

La pratique de terrain belge dans l'accompagnement psychologique des intervenants lors d'événements traumatogènes et dépressiogènes

La position du débriefing psychologique dans la
gestion d'événements traumatogènes:
utilisation des modèles francophones et américains

Erik De Soir

Major

Psychologue-Psychothérapeute

Premiers Secours Psychologique au Sapeurs-Pompiers et au Secouristes

FORMATION DE L'ASSOCIATION EUROPEENNE DES PSYCHOLOGUES SAPEURS-POMPIERS

Maison Nationale du Sapeur-Pompier, PARIS

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: quelques études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique
- Conclusion: le “CRASH model” – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: quelques études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique
- Conclusion: le "CRASH model" – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

La Controverse Européenne

Références dans la controverse

- 5th ECOTS (Maastricht, 1997)
 - Sessions scientifiques “pour-contre” le débriefing psychologique -> initiative sur place pour la création d’un groupe de réflexion sur le débriefing psy
 - 40 experts néerlandais et belges - forces armées, sapeurs-pompiers, police, ONG, universités, cliniciens, acteurs de l’urgence, etc.
 - THEMAGROEP DEBRIEFING (Groupe thématique sur le débriefing)
- 5th World Congress of the IAEP (Bruxelles, 1998)
 - Les urgences psychiatriques dans un monde changeant
 - Journée thématique spéciale : *Interventions en cas de Stress Aigu*
- 6th ECOTS (Istanbul, 1999)
 - Sessions plénières CONTRE l’emploi du débriefing psychologique
 - Réactions des participants francophones contre le monopole apparent des Anglo-saxons dans le domaine du traumatisme
 - ECOTS: European Congress on Traumatic Stress

La Controverse Européenne

Resultats d'études: *le débriefing est inefficace ...*

- Rose & Bisson, 1998 (-> Cochrane library)
- Van Gageldonk & Rigter, 1998

Commentaires négatifs dans les médias:

- “Le soutien traumatique après catastrophe ferrovière fait défaut !”
- “L’aide aux victimes d’un traumatisme reste inefficace”
- “Les experts du trauma psychologique se disputent à propos des soins à procurer en temps de catastrophe”
 - -> exemple récent sur le website de BBC World par rapport au 11 Sep 01: *Trauma Debriefing Ineffective ...*

Le problème des réseaux commerciaux qui envahissent le domaine

“ The last decade has witnessed the emergence of a ‘disaster business’. Not uncommonly, diverse professional groups including psychologists, social workers, the clergy and psychiatrists (sometimes from the same institution and unaware of each other’s activities) appear in the wake of a disaster to offer identical interventions in an uncoordinated and sometimes overlapping manner. More worrying, lay workers and volunteers with little professional background and training descend in their hordes on a disaster site to offer assistance. Against this background it is not surprising therefore that some of these groups have uncritically promoted debriefing techniques in order to establish a role for themselves following traumatic events (...) “

Deahl, M. Psychological debriefing: controversy and challenge,
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000; 34:929-939

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: quelques études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique
- Conclusion: le “CRASH model” – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

Questions & Thèmes de la Conférence de Bruxelles - Fév 00 (1)

LES DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN QUESTION?!

- Le **débriefing psychologique** est-il le même pour les **victimes directs** d'un événement potentiellement traumatique que pour les **intervenants** des services de secours et/ou les autres acteurs de l'urgence (police, équipes d'identification, e.a.)?
- Existe-t-il une **définition commune** pour le concept de “**traumatisme psychique**”?
- Comment **définir** les (catégories de) “victimes” à débriefer ?

Questions & Thèmes de la Conférence de Bruxelles - Fév 00 (2)

LES DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN QUESTION?!

- Le **protocole de Jeffrey Mitchell** (ainsi que tous les autres modèles dérivés de ce modèle de base), initialement développé pour le **soutien psychologique** aux membres des **services d'urgence** et de **sapeurs-pompiers**, est-il approprié pour une **intervention précoce** afin d'aider les **victimes directes** d'une catastrophe?
- Quels sont les objectifs primaires et les fonctions du débriefing psychologique : **l'expression émotionnelle** (effet cathartique) préconisée par les auteurs/modèles français ou la **psycho-éducation** et **l'exploration narrative** des faits comme envisagée par le spécialistes anglosaxons (Groupe Thématique Débriefing) ?

Questions & Thèmes de la Conférence de Bruxelles - Fév 00 (3)

LES DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN QUESTION?!

- Un **débriefing** psychologique individuel est-ce toujours un débriefing ou un **traitement psychothérapeutique**?
- Combien de sessions faut-il? S'il faut **plusieurs sessions**, est-ce toujours du débriefing psychologique ou s'agit-il d'un traitement psychothérapeutique? (cf. modèles Brief Cognitive Treatment)
- Quels **facteurs de groupe** sont essentiels pour assurer l'efficacité d'un le débriefing psychologique?

Questions & Thèmes de la Conférence de Bruxelles - Fév 00 (4)

LES DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN QUESTION?!

- Le **débriefing psychologique** doit-il (toujours) être conduit par des **professionnels** (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, etc) ou pas?
- Quelle est la différence entre un **debriefing opérationnel** et un **débriefing psychologique**? Est-ce que le mot “**débriefing**” est-il utile?
- Existe-t-il une nécessité pour un débriefing **après chaque événement à potentiel traumatisant** (traumatogène)?
- Faut-il “débriefer” uniquement **sur demande ou de manière proactive**?

Questions & Thèmes de la Conférence de Bruxelles - Fév 00 (5)

LES DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN QUESTION?!

- Est-il possible de combiner un “**débriefing technique/opérationnel**” et un “**débriefing psychologique**” en une même session?
- Comment réagir quand après une calamité ou une catastrophe, les **intervenants demandent** un débriefing psychologique et les **dirigeants refusent** de donner leur autorisation pour ce débriefing?
- Peut-on (doit-on) rendre la **participation** au débriefing psychologique **obligatoire**? Si oui, pour quelles raisons?
- Quelles sont les **implications psychologiques** et/ou **juridiques**?

Questions & Thèmes de la Conférence de Bruxelles - Fév 00 (6)

LES DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN QUESTION?!

- Quels sont des **mesures pertinentes** au niveau des résultats pour déterminer l'**efficacité** du débriefing psychologique (l'IES*, les échelles diagnostiques de PTSD, le CAPS*, ou plutôt des mesures de réadaptation psychosociale)?
- Existe-t-il une nécessité pour établir des **standards officiels** et des directives (*guidelines for good practice*)?
- **Evidence-Based Practice** ou **Practice-Based Evidence**?

IES: Impact of Events Scale

CAPS: Clinically Administred PTSD Scale

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- **Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?**
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: quelques études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique
- Conclusion: le "CRASH model" – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

Le débriefing psychologique

Critical Incident Stress Debriefing

contenu et objectifs

- Intervention de groupe (6 à 15 personnes)
- Entre 24 et 72 heures après l'événement « traumatique » (**terminologie**)
- Dans un contexte et un environnement sûrs
- Créer une opportunité de parler à un interlocuteur empathique (**professionnel ou non**)

Discussion de la recherche en matière de
débriefing psychologique et de la
terminologie utilisée

CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT

C I S M

Le CISM n'est pas une programme ou une intervention unique

- Pre-Incident Planning & Preparation
- One-on-Ones, Demobilisation, Defusing
- Individual Support, Family Support
- Spiritual Support, Follow Up
- CISD, PEGS, etc.
- Assessment, Referrals, Large Group Support

Techniques d'intervention de crise

Service	Crisis Intervention	CISM	PFA Psychological First Aid
Support	X	X	X
Information	X	X	X
'One on one'	X	X	X
Petit groupe	X	X	
Pre-événement	X	X	
Support familial	X	X	
Support spirituel	X	X	
Support organisationnel	X	X	
	© Erik L.J.L. DE SOIR		

La signification du CISM

(J. Mitchell)

C = Comprehensive

I = Integrated

S = Systematic

M = Multi-component

C = Critical

I = Incident

S = Stress

M = Management

Malheureusement

- Certaines personnes n'ont jamais suivi la formation totale et adéquate (ICISF) afin de comprendre que le CISM est un programme complet et que le CIRD n'est pas une technique à appliquer en séance unique, organisé de façon diverse.
 - Combien de personnes en France, en Belgique, au Luxembourg et aux Pays-Bas ont suivi une formation auprès du ICISF? (Jeffrey Mitchell)
- D'autres ont appliqué les processus de **groupe** du CIRD à des **individus** comme s'il s'agissait d'une approche psychothérapeutique ou d'une thérapie.
- D'autres encore ont appliqué le CIRD au sein de populations pour auxquelles le CIRD n'était pas ciblé.

Trois questions vitales dans l'étude de l'efficacité des interventions

- Quel est l'objet de l'étude? Dans quelle population?
- Est-ce que les chercheurs ont suivi rigoureusement le protocole du CISD (pour la prise en charge de petits groupes)?
- Est-ce que les interventions correspondent avec la définition originale des interventions du type CISD?

*“...the facilitator...should have a fairly good background in **group** dynamics or **group** interactions.”*

*“A good working knowledge...of the operational procedures of the emergency services **group** are essential for the success of the debriefing.” “...**group** discussion of the incident” “**Participants....**”;*

*“**members**”; “...**group**”; “...**Groups...**”*

(Mitchell, 1983, p.38)

Les études dans la Cochrane Review

- groupes des secouristes, intervenants = 0%
- groupes de militaires = 0%
- groupes homogènes = 0%
- victimes primaires individuelles = 100%

What the Cochrane Review Studies Actually Covered

- Individual auto accident victims 25%
- Individual emergency room patients from house fires, falls and other physical traumas..... 25%
- Individual pregnancy problems..... 25%
 - a. birth mothers
 - b. women who miscarried
 - c. cesarean section
 - d. difficult pregnancies
- Individual burn victims..... 8.5%
- Individual sexual assault victims 8.0%
- Individual dog bite victims..... 8.5%

Conclusion

“We are unable to comment on the use of group debriefing, nor the use of debriefing after mass traumas.”

(Cochrane Review, 2002, p.10)

Prédicteurs puissants de PTSD

- Blessures physiques graves
- Perception de grave menace
 - Danger de mort
 - Menace vitale

CRITICAL INCIDENTS...

Dans la littérature anglosaxonne il n'y a pas assez de différence entre des événements traumatogènes et des événements dépressiogènes.



PREDICTEURS



Menace perçue

Dissociation, anxiété extrême, panique, émotions négatives

Impuissance, colère, hyperagitation, anxiété

Symptômes de panique, angoisse, douleur, perception de mort

Angoisse intense, impuissance, perte de contrôle, horreur

Angoisse et perte de contrôle

Discussion entre les modèles d'origine et les modèles adaptés

Powerful Event Group Support (PEGS)

A **homogeneous group**, crisis support
process for operations personnel exposed
to powerful situations
(Critical Incident Stress Debriefing
{CISD})

Phases of a PEGS

COGNITIVE

Introduction

Brief situation
review

First
Impressions

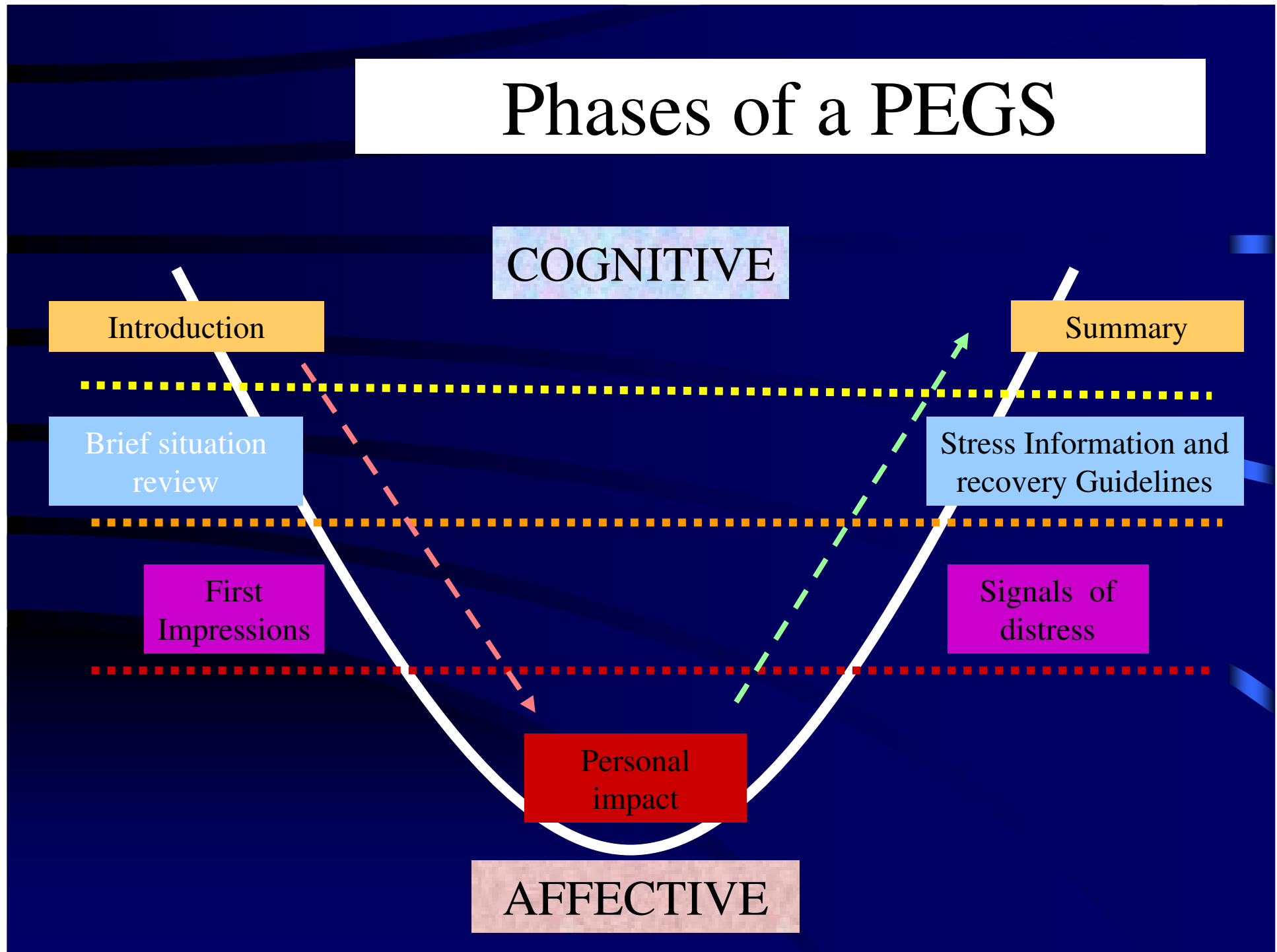
Summary

Stress Information and
recovery Guidelines

Signals of
distress

Personal
impact

AFFECTIVE



Contenu du CISD program (2-5h)

1. **Introduction:** explain rules & process, set expectations
 2. **Fact phase:** what happened from your perspective (what they saw, heard, smelled, touched and did)
 3. **Thoughts phase:** first and most prominent thought
 4. **Reaction phase:** worse thing happened (emotion)
 5. **Symptom phase:** any cognitive, physical, emotional. or behavioural experiences
 6. **Teaching phase:** what symptoms are normal, typical, to be expected; stress response syndrom
 7. **Re-entry phase:** clarification, closure, referral info
- By mental health professional 24-48 hrs after the incident

NB: Contenu du defusing (+/- 1h)

- « Version courte du CISD »

1. *Introduction*
2. *Exploration*
3. *Information*

CISD: Objectifs-I

- Donner toute l'information nécessaire
- Faire partager les expériences (faits et émotions)
- Explorer la signification de l'événement
- Rassurer quant à la normalité de la réaction
- Fournir un soutien de groupe

CISD: Objectifs-II

- Encourager les stratégies de *coping*
- Aider à retourner au fonctionnement normal
- Référer les participants à haut risque à des professionnels
- Reconstruire ce qui s'est passé pour en tirer des bénéfices

CISD: Questions...

- Quelle est son efficacité à court, à moyen, et à long terme?
 - Efficacité...
- Quel est le moment le plus approprié où il peut avoir lieu?

Standards pour l'évaluation d'un traitement

(Foa & Meadows, 1997)

- Identifier les symptômes-cibles
- Utiliser des mesures fiables et valides
- Utiliser des évaluateurs « aveugles »
- Entraîner l'évaluateur
- Disposer de programmes manualisés et répliquables
- Répartir de manière non-biaisée le traitement
- Evaluer l'adhérence au traitement

Evaluation de l'efficacité: plan

- a. Mesures
- b. Procédure
- c. Contenu de l'intervention
- d. Design et éthique
- e. Analyses

a. Mesures

- Que mesure-t-on et comment?
- PTSD? Est-ce le bon critère?
 - Entretiens cliniques (diagnostiques)
 - Mesures auto-rapportées
- Critère additionnel?
 - Fonctionnement social ou professionnel
 - Auto-évaluation
 - Hétéro-évaluation

b. Aspects de procédure

- Quelles populations étudiées? (voir « **CISM: A Defence From the Field** »)
 - Victimes primaires, secondaires, tertiaires (voir modèle CRASH)
 - Age, sexe, formation, attentes, e.a.
- Qui fait le débriefing/l'intervention: laboratoire <-> terrain?
 - Professionnels qualifiés vs. autres
 - Personnel de l'institution impliquée ou non
- Timing de l'intervention (est-ce encore un « débriefing » > 1mois?)
 - Quand?
 - Où?
- Temps de mesure de l'intervention
 - Avant (baseline)
 - Après (puis follow-up)

c. Contenu de l'intervention

- Quelle théorie sous-jacente?
 - P.ex. parler de choses graves diminue les symptômes ou une ventilation émotionnelle prévient le PTSD?
- Quels mécanismes?
 - P.ex. restructuration cognitive, abréaction après trauma?
- Quels facteurs de risque et de maintien?
 - P.ex. l'évitement précoce mène à la chronification
- Quelles composantes d'efficacité?
 - P.ex. diminution du nombre de symptômes de PTSD

d. Design et éthique

- Design expérimental randomisé
- Le groupe contrôle – restera sans aide... (éthique)
 - Pas d'intervention
 - Rémission spontanée?
 - Mais rejet perçu?
 - Recherche d'autres soutiens?
 - Liste d'attente (que faire avec la liste d'attente, aide?)
 - Groupe placebo: facteurs non-spécifiques ou communs
 - Mais « quelque chose en moins »?
 - Sauf si suffisamment fort
 - Peut-on évaluer l'effet bénéfique d'une intervention modifiée?
 - Dépend de la question posée
 - Devoir d'utiliser ce qui fonctionne (standard of care)

e. Analyse des résultats (1)

- **Revue qualitative** = narration des diverses études et de leurs résultats + critique de l'auteur
 - Description précise des études
 - Divers designs (3 conditions et +)
- **Revue quantitative** = compte le nombre d'études, le nombre de résultats +, -, 0 sur les diverses variables
 - Comptabilise les effets
 - Mais addition non fiable: type erreur II

Analyse des résultats (2)

- Méta-analyse

- Définition : utilisation de méthodes statistiques pour rassembler et examiner les résultats d'une revue de la littérature – méthodologie spécifique (inclusion/exclusion)
- Génère des grandeurs d'effets d'un phénomène
- Permet:
 - L'analyse de modérateurs
 - Comptabiliser une force d'effet
- Effet de Cohen (1977) d
 - .20 = petit effet
 - .50 = effet moyen
 - .80 = grand effet

6. Revues de la littérature sur les débriefings

- Silove (1992): pas d'évaluation systématique mais données corrélatives ou descriptives mixtes
- Bisson & Deahl (1994)
- Raphael, Meldrum & McFarlane (1995)
- De 1996-2001: 580 références sur « debriefing » ...

a. Une revue qualitative: Rose & Bisson (1998)

- Critères d'inclusion des études:
 - Critères clairs d'inclusion et exclusion des participants
 - Études expérimentales randomisées
 - Mesures identifiées et validées
 - DP dans les 28 jours
 - Age des participants > 16 ans
 - Contenu DP: discussion trauma, cognitions et émotions, normalisation et stratégies de coping
- 6 études randomisées contrôlées (pas intervention de groupe)
- Resultats:
 - 2 études +
 - 2 études ns
 - 2 études –

Une revue quantitative: Arendt & Elklit (2001)

- 4 critères de succès
 - Prévention du trouble
 - Fonction de screening
 - Normalisation des réactions, verbalisation, amélioration du groupe de soutien et cohésion
 - Aspects économiques: retour au travail
- 70 études, puis catégorisation
 - Cat A: les plus méthodologiquement correctes (25)
 - Cat B: designs non contrôlés, études de cas, évaluation de l'aide apportée
 - Cat C: autres interventions de crise

Arendt & Elklit (2001)

- Résultats:
 - Sur PTSD
 - 7 = pas d'effet (+1)
 - 5 = effet négatif (aussi dans cat B et C)
 - 6 = effet positif mais faible design et résultats faibles (sauf 2 études dans cat C, traitements)
 - Sur screening: 1 seule étude l'étudie
 - Sur normalisation, verbalisation et soutien
 - Effets perçus de verbalisation: toutes les études sauf 1 (très grande satisfaction et aide rapportée)
 - Effets sur coping/stress rapportés: de 57 à 96% rapportent des bénéfices
 - Relation nulle entre satisfaction perçue et symptômes

Arendt & Elklit (2001)

- Effets économiques
 - Seulement 2 études par Mitchell et Dyregrov: rapportent un rapport coût/bénéfice OK
- Modérateurs
 - Pour les professionnels
 - 8 effets +
 - 3 pas d'effets
 - 2 effets –
 - Pour les victimes primaires
 - 4 pas d'effets
 - 3 effets négatifs
 - 2 effets positifs

Arendt & Elklit (2001)

- Intervention de groupe vs. individuelle
 - Pas d'effet en situation individuelle
- Nombre des séances et durée (12 études)
 - 1 heure ou moins: pas ou effet négatif
 - Un peu plus d'1 heure: pas d'effet
 - Plus d'une heure: effet positif (5 études mais en groupe-confondu)
- Temps du débriefing
 - 24-72 h: 4+, 2 ns, 2 –
 - Avant 24h: 1 +, 2 ns
 - Après 72h: 3+, 3ns, 1-
 - Note: Everly & Mitchell (1999): acute crisis: 1-10 jours; catastrophes majeures: 3-4 semaines

Arendt & Elklit (2001)

- Qui fait le débriefing?
 - L'équipe impliquée: 3/3 effets +
 - Psychologue/tre seuls: 6/7 +, 1/7 ns
 - Non-professionnels: 2/3 ns, 1/3 -

c. Une méta-analyse: van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp (2002)

- Critères d'inclusion
 - Une seule séance réalisée endéans le mois
 - Format: en groupe (1 seule étude) ou individuel
 - Groupes (même si non randomisés):
 - CISD,
 - Non-CISD (i.e., 30 min de counselling, education, débriefing historique de groupe)
 - Contrôle: pas d'intervention
 - Mesures valides et fiables pré- et post-
 - PTSD
 - Non-PTSD: Anxiété généralisée, dépression

van Emmerik et al. (2002)

- Méthode

- Recherche Medline, PsychInfo, PubMed et J. Traumat. Stress
- Analyses statistiques

- IC de 95% ($p < .05$)

- *within-study effects sizes*: Cohen d

- = la magnitude du changement mesuré avec des mesures continues entre les résultats de l'évaluation pré- et post-intervention à l'intérieur de chaque groupe (plutôt que les différences post-test entre les interventions)

- $d = \frac{\text{mean (pre)} - \text{mean (post)}}{(\text{SD (pre)} + \text{SD (post)})/2}$

- Donc, si positif → réduction de symptômes; si négatif → augmentation de symptômes

- Les « effect sizes » sont pondérés en fonction du nombre de participants par intervention!
- Failsafe N (inflation à cause d'un biais de publication?)

van Emmerik et al. (2002)

- Résultats
 - 29 études, 22 sont exclues (pas de mesure préinterv., intervention après 1 mo., plus d'1 séance, etc.)
 - Reste: 7 études (5 randomisées)
 - 8 interventions
 - 6 groupes contrôles
 - La durée de l'intervention $\neq$ r/ aux effects sizes

van Emmerik et al. (2002, p. 769)

	N	PTSD symptoms M (95% CIs)	Other symptoms M (95% CIs)
Intervention			
CISD	5	0.13 (-0.29 to 0.55)	0.12 (-0.22 to 0.47)
Non-CISD interventions	3	0.65 (0.14 to 1.16)	0.36*
No-intervention control	6	0.46 (0.28 to 0.66)	0.13 (-0.02 to 0.28)

- *CI could not be calculated because only one effect size was available;
- Check if 95% CI is positive (+how much=effect size) and contains zero (= n.s.)
- Check if 95% CI overlap between interventions?
- Failsafe N très élevé

Conclusions sur les DP

- Peu de preuves expérimentales que les DP réduisent la symptomatologie PTSD
- Mais:
 - Sentiment subjectif d'efficacité et d'utilité
 - Efficace si thérapeutes/équipe impliquée
 - En groupe? (à vérifier)
- Peut être important aux niveaux:
 - Expérience vicariante
 - Reconnaissance symbolique (organisation/société)

Conclusions sur les DP

- Pourquoi n'est-ce pas efficace?
 - Ne pas être approprié temporellement ou pour certaines personnes:
 - interférence avec processus naturels d'oscillation entre intrusion et évitement, ou,
 - mise en place des ressources naturelles de soutien social
 - Peut induire une seconde traumatisation (re-victimisation ou re-traumatisation durant le « débriefing »):
 - l'exposition en CISD ne permet pas l'habituation; sensibilisation
 - Médicaliser les réponses normales (besoin d'aide professionnelle suggérée au lieu d'une approche basée sur la résilience)
 - Être efficace sur d'autres variables: réinsertion sociale, *referral for further treatment* – *fonction de screening*

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: quelques études empiriques
- **Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain**
- Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique
- Conclusion: le “CRASH model” – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain

attitudes de base à tenir en situation de crise

- **attitude proactive:**
 - aller vers les victimes
 - rétablir la sécurité de base: s'assurer de la sécurité actuelle
 - reconnaître la gravité de l'événement
 - montrer du respect pour la réaction de la personne victime
 - donner les informations de base: les réactions « normales »
 - résoudre les problèmes pratiques/matériels
 - conseiller d'éviter les évitements sur le long terme
 - rétablir le lien avec les sources de soutien naturel
 - ➡ **intimes, famille**
 - ➡ **proches**
 - ➡ **membres de la communauté**

Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain

attitudes de base à tenir en situation de crise

- intérêt et préoccupation actives et spontanées
- laisser s'exprimer et apaiser
- ne pas réalimenter, arrêter si la personne est trop émue: **risques d'inflation**
- être un support robuste et calme
- silence, contact, comportements expressifs sont appropriés
- importance d'être libre de sa propre angoisse
- **accepter, reconnaître, valider l'expérience**
- attention: **la demande peut être insatiable**

Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain

attitudes de base à tenir en situation de crise

- dans la mesure du possible, favoriser la remise au travail immédiate, retour à la vie normale
 - se rendre utile
 - apporter de l'aide aux autres
 - restaurer le milieu détruit...
- ...voies efficaces pour reconstituer les illusions perdues (maîtrise, contrôle, autonomie, etc.)
- aider à rétablir au plus tôt un quotidien rassurant

Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain

la bonne intervention
au bon moment
envers la personne victime
en état de besoin

- Aborder d'abord les aspects matériels et de sécurité
- Aborder ensuite progressivement les aspects émotionnels et psychologiques

Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain

A ne pas faire

- Minimiser le vécu
- Juger le comportement ou les réactions
- Forcer l'expression
- Réassurances non-réalistes

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- **Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique**
- Conclusion: le “CRASH model” – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

L'analyse du Debriefing Psychologique

- Beaucoup d'interventions précoces, dans la plupart des cas des simples variations du modèle de Jeffrey Mitchell (CISD), sont appelées “débriefing”.
- Comment définir des interventions précoces: “trauma-support”, “trauma-counselling”, “first psychological aid”, “defusing”, etc ?
- Le débriefing psychologique: existe t'il un seul modèle?
 - Parler dans un environnement sécurisant de problèmes relatifs à une expérience traumatogène: 1) une reconstruction des faits; 2) une première expression et une ventilation émotionnelle; et, 3) une psycho-éducation; est fournie, en vue d'atteindre de nouveau un contrôle cognitif suffisant afin de pouvoir intégrer l'expérience dans sa propre histoire de vie
 - Il n'y pas de consensus entre les spécialistes (tant au niveau des spécialistes francophones que anglosaxons) par rapport au concepts utilisés et au niveau de la terminologie → il est urgent de développer des concepts culturellement adéquats au lieu de nous inspirer d'un model exclusivement occidental

Les différents modèles

- Le **CISM** de Mitchell (1983, 1992, 1995) :
 - Le modèle le plus utilisé dans le cadre d'un debriefing
 - La structure générale est
 - Phase d'introduction
 - Phase des faits
 - Phase des pensées
 - Phase des réactions
 - Phase des symptômes
 - Phase d'éducation, d'instruction
 - Phase de clôture

- Le modèle de **débriefing de Beverly Raphaël (1986)**
 - Ce modèle différencie 8 thèmes
 - Introduction en reprenant le rôle que chacun avait pendant l'incident
 - Réactions et perception de l'incident
 - Aspects et émotions négatifs
 - Aspects et émotions positifs
 - Relations avec les collègues et le réseau social
 - Empathie vis-à-vis des autres
 - Se déconnecter du rôle qu'on avait pendant l'incident
 - Intégration d'expériences de l'incident
- **TERR : les séances mini-marathon**
 - Discussion en groupe de 3 heures
 - Structure :
 - Partager les “récits” de l'incident
 - Partager les réactions et les symptômes
 - Partager des récits positifs avec comme thèmes valorisation, planifier le futur et solutions pour le futur.

- **Mutiple Stressor Debriefing** de Armstrong (1991)
 - Utiliser par la Croix Rouge (pas SISU!)
 - Les phases sont
 - Dévoilement des événements : demandez ce qui a le plus choqué...
 - Emotions et réactions : aider à identifier les émotions grâce à des supports visuels ou didactiques
 - Stratégies de gestion (coping) en situation
 - Clôture : dire adieu à ...
- **Le debriefing de Brom et Kleber (1990)**
 - Plusieurs contacts (jusque 3 mois après)
 - Structure :
 - Aide pratique et information
 - Soutien et structuration
 - “Reality testing”
 - Confrontation
 - Intégration

- Le **debriefing de Bohl** (1995)
 - Dans les 24 heures : individuellement
 - Pour le groupe : 1 semaine après
 - Obligatoire...
 - D'abord debriefing individuel
 - Durée :
 - Individuel : 45 à 60 minutes
 - Groupe : 1,5-2 à 3 heures
 - Structure :
 - Introduction
 - Phase des faits
 - Phase des pensées
 - Phase des réactions
 - Phase des symptômes
 - Phase des choses qui ne sont pas clôturées
 - Phase d'éducation, d'instruction
 - "Wrap up"
 - Tour de table
 - Après

- **Didactic Stress Debriefing** de Christine Dunning (1993)

- dans le livre “Trauma et Recovery” de Judith Herman
- Moins focaliser sur les émotions mais plutôt un travail cognitif et psycho-éducatif (comprendre les réactions et apprendre à gérer).
- Les débriefeurs
 - 1 aidant
 - 1 travailleur psychosocial qui donne de l’information sur les différents symptômes et le déroulement de la gestion d’un incident traumatique, ...
- Apprendre quels sont les effets psychologiques et physiques possibles.
- Conditionnement par rapport à l’angoisse à travers des exercices dans son rôle, donner de l’information et soutien par le groupe
- Faciliter un éventuel traitement dans le futur
- Les participants décident sur le suivi du groupe
- L’attention sur l’interaction entre l’incident, la mission, le rôle, l’expérience et la personne impliquée.
- Follow-up : des entretiens thérapeutique de groupe sur base du volontariat

Les différences culturelles

- **Modèle anglosaxon:
CISD**

- Modèle basé sur le stress et l'activation de l'axe HPA
- Élaboré pour les secouristes et réalisé par des intervenants de différents champs d'appartenance
- Confusément proposé à « tous »

- **Modèle francophone:
IPPI**

- Modèle basé sur le concept du traumatisme psychique
- Élaboré et réalisé par des praticiens de santé mentale formés, possédant expérience de psychothérapeute
- Dédié aux victimes directes

Intervention Psychothérapique Post-Immédiate

IPPI

Crocq, Lebigot, De Clercq, Ducrocq, Vermeiren

Méthode :

- 2 à 3 jours après l'évènement
- Pour les victimes directes
- Sur des groupes constitués avant l'évènement
- Par des professionnels de santé mentale
 - 2 intervenants
- Amorçage d'un processus thérapeutique
- Repérage de sujets les plus touchés, reçus alors en face à face
- Possibilité d'une version individuelle
 - Qui perd alors la dynamique de groupe
 - Volontiers répétée ou étendue sur 3 séances

Le modèle français

IPPI

Types d'interventions des CUMP

Traitement :

Phase 1 → Soins d'urgence (2)

- Appréhension de la dimension « psycho-sociale »
 - Gestion information : patient / famille / attendants
 - Quantitative : flux / validation
 - Qualitative : méthodologie de l'annonce / médias
 - Dimension victimologique
 - Dimension médico-légale
 - Véritable courroie de transmission entre :
 - Autorités médicales et de sécurité civile
 - Autorités administratives
 - Autorités de police et judiciaires
- Conceptualisation :
 - Donner du sens
 - Réinscrire dans le temps et l'espace
 - L. Crocq : « consitution du mythe personnel de l'épreuve traversée »

Traitement :

Phase 2 → Soins Post-Immédiats

- Prévention des syndromes séquellaires
- Le « déchoquage » psychologique
- Différé dans les premiers jours
- Par petits groupes

→ **DEBRIEFING « à la française » ou CISD ?**

Debriefing ?

- Quel type d'intervention psychothérapique préférer ?
 - En pratique dans le monde → CISD / CISM
 - « Critical Incident Stress Debriefing »
 - « debriefing psychologique à la Mitchell »
 - Dans la littérature → essais randomisés et contrôlés :
 1. Atténuation de la détresse psychologique des victimes « à court terme »
 2. Ne diminue pas l'incidence du PTSD à long terme (*Rose, 2001*)
 3. Pour certains : davantage de troubles chez sujets débriefés (*Bisson, 97 ; Mayou, 2000*)
 4. Études reprises dans méta-analyse → caractère inefficace d'une seule séance de débriefing (*Van Emmerick, 2002*)

Traitement

Phase 3 → La consultation du Psychotraumatisme

- Développée dès le début des cellules
- Evaluation / suivi psychothérapeutique
- Proposition quasi systématique dès les premières heures ou jours
- Nord :
 - File active de près de 1000 patients
 - Plus de 10 nouveaux cas par semaines

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- **Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique**
- Conclusion: le “CRASH model” – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

Le Débriefing Psychologique “à la Française”

“ (...) Je crois qu’il faut dire aux sujets à débriefer qu’ils doivent parler spontanément de leur vécu de l’événement, surtout ce qu’ils ont ressenti, et de dire - dans le désordre - tout ce qu’ils ont envie de dire, ou qui leur passe par la tête, concernant cet événement; qu’ils n’hésitent pas à dire des choses - impressions, sentiments, pensées - qui pourraient leur sembler décousues, saugrenues, pénibles, voire même embarrassantes; de ne pas trop réfléchir avant de parler, et qu’il est très important qu’ils ne gardent pas pour eux leur ressenti, même si il leur paraît sans intérêt, difficile à formuler, ou indigne (...) “

“Dans le débriefing comme ailleurs, en matière de prévention ou de réduction des effets du trauma, tout repose sur la catharsis (...) “

“ ... Et les participants au débriefing, ils ne peuvent pas suivre, les consignes du préalable narratif; ils ont besoin de parler tout de suite de ce qu’ils ont ressenti”

Crocq, L. Expression des émotions et fonction cathartique du débriefing,

Les debriefings psychologiques en question ?! ...

(DE SOIR & VERMEIREN, 2002, Editions Garant)

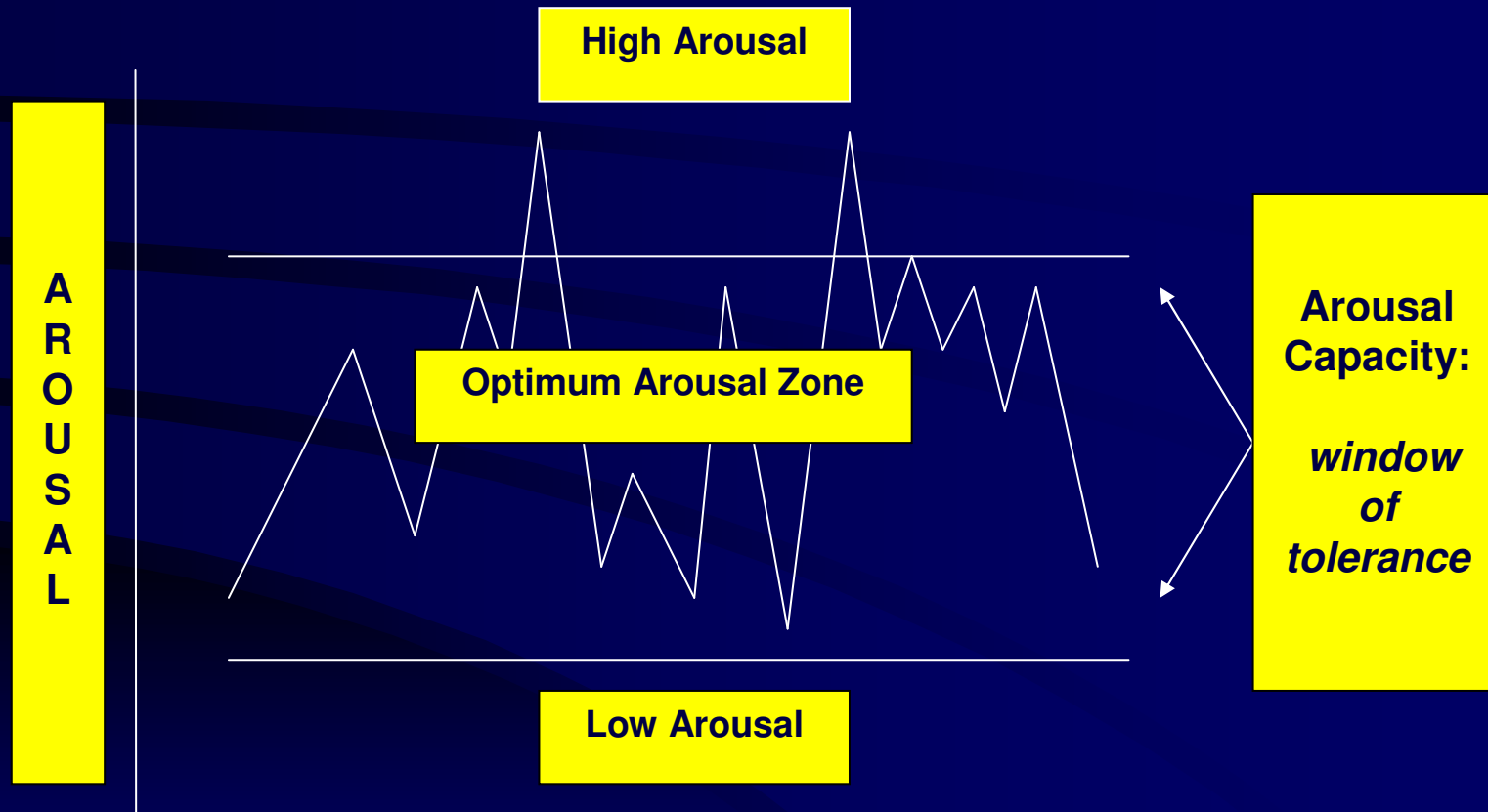
Débriefing psychologique, catharsis & excitation neuropsychologique

“Les états internes au-delà de la **“fenêtre de tolérance”** sont caractérisés par soit une rigidité excessive soit une apparence aléatoire. Ces états sont inflexibles ou chaotiques, et par conséquent inadaptés à l’environnement interne et externe. (...) Dans les états d’esprit au delà de cette fenêtre de tolérance , la capacité préfrontale médiatrice (processus cognitifs) pour répondre de manière flexible est temporairement neutralisée. Le **“mode supérieur”** des processus cognitifs intégratifs a été remplacé par un **“mode inférieur”** de processus par réflexe et de processus sensorimoteurs” (D.J. Siegel, 1999, pp. 254-255)

Modèle de modulation de l'agitation neurovégétative

Fenêtre de la tolérance d'hyperagitation

Minton & Ogden (2000)



“Il est nécessaire de disposer d’une approche articulée dans le temps. Au début, l’accent doit être mis sur le soutien émotionnel et pratique. Ensuite, après quelques dix à quinze jours, on peut porter l’attention sur sur le vécu émotionnel, la perception personnelle et la “digestion” de ce qui est arrivé”

Weerts, J.M.P. Recommendations and guidelines from the ThemagroepDebriefing

“Il est impératif d’être prudent dans le travail sur le vécu émotionnel d’événements choquants. Ces personnes ne peuvent pas être obligés de faire surgir leurs émotions les plus profondes. Parfois, elles doivent être précisément protégées contre ceci. En effet, le risque de maladie consiste en une psychophysiologie dérégulée”

Plan de l'Exposé

- La controverse européenne en matière de débriefing psychologique
- Questions étudiées et thèmes de discussion: intégration et synthèse
- Analyse du débriefing psychologique comme intervention de base?
 - Les différents modèles: interventions immédiates et post-immédiates
- Le sens du débriefing psychologique: études empiriques
- Le sens du débriefing psychologique: expériences de terrain
- Le débriefing, l'effet cathartique et l'excitation neurobiologique
- Conclusion: le “CRASH model” – synthèse, triage psychologique et interventions psychosociales précoces

Conclusion: la Matrice Psychosociale de l'assistance en situations de crise

		Victimes		
		Primaires	Secondaires	Tertiaires
Prev ention	Primaire			
	Secondaire			
	Tertiaire			

Que faire lors de différents types d'événements?

Traumatogènes

Dépressiogènes

Exhaustogènes

1^{er} contact après une intervention

Entretien des 5 Q's

(5 QUESTIONS PEER ASSESSMENT)

- Qu'est-ce que j'ai fait? (et dans quel rôle)
- Qu'est-ce que je trouve de mon action?
- Quelles étaient les difficultés les plus prononcées?
(au niveau de mon vécu ou au niveau opérationnel)
- Comment est-ce que je vais à l'instant?
- Serait-ce une bonne idée d'enchaîner avec un débriefing psychologique et/ou opérationnel?

Types de prévention et de victimes

- **Prévention Primaire, Secondaire & Tertiaire**

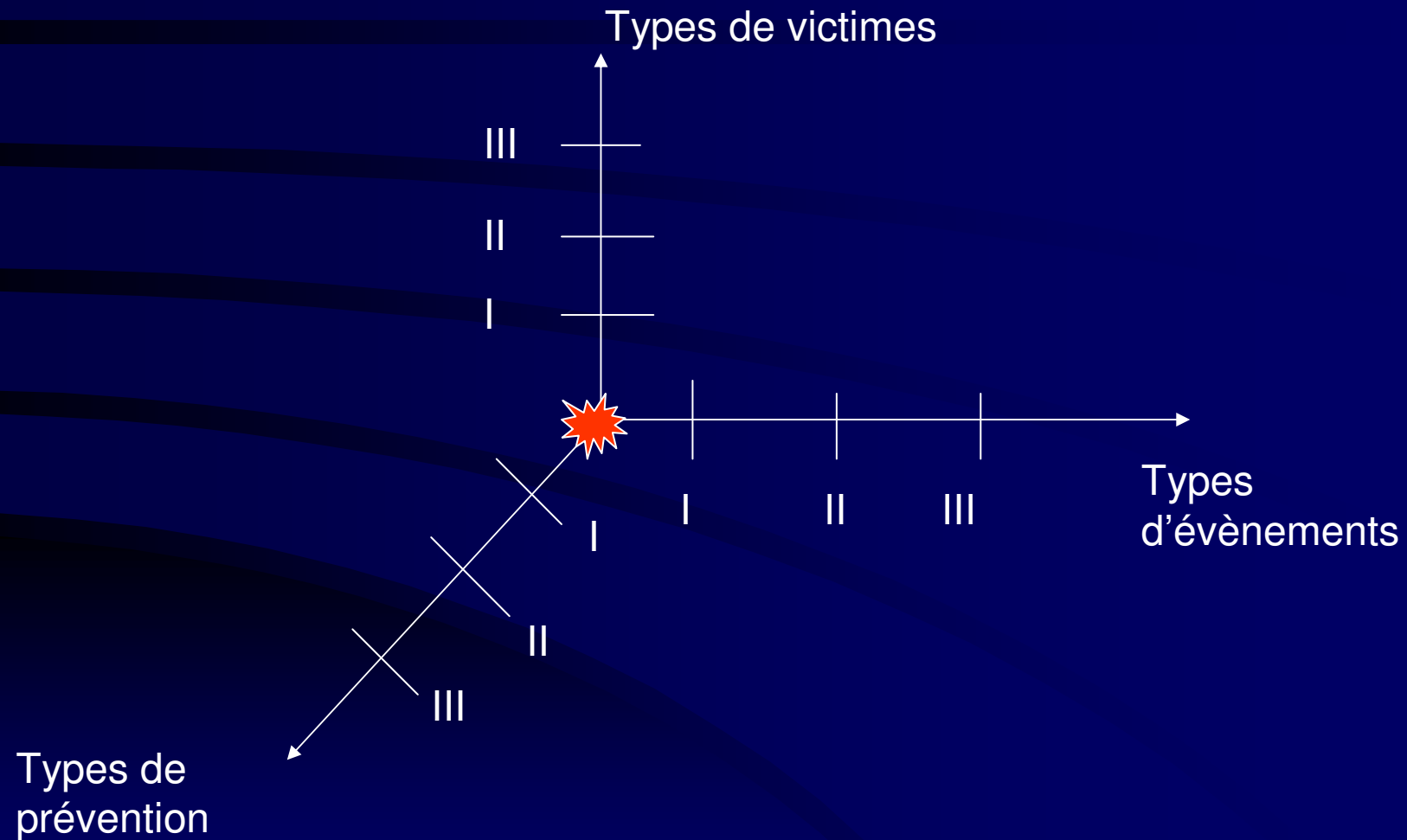
- **Primaire:** mesures permettant d'éviter les séquelles post impact (traumatismes psychiques) → éviter la psychotraumatisation
- **Secondaire:** mesures permettant d'intervenir dans le post-immédiat afin de réduire l'impact à potentiel traumatisant → éviter le développement de symptômes dans un stade précoce
- **Tertiaire:** mesures visant le traitement des troubles chronifiées et/ou fixés à long terme (approches psychothérapeutiques)

- **Victimes Primaires, Secondaires & Tertiaires**

- **Primaires** = personnes **directement** touchées
 - » Victimes directs d'événements traumatogènes
- **Secondaires** = personnes **indirectement** touchées
 - » (proches, collègues, témoins, **réseau social**, etc)
- **Tertiaires** = **intervenants** (de l'urgence et psychosociaux)

LE MODELE CRASH

Définitions



Approche FiST

Interventions précoces immédiates et
post-immédiates basées sur le triage
psychologique du modèle CRASH

Trauma Risk Assessment Driven Peer Support in Fire & Rescue



**Le triage psychologique lors de
soutien mental opérationnel**

NIVEAUX DE SOINS

Soutien mental opérationnel à niveaux

1^{ère} ligne – Antennes FiST

Sur place

Appui aigu

< 72 Hr

1^{er} screening
Dépistage du risque

2 semaines

2^{ème} screening

4-6 semaines

3^{ème} screening

2^{ème} ligne

Debriefeurs

FiST

Médecin de corps

Infirmiers SP

Commandement

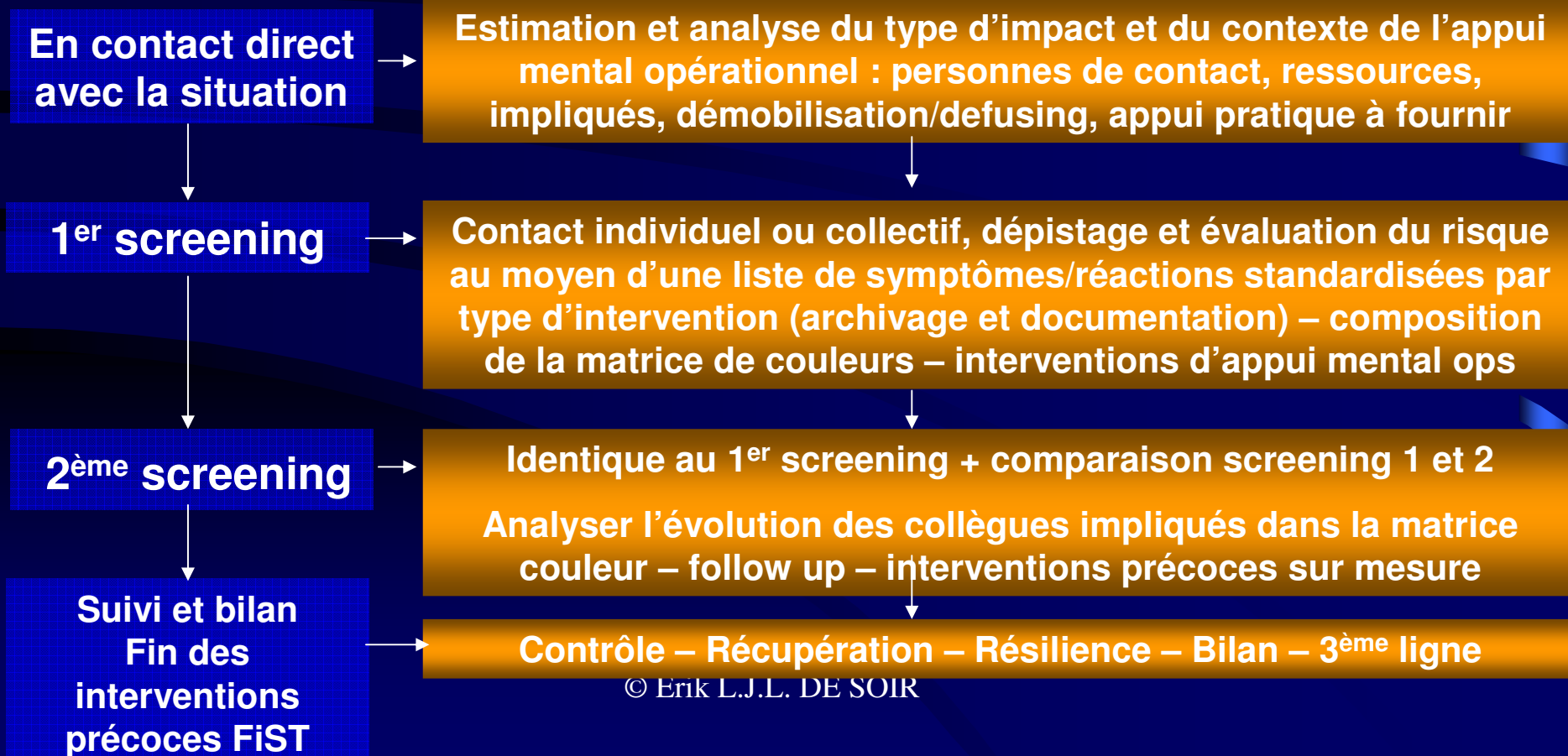
Conseiller en
Prévention

3^{ème} ligne

Psychologue

1^{er} niveau de l'appui et de l'assistance collégiale : antennes

Activités supervisées du 1^{er} niveau d'appui collégial



Casuistique – TRiM Checklist : ENTRETIENS 1 à 3

1	Contrôle sur la situation	
2	Vie menacée	
3	Culpabilité	
4	Honte	
5	Ampleur de la situation	
6	Routine quotidienne	
7	Antécédents	
8	Soutien social	
9	Alcool	
10	Réactions stress	
	Score total	

1	Souvenirs intrusifs	
2	Rêves, cauchemars	
3	Reviviscences	
4	Souvenirs "as if"	
5	Réaction corporelles	
6	Sommeil	
7	Irritabilité / colère	
8	Concentrations	
9	Hypervigilance	
10	Sursauts	
	Score partiel	

J.L. DE SOIR

Le sens du débriefing psychologique ?

- Les participants semblent toujours heureux de recevoir du soutien psychologique (reconnaissance)
- Les symptômes du PTSD ne sont pas nécessairement la variable adéquate afin de mesurer l'efficacité du débriefing.
- Parler d'événements émotionnellement choquants et en partager le vécu est plein de sens.
- L'expression des sentiments et des pensées peut faciliter la restructuration cognitive et la bonne compréhension de l'événement donc favorise la personification et l'intégration
- “pourtant ... le partage social d'une émotion ne peut pas changer la mémoire émotionnelle (Rimé, 1999, p4)”

Questions & Discussion

Quelle est la question principale que cette présentation provoque en vous?