

Le débriefing psychologique est-il dangereux ?

Erik DE SOIR¹

Article 1

La prise en charge de l'urgence psychologique et le débriefing psychologique

Introduction

Depuis quelques temps, bon nombre de collègues des équipes d'aide collégiale – psychologues ou intervenants terrain des services d'incendie ou ambulanciers - se posent des questions quant à la prise en charge d'urgence des victimes d'évènements traumatogènes (lire : potentiellement traumatisants). La prise en charge d'urgence à l'aide du débriefing psychologique serait, selon certaines études scientifiques, dangereuse et pourrait parfois faire plus de mal que de bien. Beaucoup d'encre a coulé depuis les publications initiales Mitchell et Everly (1983), la parution de la synthèse de la Cochrane Library britannique, le congrès international *Les Débriefings Psychologiques en Question ... ?!* (Bruxelles, 2000), et à la suite de l'article de Van Emmerik et al. publié en septembre 2002 dans la célèbre revue médicale ***The Lancet***.

L'article de Van Emmerik et al. dans ***The Lancet*** a toutes les caractéristiques d'une recherche scientifique irréprochable, mais n'apprend rien de neuf aux acteurs de terrain et aux intervenants de l'urgence en dehors du fait que le debriefing psychologique n'est pas efficace pour aider les victimes directes d'expériences traumatisantes. Ce type de publication ne fait malheureusement que renforcer les politiques de prudence à l'égard du débriefing psychologique et de la prise en charge collective de l'urgence psychologique. Cela amène aussi certains responsables, chefs de service, à douter de l'efficacité de ces interventions, alors qu'aucune conclusion définitive ne peut être tirée à la suite de ce type de recherche.

L'argument avancé serait-il que les techniques de démobilisation psychologique, defusing et debriefing n'ont jamais été destinées à être pratiquées comme thérapie rapide auprès des victimes directes d'expériences traumatisantes ? C'est comme si, après plus de quinze ans de débats et de controverses, on obtenait une avancée infime sur le plan de la prise en charge d'urgence et du débriefing psychologique.

¹ Erik DE SOIR est major, docteur en psychologie et docteur en sciences sociales et militaires, rattaché à l'Institut Royal Supérieur de Défense, en tant que coordinateur de la recherche scientifique et technologique en facteurs humains et médecine, Avenue de la renaissance, 30, B-1000 BRUXELLES, 02-24114458, Erik.DeSoir@mil.be. Il est psychologue sapeur-pompier auprès de la zone d'intervention de secours du Limbourg Nord. Il est l'auteur du livre *'Gérer le trauma. Un combat du quotidien'* chez les Editions De Boeck Supérieur.

L'article cité ci-dessus contribue à la recherche concernant les *single session debriefing*, c.à.d. les études évaluant l'efficacité du débriefing utilisé en session unique comme antidote au trauma. Comme si les symptômes de l'état de stress post-traumatique étaient le seul critère à prendre en compte pour évaluer l'utilité de pareilles interventions (Kleber, 2002).

Dans le présent article, nous voudrions argumenter qu'il est naïf d'imaginer que l'impact traumatogène d'un événement traumatique peut être diminué ou effacé, ou qu'un traumatisme psychologique peut être prévenu, grâce à une seule discussion de soutien.

Nous tenterons ainsi, de manière concise, de donner quelques éléments de réponse² et nous espérons encourager la réflexion des responsables des services d'aide et des entreprises à risques afin qu'ils soient conscients de l'état d'avancement de la recherche scientifique, et puissent donc replacer dans son contexte, les termes de « trauma » et de « débriefing ».

Préciser la terminologie et le concept, intervenir en fonction du trouble

Une première série de problèmes dans la discussion sur la prise en charge de l'urgence psychologique et du débriefing psychologique, dangereux ou non, se situe au niveau de la terminologie et de la délimitation conceptuelle du concept de **trauma**, utilisé avec prodigalité.

En parcourant la littérature détaillée des vingt dernières années, aucun arrêt sur image n'est fait sur ce que les gens ont vécu, et à partir de quand on peut parler de trauma. Le mot trauma est utilisé comme origine et conséquence du stress post-traumatique.

Généralement, dans la littérature anglo-saxonne, on parle d'**incidents critiques**. Et si vous les subissez, vous devez – et dans certaines organisations, il s'agira d'une obligation – être pris en charge à l'aide du **critical incident stress debriefing**. Selon la même littérature, les victimes d'expériences traumatisantes doivent se rétablir grâce à cette pratique. Ainsi, les victimes d'accidents de la route, de viol, d'attaques, de catastrophes et de prise d'otage sont considérées comme faisant partie de la même catégorie que les assistants aux victimes et les personnels chargés du maintien de l'ordre qui vivent des choses désagréables pendant des interventions : ils sont tous considérés comme des survivants au trauma...

Mais quand parle-t-on d'un **incident critique** ou d'un **événement traumatique** ? D'ordinaire, c'est peu clair. Les gens ont pensé et pratiqué durant la dernière

² Pour une analyse détaillée faite par des spécialistes du trauma, je recommande au lecteur intéressé l'ouvrage suivant : *Les Debriefings psychologiques en question ... !? (2002) De Soir & Vermeiren – Editions Garant – Somersstraat 13-15, B-2018 Anvers – Belgique – Tél: ++32-3-2312900.*

décennie en l'orientant fortement sur le trouble. On a beaucoup parlé des **syndromes de stress post-traumatique**, mais la description et l'explication du **traumatisme psychologique** (entre autres dans le *Diagnostic & Statistical Manual for Mental Disorders*) ne sont pas plus qu'une addition de symptômes dont le développement est lié à certaines périodes de temps. Plus que la consistance avérée du traumatisme psychologique, une partie infime de la littérature est consacrée à la manière dont on peut obtenir une définition concrète de ce que cela veut dire pour la(es) victime(s).

Avant de s'arrêter aux modalités de l'intervention psychologique de l'urgence des personnes en état de choc, nous devons donc délimiter le champ conceptuel du concept de **trauma**.

Dans ce qui suit, nous choisirons rarement d'échanger les termes de **trauma** et d'**événements traumatisants**. Il apparaît même plus opportun de parler en première instance d'évènement traumatogène – lire : évènement potentiellement traumatisant.

Un évènement peut être dénommé comme traumatogène s'il répond aux critères suivants :

- 1) l'évènement plonge la personne concernée dans des expériences subjectives et objectives pouvant menacer sa vie ;
- 2) expériences qui au cours de l'évènement envahissent (parfois aussi assujettissent), causent un effroi, pétrifient et/ou horrifient et/ou rendent impuissant ;
- 3) sont suivies par un écroulement de soi et une rupture de l'image du monde qui soutient les convictions fondamentales - les certitudes ancrées en rapport avec la sécurité, la capacité de prédiction, le contrôle, l'autonomie, ce qui fait sens et la cohésion.

Satisfaire à ces critères n'est cependant ni suffisant ni une condition nécessaire pour qu'un évènement soit reconnu comme étant traumatisant. Les exemples qui suivent vont montrer clairement qu'une distinction doit être opérée entre les évènements **dépressogènes** – qui peuvent rendre les gens (et les aides-soignants) tristes, abattus et ayant des pensées noires – et des évènements **traumatogènes** – qui, dans la plupart des cas, vont de pair avec un niveau élevé d'anxiété et d'activation, et qui, avant tout et de manière profonde, laissent une trace indélébile dans l'esprit des intervenants.

Dans ce sens, l'interprétation francophone du trauma est beaucoup plus correcte que les descriptions anglo-saxonnes. L'évènement traumatogène est une situation qui expose les personnes qui en sont victimes au développement d'une pathologie psychique. De Clercq (2001), le premier à utiliser le concept « d'évènement traumatogène » a induit l'idée que le traumatisme psychique n'est pas prévisible selon la gravité des faits mais est véritablement une rencontre d'un individu avec l'évènement. La confrontation avec un évènement traumatogène peut avoir des

conséquences qui revêtent une multitude de formes. Sous cette diversité, le trauma possède des propriétés stables.

Avant cela, voyons ce qui caractérise l'évènement traumatogène. Ce dernier est soudain, violent, imprévisible et de l'ordre de l'exceptionnel. Plus qu'un débordement des moyens de défense de l'appareil psychique, le trauma est une agression que subit un sujet et qui est ressenti comme mettant en péril son équilibre psychologique. Il est une blessure au sens étymologique. C'est la conséquence directe de violentes émotions à la suite d'un accident, d'agressions ou de catastrophes.

Pour Crocq (2002), il s'agit essentiellement de la brutalité de la confrontation avec la vision réelle de la mort qui provoque une sidération du moi, le laissant incapable de réaction. Et pour Lebigot (2004), il faut rajouter à ceci l'omniprésence du couple d'affects effroi/détresse. Cet effroi constitue une frayeur extrême. Il est si intense qu'il provoque un vécu de grande impuissance, de détresse face à la situation traumatique. Sur le long terme, il peut être à l'origine d'un changement psychique durable.

La prise en charge de l'urgence psychologique n'est jamais un processus standardisé

Dès que l'organisation d'une prise en charge (de terrain) après une expérience choquante- potentiellement traumatisante - est prévue dans un protocole d'intervention rigide qui concerne un grand nombre d'étapes et de techniques auxquelles cette prise en charge doit se soumettre, il y a généralement peu de place pour l'analyse qualitative de l'évènement en question. On le voit très clairement lors d'évènements dans un certain nombre de pays anglo-saxons où les employeurs, à cause de la pression exercée par la législation, offrent une prise en charge à tout employé ayant vécu un évènement choquant et/ou traumatogène.

On confère souvent à cette prise en charge un caractère pré-formaté et standardisé, marqué par la maxime s'y rapportant '*one-size-fits-all trauma intervention*' ou une approche standardisée qui convient à tous les cas possibles. On remarque cela immédiatement à la terminologie qui est employée dans ce type de protocole : des évènements très différents sont dénombrés dans une liste d'incidents critiques pour lesquels une aide obligatoire est associée d'office. Cette aide se traduit donc souvent à travers des interventions superficielles et préconçues, planifiées à l'avance et situées en dehors de tout contexte.

Dans beaucoup de cas, c'est même encore plus grave, et les gens sont obligés de participer à une réunion unique qui est sensée tout régler ; il ne reste plus de gestion intégrative – où l'aide psychosociale est vue comme un ensemble de mesures qui doivent être développées en fonction de la(des) victime(s) et les personnes importantes à ses yeux (famille). C'est précisément ce qui s'est passé ces dernières années avec le **débriefing psychologique** ou le **critical incident stress debriefing**. Cette technique d'entretien a été extraite de la totalité des règles prévues

et a été présentée à tort et à travers, pour des groupes très divers de victimes, comme une intervention unique.

En réalité, pour Jeffrey Mitchell, le père spirituel du débriefing psychologique, le but n'a jamais été d'utiliser son protocole de débriefing pour la prévention de traumatismes psychologiques auprès des victimes directes d'un événement traumatogène.

Des exemples concrets

Prenons maintenant l'exemple des services de police ou sapeur-pompier/ambulanciers. Il peut s'agir de la prise en charge d'un premier intervenant lors d'un attentat ou d'une attaque à main armée ou d'un pompier qui pour la première fois doit rassembler les restes d'une victime qui s'est jetée sous un train ou d'une équipe de policiers qui découvre qu'un de leurs collègues s'est pendu, ou, encore, d'une équipe d'ambulanciers qui vient juste de revenir d'intervention pour la mort subite d'un nourrisson. Ou encore, l'accompagnement d'un service qui a perdu deux collègues au cours d'un incendie. Il s'agit d'expériences fondamentalement différentes, tant en termes de nature de l'évènement qu'en termes d'intensité de vécu et d'implication des sauveteurs dans les faits. Nombre de protocoles scientifiques ne font néanmoins pas la différence entre ces évènements.

Du moment que l'on garde ces exemples en tête, on peut dégager divers facteurs : dans certaines expériences, il s'agit avant tout de réactions de deuil (après décès), dans lesquelles, en premier lieu, les intervenants – souvent à travers un processus d'identification des victimes – se sentent abattus et tristes, et dans d'autres cas, il s'agit principalement des réactions d'anxiété et d'hyper-agitation que l'on trouve après confrontation avec un évènement menaçant pour la vie, le genre de réactions que l'on retrouve à nouveau chez les animaux qui fuient pour leur vie, poursuivis par un prédateur. Dans certaines interventions, on va avoir un impact à la fois traumatogène et dépressogène, rendant la prise en charge et l'accompagnement plus difficile.

Si les gens sont choqués – mais pas nécessairement traumatisés-, on peut les prendre en charge sans risque et en faisant du très bon travail grâce à une approche non-professionnelle (lire : sans psychologues, psychiatres ou assistants sociaux), par exemple avec une équipe collégiale d'accueil. Si les premiers intervenants se sentent déprimés, parce qu'ils ont tenu un enfant en bas âge qui était en train de mourir, ils vont principalement réagir en exprimant un grand sentiment d'abattement, un sentiment d'impuissance, de culpabilité, et de chagrin. Dans bon nombre de cas, ils vont s'identifier aux parents et/ou membres de la famille. Mais, si au dernier moment, les gens échappent à la mort, et qu'ils doivent fuir et se battre pour leur vie, et qu'ils sont choqués, ou qu'ils sont menacés avec un couteau sur la gorge, il s'agit de tout à fait autre chose.

Dans ces derniers cas, il faut prévoir une toute autre forme de prise en charge immédiate. Cette assistance sera beaucoup plus basée sur la tranquillisation, le fait de retrouver son équilibre physique, de la sécurité et du réconfort, que sur une ventilation émotionnelle. On ne posera jamais la question suivante – que l'on trouve dans la plupart des protocoles de débriefing psychologique – dans de tels cas : « quel était le pire moment que vous ayez vécu durant l'événement ». On risque en particulier de reconfronter beaucoup trop rapidement les victimes avec des expériences bouleversantes au cours desquelles, leur organisme en hyperactivité, ils ressentaient l'angoisse de la mort. Un grand débat a eu lieu par ailleurs entre praticiens psychologues favorables ou non à la réexposition, c'est à dire à la confrontation des victimes à leurs souvenirs, qu'on les laisse en parler ou qu'on les leur rappelle à la suite d'un évènement traumatogène.

Qu'en retenir pour le débat sur l'efficacité du débriefing psychologique après une expérience choquante ? Il s'agit avant tout de constater que :

1) on ne peut pas s'attendre qu'après une et une seule session de groupe de parole, les victimes puissent se rétablir complètement d'un évènement qui a menacé leur vie et donc eu un impact très profond en eux et que,

2) le triage psychologique émotionnel – à comparer au triage émotionnel effectué par le corps médical et la médecine d'urgence lors de catastrophes – est une étape nécessaire avant toute prise en charge de victimes d'expériences choquantes.

Dans l'article suivant, nous nous concentrerons sur l'aide concrète prodiguée à la suite de deux expériences représentatives des d'évènements soit traumatogènes soit dépressogènes.

Article 2

Le débriefing psychologique ou 'Critical Incident Stress Debriefing' n'est pas toujours conseillé comme aide de première ligne

Dans ce qui suit, nous montrerons les différences qualitatives qui existent entre différents types d'intervention afin de montrer que le débriefing psychologique et la discussion en soutien émotionnel ne conviennent pas en tant que soins de première ligne à la suite d'expériences traumatogènes.

Exemple 1

Deux pompiers se retrouvent coincés sous une poutre lors d'un incendie. Ils craignent pour leur vie. Leur matériel est effectivement en train de brûler. L'un des deux est en état de choc et crie en disant qu'ils vont mourir. L'autre garde la tête froide et n'abandonne pas. Malgré la chaleur et le danger, ils cherchent une solution. Ils s'échappent finalement in extremis de leur position critique et parviennent à se mettre en sécurité, alors que leur réserve d'oxygène est presque épuisée et leur équipement commence à prendre feu. Une fois dehors, ils s'écroulent d'épuisement. Un peu plus tard, dans l'ambulance, ils reprennent leurs esprits, apparemment indemnes mais psychiquement gravement atteints.

Il est évident que nous n'allons pas, immédiatement après l'intervention, placer ces gens dans un groupe de parole ou de débriefing psychologique avec leurs collègues qui ont aussi assisté aux événements. Il faudra d'abord les procurer une aide particulière, réaliser la prise en charge selon les techniques de **Première Aide Psychologique en cas d'Accidents (PAPsyA, De Soir, 2004)**, les transporter vers l'hôpital (où ils peuvent bénéficier d'une prise en charge en urgence psychologique, dans le meilleur des cas), et, seulement bien plus tard, une fois qu'ils ont récupéré physiquement, nous pourrons les aider à reconstruire leurs souvenirs calmement, nous écouterons leur vécu, éventuellement tous ensemble, en groupe.

Les autres collègues sont entre-temps, à leur tour, reçus et pris en charge par le groupe '**Fire Stress Team/Appui Psychologique aux Intervenants**' (les équipes d'entraide collégiale dans les corps de sapeurs-pompiers) qui depuis plus de 25 ans a acquis une grande expérience de terrain. Plus tard, et même bien plus tard, ils vont remarquer et/ou se rendre compte que pour certains d'entre eux, cette expérience les a bouleversés – par exemple au niveau des priorités – tant dans leur vie privée que professionnelle.

Exemple 2

Des pompiers reviennent déprimés à la caserne car ils ont pu sauver un homme et un enfant, mais n'ont rien pu faire pour la mère au cours du sauvetage. Au retour vers la caserne des pompiers règne dans le véhicule un silence pesant. Certains ont les larmes aux yeux, d'autres maudissent le ciel en regardant à travers la fenêtre. Un dernier jure alors même que son véhicule arrive à la caserne et qu'il en sort, et dit d'un ton dédaigneux qu'il est incompréhensible que certaines personnes à l'heure actuelle roulent comme des fous.

Ces intervenants sont choqués, tristes et vidés émotionnellement, mais courent peu de risques de développer un traumatisme. Personne n'a dû courir pour sauver sa vie, n'a été confronté à une situation d'hyperactivation, d'expérience dissociative

(*tunnelvision*), ou d'anxiété très élevée. On peut tout à fait les accueillir immédiatement, et les laisser parler de leurs sentiments d'impuissance, de tristesse et de désarroi qu'ils éprouvaient dans le feu de l'action.

Il s'agit, dans ce deuxième exemple, de sentiments de tristesse et d'impuissance, de personnes qui expriment des réactions de deuil et d'abattement et dont on peut se défaire assez rapidement du chagrin que l'on a sur le cœur. Si on pense à la problématique à long terme qui peut survenir dans les deux accidents, peut-être lors des interventions vécues par le même corps de sapeurs-pompiers au cours de la même semaine, il semble clair que d'autres phénomènes vont en principe jouer en fonction des souvenirs auxquels les intervenants seront confrontés.

Dans le premier exemple, il semble que les victimes physiques directes, qui ont été séparées des victimes indirectes par un triage émotionnel, courent un risque réel de développer un traumatisme psychologique chronifié – avec tous les symptômes de reviviscence, d'évitement et de déni, et d'excitation corporelle en revivant l'évènement. Ils ne vont certainement pas pouvoir gérer eux-mêmes entièrement ces évènements, et dans beaucoup de cas, ceux-ci auront une influence sur leur vie. La prise en charge et l'accompagnement devront être maintenus durant un moment.

Les intervenants du second exemple ne vont pas rester trop longtemps silencieux après cet accident tragique ; le lendemain, ou même plus tard, ils seront à nouveau confrontés à un autre drame. En parler peut aider, mais garder le silence trop longtemps et continuer à en parler trop longtemps risque en définitive d'endommager les défenses psycho-émotionnelles à l'égard de ce type d'évènements. Personne ne souhaite en arriver à ce stade.

Lors du soutien prodigué aux intervenants impliqués dans des interventions bouleversantes, il faut bien évaluer le type de prise en charge en fonction du type d'intervention auquel le personnel a été confronté et à quel moment cette prise en charge doit être proposée. Cela n'a donc aucun sens de prévoir un soutien standardisé – appelé **débriefing psychologique ou critical stress debriefing** - pour des cas tout différents, sans effectuer au préalable une analyse qui permette de préciser qui a vécu quoi. Dans certains cas, une séquence de différentes activités de soutien envers différents groupes d'intervenants impliqués s'avèrera indispensable, alors que dans d'autres cas, un seul entretien de groupe suffira. Mais il est difficile d'analyser et comparer la qualité des différents soutiens psychologiques liés aux différentes réalités de terrain au moyen d'études randomisées en contrôlées, même si cette méthode est considérée comme la règle d'or en matière de recherche empirique.

Au regard des précédents exemples, on peut aussi s'interroger quant à la prise en compte effective ou non de la santé mentale des intervenants au moment de leur recrutement et aux différentes formes de stress auxquelles ils sont constamment confrontés. Il ne faut pas en effet négliger les facteurs de stress organisationnels tels que la charge de travail, l'environnement au travail, la confrontation avec des

personnes agressives, les conflits interpersonnels, etc. Les études scientifiques n'abordent pas suffisamment les interactions entre le stress subi en arrière-plan par les premiers intervenants et le stress provoqué au premier plan par les interventions qui les choquent.

Par ailleurs, ce ne sont pas toujours les expériences les plus spectaculaires qui ont le plus grand impact sur les personnes.

Il n'y a donc pas de réponse définitive quant à savoir si le débriefing psychologique est efficace, inutile ou même dangereux. La réponse devrait idéalement être : « **parfois oui, parfois non** ». Ce qui est essentiel à savoir, c'est que ce type d'intervention n'aura souvent aucun sens s'il n'est pas fait usage auparavant – déjà sur le terrain – de la **Première Aide Psychologique** et d'une session d'accompagnement, et par conséquent de ne pas avoir de vision sur les prises en charge futures.

Ces quinze dernières années, nous avons constaté avec les **Fire Stress Teams** qu'on arrivait souvent trop tard pour pouvoir organiser un bonne Première Aide Psychologique, et qu'il était nécessaire alors d'évaluer dans quelle mesure les pompiers avaient besoin d'un accompagnement et d'une prise en charge (lire : effectuer un triage psychologique et émotionnel).

C'est pour cette raison qu'on a travaillé beaucoup ces dernières années au sein de **l'Association européenne de psychologie sapeur-pompiers (AEPSP – www.aeppsp.eu)** à la constitution d'un réseau d'appui par les pairs (collègues). En France, ces projets se développent au sein de l'Unité de Soutien Psychologique (USP) qui a été créée dans le Service Départemental d'Incendie et des Secours (SDIS).

En Belgique, le réseau des FiST Antennes, Debriefeurs et Superviseurs s'y consacre depuis déjà 25 ans. Dans la partie francophone belge, on parle d'équipes **FiST/API** (API : Appui Psychologique des Intervenants). Dans ces équipes FiST, ce sont les **Antennes**, le premier niveau de l'assistance collégiale, qui doivent combler le gap entre l'intervention choquante d'une part et ce que les pompiers vont recevoir comme première aide, prise en charge et accompagnement collectif d'autre part. En principe, ces personnes sont sélectionnées au sein de chaque service d'incendie pour fournir la première aide psychologique (sur le terrain et/ou dans la caserne immédiatement après l'intervention). Elles effectuent un triage psychologique et émotionnel préliminaire et – si cela s'avère nécessaire – activent la deuxième ligne d'aide psychologique, c'est-à-dire les **Débriefeurs** des Fire Stress Teams/Services d'Appui Psychologique aux Intervenants. Ces Débriefeurs travaillent sous le contrôle de Superviseurs, à savoir des psychologues et psychothérapeutes spécialisés dans l'assistance aux acteurs de terrain.

Conclusion

Ces deux articles démontrent que le « débriefing psychologique » n'a été développé que pour prêter assistance à des groupes homogènes de premiers intervenants professionnels - et non pour prendre en charge les victimes directes ayant subi une expérience traumatogène, et certainement pas les intervenants qui ont assisté à la mort d'une personne et ressentent ensuite une grande anxiété et se disent choqués.

Van Emmerik et al. (2002) ont donc tout à fait raison d'affirmer que les DEBRIEFINGS PSYCHOLOGIQUES EN UNE SESSION, organisés au profit de victimes de traumatisme :

- 1) soit ne fonctionnent pas et/ou ne permettent pas un rétablissement à long terme
- 2) soit aggravent leur état psychologique ou, dans le meilleur des cas, n'ont aucun effet.

En plus, la littérature privilégie malheureusement les analyses quantitatives au sujet des interventions traumatogènes et/ou dépressogènes, avant d'entamer un quelconque travail sur la forme d'aide à apporter. Si des recherches qualitatives étaient menées sur les différents volets d'assistance, prise en charge et encadrement, le soutien psychologique pourrait être adapté avec efficacité, ce qui éviterait aux intervenants de faire l'objet d'une approche préformatée, standardisée, réalisée par des personnes peu préparées à ce type d'aide et travaillant sans supervision.

Si un spécialiste du trauma ayant l'expérience des différents types de victimes prend au pied de la lettre ce que l'article paru dans **The Lancet** avance, il n'aura rien appris de plus que ce qu'il ne savait déjà depuis longtemps. Les auteurs de cet article ont donc raison, mais il leur manquait certainement l'expérience de terrain. Il est dommage que ce genre d'article, au titre peu prudent et très peu nuancé, suscite d'autres articles paraissant dans les journaux avec des titres aussi désastreux que « *la prise en charge du trauma après des catastrophes est dangereuse* ».

Bibliographie

CROCQ L., (2002).

Traumatisme psychique et névrose traumatique, Cours du Diplôme Universitaire Stress & Traumatismes Majeurs

CROCQ L. (2000).

Le retour des enfers et son message. Revue francophone du stress et du trauma ; 1 (1) : 5-19.

DE CLERCQ M., LEBIGOT F., (2001)

Les traumatismes psychiques. Paris, Masson.

DE SOIR E. & VERMEIREN E. (2002).

Les debriefings psychologiques en question ... ?! Anvers/Apeldoorn, Edition Garant.

DE SOIR E. (2004)

Marqué au cœur... Le trauma des équipes de secours. Anvers/Apeldoorn, Editions Garant.

DE SOIR, E. (2010)

Gérer le trauma. Un combat du quotidien. Paris, De Boeck Supérieur

LEBIGOT F. (2004).

Le traumatisme psychique. Revue francophone du stress et du trauma.