

Soutien psychosocial et spirituel en situation de crise

Le modèle genevois d'intervention

Michel Berclaz et Cédric d'Épagnier

Volume 15, numéro 2, printemps 2003

Guerre, mort amère

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1073822ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1073822ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Berclaz, M. & d'Épagnier, C. (2003). Soutien psychosocial et spirituel en situation de crise : le modèle genevois d'intervention. *Frontières*, 15(2), 56–59. <https://doi.org/10.7202/1073822ar>

Résumé de l'article

Le canton de Genève en Suisse a développé depuis 1996 un modèle de soutien psychosocial et spirituel (plutôt que médico-psychologique). Ce modèle, bien ancré dans le réseau professionnel cantonal, revendique une intervention rapide, mais la plus discrète possible, visant la mobilisation des ressources résiduelles de l'individu, de la famille, du groupe ou de la communauté (en ce sens, il touche au psychologique et au social). Il défend son caractère humain et spirituel, dans le sens où il s'agit avant tout d'accompagner et d'entourer des personnes dans la détresse pour les aider à garder le contact avec la « vie », une confiance dans l'humain et de l'espoir pour l'avenir. Ce modèle nécessite cependant des compétences certaines dans la gestion émotionnelle des intervenants, en particulier en ce qui concerne le surinvestissement. Cette approche consiste à « faire le moins possible, mais faire tout le nécessaire ».

Résumé

Le canton de Genève en Suisse a développé depuis 1996 un modèle de soutien psychologique en cas de catastrophes micro- ou macrosociales qualifié de psychosocial et spirituel (plutôt que médico-psychologique). Ce modèle, bien ancré dans le réseau professionnel cantonal, revendique une intervention rapide, mais la plus discrète possible, visant la mobilisation des ressources résiduelles de l'individu, de la famille, du groupe ou de la communauté (en ce sens, il touche au psychologique et au social). Il défend son caractère humain et spirituel, dans le sens où il s'agit avant tout d'accompagner et d'entourer des personnes dans la détresse pour les aider à garder le contact avec la « vie », une confiance dans l'humain et de l'espoir pour l'avenir. Ce modèle nécessite cependant des compétences certaines dans la gestion émotionnelle des intervenants, en particulier en ce qui concerne le surinvestissement. Cette approche consiste à « faire le moins possible, mais faire tout le nécessaire ».

Mots clés : *soutien psychosocial et spirituel – crise – traumatisme.*

Abstract

Since 1996, the Canton of Geneva in Switzerland has developed a model of psychological support in the event of micro or macro-social disasters, known as psychosocial and spiritual (rather than medico-psychological). This model, well established among the professional networks in Geneva, advocates swift action, though at the lowest possible key, aimed at mobilizing the residual resources of individuals, families, groups or communities. Its purpose is declaredly human and spiritual, in that it attempts to accompany and comfort those who are distressed. However, it requires specific skills in emotional management on behalf of the professionals involved, specifically in terms of over-investment. The basic approach is « to do as little as possible, but all that is required ».

Key words : *psychosocial and spiritual support – crisis – traumatism.*

Soutien psychosocial et spirituel en situation de crise

Le modèle genevois d'intervention

Michel Berclaz,
enseignant en soins infirmiers.

Cédric d'Epagnier,
psychologue.

La police genevoise et l'Association genevoise des psychologues et des psychologues psychothérapeutes (AGPP) ont uni leurs efforts afin de constituer une cellule d'intervention psychologique pour les situations de crises et de catastrophes. Cette cellule, créée en 1996, intervient pour des événements tels que suicides, accidents graves, noyades, hold-up, prises d'otages, agressions, meurtres et autres situations potentiellement traumatisantes. Depuis 2001, cette même cellule se tient à la disposition du public et des entreprises ayant besoin de ses prestations sous le patronyme de « Cellule d'intervention psychologique de l'AGPP ».

Lors de catastrophes macrosociales, cette cellule est appelée à collaborer avec d'autres groupes d'intervention comme le Groupe d'intervention psychologique de la sécurité civile (GIPSY), la cellule interreligieuse pour le soutien spirituel, le personnel soignant spécialisé des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), ou encore avec les « cellules débriefing » des corps

constitués (police, sapeurs-pompiers et gardes-frontières). Lorsqu'il s'agit d'événements impliquant des enfants, tout particulièrement dans un cadre scolaire, l'intervenant fait appel à la cellule d'intervention du Service médico-pédagogique (SMP) spécifiquement formée pour travailler avec cette population. La cellule de l'AGPP-Police cherche à collaborer également avec d'autres individus, groupes ou structures, tant au niveau cantonal qu'extra cantonal ou international.

CADRE DES INTERVENTIONS

Dans le dispositif actuellement en place au niveau du canton, les professionnels (psychologues, psychiatres, infirmiers, etc.) formés dans le cadre du GIPSY sont engagés pour des interventions en cas de catastrophes majeures, qui conduiraient au déclenchement du plan cantonal de catastrophe ISIS. La cellule AGPP-Police est appelée à collaborer dans un tel contexte avec l'ensemble des intervenants susmentionnés, ainsi que d'éventuels volontaires ponctuels. Elle intervient toutefois principalement dans des situations impliquant un faible nombre de personnes, telles que prises d'otages, agressions, suicides ou accidents graves. Les interventions

de la cellule se différencient des situations qui requièrent le recours à un psychiatre de garde, en ce sens qu'elles ne nécessitent pas de médication ou d'hospitalisation à priori. Dans le cas contraire, le psychologue intervenant pourra faire appel aux structures appropriées.

Les membres de cette cellule (environ quinze personnes) sont tous psychologues affiliés à la Fédération suisse des psychologues (FSP) et ont suivi une formation spécialisée en psychologie d'urgence et dans l'aide aux personnes victimes. La majorité d'entre eux sont psychothérapeutes, reconnus comme tels par cette instance professionnelle nationale. La centrale d'alarme de la police genevoise peut les joindre jour et nuit, sur demande d'un officier de police. Les gardes sont si possible assurées simultanément par deux psychologues, qui sont, de plus, souvent accompagnés par un stagiaire. Le service psychologique de la police (deux personnes) participe au tournus de garde. Les interventions ne sont pas facturées aux victimes, mais rétribuées par la police.

La cellule d'intervention psychologique n'intervient pas directement auprès de membres de corps constitués (tels la police, les gardes-frontières ou les sapeurs-pompiers), mais participe à la formation de « débriefeurs » au sein même de ces structures, sachant que l'intervenant sera généralement mieux accepté s'il s'agit d'un pair. Dans la pratique, les membres de ces corps ont le choix de faire appel en cas de besoin à un pair formé ou à un membre de la cellule AGPP-Police.

Les professionnels de la cellule suivent des formations permanentes et assurent des enseignements dans des structures spécialisées dans l'aide aux personnes victimes et auprès de personnes qui pourraient être appelées à assurer des interventions de première ligne (à l'aéroport de Genève par exemple).

MODE DES INTERVENTIONS

Les interventions peuvent avoir lieu dans l'immédiat (dans les vingt minutes suivant l'événement) ou en différé les jours suivants. Les intervenants, après avoir évalué la pertinence de leur intervention avec l'officier de police, prennent contact avec les personnes impliquées. Dans le cadre de cet accueil, ils ont l'occasion d'observer les types de réactions présentées et d'évaluer les ressources individuelles et collectives de ces personnes. Ils veillent à la mobilisation d'un réseau familial et social de soutien. Souvent les intervenants dispensent des informations sur les réactions de stress immédiat, post-immédiat et chronique aux personnes directement impliquées dans l'événement, mais aussi à celles qui sont

indirectement concernées, comme les proches ou les supérieurs hiérarchiques pour les événements s'étant produits dans un contexte professionnel. Un dépliant visant à donner à toute personne impliquée dans une telle situation les informations utiles pour mieux identifier et gérer ses propres réactions est distribué. Ce document contient aussi des adresses d'organisations qui peuvent apporter de l'aide aux niveaux juridique, psychologique, religieux, administratif ou financier. Ces informations sont souvent nécessaires sur le moyen et le long terme. Ce dépliant est pour le moment disponible en français, anglais, allemand, italien et espagnol. Des traductions dans d'autres langues sont prévues.

Les intervenants peuvent organiser, dans les semaines qui suivent l'événement, une à deux rencontres individuelles ou en groupe, en fonction de la situation et des besoins. Ces rencontres peuvent prendre la forme ou les objectifs des méthodes dites de débriefing. Il arrive également que les intervenants assurent un suivi ponctuel sous forme de téléphones et autres prises de contact sur une période pouvant aller d'une quinzaine de jours à quelques mois. Dans les cas qui le nécessitent, les personnes

choqués d'avoir assisté à la scène ou d'avoir découvert le corps, ou encore pour pallier momentanément à la pauvreté du tissu social (absence de famille, de proches ou d'amis).

Pour illustrer la portée de nos interventions, mentionnons que les 58 interventions pratiquées en 2001 portaient sur 289 personnes. À ces 289 personnes s'ajoutent 545 passagers ainsi que des équipages et du personnel au sol de compagnies d'aviation. Ceci signifie que, pour la seule année 2001, nos interventions ont rejoint plus de 900 personnes.

LE CONCEPT DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET SPIRITUEL

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

CE QUE NOUS RETIRONS PRINCIPALEMENT DE NOTRE EXPÉRIENCE

DANS CE DOMAINE EST QUE L'INTERVENTION AUPRÈS DE PERSONNES

AUX PRISES AVEC DES ÉVÉNEMENTS DRAMATIQUES EST AVANT TOUT

UN ACTE SOCIAL ET HUMAIN VISANT À ACCUEILLIR L'INDIVIDU,

TOUT SIMPLEMENT EN SE PRÉOCCUPANT DE SON BIEN-ÊTRE.

sont adressées aux structures et établissements adéquats, en particulier si un suivi thérapeutique ou psychiatrique est requis.

La cellule est déjà intervenue à de nombreuses reprises, pour des situations telles que des accidents, suicides et meurtres devant témoins, noyades, incendies et prises d'otages. Elle a également été sollicitée dans des interactions avec des forcenés.

D'octobre 1996 à octobre 2002, plus de 250 interventions ont été effectuées. Toutefois, il serait intéressant de comparer les statistiques d'interventions de la cellule avec celle de la police, de façon à évaluer dans quelle mesure l'augmentation des appels est reliée à une augmentation globale des situations critiques, au réflexe de mobilisation de la cellule par les policiers ou encore au fait d'avoir créé un besoin.

Soulignons que le pourcentage le plus important d'interventions porte sur des situations de suicide. Elles sont justifiées lorsque des proches ou des témoins ont été

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

Il est cependant important de souligner que la communauté scientifique estime que l'état actuel des recherches n'autorise aucune confirmation ou réfutation définitive de l'efficacité des interventions psychologiques immédiates quelles qu'elles soient. Raphael et Wilson (2000) avancent que si les techniques de débriefing bénéficient de la bonne foi, de la bonne volonté et du

travail théorique de ceux qui les préconisent, elles sont loin de reposer sur des hypothèses systématiques fondées sur des données scientifiques avérées et vérifiées par des études empiriques conduites selon une méthodologie éprouvée. Mais, comme dans tout processus de développement scientifique, il faudra attendre le résultat d'une recherche systématique pour savoir quelles formules de débriefing sont recommandées selon telles circonstances. De toute évidence, le soutien psychologique immédiat et post-immédiat est une approche en pleine évolution qui s'ajustera aux découvertes à venir.

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

Raphael et Wilson ajoutent encore que la bonne foi et la bonne volonté des intervenants n'étant pas à mettre en doute, nous pouvons nous questionner sur cette tendance altruiste bien légitime qui nous pousse à chercher à soutenir les personnes confrontées à des événements traumatiques. Il nous semble utile de bien séparer ce qui relève du soutien altruiste ou du débriefing, puisqu'il existe probablement toute une variété d'autres types d'intervention tels que le soutien psychologique d'urgence, l'éducation, l'information, les groupes de soutien, la consultation focalisée, ou l'assistance pratique entre autres.

Ce que nous retirons principalement de notre expérience dans ce domaine est que l'intervention auprès de personnes aux prises avec des événements dramatiques est avant tout un acte social et humain visant à accueillir l'individu, tout simplement en se préoccupant de son bien-être. Parfois, il s'agit simplement de pallier momentanément à la pauvreté du tissu social, auprès

de personnes ne pouvant faire appel à des proches. C'est lors de ce contact que l'intervenant est à même d'évaluer la forme que devrait prendre son soutien, la réponse ne pouvant en aucun cas être standardisée. Il s'agit d'accompagner la personne dans les premières phases de son processus de rétablissement.

Cet accueil consiste à recevoir la personne choquée dans sa détresse et avec l'ensemble de ses réactions, sans jugement ni crainte, sans obligation de parole non plus. Les victimes d'agressions, les proches de personnes décédées subitement, les rescapés d'accidents et autres personnes en état de détresse sont à risque de se replier sur eux-mêmes, de ne plus être capables de donner un sens à leur vie, de ne plus pouvoir investir le moment présent et finalement de rester paralysés mentalement et émotionnellement dans la reviviscence de l'événement traumatique. Le profond bouleversement psychique consécutif à une telle expérience peut être atténué si la personne est protégée de trop de stimu-

lations supplémentaires, renseignée sur les circonstances du drame, entendue dans son désarroi, sa colère ou son impuissance, maintenue en activité tant que possible et rassurée quant à la variabilité et l'étrangeté de ses réactions à venir. Mais l'aspect humain et relationnel de l'intervention est central puisque l'intervenant sera souvent l'une des premières personnes (sinon la première) à laquelle la victime sera confrontée. La responsabilité est grande puisqu'il s'agit de maintenir le lien avec les autres êtres humains, d'ouvrir une fenêtre sur l'avenir et d'aider la personne à investir du côté de la vie malgré la souffrance. C'est là toute la difficulté de l'aspect spirituel de ces interventions. Le risque est grand de créer un nouveau traumatisme par une approche trop directive et peu respectueuse.

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

Le travail d'accompagnement, bien que relativement simple au niveau technique, est particulièrement complexe au niveau relationnel. Il s'agit d'offrir une présence

*Une odeur âcre
de couleur sang séché surgit
au bout d'une allée désertée.*



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

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

Une autre difficulté majeure du travail de l'accompagnant est le processus de l'identification. Il est en effet fréquemment observé que l'intervenant puisse ressentir les mêmes émotions que les victimes et les membres des familles touchées. La tristesse, la détresse, la colère, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou la confusion sont souvent vécus également par les intervenants. Une solide formation semble nécessaire pour pouvoir repérer et limiter chez nous les effets de ce processus. Ces réactions en miroir, ce partage d'émotions

communes, cette identification en quelque sorte sont susceptibles d'amener les intervenants à « réagir » de façon plus ou moins inadéquate, comme par exemple en entrant en conflit avec d'autres corps de métier impliqués dans l'intervention, en prenant parti pour les uns ou pour les autres, en se positionnant « avec » ou « du côté » des familles, en exigeant des marques de reconnaissance de leur travail ou de leur propre souffrance. Il s'agit là de leur propres réactions face à la souffrance et, dans ce sens, elles sont parfaitement naturelles. Cependant, il est nécessaire de les canaliser et de se situer de façon plus adéquate face aux victimes, assurant ainsi une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité et des relations plus harmonieuses et plus propices au processus de récupération de chacun.

Bibliographie

ANGE RAOULT, P. (dir.) (1999). *Souffrance et violence : psychopathologie des contextes familiaux*, Paris, L'Harmattan.

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

BERCLAZ, M. (dir.) (2002), *Traumatisme et intervention, le soutien psychosocial et spirituel*, Service de formations spécialisées, Genève, HUG.

BRYANT, R. et A. HARVEY (1999). *Acute Stress Disorder. A Handbook of Theory, Assessment and Treatment*, Washington, DC, American Psychological Association.

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

CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Éd. Odile Jacob.

CYRULNIK, B. (2001). *Les vilains petits canards*, Paris, Éd. Odile Jacob.

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

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

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

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

HERMAN, J. (1992). *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books. *Les traumatismes psychiques* (1993). Le bloc-notes de la psychanalyse, n° 12, Genève, George.

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

RAPHAEL, B. et J. WILSON (2002). *Psychological Debriefing. Theory, Practice and Evidence*, Cambridge, Cambridge University Press.

ROSATTI, P. (dir.) (2002). *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles*, Genève, Éd. Médecine et Hygiène.

TRAUMATISMES (2000). *Actualités psychosomatiques*, n° 3.