du *debriefing* est simple : les animateurs se présentent, et exposent le principe de la séance et sa garantie de confidentialité ; puis ils invitent les participants à parler librement de leur expérience vécue. Dans certains milieux très structurés et très hiérarchisés, comme le milieu militaire, il est souhaitable que le gradé, préalablement prévenu, parle le premier, montrant ainsi l'exemple. Lebigot préconise un peu d'interventionnisme, pour inciter les participants à ne pas se retrancher par timidité, modestie ou appréhension dans le récit factuel et à parler de leurs émotions et de leurs pensées et associations d'idées. Il rapporte le cas d'une vieille dame

qui, lors du *debriefing* d'un groupe d'habitants d'un immeuble sinistré par une explosion de gaz en pleine nuit, a pu se référer à un bombardement qu'elle avait subi pendant la seconde guerre mondiale. D'avoir pu mettre les deux événements en relation lui a procuré du soulagement, et a incité les autres participants à faire part de leurs propres associations d'idées. S'il est vrai que le débriefing doit amener les participants à articuler l'événement sur « des morceaux de leur propre histoire », l'animateur doit aussi mettre fin à des évocations de la vie intime sans rapport avec l'événement, et redistribuer la parole à ceux qui n'ont pas encore pu s'exprimer (s'ils le souhaitent, car en aucun cas il n'est question d'obliger à parler un sujet qui n'est pas prêt à le faire). De toute façon, on a remarqué que l'évocation d'un point de l'événement par un participant « entraîne chez un autre un irrésistible besoin de parler du point abordé ». Parmi les écueils à prendre en considération, il y a la contrainte horaire ; aussi faut-il se donner du temps, et n'assigner qu'un ordre de grandeur pour la durée de la séance (deux ou trois heures), à laquelle on ne mettra fin que si l'on constate que les sujets n'ont plus grand chose à dire et qu'ils dérivent vers des banalités ou des répétitions. D'autres pièges peuvent compromettre l'efficacité du *debriefing*, et même son bon déroulement : le piège de la compassion affichée chez l'animateur, qui réduit le participant au rôle de pure victime et le dépouille de ses velléités d'autonomie ; le piège de la « déculpabilisation », alors que la culpabilité est un levier thérapeutique qui, en attendant son travail dans la durée, sera déjà « traité plus efficacement par les autres participants que par un discours lénifiant de l'animateur » ; le piège de la dérive projective avec mise en accusation de la hiérarchie, solution facile à laquelle l'animateur doit se garder de faire chorus ; et le piège de la « dédramatisation », qui prétendrait retirer artificiellement ce caractère essentiel de l'événement, qui est tout justement d'avoir été vécu comme un drame.

Face aux critiques qui prétendent que le *debriefing* n'améliore pas les victimes, et aurait même tendance à les aggraver (au vu d'études dites « contrôlées » mais éminemment discutables quant à la sélection des sujets et à la méthode de *debriefing* utilisée), Lebigot admet qu'une seule séance de *debriefing*, si elle a des effets indéniables sur l'hygiène mentale et la cohésion des groupes (en milieu militaire), si elle apporte du soulagement chez tous les sujets, si elle leur permet de se dégager de leur expérience de non-sens pour apporter du sens (et du sens personnel) à ce qui a été une expérience traumatique d'incompréhension, si elle amorce la réinscription de l'événement dans l'histoire de vie du sujet, ne règle pas toute la question du trauma. Dans beaucoup de cas cette séance inaugurale est l'occasion pour le sujet d'initier un travail personnel d'assimilation de son expérience traumatique ; dans d'autres cas, qui se sont organisés en névrose traumatique, elle est l'amorce d'une psychothérapie plus profonde et plus longue. En particulier, on peut proposer un *debriefing* individuel à un sujet chez qui apparaît un syndrome de répétition, et même, à plus longue échéance, à un sujet dont la névrose traumatique, qui évoluait depuis de longues années sur un mode chronique, connaît brutalement une péripiétie évolutive dramatique.

6.3. De Clercq et Vermeiren : limitation des indications du debriefing

De Clercq et Vermeiren, à l'université Saint-Luc de Bruxelles, avaient été eux aussi parmi les premiers francophones à appliquer les méthodes de *debriefing* auprès d'étudiants

victimes d'un attentat à la bombe dans un amphithéâtre à Woluwé, en 1993. Trois ans après (De Clercq et Vermeiren, 1996), dans une étude catamnésique rigoureuse, ils constataient que 43 % des intervenants souffraient de symptômes psychotraumatiques, et que deux d'entre eux répondaient aux critères du PTSD complet. Au cours de leur pratique ultérieure, ils ont été conduits à se démarquer de plus en plus du schéma de Mitchell. Concernant le *debriefing* des intervenants (Vermeiren et De Clercq, 2001), ils recommandent de ne pas se laisser prendre à la tentation du *debriefing* systématique après tout incident, doctrine coûteuse et peu réalisable, qui confondrait routine et incident exceptionnel, qui apporterait de la confusion entre *debriefing* et autres interventions de bilan (bilans techniques, *staffs*, etc.) et qui investirait trop le *debriefer* dans la dynamique du groupe participant et en ferait un impliqué. Limitant donc les indications du *debriefing* aux incidents marquants, ils insistent par ailleurs sur la nécessité d'aborder le vécu émotionnel et non pas seulement la réalité factuelle, prônent l'incitation à l'énonciation cathartique des émotions et recommandent de favoriser la reprise de contact entre l'individu, le groupe et l'environnement, « en passant par le raccordement de la dissonance entre le temps chronologique et le temps vécu ».

7. Controverses et réflexions sur le *debriefing* psychologique

Dans un article de la revue *Nervure* (1999), ayant procédé à un rappel critique des diverses méthodes de *debriefing*, De Clercq et Vermeiren recensent les études contrôlées d'évaluation des effets du *debriefing*. Deux études (Bordow, 1979 ; Bunn et Clarke, 1979) font état de résultats positifs, deux études (Stevens, 1996 ; Lee, 1996) n'observent aucun changement, et deux études (Hobbs et Mayou, 1996 ; Bisson et Jenkins, 1997) rapportent des effets négatifs. De Clercq et Vermeiren font remarquer toutefois que ces études ont porté sur des bénévoles, des travailleurs sociaux ou des infirmières non spécialisées, qu'il s'agissait de *debriefings* individuels et de méthodes très disparates, s'adressant à des types de traumatismes hétérogènes. Des études non randomisées se partagent de même entre résultats positifs et résultats négatifs. Une étude randomisée de Chemtob et Thomas (1997), portant sur un *debriefing* de groupe pratiqué auprès de rescapés d'un accident aérien, montre un résultat meilleur pour les sujets ayant bénéficié de ce *debriefing* de groupe. Examinant ensuite les recommandations hollandaises d'une conférence de consensus (du 28 mai 1999) qui prescrivent d'attendre trois ou quatre séances de *debriefing* avant d'aborder le problème des émotions, et encore avec des précautions étonnantes (mettre l'accent d'abord sur la sympathie et le soutien social, puis, graduellement, prodiguer des informations et de l'éducation, pour n'aborder les expériences personnelles et les émotions qu'après quatre à six semaines), De Clercq et Vermeiren expriment leur désaccord : « comment imaginer dans nos pays francophones de passer deux sessions de *debriefing* psychologique à aborder uniquement le factuel, la narration des faits, la « conceptualisation » des traumatismes et de ne laisser l'expression des affects, des émotions, de la détresse émotionnelle aiguë ressentie par la victime que pour la troisième ou la quatrième séance ? ». En fin de compte, De Clercq et Vermeiren préconisent d'entreprendre des études randomisées rigoureuses pour évaluer les effets du *debriefing* psychologique, en précisant de quel type d'événement il s'agit (catastrophe, accident, attentat, etc.), à quelle catégorie

de sujets il s'adresse (victimes ou intervenants) et quelle est la méthode utilisée (Mitchell, Raphael, Shalev, à la française). Ensuite, il conviendra de conceptualiser ces méthodes, et d'en faire connaître les spécificités dans des revues internationales de langue anglaise. Ils rappellent les premières spécificités des nouvelles méthodes qui se démarquent du *debriefing* à la Mitchell : se défaire du postulat du préalable narratif et permettre l'expression immédiate des émotions, ne pas se limiter à une seule séance, et ne faire intervenir que des acteurs formés et entraînés. Enfin, ils reprennent notre question : pour éviter toute ambiguïté, ne faut-il pas proposer le terme de « *debriefing* psychiatrique » appliqué aux victimes, pour le différencier du terme « *debriefing* psychologique » réservé aux sauveteurs et aux équipes d'intervenants (pompiers, policiers, soignants) ?

8. Commentaire conclusif : *debriefing* psychologique et intervention psychothérapique précoce sont deux interventions distinctes

Pour faire le bilan critique du *debriefing*, en toute objectivité, il faut d'abord distinguer les différentes méthodes décrites sous ce seul nom, et les différentes options théoriques dont elles se réclament. Pour résumer, il semble que la procédure de *debriefing* selon le schéma de Mitchell (priorité au narratif et au cognitif, plutôt qu'expression des émotions, et visée éducative et préventive, plutôt que thérapeutique) soit appropriée surtout aux « incidents critiques » chez des sauveteurs professionnels, tels que pompiers, policiers, personnels de Croix-Rouge et soignants. L'incident critique n'implique pas nécessairement traumatisme et, dans la plupart des cas, on a affaire à un groupe de sauveteurs habitués à faire face à des catastrophes pourvoyeuses de tels incidents « banaux ». Ces sauveteurs ont, en gros, conservé leur sang-froid lors de l'incident, et il ne s'agit que d'apporter des éclaircissements sur l'incident et de faciliter les échanges de paroles entre des partenaires dont la vie, l'intégrité physique ni l'équilibre psychique n'a été menacée (encore que certains aient pu être traumatisés à la vision de certaines scènes pénibles, et auront besoin d'une thérapie au-delà du simple *debriefing*). En outre, les sauveteurs tiennent à garder la face, ils ne veulent pas être considérés comme des malades ; ils acceptent d'être confortés, mais non pas d'être soignés. Et ils le manifestent en adoptant, dès le début du *debriefing*, une certaine réserve vis-à-vis de toute tentative d'intrusion d'emblée dans l'intimité de leur expérience émotionnelle. Aussi, l'accord tacite pour démarrer la séance par des narrations, puis, éventuellement, faire part de cognitions qui n'engagent à rien leur convient parfaitement. L'incursion tardive, brève et contrôlée dans l'univers de leurs émotions, qui succède ensuite à ces préalables, ne transperce pas leur cuirasse défensive, et ils ne concèdent que des vécus émotionnels conventionnels et anodins. Dans certains cas, des reviviscences de péripéties émotionnelles mal assimilées peuvent être ramenées au grand jour, mais elles bénéficient alors d'une explication de convenance qui draine l'accord de chacun, et cela ne va pas plus loin. Un tel *debriefing* peut être assuré non seulement par des psychologues professionnels, mais aussi par d'autres personnels sans formation psychologique approfondie (médecins, cadres) et même par des pairs (pompiers ou policiers) motivés et ayant bénéficié d'une formation rapide à la méthode de Mitchell ou de Dyregrov.

En revanche, dans le *debriefing* « à la française », tel que pratiqué par Crocq, Lebigot, De Clercq, Vermeiren et d'autres, où la consigne est de verbaliser spontanément l'expérience

vécue, telle que le sujet ressent l'envie de la faire (et c'est surtout l'expérience émotionnelle qui est l'objet de sa première impulsion à parler), le préalable narratif n'est pas imposé, et l'objectif est thérapeutique et préventif ; thérapeutique en invitant les participants à trouver chacun du sens là où l'événement traumatique était insensé, et à replacer son expérience devenue compréhensible et assimilable dans le continuum de leur histoire de vie, ce qui leur procurera l'apaisement éclairé ou catharsis ; préventif en ce sens que cette verbalisation de l'émotion et la prise de conscience qu'elle entraîne désamorcent le travail torpide d'une éventuelle période de méditation silencieuse qui eût débouché sur une névrose traumatique. Cette version du *debriefing* s'adresse à des victimes, qui sont en état de souffrance psychique, et qui présentent des symptômes psychotraumatiques avérés ou émergents. Et le *debriefing* doit être assuré par des psychiatres ou des psychologues cliniciens bien au fait de la psychotraumatologie et spécialement formés à l'approche cathartique. Cette seconde acception du mot *debriefing* est en réalité un acte thérapeutique (Passamar, 2003), qui peut parfois se suffire à lui-même, parfois encore doit être renouvelé plusieurs fois à de courts intervalles pour apporter la guérison, et parfois enfin ne constitue qu'une initiation thérapeutique incitant le patient à entreprendre une thérapie plus conséquente, en cabinet de consultation. L'ouvrage de Michèle Vitry, sur « L'écoute des blessures invisibles » (Michèle Vitry, 2002), présente bien cette continuité d'action qui relie le *defusing*, le *debriefing* et la thérapie du trauma, en situant le thérapeute comme précédant, puis accompagnant, puis suivant le patient sur le chemin de sa guérison. Quoi qu'il en soit, pour lever toute équivoque, il vaut mieux renoncer à employer à son sujet le terme même de *debriefing*, et dénommer cette procédure par ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire **intervention psychothérapique précoce**.

Références

- Aristote (335 av. J.C.), Poétique, trad. Fr. M. Magnien, Paris, Le livre de poche
- Armstrong, K., O'callahan, W., Marmar, C., 1991. Debriefing Red Cross disaster personnel: the multiple stressor debriefing model. *Journal of Traumatic Stress* 4 (4), 581–593.
- Belenky, G., 1992. Stress, Psychiatry and War. In: Final report, Symposium de l'Association Mondiale de Psychiatrie, Paris, 26–27 juin, compte rendus. Servier, Paris, pp. 186–191.
- Bordow, S., Porritt, D., 1979. An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science Medicine* 13 A (3), 251–256.
- Briole, G., Lebigot, F., Lafont, B., Favre, J.D., Vallet, D., 1994. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. In: Rapport au LXXXII^e Congrès de Psychologie et Neurologie de Langue Fr., Toulouse, 17–23 juin, compte-rendus. Masson, Paris 1 vol.
- Bunn, T., Clarke, A., 1979. Crisis intervention: an experimental study of the effects of a brief period of counselling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Medical Psychology* 52 (2), 191–195.
- Chemtob, C., Thomas, S., Law, W., Cremniter, D., 1997. Postdisaster psychosocial intervention : a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry* 154 (3), 415–417.
- Crocq, L., 1998. Intervention de l'équipe psychiatrique lors des catastrophes. *Psychiatrie Française*, 31–39 1-98, janvier.
- Crocq, L., 1999. Les traumatismes psychiques de guerre 1 vol. Odile Jacob, Paris.
- Crocq, L., 2000. Le retour des enfers et son message. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 1 (1), 5–19.
- Crocq, L., 2002. Expression des émotions et aspect cathartique du debriefing. In: De Soir, E., Vermeiren, E. (Eds.), *Les debriefings psychologique en question...* Garant ed., Anvers, pp. 163–174.
- Crocq, L., 2003. L'approche cathartique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 3 (1), 15–24.

- Crocq, L., 2004. L'intervention psychologique auprès des victimes en période post-immédiate. La question du debriefing. *Le journal des Psychologues* 218, 8–14.
- De Clercq, M., Vermeiren, E., Henry De Fraban, B., 1996. Le *debriefing* psychologique après une catastrophe ne suffit pas. Évaluation de l'importance des états de stress post-traumatiques pour les patients ayant bénéficié d'un *debriefing*. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 3, 87–91.
- De Clercq, M., Vermeiren, E., 1999. Le debriefing psychologique : controverses, débat et réflexions. In: *Nervure*, tome XII, n° 6, pp. 55–61.
- De Clercq, M., Lebigot, F., 2001. Les traumatismes psychiques. Masson, Paris 1 vol.
- Dyregrov, A., 1997. The process in psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress* 10 (4), 589–606.
- Freud, S., Breuer, J., 1895. Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893), traduction française. PUF, Paris 1953, 1 vol., 255.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., Worolock, P., 1996. A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal* 7 (313), 1438–1439 7070.
- Lassagne, M., Dubelle, P., 1998. Actions de débriefing. In: Briole, G., Lebigot, F., Lafont, B. (Eds.), *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*. Addim, Paris, pp. 139–149.
- Lebigot, F., Gauthier, E., Morgand, D., Reges, J.L., Lassagne, M., 1997. Le debriefing psychologique collectif. *Annales médicopsychologiques* 155 (6), 370–378.
- Lebigot, F., 1998. Le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Annales médicopsychologiques* 156 (6), 417–420.
- Lebigot, F., Damiani, C., Mathieu, B., 2001. Debriefing psychologique des victimes. In: De Clercq, M., Lebigot, F. (Eds.), *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris, pp. 163–187.
- Lee, C., Slade, P., Lygo, V., 1996. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study. *British Medical Psychology* 69 (1), 47–58.
- Marshall, S.L.A., 1947. *Men under fire: the problem of battle command in future war*. William Morrow And Co, New York 1 Vol.
- Mitchell, J.T., 1983. When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Jal Of Emergency Medical Services* 8, 36–39.
- Mitchell, J.T., 1988. History, status and future of CISD. *Jal Of Emergency Medical Services* 13, 49–52.
- Mitchell, J.T., Everly, G.S., 1995. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high-risk occupational groups. In: Everly, J.S., Lating, M.J. (Eds.), *Psychotraumatology. Key Papers And Core Concepts In Post-Traumatic Stress*. Plenum Press, New York, pp. 267–280 Chap. 16.
- Passamar, M., Borgne, N., Vilamot, B., 2003. Le debriefing psychologique est-il déjà une thérapie ? Obstacles et indications. *Revue Francophone du stress et du trauma* 3 (2), 125–128.
- Raphael, B., 1986. *When Disaster Strikes*. Basic Books, New York 1 Vol.
- Shalev, A., 1994. Debriefing following traumatic exposure. In: Ursano, R.J., Mac Caughey, B., Fullerton, C.S. (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 201–219 III, 9.
- Sokol, R., 1986. Treatment of victims in hostage situations, the USAREUR stress management team. In: *Comportements dans les catastrophes de guerre et de paix, Symposium de l'OTAN*, par L. Crocq et al., 13–14 oct. 1986, document ronéotypé. pp. 218–228.
- Vermeiren, E., De Clercq, M., 2001. Debriefing psychologique des intervenants. In: De Clercq, M., Lebigot, F. (Eds.), *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris, pp. 189–200.
- Vitry, M., 2002. *L'écoute Des Blessures Invisibles*. L'harmattan, Paris 1 vol.