

CONGRÈS

COMPTE RENDU

ACCROÎTRE LA RÉSILIENCE DES TRAVAILLEURS IMPLIQUÉS DANS LES CATASTROPHES MAJEURES.

Compte-rendu commenté d'un atelier de réflexion européen

Partie 1. Éléments de définition pour construire une prévention face au risque de traumatisme psychologique

C'est dans les locaux du Comité Piémontais de la Croix-Rouge qu'a été organisé un workshop consacré au *Renforcement de la Résilience des Travailleurs de Service de Secours*. Celui-ci a rassemblé des chercheurs et praticiens de différents pays d'Europe ainsi que des États-Unis et d'Israël. Ces journées de travail s'inséraient dans le cadre du projet européen RED¹. Nous y étions invité afin de participer à des échanges associant scientifiques et professionnels de terrain. La question centrale était la préservation de la santé mentale des sauveteurs intervenant dans des situations de catastrophe de grande ampleur. On sait depuis longtemps que les victimes et témoins de scènes de guerre, de catastrophes (tremblement de terre, inondation, attentat terroriste) sont soumis à des contraintes telles que leur santé mentale peut en être affectée à terme. Les chocs émotionnels subis conduisent en effet dans un certain nombre de cas à des manifestations pathologiques de gravité variable (problèmes de sommeil, addictions à l'alcool, dépressions, suicides).

Si, très longtemps, seules les victimes de traumatismes physiques étaient prises en charge, aujourd'hui la réalité des séquelles psychologiques indépendantes de toute atteinte physique directe ne fait plus question ; qui plus est, elle est l'objet de beaucoup d'attention. Depuis 1995, suite à une série d'attentats en région parisienne, la France s'est par exemple dotée de cellules d'urgence médico-psychologique dont la fonction est de soulager les personnes choquées par un acte de terrorisme, et ainsi de prévenir autant que faire se peut la survenue ultérieure d'un traumatisme psychologique. Tous les secouristes de la Croix-Rouge sont sensibilisés à la question lors de leur formation initiale et à l'occasion des recyclages bi-annuels. Mais qu'en est-il de la santé mentale des personnes qui, professionnels ou bénévoles, ont pour fonction de porter secours aux autres ? On sait qu'elles aussi sont soumises à des contraintes psychologiques importantes et qu'un certain nombre d'entre elles va à moyen terme développer une évolution pathologique². Le traumatisme peut d'ailleurs être lié soit à la confrontation directe aux scènes difficiles, soit à une confrontation indirecte, par l'intermédiaire du contact avec les victimes et avec leurs récits.

¹ L'acronyme signifie « Reinforce Rescuers' Resilience by Empowering a well-being Dimension ». Les résumés des communications sont accessibles sur le site local de la Croix-Rouge : <http://www.cri.piemonte.it/progetti/red/>

² Dans une proportion moindre toutefois que la population générale.

30 janvier - 1^{er} février 2008
Turin, Italie

► Vincent GROSJEAN
INRS, département Homme au travail

L'idée de base du réseau organisant cette manifestation est qu'une formation adéquate pourrait prévenir ou limiter les conséquences psychologiques désastreuses de tels événements, non pas sur les victimes directes, mais sur les intervenants. On pense immédiatement au personnel et aux volontaires de la Croix-Rouge que cette question concerne bien évidemment, mais aussi aux intervenants rattachés aux armées et aux pompiers. La cible s'élargit cependant dès lors qu'on prend également en compte les catastrophes industrielles, telle AZF à l'échelle française. Elle s'élargit encore si on souligne que le premier intervenant est souvent le voisin, le travailleur proche – secouriste du travail ou simple salarié – qui se trouve sur place et connaît d'ailleurs souvent bien les lieux ou les victimes directes et est donc parfois aussi efficace qu'un professionnel du secours. S'agissant de victimes indirectes de traumatismes, toute la chaîne du personnel de soin est également dans le rang des victimes potentielles : les médecins et personnels soignants mais aussi les réceptionnistes, le personnel d'entretien des hôpitaux, les travailleurs sociaux, etc. Pour tous ces salariés plus ou moins proches des services de secours, le problème de la résistance aux situations potentiellement traumatogènes se pose en des termes un peu différents que pour les victimes directes. D'une part, la confrontation aux situations fait partie du travail, des « risques du métier », d'autre part, il apparaît utile d'envisager un effet cumulatif potentiel, lorsque ces travailleurs sont amenés à accomplir plusieurs missions ou lorsque la mission doit être conduite dans la durée (par exemple lors d'interventions de secours sur le site d'un séisme important). Enfin, une autre contrainte spécifique tient aux particularités du soutien psychologique qui fait de plus en plus partie du travail accompli par ces intervenants³ : accueil de rapatriés de pays en guerre, retour du Tsunami,... La confrontation indirecte, par le biais des récits des victimes, est en effet elle-même source de souffrance psychosociale.

Les *traumatismes vicariants*⁴ font aussi partie des conséquences à envisager lors d'événements extrêmes où des personnes qui apportent leur soutien aux victimes directes peuvent en dernier ressort venir grossir le nombre des victimes. La mise en place d'une prévention, l'élaboration d'une réflexion

FIGURE 1
Incendie consécutif à une explosion industrielle



commune sur les caractéristiques de celle-ci sont donc de mise. La conférence a été l'occasion de confrontations de points de vue entre praticiens et spécialistes, sur base d'expériences parfois assez différenciées. À titre d'exemple, on ne sera pas étonné de constater qu'un spécialiste américain de la région de New-York, marqué par l'expérience du 11 septembre, défende une approche assez différente de celle d'un responsable des services de secours israélien. Pour l'un, la priorité est de contribuer à la préparation des équipes de sorte que celles-ci soient les mieux à même de faire face à une potentielle prochaine catastrophe, alors que pour l'autre les attentats meurtriers font partie sinon du quotidien, du moins d'une configuration habituelle assez récurrente. Les interventions consécutives à ces actes terroristes côtoient pour ces salariés du Proche-Orient des interventions plus proches de ce que peut connaître par exemple un service de pompiers français (suite à des crises cardiaques, ou à des accidents de vie privée ou de la circulation).

Indépendamment de ces spécificités liées à l'activité des salariés concernés, les points de vue présentés lors de ces journées d'étude s'ancrent dans des arrière-plans conceptuels pour le moins différents. Nous allons en évoquer de façon synthétique deux qui nous paraissent représentatifs. Il s'agira d'une part de la position défendue par les français, très largement inscrite dans une lecture psychanalytique de la question, construite autour des notions de trauma

et de résilience, et d'autre part un point de vue anglo-saxon se rattachant davantage à des positions théoriques cognitivo-comportementalistes et davantage marqué par la littérature académique sur le stress.

DÉFINITIONS ET CONCEPTIONS FRANÇAISES

Les Français sont à nos yeux ceux qui s'appuient sur les conceptualisations théoriques du fonctionnement psychique les plus élaborées. Construire une prévention en amont des conséquences psychosociales de situations traumatogènes implique avant tout de savoir de quoi on parle. À cet égard, deux questions différentes doivent être considérées : une centrée sur le stress et les risques de stress dépassé, l'autre sur le trauma proprement dit.

³ En France, 30 000 volontaires de la Croix-Rouge ont suivi une formation au soutien psychologique.

⁴ On est dans ce cas traumatisé non par l'événement (qu'on n'a pas vécu), mais par le récit qu'en fait la victime à laquelle on apporte un soutien. On parle également de traumatisme secondaire.

LE STRESS

Il s'agit d'une réaction normale de l'organisme lorsqu'il se trouve confronté à une sollicitation du monde extérieur. Elle intègre des composantes physiques (neuro-physiologiques), émotionnelles et cognitives :

- la vigilance s'accroît pour faire face à la situation,
- l'énergie est mobilisée,
- l'individu ressent une émotion intense,
- il se prépare à une action, tant sur le plan cognitif que physique.

La définition (Crocq, 2003) qu'on peut retenir est que le stress constitue la réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée.

LE STRESS DÉPASSÉ

Lorsque la réaction naturelle évoquée perdure, le stress peut se transformer en *stress dépassé*.

Si, par exemple, la situation se prolonge trop longtemps ou si le sujet était déjà préalablement en état de faiblesse, la réponse adaptative que constitue le stress peut dégénérer en des réactions inadéquates, voire pathologiques. C'est ce que les chercheurs et praticiens présents à la conférence appellent le stress dépassé.

Les deux notions qui précèdent correspondent à la lecture courante sur le stress, bien que les terminologies puissent varier. À l'INRS, la convention a été prise de distinguer stress aigu et stress chronique⁵, ce qui correspond dans ce contexte aux notions de stress et de stress dépassé retenues par les participants à la conférence. La définition du Projet Transversal stress de l'INRS insiste davantage sur la dimension psychologique du stress, dans la suite du consensus élaboré par les partenaires sociaux au niveau européen. L'accent est mis sur la dimension physiologique chez les participants au congrès.

LE TRAUMA

Les mêmes intervenants français s'accordent pour dire que le stress ne doit

pas être confondu avec le trauma. Cette distinction s'appuie sur une conception du fonctionnement psychique. L'appareil psychique humain peut être considéré comme un système générateur de signification. L'individu est continuellement en train de donner du sens à ce qui lui arrive, aux événements auxquels il est confronté, à son environnement.

Il y a trauma lorsqu'il est assailli par des images, des odeurs, des perceptions qu'il ne peut intégrer, auxquelles il est incapable de donner un sens. Il y a alors « effraction du moi », c'est-à-dire une perturbation qui concerne la personnalité toute entière. On a pu dire que le traumatisme résultait de la confrontation « inopinée » avec la mort, avec le néant. C'est la lecture portée de manière consensuelle par les participants français au colloque. En ce qui concerne les manifestations externes du trauma, les positions sont assez proches quelle que soit l'inscription théorique (Cf. encadré sur l'État de Stress Post-traumatique⁶).

RÉSISTANCE ET RÉSILIENCE

Partant de cette distinction tranchée entre deux formes de dérives psychopathologiques, deux questions distinctes se posent concernant les objectifs du projet rassemblant les participants du congrès :

- s'agit-il de renforcer la résistance face à des stress éventuellement prolongés, répétés sur une période qui peut s'avérer relativement longue ?
- (ou bien) s'agit-il d'assurer une plus forte résilience face au trauma ?

Les chercheurs et experts présents au congrès s'attachent à marquer la distinction. Pour eux, dans le premier cas, il s'agit d'une résistance physique qui, si elle est renforcée, va permettre à l'individu de tenir plus longtemps ou d'endurer un état de stress plus intense. Cela ne met pas en cause sa personnalité. Par contre, la résilience constitue un problème différent. Lorsque l'individu est confronté à une réalité qu'il ne peut absorber, qui submerge son moi, ce n'est qu'au travers d'une *restructuration de sa personnalité* qu'il va pouvoir rebondir. À un niveau expérientiel, l'individu et son rapport au monde sont remis en cause. La notion de résilience renvoie à la *capacité de l'individu à se restructurer consécutivement au choc qui l'a profondément*

bouleversé. Des éléments fondamentaux de sa personnalité ont été perturbés par l'intrusion du néant, il s'agit de la reconstruire différemment et c'est cette capacité de reconstruction du soi qui est appelée résilience. On voit qu'on est ici à la fois assez éloigné des représentations du sens commun et beaucoup plus précis. Qui plus est, la notion n'a de sens que par rapport au trauma et non par rapport au stress. Les experts français considèrent qu'on ne dispose pas d'élément pour savoir si un individu se montrera résilient face à un trauma, ni dans quelle mesure il le sera. Dès lors qu'il n'a *a priori* jamais été confronté à un tel trauma, comment savoir s'il sera capable de se reconstruire ou non ? On ne peut ni provoquer artificiellement un trauma, ni dériver la capacité de résistance d'une expérience antérieure, du moins est-ce la position défendue par les experts français⁷.

Débriefing et défusing

Pour réduire les risques de développement ultérieur d'un traumatisme, la pratique actuelle des cellules d'urgence médico-psychologique s'appuie en première instance sur ce qu'on appelle le défusing⁸. Il s'agit d'aider la personne potentiellement choquée à verbaliser l'expérience brute (sensorielle, perceptive et largement atemporelle) de l'émotion intense dans le but d'en réduire les effets néfastes et permettre à l'événement un début d'inscription dans la vie du sujet. Un second objectif, centré sur la famille de l'intervenant, est d'éviter que la personne concernée ne rentre dans sa famille avec son expérience brute et ne vienne traumatiser secondairement ses proches. En effet, toute personne vivant des émotions intenses aura tendance à en parler autour d'elle et cela peut avoir des effets dévastateurs au niveau familial (sentiment d'incompréhension, agressivité, divorce). Le défusing intervient immédiatement après le choc.

⁵ Cf le dossier récemment remis à jour sur www.inrs.fr

⁶ L'acronyme anglais PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) est également utilisé pour faire référence au trauma.

⁷ Nous reviendrons cependant sur cette conception dans la seconde partie de cette contribution.

⁸ Le terme francisé est « déchoquage immédiat », certains parlent de « désamorçage ».

⁹ La notion de flashback renvoie aux situations où la perception d'un élément même très faiblement lié aux circonstances à l'origine du trauma provoque une réminiscence de l'événement traumatique.

Le débriefing aura lieu ultérieurement (en phase « post-immédiate »), éventuellement à plusieurs reprises et en fonction de l'évolution (apparition de signes précurseurs du syndrome traumatique : flashback⁹, cauchemars, perte de sensibilité,...). L'effet recherché par le thérapeute est proche de celui du défusing : inciter à la verbalisation de l'expérience émotionnelle, pour que le sujet puisse, rétrospectivement, maîtriser l'événement, c'est-à-dire lui donner un sens qui s'intégrera à ce qu'il est psychiquement.

Les pratiques de défusing et de débriefing font référence à l'idée qu'il est possible d'aider l'individu choqué psychologiquement à construire du sens autour du traumatisme. Elles renvoient aussi à la pratique du soutien social et plus largement du partage social des émotions (voir en français le livre de Rimé, 2005).

CONCEPTIONS AMÉRICAINES

La position défendue en particulier par deux participants américains s'appuyait sur un modèle économique du stress, ne marquant aucune distinction de spécificité pour le cas du trauma. À l'inverse des positions françaises, leur point de vue se penche plus particulièrement sur des mesures de prévention axées sur l'organisation.

Concernant le stress, on peut retenir que trois composants interviennent successivement dans la réaction de stress :

■ le stresser : l'événement qui pose problème dans l'environnement, le danger par exemple ;

■ le processus d'évaluation (appraisal) : l'individu essaie de déterminer quelle adaptation permettrait le mieux d'y répondre, quels sont les degrés d'urgence et de menace portés par ce stresser, dans quelle mesure il dispose des ressources pour y faire face. La perception (qualifiée de subjective) du stress est liée à un déséquilibre entre les exigences et les capacités à répondre ;

■ ce stress provoque enfin un effort pour faire face (coping) ; celui-ci peut être soit dirigé vers le stresser, soit vers ses conséquences émotionnelles et physiques pour l'individu.

Les conséquences à long terme du travail des sauveteurs sont vues comme des effets d'un stress trop fort, trop prolongé. Dans la vision défendue, le syndrome de stress post-traumatique est inclus dans ces effets, au même titre que, par exemple, la dépression.

La prévention suggérée par ce modèle consiste à agir autant que possible sur chacune des étapes décrites dans le mécanisme d'apparition du stress. On peut donc cibler :

■ la probabilité d'occurrence du stresser ;

■ l'évaluation (appraisal) primaire (y a-t-il danger ?) et secondaire (ai-je des solutions, des ressources pour faire face ?) ;

■ le coping.

Dans une logique proche de celle de l'arbre des causes (bien connu en France), tous les éléments identifiés peuvent constituer des cibles de prévention et plus on agira sur un grand nombre d'entre eux, plus on rendra sûre la situation de travail. En outre, les théoriciens américains suggèrent également une action sur les mécanismes de chronicisation du problème sur lesquels cependant ils donnent peu d'éléments. Répondre aux objectifs du colloque consistera d'une part à éviter des éléments accroissant le déséquilibre, d'autre part à favoriser ceux qui l'améliorent. Sont appelés facteurs protecteurs ou facteurs de résilience les pistes d'action qui rentrent dans la seconde catégorie.

On voit donc qu'on est en face d'un modèle qui fait très largement l'économie de la question du sens¹⁰. Les impacts des stressers sont conçus comme purement cumulatifs : tout élément stresser est supposé venir mécaniquement s'ajouter aux autres, jusqu'à atteindre le cas échéant la saturation de la boîte virtuelle que constituerait l'individu. Incidemment, la dimension positive du stress n'est pas évoquée. Sur base de ce modèle, on va chercher à réduire le nombre et la gravité des stressers, ainsi qu'à renforcer les mécanismes amont. La notion de résilience est complètement vidée de sa substance par rapport à la lecture française¹¹ évoquée plus haut.

Les auteurs proposent de décomposer l'action en la situant d'une part au niveau individuel, d'autre part au niveau collectif.

Parmi les éléments se situant au niveau collectif, on peut citer :

■ une culture managériale orientée vers la prévention du stress, dans laquelle chaque option managériale sera questionnée eu égard à ses impacts potentiels en termes de stress ;

■ un leadership « *fair play* », non agressif, organisant les activités en ayant le souci de réduire le stress généré, démocratique quand la situation le permet ;

■ une description claire des tâches, des priorités, une bonne préparation des réunions, des moyens en adéquation avec les besoins, un chef capable et efficace, soucieux de construire et de maintenir la cohésion du groupe. Tous ces éléments seront de nature à réduire le stress ;

■ une structure claire, une attention à réduire les impacts négatifs de modes de fonctionnement trop bureaucratiques, une formation adéquate sur le plan technique et de la gestion du stress sont également mises en avant.

Les pratiques de débriefing sont également mises en place aux États-Unis. Ceci part de l'idée simple que le partage social de l'émotion intense vaut mieux que l'inscription dans un cercle de rumination psychique (chronicisation). Certains des participants ont toutefois heurté nos collègues français en évoquant la possibilité que ce débriefing soit pratiqué indifféremment par la famille ou par des collègues spécifiquement formés. Le point de vue du Dr Crocq par exemple est que le retour d'un sauveteur choqué dans sa famille, sans aucun défusing, ne peut qu'être dangereux : la famille risque d'être détruite par l'expérience brute que le sauveteur ne pourra s'empêcher de partager.

¹⁰ Pourquoi cet événement a-t-il un tel impact pour tel individu et pas pour son voisin ? Pourquoi continue-t-il à perturber son fonctionnement psychique alors qu'il a pris fin depuis des mois ?

¹¹ Alors qu'elle a été développée et comprise dans une acception bien plus proche par des auteurs américains, cf par exemple : Siebert A. (2005). *The Resiliency Advantage*.

CONCLUSION TRANSITOIRE

On voit ici que des cadres théoriques différents amènent à envisager l'action, qu'elle soit préventive ou curative, de manière assez contrastée. Ces perspectives sont-elles réconciliables ?

Nos lectures et nos travaux de terrain nous amènent à développer un regard assez optimiste à cet égard. Dans un prochain article nous essayerons de l'explicitier en partant d'un troisième point de vue, une perspective de psychosociologie cognitive développée notamment par Bernard Rimé (2005) et centrée sur les émotions.

¹² Version 4 du Diagnostic and Statistical Manual. Il s'agit d'un répertoire consensuel de descripteurs de troubles psychiques, publié par l'association américaine de psychiatrie. Il ne cherche pas à s'appuyer sur une conception particulière du fonctionnement psychique.

ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE SELON LE DSM IV

Pour qualifier l'État (ou trouble) de Stress Post Traumatique (Post Traumatic Stress Disorder), le DSM IV¹² évoque plusieurs critères dont deux se rapportent à la confrontation à l'événement traumatique auquel le sujet a été exposé. Les autres concernent sa réaction à terme :

■ Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée (dimension objective de la rencontre avec l'événement).

■ La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (dimension subjective de la rencontre avec l'événement). L'événement traumatique est constamment revécu.

■ Le sujet réagit par un évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et par un émoussement de sa réactivité générale.

■ Il manifeste la présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative.

■ La perturbation dure plus d'un mois et entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

BIBLIOGRAPHIE

■ CROCQ L. – (2003). Stress et trauma. Le journal des Psychologues. n° 206, avril 2003, p. 8-12.

■ RIMÉ B. – (2005). Le partage social des émotions. Paris, PUF. 420p.