

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DÉBRIEFING PSYCHOLOGIQUE : un sujet controversé

C. DEBABÈCHE (1), M. ANSSEAU (2), W. PITCHOT (3)

RESUME : Les dernières décennies ont montré un intérêt croissant concernant les interventions précoces après un événement potentiellement traumatique. Ces interventions précoces sont censées prévenir les conséquences psychologiques néfastes d'un tel événement, notamment un trouble de stress post-traumatique. Le débriefing psychologique est l'intervention la plus fréquemment utilisée. Pourtant, il est fortement critiqué dans la littérature scientifique. Le but de cet article est de redéfinir le débriefing psychologique et son intérêt réel, ainsi que les stratégies alternatives de prise en charge d'individus ayant vécu un événement traumatisant.

MOTS-CLÉS : *Etat de stress post-traumatique - Débriefing psychologique - Thérapie cognitivo-comportementale - Pharmacothérapie*

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND PSYCHOLOGICAL DEBRIEFING:
A CONTROVERSIAL TOPIC

SUMMARY : The last decades have demonstrated the value of early interventions after a traumatic event. The purpose of these interventions is to prevent the development of psychological consequences such as post-traumatic stress disorder. Psychological debriefing is clearly the most popular intervention. However, in the literature, it is subject to a real controversy. The objective of the present paper is to define the interest of psychological debriefing, but also alternative therapeutical strategies for people exposed to traumatic events.

KEYWORDS : *Post-traumatic stress disorder - Psychological debriefing - Cognitive behavioral therapy - Pharmacotherapy*

INTRODUCTION

Les dernières décennies ont montré un intérêt croissant concernant les interventions précoces après un événement potentiellement traumatique (1). Ces interventions précoces sont censées prévenir les conséquences psychologiques néfastes d'un tel événement, notamment un trouble de stress post-traumatique (PTSD, «Post-Traumatic Stress Disorder»). Une des interventions les plus communes et les plus utilisées est le débriefing psychologique, dont le but est de normaliser et promouvoir le processus émotionnel après l'événement. Le débriefing a été largement utilisé, mais aussi fortement critiqué dans la littérature récente. Le but de cet article est de redéfinir ce qu'est exactement le débriefing psychologique et son utilité réelle. D'autres stratégies de prise en charge d'individus ayant vécu un événement traumatisant seront également abordées.

RÉPONSE À UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

Lorsqu'un sujet vit un événement traumatisant, appelé «le premier stresser», différents types de ressources sont mobilisées. Celles-ci sont, d'un côté, les propres ressources du sujet et, de l'autre, celles apportées par l'extérieur. Ces ressources sont concrètes (environnement social, situation financière) et symboliques

(croyances et attentes du sujet). Lorsqu'elles viennent à manquer, cela constitue un deuxième stresser se surajoutant au premier, ce qui peut avoir des conséquences sur la façon dont l'individu va percevoir le trauma et sa croyance en un avenir positif. Les symptômes qui peuvent en résulter, comme l'anxiété, l'humeur dépressive et les troubles du sommeil, constituent un troisième stresser. Par contre, lorsque les ressources sont suffisantes, l'amélioration de l'état psychologique est, en général, obtenue si le temps d'exposition à l'événement est limité. Certaines interventions de crise et de gestion du stress ont pour objectif d'identifier un manque de ressources et de les améliorer.

En accord avec ce qui vient d'être mentionné, un des facteurs de risque de développement d'un PTSD est un support social déficient. Les suites d'un événement traumatique peuvent être une période extrêmement critique de plasticité neuronale avec l'intervention de facteurs psychologiques et biologiques. Il s'agit d'une «cascade biopsychologique» créée par la perception de la menace, et qui peut conduire à un trouble chronique ou à l'adaptation et la résilience. Les efforts pour diminuer les conséquences du premier stresser, comme apporter de l'information, une présence humaine et de l'espoir, jouent un rôle essentiel pour prévenir cette cascade. Cependant, certaines études montrent qu'intervenir sur cette réponse initiale au stress est nécessaire, mais pas suffisant pour prévenir un PTSD. Ce sont, en fait, les souvenirs intrusifs et délétères ainsi que les réponses cognitives et comportementales

(1) Assistante, (2) Professeur, Chef de Service, (3) Professeur, Chef de Service Associé, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège

à ces souvenirs qui sont importants à prendre en compte. La prévention du PTSD devrait aussi faire intervenir des procédures thérapeutiques se concentrant sur l'expérience traumatique elle-même en plus du niveau de stress expérimenté. La méthode la plus largement utilisée jusqu'à ce jour pour prévenir le PTSD est le débriefing psychologique.

LE DÉBRIEFING PSYCHOLOGIQUE

Le terme briefing se rapporte à l'information donnée à un groupe militaire avant de partir en mission et le débriefing est le compte-rendu et l'analyse de cette mission au retour (2). Le but du débriefing est l'amélioration des performances opérationnelles des combattants. Ce terme est né dans l'armée américaine durant la seconde guerre mondiale et n'avait, au départ, aucune autre fonction. Il a ensuite été découvert que le débriefing sous la forme d'un partage d'expérience avait un effet psychologique positif sur les soldats (3). Des psychiatres et psychologues militaires développèrent le concept durant les guerres de Corée (1950-1953) et du Viêt Nam (1954-1975). Au cours des années soixante, la méthode a été utilisée dans le monde civil, chez des survivants de catastrophes (2). En 1983, Mitchell, un américain et auxiliaire paramédical d'une brigade de sapeurs-pompiers, a créé le «Critical Incident Stress Debriefing» (CISD), une intervention de groupe, structurée en plusieurs étapes et conçue pour les sauveteurs, dans le but d'améliorer leurs capacités opérationnelles, mais sans intention thérapeutique. Le format proposé par Mitchell a subi plusieurs modifications au fil des années et le débriefing s'est alors également appliqué aux victimes et en individuel, dans un but préventif et thérapeutique.

Le débriefing psychologique est un processus qui tente de prévoir ou de limiter le développement du PTSD en permettant aux individus de parler de leurs pensées et émotions à propos de l'événement et cela, dans un environnement contrôlé et sécurisant (4). Il s'agit donc d'une méthode conjuguant la promotion de l'expression émotionnelle et du processus cognitif en revisitant l'expérience traumatique par des questions comme «qu'avez-vous ressenti, qu'avez-vous pensé à ce moment ?» (3, 5). Il se déroule en une seule séance, généralement en groupe, bien qu'il puisse se réaliser en individuel. Le débriefing psychologique en groupe est préférable de par son environnement maternel (3). Le professionnel menant le débriefing, aussi appelé le facilitateur, commence par décrire les objectifs de la session et invite les participants

à partager leurs expériences, puis à les décrire dans leurs aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux. La description du moment le plus terrifiant est demandée. Le facilitateur reconnaît l'intensité des réactions et insiste sur leur universalité (normalisation des réponses). Il donne ensuite des conseils sur les réactions émotionnelles attendues et les phases de retour à la normale (psychoéducation).

La large utilisation du débriefing psychologique se base sur le fait que si on expérimente un événement critique, il existe un risque de développer ultérieurement une psychopathologie (6). En effet, bien qu'une détresse psychologique soit normale dans les suites d'un événement (1, 7), la persistance de cette détresse peut être à l'origine de troubles mentaux (5, 7, 8) (PTSD, troubles anxieux, troubles de l'humeur, dépendances aux substances) entraînant une perturbation importante du fonctionnement de l'individu. Ces complications peuvent être associées à un coût financier élevé pour la société. Ces dernières années, le débriefing psychologique est devenu la réponse immédiate après un événement stressant. Cependant, la littérature récente conteste son efficacité (7). Aujourd'hui, ce thème est l'objet d'une importante controverse.

LA CONTROVERSE

Les études et revues de la littérature des dernières années montrent que le débriefing psychologique n'est pas efficace pour diminuer la détresse ou prévenir le PTSD, voire serait délétère (1, 3, 4, 6, 9-13). Il existe plusieurs explications quant à ce manque d'efficacité. Le débriefing interférerait avec les processus psychiques naturels du sujet et la réexposition à l'événement traumatique pourrait augmenter l'anxiété sans permettre un temps d'habituation suffisant, constituant un second traumatisme (3, 9). La stimulation de l'expression émotionnelle après le trauma serait trop envahissante et une période d'adaptation pendant laquelle on ne parle pas de l'événement serait nécessaire (13). Cela est encore plus le cas chez les personnes hypervigilantes. Si on les encourage à exprimer leurs émotions, il se produit une activation du système sympathique qui accentue l'hypervigilance, augmentant les symptômes anxieux et le risque de développer un PTSD. De même, la psychoéducation pourrait amener à la conscience de l'individu des symptômes de stress qui autrement n'auraient pas été perçus (13). L'interférence néfaste du débriefing se produirait aussi à un plus large niveau dans le sens où il existe un court-circuitage des supports sociaux natu-

rels comme la famille et les amis (8, 9). Or, ce support est extrêmement important dans la gestion du stress initial. De plus, certaines données suggèrent que l'amnésie de l'événement traumatique est associée à une plus faible prévalence de PTSD (14). Le déni, l'amnésie et l'hébétéude à court terme seraient des réactions normales et adaptatives permettant une période de répit (6). Par conséquent, les interventions psychologiques qui augmentent la mémoire traumatique, comme le débriefing, pourraient avoir un effet négatif en entravant ces défenses.

Par ailleurs, les interventions susceptibles d'être efficaces à court terme se montrent insuffisantes sur le long terme (1). En effet, le PTSD comme la dépression et l'anxiété sont des affections complexes avec de multiples étiologies rendant la contribution des interventions précoces trop faible dans certaines situations. Il est néanmoins difficile de dépister les personnes les plus à risque sur le long terme. Une étude chez les rats a montré des effets intéressants et qui pourraient avoir des implications cliniques (11). Cette étude suggère qu'une intervention précoce (vingt-quatre heures) pourrait être efficace après un trauma moyen et qu'une intervention différée (plusieurs jours, voire plusieurs semaines) serait plus adaptée pour un trauma sévère. Cela rejoint une étude montrant qu'une intervention plus tardive est plus efficace lorsque les mécanismes psychologiques naturels sont plus forts (15). Une étude a également montré que l'efficacité perçue par les sujets ayant bénéficié d'un débriefing psychologique serait due à une distorsion cognitive (6). En fait, les sujets surestimeaient rétrospectivement le besoin qu'ils avaient d'un débriefing.

Face à ces critiques, certains auteurs ont argumenté le fait que le terme «débriefing» était mal utilisé et ne correspondait pas au modèle initial, le CISD. D'autres ont suggéré que le débriefing avait été mal réalisé dans les études et qu'il restait, par conséquent, approprié si bien utilisé. Cependant, la méthodologie des études contestant le débriefing serait meilleure que celle des études le soutenant (12).

En tenant compte des données concernant le manque d'efficacité du débriefing psychologique, la recommandation est d'éviter une procédure fixe et rigide appliquée à tout le monde sans discrimination (1, 9). Cette utilisation massive du débriefing répond aux besoins des professionnels de la santé, mais satisfait aussi l'idéologie sociale selon laquelle «il faut faire quelque chose» et, donc, apporter une aide immédiate aux victimes (3). Cependant, ce débriefing compulsif peut entraîner un second trauma et les profes-

sionnels devraient l'utiliser avec prudence (3), d'autant plus qu'une forte proportion de personnes sont résilientes sans intervention (1). L'idée serait alors de cerner des groupes cibles sur base de facteurs de risque dont il a été prouvé qu'ils avaient un lien avec la survenue ultérieure d'une psychopathologie (1, 6). De plus, les recherches en biologie et en génétique pourraient apporter des éléments sur l'identification et l'amélioration de la réponse au stress, dans le but de prévenir la survenue de troubles chroniques (1). La prévention du PTSD et l'application du débriefing nécessiteraient l'identification d'une série de facteurs, dont des facteurs génétiques (14).

Les facteurs de risque associés au PTSD que l'on retrouve lors de la réponse immédiate à l'événement et qui pourraient être utilisés dans l'identification de groupes cibles sont : une panique importante, une souffrance prononcée, un épisode dissociatif, des antécédents d'anxiété et/ou de dépression, un traumatisme antérieur, une douleur importante en cas d'atteinte physique (14, 16). Les facteurs les plus prédictifs du PTSD sont la dissociation péritraumatique et la perception d'un manque de support social (second stressor) (5).

Dans des populations plus spécifiques comme les professionnels des services d'urgence et de secours ainsi que dans le personnel de l'aide humanitaire, le débriefing psychologique montre une efficacité certaine (1, 17). Une revue portant sur les travailleurs de l'aide humanitaire montre que l'expression émotionnelle diminue l'impact du stress (17).

Une étude (18) réalisée chez des enfants ayant survécu à un accident de roulage a montré l'efficacité du débriefing individuel. Cependant, l'efficacité était comparable à celle obtenue dans le groupe contrôle constitué par des enfants ayant seulement bénéficié d'une discussion neutre après l'accident. Il n'y a pas eu de comparaison par rapport à des enfants n'ayant eu aucune intervention.

AUTRES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE

LA PREMIÈRE AIDE PSYCHOLOGIQUE ET LA GESTION DU STRESS AIGU

Un support social déficient et un manque de ressources dans les suites immédiates d'un événement traumatisant doivent être considérés comme un deuxième stressor pouvant aggraver le pronostic psychologique (1). C'est à ce niveau qu'intervient la première aide psychologique. Sa fonction est d'abord de fournir les besoins

de base comme restaurer la sécurité (évacuation, protection, diminution de l'exposition au stress), procurer de la nourriture, de l'information et une orientation, faciliter les connections sociales ainsi que l'accès aux autres ressources (famille). On aide l'individu à retrouver le contrôle émotionnel et à restaurer une communication interpersonnelle. Un retour à l'activité et au fonctionnement normal est encouragé et on tente d'augmenter les attentes du sujet dans ce sens. A ce stade, il ne faut pas médicaliser et on parlera de «réactions normales» (14). La focalisation se fait sur l'information et le retour à la normale et non sur les composantes émotionnelles. Il est inutile de donner un traitement pharmacologique à ce stade, sauf dans des cas exceptionnels.

Des études chez des sujets ayant survécu à une attaque terroriste montrent que moins les émotions sont exprimées, meilleur est le pronostic (12). Les auteurs se sont basés sur le fait que la résilience est propre à l'être humain et qu'il n'est pas désirable d'intervenir dans la plupart des cas. La capacité de résilience peut être renforcée en se concentrant sur des facteurs individuels de résilience ainsi que sur des systèmes sociaux et des stratégies comportementales, au contraire du débriefing qui lui, se concentre sur les symptômes. Un consensus a été établi pour les victimes d'attaques terroristes. Ces victimes bénéficient de ce type d'intervention lorsque cela s'avère nécessaire plutôt qu'un débriefing systématique.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir l'efficacité des méthodes dont le but est de prévenir le PTSD (1).

THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (TCC)

Des interventions psychologiques précoces plus complexes et selon un modèle cognitivo-comportemental ont donné des premiers résultats plus intéressants que le débriefing dans la prévention d'un PTSD (13). Une étude (16) a porté sur des sujets bénéficiant d'une intervention consistant en quatre séances de thérapie incluant de l'exposition comportementale ainsi que de la restructuration cognitive, une à cinq semaines après une attaque physique. Les résultats ont montré une diminution significative des symptômes de PTSD après treize semaines par rapport au groupe contrôle. L'exposition contrôlée régulière serait plus efficace qu'une seule session comme c'est le cas dans le débriefing. Le travail de restructuration cognitive semble faciliter le processus de métabolisation du matériel traumatique. Certaines recommandations

internationales préconisent les séances de TCC comme traitement préventif de première ligne après un événement traumatisant (10).

PHARMACOTHÉRAPIE

L'utilisation d'agents pharmacologiques (anxiolytiques, antidépresseurs) peut être indiquée chez les individus ayant du mal à contrôler leurs réponses à l'événement (1). Cela permet d'améliorer les symptômes dans l'aigu, mais il y a peu de données concernant la prévention de troubles chroniques. A long terme, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) sont efficaces dans le PTSD et surtout dans le traitement de la dépression associée.

CONCLUSION

Le débriefing psychologique a été largement utilisé depuis les années soixante afin de prévenir des troubles psychiatriques chroniques après un événement traumatisant. Son utilité au niveau du personnel des services d'urgence, de secours et de l'aide humanitaire est prouvée. Par contre, il a été largement contesté ces dernières années quant à son application chez les victimes d'événements traumatisants, et un manque d'efficacité, voire un effet délétère, a été démontré, notamment en cas d'utilisation systématique. Cette utilisation compulsive devrait être abandonnée pour une utilisation plus ciblée, chez des personnes appartenant à des groupes à risque. Les facteurs permettant de définir ces groupes sont encore à l'étude, notamment en ce qui concerne les facteurs génétiques. D'autres stratégies de prise en charge peuvent être utilisées, comme la première aide psychologique et la gestion du stress, bien qu'un effet favorable sur la prévention du PTSD ne soit pas clairement démontré. Des séances de TCC dans les semaines suivant un événement traumatisant ont montré un meilleur résultat que le débriefing. Enfin, chaque être humain possède en lui des capacités d'adaptation et de résilience, et dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire d'intervenir auprès de personnes victimes d'événements traumatisants; ou alors, tout au plus faut-il renforcer les facteurs de résilience lorsqu'ils viennent à se montrer insuffisants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Watson PJ, Shalev AY.— Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectrum*, 2005, **10**, 123-131.
2. Lebigot F, Damiani C, Mathieu B.— débriefing psychologique des victimes, in De Clercq M, Lebigot F Ed. Les traumatismes psychiques. Masson, Paris, 2001, 63-187.

3. Kaplan Z, Iancu I, Bodner E.— A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatric Services*, 2001, **52**, 824-827.
4. Born L, Phillips SD, Steiner M, et al.— Trauma and the reproductive lifecycle in women. *Rev Bras Psiquiatr*, 2005, **27**, 65-72.
5. Boris NW, Ou AC, Singh R.— Preventing post-traumatic stress disorder after mass exposure to violence. *Biosecur Bioterror*, 2005, **3**, 154-163.
6. Devilly GJ, Annab R.— A randomized controlled trial of group debriefing. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2008, **39**, 42-56.
7. Forbes D, Creamer M, Phelps A, et al.— Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiatry*, 2007, **41**, 637-648.
8. Smith A, Roberts K.— Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel : a review of the literature. *Emerg Med J*, 2003, **20**, 75-78.
9. Kamphuis JH, Emmelkamp PMG.— 20 years of research into violence and trauma : past and future developments. *J Interpers Violence*, 2005, **20**, 167-174.
10. Mayor S.— Psychological therapy is better than debriefing for PTSD. *Br Med J*, 2005, **330**, 689.
11. Maren S, Chang C.— Recent fear is resistant to extinction. *PNAS*, 2006, **103**, 18020-18025.
12. Mansdorf IJ.— Psychological interventions following terrorist attacks. *Br Med Bulletin*, 2008, **88**, 7-22.
13. Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB et al.- Emotional or educational debriefing after psychological trauma : randomised control trial. *Br J Psychiatry*, 2006, **189**, 150-155.
14. Zohar J, Sonnino R, Juven-Weltzler A, et al.— Can Post-traumatic stress disorder be prevented ? *CNS Spectrum*, 2009, **14**, 44-51.
15. Chemtob CM, Tomas S, Law W, et al.— Post-disaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry*, 1997, **154**, 415-417.
16. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, et al.— Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *Br J Psychiatry*, 2004, **184**, 63-69.
17. Walsh DS.— Interventions to reduce psychological disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters : an integrative review. *Int J Nurs Practice*, 2009, **15**, 231-240.
18. Stallard P, Velleman R, Salter E, et al.— A randomised control trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006, **47**, 127-134.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr W. Pitchot, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : wpitchot@chu.ulg.ac.be