Soutien médico-psychologique en situation de crise dans une unité : l'exemple de l'intervention suite au décès de trois militaires dans un accident de la voie publique

S. Moroge, F. Paul, C. Milan, F. Gignoux-Froment, J. Trapet, M. Pilard

Service de psychiatrie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.

Article reçu le 5 mars 2013, accepté le 29 avril 2013.

Résumé

Le décès de trois militaires d'une base de défense du sud de la France, alors qu'ils rejoignaient un autre régiment avant d'être projetés au Mali dans le cadre de l'opération « Serval », a saisi la communauté militaire. La soudaineté de ces décès dans un accident de la voie publique, en métropole, à la veille d'un départ en opération extérieure, a été particulièrement marquante. Nous évoquerons ici l'intervention médico-psychologique afin de souligner les réactions psychiatriques observées. Nous détaillerons ensuite toutes les modalités d'intervention possibles suite à un évènement grave, afin d'éclairer le médecin d'unité sur la nature des soins post-immédiats à apporter aux militaires.

Mots-clés : Accident. Débriefing individuel. Traumatisme psychique.

Abstract

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN CRISES: THE EXAMPLE OF THE DEATH OF THREE SOLDIERS IN AN HIGHWAY ACCIDENT.

The death of three soldiers, before they were sent to Mali in the context of Operation "Serval", baffled the military community. The suddenness of these deaths, in a highway accident in France, was meaningful. Psychiatrists were rapidly called upon. Our report describes the reactions of a psychiatric nature that were observed. Then we detail the different types of intervention to be carried out after a serious event.

Keywords: Accident. Debriefing. Traumatic event.

Introduction

Le décès de trois militaires dans un accident de la voie publique, alors qu'ils regagnaient un autre régiment à la veille d'un départ en mission, constitue un exemple d'intervention médico-psychologique de crise. Ce drame a saisi la communauté militaire par son côté absurde. Le spectre de la mort a jailli de façon inattendue, en zone de paix, dans un moment où la base de défense était tendue vers la préparation opérationnelle. Pour les médecins d'unité particulièrement sollicités dans cette dynamique de préparation à la projection, comme pour le commandement, il a fallu rapidement surmonter l'évènement pour organiser l'accueil des familles et la prise en compte des personnes les plus affectées par ce drame.

Après avoir décrit les différents temps de notre intervention ainsi que les principales réactions psychiatriques observées, nous nous interrogerons sur les différents types d'interventions qui peuvent être envisagés au décours d'un évènement grave.

S. MOROGE, médecin, praticien confirmé. F. PAUL, médecin en chef, praticien certifié. C. MILAN, interne des HA. F. GIGNOUX-FROMENT, médecin, praticien confirmé. J. TRAPET, lieutenant, psychologue clinicienne. M. PILARD, médecin chef des services, patricien certifié, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Madame le médecin S. MOROGE, Service de psychiatrie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.
E-mail : sophie.moroge@yahoo.fr

L'évènement

Un vendredi vers 20 h, trois militaires rejoignent un régiment du Puy de Dôme avant d'être projetés au Mali dans le cadre de l'opération « Serval ». Alors qu'ils roulent sous de fortes intempéries, un camion glisse et se met en travers, l'accident est inévitable. Le commandement est alerté dans la nuit. Le lendemain, des cadres doivent aller reconnaître les corps qui ont été particulièrement meurtris par le choc. Les personnels de la base de défense sont alertés par différents canaux durant le week-end. Dès le lundi la base se mobilise autour de l'organisation des hommages funèbres et de l'accueil des familles. Celles-ci arrivent dès le mardi et sont toutes réunies pour la cérémonie qui se tient le mercredi.

Les médecins de la base de défense, parmi les nombreuses tâches qu'ils ont à effectuer, décident en lien avec le commandement de solliciter un soutien médico-psychologique auprès de leur Hôpital d'instruction des armées (HIA) de rattachement.

Le climat au sein de la base de défense

La base de défense touchée par les décès est caractérisée par le rassemblement d'unités disparates. Les trois défunts appartenaient au Groupement de soutien de la base de défense (GSBdD) et c'est principalement ce groupement de services qui est affecté par leur disparition. Ils ont réagi à cette annonce par un mouvement de cohésion et un activisme réparatoire. La poursuite de la préparation à la mise en condition de la base de défense pour la projection au Mali a rythmé la vie régimentaire. Le poids pesant sur le commandement était fort, de par la nécessité d'aider la justice dans la reconnaissance des corps, d'organiser les hommages funèbres et l'accueil des familles mais aussi dans un souci d'information des personnels sur les circonstances du drame. Deux enjeux se télescopent : la mise en condition opérationnelle et la gestion des décès.

Préparation de la mission

Le médecin chef par suppléance du Centre médical des armées (CMA) et le Chef de corps se sont rapidement concertés. Ils ont sollicité en parallèle la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) et le Service de santé des armées (SSA).

Le chef de service de psychiatrie de l'HIA de rattachement a réceptionné cette demande et l'a transmise au chef du bureau médico-psychologique. En concertation avec le CMA, il est décidé que deux personnels du service de psychiatrie de l'HIA Laveran se rendent sur place. Ceux-ci ont contacté la CISPAT afin de déterminer le rôle de chacun. En l'absence d'une confrontation directe de la communauté militaire à l'accident, la CISPAT a décidé de ne pas intervenir. Elle se rendra sur la base dans un second temps si les spécialistes du SSA estiment que le drame a une répercussion particulièrement déstabilisatrice sur le groupe. La distinction entre les missions des uns et des autres est clairement posée : le SSA s'occupe du soutien médico-psychologique et la CISPAT du soutien psychosocial.

La temporalité choisie permet de respecter le temps dédié aux hommages militaires et funéraires. Ainsi une première intervention a eu lieu le lendemain des cérémonies funèbres et une seconde s'est déroulée une semaine plus tard, de façon à obtenir une vision dynamique des réactions observées.

Concernant le type d'intervention, le schéma retenu est celui d'entretiens individuels. Les consultants peuvent soit se présenter spontanément, soit être orientés par le commandement ou les médecins d'unité, si ceux-ci repèrent des personnels en souffrance. Les spécialistes se mettent également à la disposition des familles des défunts.

Les réactions individuelles

Ces courtes vignettes cliniques sont l'occasion d'évoquer la diversité des manifestations psychiques consécutives à une situation de crise, avec une séméiologie qui ne se résume pas aux troubles psychotraumatiques strictement mais engage une symptomatologie protéiforme.

Un état de stress aigu ?

J. est brigadier-chef, il ne dort plus depuis l'accident. De jour comme de nuit, une image fait irruption, celle de la photo que lui ont montrée les gendarmes quand il a accompagné son capitaine et son commandant reconnaître les corps. « C'était affreux, on voyait le véhicule très endommagé et un corps étendu devant, j'ai tout de suite compris que c'était X ». Cette image le surprend en journée et le réveille la nuit. Elle génère une forte anxiété. Il a développé une conduite d'évitement et appréhende la conduite automobile. Il n'a pas été directement confronté à la visualisation des corps de ses camarades, ses cadres lui épargnant cette tâche selon lui « pour qu'il y en ait un qui soit moins choqué et qui soit capable de conduire sur le chemin du retour ».

Le patient se dit en difficulté depuis la confrontation avec la photographie. Il est irritable, « à cran ». Assez ancien dans son poste, il a à cœur de rester exemplaire et irréprochable mais craint de ne pas arriver à contenir son émotion.

Devant l'importance et la persistance de la symptomatologie, il sera orienté pour un suivi réglé sur l'HIA après un premier temps de prise en charge sur le CMA.

L'état de stress aigu est un trouble anxieux qui apparaît de façon précoce après un évènement traumatisant. Il associe un état de détresse pouvant aller jusqu'à la dissociation péritraumatique, un syndrome de répétition, des manifestations d'évitement et une hyperactivation neurovégétative. Chez le brigadier-chef, la photographie a fait surgir par surprise et avec une certaine violence la vision d'un mort, celle d'un militaire qu'il a pu aussitôt identifier malgré l'état du corps. Nous retrouvons ici les éléments essentiels du traumatisme psychique avec la perception du réel de la mort venant surgir avec surprise et

violence. Afin de nuancer le diagnostic d'état de stress aigu dans ce cas précis, il convient de souligner qu'une telle réaction est rare dans la mesure où le patient n'a pas été directement confronté à l'évènement et où les reviviscences se nourrissent d'une image photographique et non d'une perception directe.

La réaction de désadaptation à l'institution

Un sous-officier rencontré, travaillant dans la restauration, compte plus de dix ans de service. Il déploie d'emblée un discours disqualifiant la gestion de l'évènement par le commandement, discours qui tranche avec celui de tous les autres personnels vus en entretien. Selon lui, la souffrance du service endeuillé n'a pas été suffisamment prise en compte, leur rythme de travail n'a pas été aménagé, le service de restauration étant fortement sollicité pour les repas d'accueil des familles des défunts. Il exprime une sorte de rivalité avec ces dernières concernant le poids du deuil : « les défunts n'étaient pas de notre famille mais on en a perdu trois d'un coup, alors c'est pire pour nous ! ». Les reproches s'étendent à toute la base de défense : « on a dû fermer le bar pour les obsèques, c'était le drame, les gens n'avaient pas leur café ! » ironise-t-il.

L'évènement semble révéler une désadaptation plus ancienne. Titulaire d'un diplôme d'école hôtelière avant de s'engager, il nous apprend que sa première affectation l'a conduit dans les cuisines d'un très haut gradé : « après avoir travaillé dans de l'argenterie, on ne peut plus travailler dans un ordinaire » assène-t-il. Adjudant depuis deux ans, il a peu de perspectives de carrière : « je vais finir vieux major incommandable ». Il verbalise une détresse émotionnelle, une souffrance en lien avec la sphère professionnelle, il peine de plus en plus à assumer son poste. La seule chose qui l'anime semble être sa famille et il explique qu'il va être père pour la première fois dans quelques jours. Il souligne bien comment la mort brutale de ses camarades est concomitante à l'annonce de la vie « on est trois futurs papas dans le service… comme si les trois naissances venaient remplacer… ».

Les reviviscences diurnes isolées

Les deux cadres sollicités pour aller reconnaître les corps des militaires ont été ébranlés par cette scène. Ils font tous deux référence au sac mortuaire couvert de sang qui laissait deviner des repères anatomiques anormaux. Ils évoquent leur appréhension à l'ouverture du sac. Sans s'être concertés, ils ont le même geste : d'un doigt, ils dessinent sur leur visage ce qui restait de la face d'un des trois défunts, dont le corps avait été particulièrement détérioré par le choc. Cette vision a suscité l'effroi « c'était bien Y mais il n'était plus humain ». Ce visage défiguré reviendra les hanter pendant une dizaine de jours, sous forme de reviviscences diurnes qui s'apaiseront progressivement, de même que les troubles du sommeil.

Le syndrome de répétition, présent chez les deux officiers, n'a pas les mêmes répercussions. En effet, il fait écho pour l'un d'entre eux à la reconnaissance des corps de cinq sous-officiers décédés dans un accident de la voie publique au tout début de sa carrière. Proche de la retraite, il a une phrase amère « je termine ma carrière comme je l'ai commencée, avec des morts ». Ce contexte fragilisant de fin de carrière associé à un fonctionnement cloisonné l'empêchant de s'ouvrir de ses difficultés auprès de sa famille, nous amène à demander au médecin d'unité d'être particulièrement attentif à cette personne.

La consultation conjoncturelle

M.-L., civile de la défense, se présente le visage sombre, dissimulé derrière des lunettes noires. On apprend qu'elle appartient à un autre service que celui des défunts. Elle les connaissait assez peu. Elle souffre qu'on ne la console pas de ces décès. Son mari ne la réconforte pas, ils sont en instance de divorce… Elle attendait pourtant de cet ancien légionnaire qu'il « la comprenne et soit là pour elle » dans ce moment de souffrance. Au-delà du deuil de ses collègues, elle est confrontée à la douleur de sa séparation sentimentale, autre perte.

Demandeuse d'un suivi, pour des raisons de contraintes géographiques, elle préfère être réorientée vers son ancienne psychiatre dont elle avait interrompu le suivi quelques années auparavant.

La confrontation impossible à la réalité de la perte

S., jeune caporal, arrive ostentatoirement opposée à la consultation. Cette mère célibataire était très liée avec un des défunts. Elle le considérait comme son mentor. Elle se présente devant nous « sur ordre », sans aucune demande. En colère, elle parvient à formuler « je ne veux pas croire à leur décès, le fait de venir vous voir signifie que c'est bien vrai, mes camarades sont partis à tout jamais… ». Nous recommandons au médecin d'unité de garder un œil attentif sur cette jeune femme.

Le trismus conversif

C., civile de la défense, a été mutée sur le site de Nîmes en même temps qu'un des défunts. Elle se dit très liée au sergent-chef décédé « maintenant qu'il n'est plus là je ne connais plus personne, j'ai perdu mon seul repère ». Elle ne pleure pas le défunt mais ce qu'il lui apportait. Le plus difficile dans un deuil n'est pas d'avoir perdu un être mais de prendre conscience qu'on ne le reverra plus, qu'il laisse en nous un vide douloureux à accepter. Ce décès brutal la renvoie à la perte de son grand-père qui avait toujours été considéré comme une figure protectrice. À l'occasion des funérailles de ce dernier elle avait présenté une crise épileptiforme pour laquelle aucune étiologie neurologique n'avait été retenue. Quand elle reçoit l'appel lui annonçant l'accident mortel qui a coûté la vie à ses trois camarades, sa mâchoire se bloque dans un trismus, elle sent venir la crise. Son mari présent à ces côtés lui intime « ça suffit, si tu continues, je ne te laisserai pas aller aux obsèques, pour te protéger… ». Sa mâchoire se détend.

Submergée par la tristesse, elle investit facilement la consultation. La perte de son collègue réactive la souffrance liée au deuil de son grand-père. Ses relations

avec cet homme étaient complexes et le conflit psychique généré par sa disparition s'est manifesté dans son corps par des manifestations conversives. L'insomnie et le vécu douloureux de perte ne cédant pas lors de notre seconde venue, nous la réorientons vers l'HIA pour poursuivre le suivi de façon réglée.

Les réactions du groupe

La base de défense ébranlée est actuellement fortement sollicitée dans le cadre de l'opération SERVAL. L'accident n'a globalement pas entamé la motivation des personnels à s'engager dans cette mission. L'évènement n'a pas rompu l'équilibre institutionnel.

Le GSBdD a réagi à la tragédie par un mouvement de cohésion, le groupe pratiquant même spontanément un débriefing autonome lors de la reprise d'activité. En groupe, ils évoquent la façon dont ils ont appris l'accident, ils croisent les informations parcellaires que chacun détient, ils verbalisent les émotions qui les habitent. Les personnels de ce service ont été éprouvés par l'accident mais ont le souci de se remettre au travail, afin d'entrer dans une phase de « récupération ». Le Chef de corps est attentif à ce que cette séquence se déroule le mieux possible, tout en ayant le souci constant de ne pas occulter la souffrance individuelle et collective, mais au contraire de mobiliser toutes les ressources possibles pour qu'elle soit repérée et prise en charge au mieux. L'attitude du commandement a d'ailleurs été saluée par les personnels, estimant que l'information avait bien circulé et que leur souffrance avait été prise en compte.

Les cadres du GSBdD ont évoqué le souci du groupe de se remettre au travail et de se concentrer sur des éléments positifs : une série de naissances au sein du service et le soutien de la projection au Mali. Les défunts ne sont pour autant pas oubliés puisqu'un travail de mémoire est à l'œuvre, les personnels ont le projet de réaliser des cadres commémoratifs qui seront accrochés aux murs du service.

Le point d'orgue a été la venue des familles des défunts au sein de la base de défense. Il leur a été permis de visiter le lieu de travail de leur proche, de rencontrer leurs collègues de travail à l'occasion de plusieurs repas organisés sur le site avant d'assister aux hommages militaires. Cette rencontre, redoutée par beaucoup de personnels qui craignaient une réaction hostile à leur encontre, s'est révélée très positive, les militaires comme les familles se montrant soulagés de pouvoir échanger autour des défunts.

Au cours de notre intervention, les défenses initiales ont rapidement cédé et les affects ont pu s'exprimer, les militaires investissant les entretiens de façon authentique. Des souffrances psychiques sans lien avec l'accident ont également pu être abordées.

Suite à un évènement grave, quel type d'intervention choisir ?

La demande d'intervention médico-psychologique dans les suites d'une catastrophe est désormais un fait acquis par le corps social, retransmis par les autorités et les médias. Selon Cremniter « c'est par rapport à la nature de la demande essentiellement sociale que doit se situer le cadre d'intervention » (1). La psychiatrie de catastrophe interpelle le grand public dans ce qu'elle offre un modèle de causalité extérieure. L'idée que c'est l'évènement et non le sujet qui est responsable des troubles psychiatriques, offre une représentation plus acceptable de la maladie mentale et rend probablement compte de la popularité de cette discipline. Si les « termes-tiroirs » de « traumatisme » et de « victimes » ont envahi la scène publique, c'est aux soignants de lutter contre cet emballement populaire en refusant toute prise en charge préformatée et standardisée, et de toujours penser le cadre et la pertinence de leur intervention.

Nous nous proposons ici de passer en revue les différents types d'interventions médico-psychologiques qui peuvent être proposées au décours d'un évènement grave. De façon pratique, nous tenterons de lister les questions qui doivent se poser quand une situation dramatique vient déstabiliser la communauté militaire. Nous verrons ainsi que le débriefing n'est pas la solution univoque en termes de soutien post-immédiat.

Est-il question de traumatisme ?

Le propos ici n'est pas de rappeler les bases psychopathologiques du traumatisme psychique qui ont été déjà décrites par différents auteurs dont Lebigot (2). Souvenons-nous simplement que pour qu'il y ait traumatisme, il faut que le sujet soit confronté au réel de sa propre mort. C'est de cette rencontre inintelligible que naît l'effraction de l'appareil psychique. Pour cela, le sujet doit être physiquement confronté à une situation où il est impliqué, comme victime ou comme témoin, et où l'imminence de la mort est en jeu. Pour Lebigot, « il s'agit toujours d'une perception ou d'une sensation directe (…) Tous les sens peuvent être concernés, mais c'est le plus souvent la vue qui fournira l'image traumatique » (2).

La première question à se poser quand on souhaite organiser une intervention médico-psychologique est : « quelle est la nature de l'évènement ? ». L'intervention se justifie face un évènement grave ou exceptionnel qui ébranle un groupe ou une collectivité, ici la collectivité militaire, en l'exposant à la mort de façon brutale et souvent inattendue. S'il est potentiellement traumatique car il implique une confrontation directe avec la mort (3), il sera question de débriefing. Celui-ci obéit néanmoins à des règles précises et il peut arriver qu'il ne soit pas possible de le mettre en œuvre, auquel cas un simple groupe de paroles sera activé. Si l'événement n'est pas potentiellement traumatisant car la confrontation est indirecte, mais que les personnes sont en souffrance du fait du deuil, on pourra proposer un groupe de paroles ou des entretiens individuels.

Dans la situation que nous avons choisi de présenter, nous sommes intervenus dans un contexte particulier puisque la mort brutale de ces trois soldats avait eu lieu en dehors du régiment. Il s'agit d'un drame individuel qui touche la collectivité. Mis à part les cadres sollicités pour la reconnaissance des corps, aucun personnel n'a été mis face à la réalité crue de la mort. Les seules personnes potentiellement traumatisées et qui sont concernées par

la technique de débriefing sont ces deux cadres. Les autres personnes appartenant au service des défunts n'ont pas été directement confrontées physiquement à l'évènement et ne relèvent pas de cette technique. Les premiers ont vécu un événement potentiellement marqué par l'effroi et de ce fait par le trauma. Les seconds ont à vivre un deuil, une perte, même si l'annonce des décès a été brutale et vient s'inscrire au moment où l'unité se prépare à partir au combat.

Quels intervenants solliciter ?

En matière d'intervention en urgence dans le champ psychique, au profit des armées, deux types d'intervenants distincts peuvent être sollicités : les psychiatres et psychologues du Service de santé des armées (SSA), travaillant généralement (mais plus exclusivement) en HIA, ou les psychologues des Forces et dont les modalités d'intervention varient selon l'arme à laquelle ils appartiennent.

Sur le papier, la distinction est claire :

– l'intervention des éléments du SSA est déclenchée à la demande du médecin d'unité qui sollicite le chef du Bureau médico-psychologique, le Consultant national, et informe la Direction régionale du SSA. L'objectif des psychiatres et psychologues cliniciens du SSA se situe dans le champ médico-psychologique et concerne les soins ;

– l'intervention des psychologues des Forces est déclenchée à la demande du commandement. Chaque arme fonctionne différemment : dans la Gendarmerie les psychologues dépendent de la Direction générale de la Gendarmerie nationale (DGGN), dans l'armée de Terre ils font partie de la Cellule d'intervention et de soutien psychologique pour l'armée de Terre (CISPAT), dans l'armée de l'Air ils appartiennent au Service médical de psychologie clinique appliqué à l'aéronautique (SMPCAA), dans la Marine ils dépendent du Service de psychologie appliquée et d'hygiène mentale de la Marine (SPAHMM). Leur champ d'intervention est d'ordre psychosocial. Ils interviennent sur le groupe avec un objectif de maintien des capacités opérationnelles.

Dans la pratique, la limite est parfois ténue entre médico-psychologique et psychosocial, les différents intervenants étant souvent amenés à agir sur les mêmes situations. De plus, la formation et les missions des « psychologues des Forces » varient selon les armes : ainsi dans l'armée de l'air, le SMPCAA emploie des psychologues de l'armée de l'air et du SSA (4). Le modèle n'est donc pas transposable d'une arme à l'autre.

L'idéal est, dans tous les cas, que les acteurs des HIA et ceux des Forces puissent se coordonner afin que leurs actions au profit des militaires se déroulent harmonieusement.

Quelle technique choisir ?

Selon la nature de l'évènement, les contingences matérielles et logistiques, les soignants disponibles et leurs habitudes en termes de pratique professionnelle, on pourra privilégier l'une ou l'autre des techniques.

Le débriefing

Qu'attendre du débriefing ?

Le débriefing collectif est actuellement recommandé dans de nombreuses situations de catastrophes collectives. Peu d'études évaluent son efficacité, en particulier celle du débriefing à la française (5). La majorité des études retrouvées dans la littérature, qui bien souvent concluent à une inefficacité voire à un effet négatif de ces procédés, s'intéressent aux débriefings anglo-saxons dont les techniques sont dominées par un modèle cognitif et comportemental, à visée psycho-éducative (6-8). Le modèle français est soutenu par des références à la psychothérapie dynamique et à la psychanalyse. Pour Barrois « la verbalisation complète du traumatisme ne saurait être thérapeutique en soi. Ce n'est pas l'abréaction en soi qui est opérante : c'est la retrouvaille d'une culture commune, mettant fin à l'effroyable solitude de l'être aux portes de l'Hadès » (dans la mythologie grecque, Hadès règne sous la Terre et est considéré comme le « maître des Enfers » ou le « Prince des morts ».) (9).

Les données de la littérature soulignent le caractère soutenant du débriefing à défaut de démontrer qu'il prévient l'émergence d'un État de stress post-traumatique (ESPT) (10). Le débriefing est-il un outil de soin ayant un véritable intérêt thérapeutique ou un outil de soutien permettant de mieux traverser l'impensable de l'évènement ? Pour Lebigot (11) « il a des effets décisifs sur le devenir des sujets traumatisés ». Il permet selon lui de travailler autour de la culpabilité, « les sentiments de honte et d'abandon perdront de leur vigueur du simple fait d'être inclus dans un dispositif de soins mis en place par la collectivité ». Pour Cremniter (1) l'intervention précoce se caractérise par « un fondement inaugural dans un processus de soin qui, ultérieurement s'instaurera ou non ». Il la juge pertinente « y compris lorsqu'il s'agit d'évènements en apparence limités dans leur intensité et dans leur retentissement potentiel ».

« En aucun cas le débriefing ne pourra prétendre apporter une réponse toute faite et universelle à la détresse et à la souffrance psychique, quand bien même celle-ci ferait suite à un évènement de nature traumatique » nous rappelle Gheorghiev (12). À défaut d'être la panacée qui réglerait toute la question du traumatisme, le débriefing offre un bénéfice en termes de soutien social, l'institution prenant en compte la souffrance de ses personnels et mettant à leur disposition des médecins. Il donne un espace de paroles au groupe dans un milieu exigeant et contraignant qu'est le milieu militaire. Un de ses points forts est de permettre un repérage des sujets déstabilisés devant éventuellement bénéficier d'une prise en charge individuelle. Il doit être clairement posé comme un acte de soins répondant à une indication médicale et non comme une injonction du commandement.

Le débriefing en pratique

Le débriefing collectif est recommandé pour les groupes constitués quand ils ont été confrontés à un évènement au potentiel traumatogène. Notons que dans le milieu militaire, il existe des groupes constitués autour de

leur mission, par le fait que les personnes travaillent ensemble. Dans d'autres cas comme ceux d'actes de terrorisme, les victimes ne se connaissent pas forcément mais le groupe est constitué par l'évènement, uni autour de celui-ci.

Pour les personnes impliquées dans un évènement dramatique, chacun a appréhendé la situation à son échelle, partiellement, parfois de façon incohérente et incompréhensible : « au fur et à mesure que les autres parlent, il les situe et se situe, il reconstitue la bataille (ou l'évènement) comme un puzzle, et il est alors placé plus en état de la comprendre lucidement que de la subir aveuglément » (13) La circulation de la parole dans le groupe doit être l'occasion pour chacun d'énoncer son vécu intime de l'évènement afin de pouvoir progressivement se démarquer de l'expérience des autres impliqués, en permettant que « ce qui a été vécu en commun se dénoue en commun » selon les mots de Briole (14). Par la création d'un récit commun, le militaire peut s'identifier à ses camarades tout en pouvant exprimer ce qui lui est propre, dans un va-et-vient entre mise en commun et expression de sa singularité.

Le débriefing s'organise sur le principe du volontariat, les membres du groupe ne doivent pas se présenter « sur ordre ». En pratique, l'effectif des groupes ne doit pas excéder une dizaine de personnes, afin que chacun ait le temps de s'exprimer et d'élaborer. Si l'effectif des impliqués est supérieur, tout l'art des soignants est de constituer des sous-groupes dans la mesure du possible, rassemblés de façon cohérente, pour effectuer le débriefing. Il n'est pas souhaitable d'admettre au sein d'un groupe une personne qui n'aurait pas été impliquée au même titre que les autres (ainsi, il faudra être ferme avec les cadres qui n'auraient pas été directement impliqués, estimant normal d'assister au débriefing de leurs hommes). En revanche, dans la mesure où un supérieur hiérarchique a participé au même événement, réunissant les mêmes critères de temps et de lieu que ses hommes, les avis sont partagés. Certains estiment que les gradés doivent participer au débriefing au même titre que les autres impliqués, voire, doivent parler en premier afin de donner l'exemple et d'initier la circulation de la parole (13). D'autres estiment qu'il est préférable qu'ils soient vus en entretiens individuels afin que le poids de la hiérarchie ne vienne empêcher la libre circulation de la parole dans le groupe lors du débriefing.

L'animation du débriefing est réalisée par deux personnes, l'une tenant le rôle de meneur et devant faire circuler la parole, l'autre ayant le rôle d'observateur et devant rester attentive aux réactions des participants. Un troisième intervenant pourra être utile s'il est nécessaire d'emmener temporairement à l'écart un participant qui présenterait une réaction émotionnelle trop intense. Le débriefing étant considéré comme un acte de soin, les animateurs se retrouvent donc en position soignante, ce qui souligne l'importance pour eux d'être formés, notamment à la question du traumatisme. Après s'être présentés, les animateurs expliqueront le principe de la séance et garantiront la confidentialité de l'échange. Il est généralement souhaitable, notamment dans les milieux très hiérarchisés comme le milieu militaire, que ce soit le plus gradé qui soit invité à s'exprimer en premier, afin de montrer l'exemple. Soulignons que les participants doivent être invités à s'exprimer et en aucun cas contraints à le faire. Les animateurs veilleront à redistribuer la parole à ceux qui n'ont pas pu s'en saisir et mettront fin aux évocations trop intimes et sans rapport avec l'évènement.

L'écueil majeur à éviter par les animateurs sera la dérive projective où le ressentiment des participants tournera en mise en accusation soit d'une personne désignée, soit plus souvent de la hiérarchie. Cette « solution de facilité » n'a en effet aucune vertu thérapeutique. Si une telle réaction s'exprime dans le débriefing, les soignants doivent contenir l'expression de la faute, au risque de faire éclater le groupe, tant les réactions émotionnelles seraient fortes, ce qui rendrait le débriefing contre-productif. Les animateurs devront également se garder de « dédramatiser » la situation, ce qui retirerait à l'évènement son caractère essentiel, à savoir, avoir été vécu comme un drame. Les autres pièges sont celui de la compassion affichée par l'animateur qui « réduit le participant au rôle de pure victime et le dépouille de ses velléités d'autonomie » (13) et celui de la déculpabilisation par l'animateur car la culpabilité sera « traitée plus efficacement par les autres participants que par un discours lénifiant de l'animateur » (15).

La principale contre-indication du débriefing collectif est la notion de faute. Si une des personnes impliquées est désignée comme responsable de l'évènement dramatique, l'abord collectif sera l'occasion de cristalliser la colère des participants sur le bouc émissaire désigné et aura un effet délétère pour tous. Dans ce cas, le débriefing individuel sera privilégié (16).

Au terme du débriefing, qu'il soit individuel ou collectif, il existe traditionnellement une phase d'information sur la survenue potentielle d'une symptomatologie post-traumatique. La communication de ces renseignements est controversée : certains y voient un risque de suggestion de symptômes, d'autres la possibilité qu'une information médicale permette aux participants de consulter plus précocement. Le délai de recours aux soins serait ainsi intéressant à évaluer chez des victimes débriefées et non débriefées.

Le débriefing collectif a été pensé pour des sujets confrontés à un évènement dramatique clairement identifié et isolé. La question de son utilisation se pose dans les situations de traumatismes liés à un contexte de captivité ou bien encore dans le cas de traumatismes répétés. Si nous prenons l'exemple d'une section qui aurait été exposée à une vingtaine d'embuscades successives au cours d'une opération extérieure, sans avoir à déplorer de morts ou de blessés, la prise en charge sera délicate. Chacun aura été confronté à l'imminence de la mort à un moment différent. Le psychiatre devra-t-il réaliser un débriefing après chaque accrochage ? Cet exemple illustre la nécessité de penser le débriefing comme un acte de soins, soumis à une prescription médicale qui devra être adaptée au cas par cas.

C'est aussi l'occasion de souligner l'importance de l'articulation entre le médecin d'unité et celui de l'HIA pour évaluer la pertinence ou non d'une intervention. Rappelons que le déclenchement des spécialistes

hospitaliers se fait à la demande du médecin d'unité. C'est lui qui à la fois aide à la contextualisation de l'intervention et à son ajustement à la situation, mais aussi qui poursuivra le travail initié à l'occasion de celle-ci, en assurant une continuité des soins.

Les alternatives au débriefing

Il serait faux de croire que le champ de l'intervention médico-psychologique post-immédiate se limite au traumatisme psychique, qui serait considéré alors comme une blessure noble. Comme nous l'avons vu plus haut dans les vignettes cliniques, des personnes peuvent être bouleversées par un évènement grave sans pour autant avoir été traumatisées, et leur souffrance doit être prise en compte. Dans l'intervention que nous avons citée en exemple, comme nous l'avons vu, la majorité des personnes que nous avons rencontrées n'étaient pas concernées par la problématique du trauma.

Ici encore, l'abord peut être soit individuel, soit collectif, en fonction de la singularité de chaque situation. Le cadre n'est pas rigide et il faut faire preuve de souplesse en s'autorisant à passer d'une technique à l'autre en fonction de la situation. Il est fréquent que des personnes ayant été repérées comme particulièrement en souffrance au cours d'un travail collectif soient reçues individuellement dans un second temps, de façon à leur permettre d'aborder un contenu plus intime.

L'abord collectif peut se faire au travers d'un groupe de paroles. Les animateurs font circuler la parole, veillant à ce que chacun puisse s'exprimer. Les principes et les écueils sont les mêmes que ceux du débriefing collectif. Les sujets s'expriment sur leur souffrance en rapport avec l'évènement qui les confronte généralement à la perte ainsi qu'au deuil. Dans notre exemple, il aurait ainsi pu être utilisé avec les personnes du service endeuillé qui n'avaient pas été confrontées à la scène traumatique de reconnaissance des corps.

L'abord individuel se fait par des entretiens cliniques traditionnels. Le sujet est amené à parler du vécu de l'évènement et de ses difficultés actuelles. Les personnes présentant des symptômes nécessitant des prescriptions ponctuelles d'hypnotiques ou d'anxiolytiques pourront être redirigées vers leur médecin d'unité. Si des tableaux psychiatriques plus inquiétants sont repérés, la prise en charge peut s'organiser au sein de l'HIA, en articulation avec les médecins du CMA.

Dans la situation que nous avons rencontrée, les personnels appartenaient à plusieurs services différents. Il n'existait pas de groupe constitué ni uni autour de la confrontation à l'évènement. Nous avons choisi une approche individuelle. Nous aurions pu réaliser un « débriefing collectif » pour les personnes qui avaient été exposées à la scène de reconnaissance des corps, mais comme ils n'étaient que deux, ce choix ne nous a pas semblé pertinent. Nous avons réalisé des débriefings individuels pour ces deux cadres, les autres personnels bénéficiant d'entretiens cliniques tels que ceux habituellement pratiqués en consultation psychiatrique, entretien visant à aborder leur souffrance, leur réaction face au deuil, sa résonance éventuelle dans leur histoire personnelle.

En tout état de cause, rappelons que l'intervention post-immédiate n'est qu'un « maillon de la chaîne de soin » (4). Une attention particulière doit être portée aux personnes impliquées sur le long terme, ce qui nécessite une coordination entre les différents intervenants, et particulièrement entre les spécialistes hospitaliers qui se sont déplacés de façon ponctuelle et les médecins d'unité qui peuvent assurer une surveillance pérenne.

Conclusion

À l'heure où la revendication identitaire collective du fait traumatique devient un enjeu politique (17), il s'agit pour les soignants d'éviter toute réponse univoque et systématisée, et de penser leur intervention de façon singulière, en s'articulant avec les différents acteurs impliqués (médecins d'unité, commandement, CISPAT).

Cette intervention illustre la possibilité de privilégier une approche singulière et ajustée à une situation donnée. Ici, l'intimité de l'approche individuelle a permis de lever le frein initial à la rencontre qu'est la demande de consultation « aux ordres », écueil souvent observé lors d'interventions où désir du commandement et résistance des militaires s'affrontent. Le déplacement de spécialistes de l'HIA vers le CMA a été accueilli favorablement par les militaires qui y ont vu une attention particulière portée à leur égard. C'est le bénéfice symbolique du débriefing, moins quantifiable peut-être, mais auquel sont sensibles les militaires, toujours soucieux de mesurer l'attention institutionnelle portée à leur endroit par les autorités.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données énoncées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cremniter D. L'intervention médico-psychologique. Problèmes actuels théoriques et pratiques. Évol Psychiatr 2002;67:690-700.
2. Lebigot F. Le traumatisme psychique. Stress et trauma 2009;9:201-4.
3. Vermeiren E. Les évènements traumatogènes. Stress et trauma 2009;9:214-7.
4. Chabane Hénin M, Chollet S, Louzon V, Farret C, Renard M-D. Le soutien médico-psychologique après accident aérien dans l'armée de l'Air. Médecine et armées 2011 ; 39: 143-5.
5. Vermeiren E, De Clercq M. Le débriefing psychologique après un évènement à caractère traumatique : intérêt et limites. Méd Catastrophe Urg Collectives 1999;2:95-9.
6. Aulagnier M, Verger P, Rouillon F. Efficacité du « débriefing psychologique » dans la prévention des troubles psychologiques post-traumatiques. Rev Epidemiol Sante Publique 2004;52:67-79 .
7. Van Emmerick A, Kamphuis J, Hulsbosch A, Emmelkamp P. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet 2002;360:766-71.
8. Mitchell A, Sakraida T, Kameg K. Critical Incident Stress debriefing: implications for Best Practice. Disaster manage Response 2003;1:46-51.
9. Barrois C. Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques. Paris : Dunod ; 1998.
10. De Clercq M, Vermeiren E, Henry de Frahan B. Le débriefing après une catastrophe ne suffit pas. Rev fr Psychiatr psychol Med 1996; 3:87-91.
11. Lebigot F. Intérêt des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques. Méd Catastrophe Urg Collectives 1999;2:83-7.
12. Gheorghiev C. Le débriefing médicopsychologique : intérêts et limites en milieu militaire. 12e journée Pierre Deniker, 15 février 2013, HIA Sainte-Anne, Toulon.
13. Crocq L. Histoire du debriefing. Pratiques Psychologiques 2004;10:291-318.
14. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris : ADDIM ; 1998.
15. Lebigot F, Gauthier E, Morgand D, Reges J-L, Lassagne M. Le debriefing psychologique collectif. Ann Méd Psychol 1997;155:370-8.
16. Lebigot F. Le débriefing individuel du traumatisé psychique. Ann Méd Psychol 1998;156:417-20.
17. Romano H. Réflexions éthiques sur les interventions médico-psychologiques auprès des victimes. Évol Psychiatr 2009;74:525-35.

INFORMATION

Afin d'assurer un suivi régulier de l'acheminement de la revue « Médecine et Armées », merci de faire parvenir à la rédaction tous changements d'adresse d'affectation.

« Médecine et Armées » — e-mail : medarmees@hiavdg.org

Mme M. SCHERZI — Lotus : martine.scherzi@sante.defense.gouv.fr

1 place Alphonse Laveran — Intradef : martine.scherzi@intradef.gouv.fr

75230 Paris Cedex 05 — ☏ 01 40 51 47 44