

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

**Formation  
Cellule d'écoute en situation de crise**

**IRTS de la Réunion  
Octobre 2004**

**Jean-Pierre VOUCHE**  
psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Chronon 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07  
ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## **Plan de la Formation**

### **Le traumatisme chez les victimes d'accidents ou d'événements graves**

- Les événements graves
- Les personnes victimes
- Le traumatisme physique
- Le traumatisme psychologique

### **Le devenir du traumatisme**

- Le syndrome de stress post-traumatique
- La résilience

### **Les techniques d'accompagnement psychologiques**

- Le Défusing
- Le Débriefing

### **La mise en place de cellules de crise**

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **Le traumatisme chez les victimes d'événements graves ou d'accidents**

\*

### **Les événements graves**

- Les personnes victimes
- Les comportements types après un événement grave
- Le traumatisme physique
- Le traumatisme psychologique
- Trois facteurs aggravant l'état de stress

## • Les événements graves

Il peut s'agir

d'agressions :

- Agression physique dans l'enceinte du lieu de travail
- De prise d'otages dans l'enceinte du lieu de travail
- Agression sexuelle dans le milieu professionnel
- Harcèlement moral répété.

d'accidents :

- Suicide de collègues
- Décès accidentel en situation professionnelle
- Accident avec un véhicule ou car professionnel

mais aussi de sinistres, de catastrophes naturelles :

- Tremblements de terre,
- Typhons, Tornades,
- Coulées de boue,
- Inondations, des établissements professionnels sinistrés
- Décès de collègues ou d'usagers lors de catastrophe avec répercussions au niveau de l'environnement professionnel

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## *Le champ clinique et psychosocial*

### *- Les notions de traumatisme et d'agression -*

Il nous apparaît essentiel de commencer cette étude par un travail de recherche terminologique, qui pourrait permettre aux divers services de s'entendre à l'avenir sur le choix des mots.

⇒ **Le courant clinique.**

On ne peut comprendre ce qu'est une victime sans évoquer le traumatisme, cette **trace visible ou cachée de l'agression subie.**

#### **Le traumatisme**

Le traumatisme est une notion relative qui **met en rapport un afflux d'excitations extérieures avec les capacités de tolérance du sujet.** Autrement dit, elle permettrait de comprendre que certains agents de la régie, soient plus traumatisés que d'autres alors qu'ils ont subi la même agression. L'identification des symptômes spécifiquement liés au traumatisme est questionnée, dans la mesure où ils ne surgissent pas toujours immédiatement après l'événement traumatisant. Le traumatisme psychique se distingue des situations banales, même si elles sont également douloureuse, qu'on appelle le stress, qu'on appelait jusqu'à une période récente, tension anxieuse, tension nerveuse, angoisse etc.

Freud avait remarqué que le traumatisme se développait parce que le sujet en avait gardé des traces inconscientes qui étaient réactivées à l'occasion d'un événement ultérieur (1). Ces observations le conduisaient à penser que **l'histoire du sujet était décisive dans le déclenchement du traumatisme.**

Le terme traumatique est un événement vécu, une effraction qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales deviennent une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie psychique. Généralement, la défaillance occasionnée par une telle quantité d'excitations ne dure pas outre mesure. Cependant, si elle trouve un écho dans un conflit psychique antérieur, elle constitue un terrain d'élection pour la névrose traumatique.

Dans la névrose traumatique, il semble que l'esprit n'ait pas eu le temps de recourir à une protection et qu'il ait subi, sans y être préparé, le traumatisme. Le traumatisme psychique est un instant bref où le sujet, a senti sa vie menacée.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## **Les symptômes traumatiques**

Rêves obsédants et angoissants, retour de situations pénibles sont le lot quotidien des personnes qui ont subi un accident traumatique. L'organisme s'efforce d'abord de se rendre maître de ces excitations pénibles et de les décharger ensuite dans des conduites répétitives. Le besoin d'évoquer sans cesse l'événement traumatique et de le revivre par le rêve, permet de lier les tensions excessives pour provoquer une décharge émotionnelle libératrice. Les cauchemars récurrents sont des tentatives d'élaboration du trauma, en actualisant l'angoisse qui n'a pu s'exprimer lors de l'événement traumatique.

Ferenczi (2) définit le **choc psychique** comme un anéantissement du sentiment de soi, de la capacité à résister, d'agir et de penser en vue de défendre son soi propre. La confusion de l'agent agressé est encore augmentée par le déni d'un proche, d'un collègue, d'un encadrant. C'est cette confusion et ce déni de sa réalité, joints au côté amer et à l'impossibilité de la verbalisation sans dispositif d'écoute immédiat, qui seront à l'origine du trauma, au-delà de la scène elle-même.

Qu'elles soient actives ou réactives, les victimes ressentent douloureusement le préjudice subi.

Des travaux cliniques menés dans les années quatre-vingt-dix ont montré que le risque d'apparition d'un **syndrome post-traumatique** était de 97% dans les mois qui suivent l'acte d'agression, de 47% après trois mois et de 16% après un an, d'où la nécessité d'un traitement précoce.

L'événement traumatique représente souvent une véritable effraction qui vient rompre une continuité psychique en désorganisant la victime dans ses repères habituels. Il est d'ailleurs vécu dans une temporalité particulière, puisque le temps se scinde en deux réalités différentes, en un "avant" désormais perdu, idéalisé, et un "après" de détresse et de souffrance. Le présent pouvant être à des degrés divers " l'enfer ".

## **⇒ L'agression**

**Nous entendons dans les divers services d'entreprises et d'associations, l'utilisation répétitive du mot agression, et nous sentons que celui-ci ne recoupe pas les mêmes représentations pour les divers professionnels selon les places occupées dans l'entreprise.**

### **La définition de l'agression (3).**

Nous considérons l'agression comme un comportement interactionnel spécifique entre un agresseur et une victime. Mais quand peut-on parler d'agression ? Il n'existe dans le langage courant aucun consensus sur ce qu'est l'agression et quels types de comportements

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

elle recouvre. On ne peut donner une signification à un comportement sans inclure les conditions de son occurrence, replaçant celui-ci dans un contexte.

En ce qui concerne l'agression, quelle perspective faut-il privilégier ? L'auteur, la victime ou l'observateur ? Chacune de ces perspectives donne lieu à un type de définition se rattachant à un courant scientifique : selon que l'on privilégie le point de vue de l'agresseur ou de la victime, on inclut l'intentionnalité du comportement ou on l'écarte. Du point de vue de la victime, de l'agent, tout ce qui cause du tort à autrui est une agression. Du point de vue de l'agresseur on prend nécessairement en compte la motivation et l'objectif du comportement. La question de savoir si un chercheur doit attribuer une intention à un comportement divise les psychologues :

- Les behavioristes excluent toute référence à la motivation, l'intention, puisqu'elle ne peut être observée directement, c'est donc sur les antécédents et les conséquences de la conduite qu'est fondée la qualification de l'acte. Ainsi pour Buss (4), "*tout comportement qui blesse ou porte préjudice à autrui est une agression*". De même, pour Bandura (5): "*l'agression consiste à administrer des stimulus nocifs de forte intensité provoquant des blessures physiques ou morales*". De telles définitions, en se plaçant du point de vue de la victime, conduisent à considérer comme agression des situations qui ne sont pas nécessairement considérées comme telles dans la vie courante.
- Les néo-behavioristes, par contre, introduisent dans leurs définitions de l'agression l'intention en se basant sur un consensus entre chercheurs à propos d'un certain nombre de situations et leur interprétation. Pour Berkowitz (6), l'agression est "*une intention de blesser ou porter préjudice à autrui*". Pour Zillmann (7), l'agression est "*une tentative pour blesser physiquement autrui*".

Cependant, aussi proches qu'elles puissent être du sens commun, l'ensemble de ces définitions néglige le contexte social du comportement. Plus récemment certains chercheurs, se situant dans un courant cognitiviste, font valoir qu'un comportement d'agression ne devient une agression qu'à travers le jugement de l'observateur qui identifie le comportement comme étant une violation de la norme. Ce faisant, ces auteurs réintroduisent le contexte social de l'action comme partie intégrante et modulatrice de la perception du comportement. Une conduite est considérée comme agressive à partir d'une procédure de jugement faisant intervenir trois critères indépendants :

- La constatation de nuisance possible ou réelle pour la victime.
- L'intention, de la part de l'acteur de produire des conséquences négatives.
- Le fait que le comportement peut être considéré par la victime et/ou un observateur comme non approprié dans la situation en question.

Pour être qualifié d'agression, le comportement doit constituer une violation de la norme. Il est dès lors indispensable de se référer aux normes sociales qui désignent, en tant qu'actes agressifs, ceux qui entraînent certaines conséquences à l'égard du ou des

acteurs (sanctions par exemple) dans des situations données. Chaque situation ayant un niveau de nocivité permis ou non permis.

### **Les divers types d'agression.**

Nous avons vu que l'agression peut revêtir des formes fort diverses allant de l'homicide à la simple remarque sarcastique. Mais comment et selon quels critères identifier et classer ces différents comportements ?

Deux auteurs, Buss (8), puis Feshbach, ont proposé des classifications des comportements d'agression.

Buss (1961) définit trois dimensions caractérisant l'agression :

- "Physique-verbale".
- "Active-passive".
- "Directe-indirecte".

La combinaison de ces trois dimensions permet de définir 8 types d'agression différents. L'intérêt de cette classification est essentiellement d'illustrer la diversité des comportements susceptibles d'être identifiés comme agressifs.

<b>Agression Active</b> ↗ ↘	Physique	↗ directe	<b><i>Coups et blessures</i></b>
		↘ indirecte	<b><i>Coups envers un substitut de la victime</i></b>
	Verbale	↗ directe	<b><i>Insultes</i></b>
		↘ indirecte	<b><i>Médisance</i></b>
<b>Agression Passive</b> ↗ ↘	Physique	↗ directe	<b><i>Empêcher un comportement de la victime</i></b>
		↘ indirecte	<b><i>Refus de s'engager dans un comportement</i></b>
	Verbale	↗ directe	<b><i>Refus de parler</i></b>
		↘ indirecte	<b><i>Refus d'acquiescer</i></b>

**- Types d'agression (classification de Buss, 1961) –**

La deuxième classification semble plus importante et utile pour la compréhension du comportement du sujet. Feshbach, en 1964, propose :

- **L'agression hostile** : comportement dont le but est essentiellement d'infliger une souffrance ou de causer du tort à autrui.
- **L'agression instrumentale**, l'attaque ou l'agression d'autrui est perpétrée dans un but non agressif. L'agresseur ne vise pas à faire souffrir autrui, l'agression n'est pour lui qu'un moyen d'atteindre un autre but (gain, appropriations de biens, contrainte).
- **L'agression expressive** : motivée par un désir de s'exprimer par l'intermédiaire de la violence. Il s'agirait d'un comportement non réactif dont le but est l'agression en soi par rapport aux deux autres types.

### **Le sexe de l'agresseur et de la victime.**

Des études sur la socialisation ont montré que pour les garçons une forte identification aux rôles masculins extrêmes et l'exposition à la violence télévisée favoriseraient l'agression. Il semblerait que les sujets masculins ne perçoivent ni n'apprécient une situation (provocation par exemple) de la même manière que les sujets féminins, ce qui incite à leur tour à réagir d'une manière différente. Par conséquent, **une agression de même nature et qui blesse de la même manière la victime, n'est pas perçue de la même façon si elle provient d'un sujet masculin ou d'un sujet féminin.**

Presque sans exception, les recherches concernant les victimes arrivent à la même conclusion que les sujets masculins sont plus souvent et plus fortement attaqués que les sujets féminins, quel que soit le sexe de l'agresseur.

### **Les facteurs d'environnement**

**Conditions environnementales générales** : la promiscuité des environnements urbains provoquerait-elle une pathologie sociale ? De nombreuses études sociologiques ont montré la forte relation entre urbanisation et taux de criminalité. Freedman (1975) utilise deux critères d'urbanisation :

- Le nombre de personnes par kilomètre carré.
- Le nombre moyen d'individus par pièce d'habitation.

Ces données sont mises en relation avec une mesure de la désintégration sociale : taux de délinquance, mortalité infantile. Si un certain nombre de facteurs sont contrôlés comme le niveau socio-économique, le taux d'urbanisation et la pathologie sociale ne sont pas liés. D'autres éléments semblent expliquer la désintégration sociale dans les villes : la pauvreté, l'afflux de personnes déplacées, les discriminations dont certaines catégories de personnes sont victimes.

**Les effets de territoire et de densité** : dans la tradition éthologique, la défense du territoire a été souvent associée à l'agression. L'homme défend son territoire restreint (le quartier, son véhicule, son logement...) contre les intrusions éventuelles et aspire à en avoir le contrôle. La légitimité de l'appropriation d'un territoire semble donner de l'assurance et du pouvoir face à l'étranger et à l'intrus.

*La perception de l'agression de soi ou des autres est toujours subjective.*

*Aucun traumatisme ne peut être banalisé, et aucune conséquence ne doit être minimisée :*

- Actes de terrorisme (attentats)
- Violences
- Agressions sexuelles
- Insultes = Outrages, pour agents chargés d'une mission de service public

*Nous avons tenté de classifier les divers traumatismes, soit par l'approche sociale (incivilités, inconduites, désordres), soit par l'approche juridique*

Une terminologie est proposée selon le politologue CNRS-CERAT Sébastien ROCHE (9), en collaboration avec Catherine BLATIER et Pierre-Alain FOUR

⇒ **Incivilités, inconduites, désordre**

Selon S.Roché ce sont des concepts qui renverraient à la **Notion sociale**, non juridique. Les incivilités engagent l'ordre social, et non l'ordre tel qu'il est défini par la Loi.

Désordres selon lui qui prennent la forme de :

- comportements agressifs,
- insultes,
- crachats.

Des désordres incriminables pénalement :

- dégradations,
- petits vols

⇒ **Typologie des désordres**

- Les dégradations (actes de vandalisme) : tags, incendies, vitres brisées, extincteurs...
- Les abandons d'objet : objets divers, saletés...
- Les comportements " tendus " : agressifs, menaçants, provocants...
- Les conflits sur l'occupation de l'espace avec les automobilistes.

Les tenants du Droit considèrent que cette distinction approche sociale et approche juridique est infondée. En vertu de l'adage "*Ubi societas, Ubi jus*", là où il y a société, il y a le droit. Ils considèrent que ces incivilités sont pénalement répréhensibles, renvoyant par conséquent à une notion juridique. Ces incivilités, inconduites et désordres, dont les agents sont victimes, sont pris quelquefois en compte pénalement.

**Jean-Pierre VOUCHE**

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

Les troubles suivants sont condamnables :

- Les comportements agressifs peuvent être constitutifs de la rébellion.
- Les insultes constituent des outrages.
- Les crachats constituent, soit des outrages, soit des violences légères, selon la qualification retenue par le procureur de la république.

Or tous ces méfaits sont pénalement répréhensibles lorsqu'ils sont effectués à l'encontre des préposés, ainsi que nous le démontrons dans les fiches du guide d'assistance « Prévention-Sécurité » figurant en proposition de cette synthèse générale, en dernière partie de cette étude.

### **Autre terminologie**

#### **• Deux notions servent à classifier les traumatismes**

##### **① Les atteintes à l'intégrité physique :**

- a mains nues (coups de poings), coups de pieds,
- par jet de bombe lacrymogène,
- par matraques, batte de base-ball,
- par jet de projectiles,
- attaques avec chiens,
- par arme blanche (menaces ou usage d'arme),
- par arme à feu (menaces ou usage d'arme),
- les agressions sexuelles,
- par pointeurs laser, etc.

⇒ Ces atteintes sont considérées comme graves pour le personnel, car elles représentent une menace sévère pour l'intégrité physique, doublée de séquelles psychologiques.

##### **② Les atteintes à l'intégrité psychique**

Insultes, humiliations, menaces, provocations verbales, harcèlement...

1. C. DAMIANI, "Les victimes", Paris, Bayard Editions, 1997, page 87
2. S. FERENCZI, "Réflexions sur le traumatisme", Psychanalyse IV, Paris Payot 1982.
3. G. MOSER, "L'agression", Paris, Presses Universitaires de France, Que sais-je ? n°2349, 1997.
4. A.H. BUSS, "The psychology of aggression", New-York, Wiley, 1961.
5. A BANDURA, "Aggression, a social learning analysis", Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1973.
6. L. BERKOWITZ, "Aggression: a social psychological analysis", New-York, Mac Graw-Hill, 1962.
7. D. ZILLMANN, "Hostility and aggression", Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1978.
8. A.H. BUSS, "The psychologie of aggression", New-York, Wiley, 1961.
9. S. ROCHE "Les incivilités vues du côté des institutions: Perceptions, traitements et enjeux".  
Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, Délinquances quotidiennes, I.H.E.S.I, 1996, n°23 - 1er trimestre, Pages 86-99.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## • **Le traumatisme physique et le traumatisme psychologique**

Les professionnels et usagers peuvent subir des chocs et endurer des réactions émotionnelles intenses, en relation avec le lieu professionnel.

Certaines situations ou événements hors du commun propres au lieu et aux personnes fréquentant l'institution peuvent causer un **traumatisme psychique** exposant le professionnel à une souffrance particulièrement importante, à un vécu chargé d'émotions (la peur de mourir, d'être sérieusement blessé, un sentiment d'horreur ou d'impuissance).

Chacun dans l'établissement peut être un jour ou l'autre fragilisé ou atteint et se retrouver avec **une moindre résistance physique et psychique aux stress**.

Il en résulte de ces bouleversements un état de stress aigu, c'est-à-dire si intense qu'il va entraîner une **série de manifestations** surprenantes, connues et répertoriées. Le délai d'apparition de ces réactions et leur intensité varient selon le caractère de la personne et la vulnérabilité du moment.

Bien que différentes pour chacun, ces réactions sont normales, parfois imperceptibles, et durent en général quelques semaines, diminuant progressivement dans les trois mois.

Concrètement cet état de stress aigu peut se traduire par **des troubles physiques, émotionnels et/ou du comportement** dont les signes typiques sont :

### ➤ **Des réactions traumatiques physiques**

(fatigue, douleurs musculaires, maux de dos / de tête, maux de ventre, tremblements, sueurs froides, frissons, nausées, vomissements, vertiges, accélération du pouls/ augmentation de la tension, insomnies, symptômes de paralysie).

### ➤ **Des perturbations neurovégétatives**

(traduisant une hyperactivité neurovégétative, difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance en étant constamment aux aguets, réactions de sursaut exagérée au moindre bruit).

### ➤ **Des réactions dissociatives**

(froideur émotionnelle, détachement, rêve éveillé, confusion, impression d'être abasourdi, amnésie de certains aspects de l'événement).

### ➤ **Des souvenirs intrusifs**

(pensée envahissante, image récurrente, cauchemar, flash-back).

### ➤ **Des conduites d'évitement**

(par rapport à des situations pouvant rappeler l'événement traumatique (pensée, action, discussion, lieu).

### ➤ **Un vécu d'impuissance ou de perte**

(accompagné parfois de sentiments de tristesse, de culpabilité, de dévalorisation, d'anxiété, de détresse).

### ➤ **Une gêne psychosociale**

(tant sur le plan familial, que scolaire avec des risques de souffrance ou de dégradation importante de la qualité des relations).

**Jean-Pierre VOUCHE**

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

## **Le devenir du traumatisme**

- Le syndrome de stress post-traumatique
- La résilience

**Jean-Pierre VOUCHE**  
psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## • La résilience

La résilience, c'est-à-dire la capacité à tirer profit de l'adversité est une façon nouvelle d'aborder les difficultés psychologiques en se centrant sur les ressources, davantage que sur les symptômes et leurs conséquences négatives.

Le fait que certains enfants soumis à des facteurs de risque, voire à des situations potentiellement traumatiques, ne développent pas de pathologie a attiré l'attention de certains chercheurs. Ainsi est née **la notion d'enfants invulnérables**① puis **la notion de résilience**.

① ANTHONY EJ. The syndrome of the psychologically invulnerable child. In : Anthony EJ, Roupnik C, editors. The child and his family. Volume III : children at psychiatric risk. New York : Wiley, 1974 : 529-544.

- Est-ce un effet de culture (américaine orientée par le pragmatisme, le positivisme, valorisant la réussite), peut-on douter de la réalité de la notion de résilience ?

- Comment autrement comprendre que tous les enfants maltraités ne deviennent pas des parents maltraitants ?

- Comment comprendre que tous ceux qui sont victimes de catastrophe ne développent pas de syndrome psycho-traumatique ?

Comprendre la notion de résilience oblige à un changement d'attitude du clinicien davantage habitué à traiter des individus souffrant qu'à se préoccuper de ceux qui vont bien.

Ainsi, retenir la notion de résilience oblige à sortir des évidences et des faits établis pour jeter un autre regard sur les ressources et non les déficits ou symptômes.

E.Werner ② a étudié pendant 30 ans près de 700 enfants nés en 1955 dans l'île de Kauai (Hawaï) dans une population défavorisée et peu scolarisée. 1/3 se sont développés normalement sans problème d'apprentissage ni de comportement ou de santé mentale. Alors que ces enfants accumulaient les facteurs de risque, ils ont réussi à devenir de jeunes adultes bien intégrés dans la société et compétents sans qu'aucune intervention thérapeutique n'ait été mise en place. Ils ont su "rebondir" à partir d'une enfance difficile. De cette **notion de rebondissement naît le concept de résilience**.

② WERNER E. Children of the garden Island. Scientific American 1989; 4: 76-81.

## Définition et réflexions

Le terme même de résilience n'est pas un terme nouveau inventé pour la circonstance. En langue française, il est connu depuis longtemps et signifie : "*Le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal, à la surface de la section brisée. La résilience qui s'exprime en joules par cm<sup>2</sup> caractérise la résistance au choc*".

Mais l'étymologie ajoute d'autres éléments car le terme vient du Latin "*salire*" : **sauter, bondir**, tandis que le préfixe "*re*" indique la répétition et conduit à l'idée de **rebondir**.

Appliquée au plan psychologique, la résilience devient non seulement résistance aux épreuves de l'existence, mais de plus dépassement, mieux-vivre en allant de l'avant.

M.Rutter ③ définit cliniquement, "*la résilience est un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables*".

③ Rutter M. Resilience : some conceptual considerations. *J Adol Hlth* 1993; 14 : 626-631.

Jean-Pierre VOUCHE

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

I. Goodyer ④ de son côté indique : *"on admet généralement qu'il y a résilience quand un enfant montre des réponses modérées et acceptables quand il est soumis de la part de son environnement à des stimuli connus comme nocifs"*.

④ Goodyer IM. Risk and resilience processes in childhood and adolescence. In : Linström B, Spencer N, editors. Social paediatric. London : Oxford University Press, 1995 : 437-455.

S.Vanistandael ⑤ apporte une autre précision: *"la résilience est la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative"*.

⑤ Vanistandael.S. "La résilience ou le réalisme de l'espérance". Cahier du Bice 1996.

Retenons encore I.Kreisler ⑥ : *"c'est la capacité d'un sujet à surmonter des circonstances singulières de difficultés grâce à ses qualités mentales de comportement et d'adaptation"*.

⑥ Kreisler L. "La résilience mise en spirale". Spirale 1996; 1 : 162-165.

Enfin M.Manciaux ⑦ : *"la résilience est à la fois résistance à la destruction et capacité à se construire une vie riche et une intégration socialement acceptable en dépit de circonstances difficiles, d'un environnement défavorable, voire hostile"*.

⑦Manciaux M. "La résilience : mythe ou réalité". In : Cyrulnik B, éditeur. Ces enfants qui tiennent le coup. Hommes et perspectives, 1998: 109-120.

Donc consensus autour de **trois types de phénomènes** :

- **un bon développement et une bonne adaptation de sujets jeunes malgré la présence de facteurs de risque,**
- **le maintien de la compétence malgré des situations stressantes chroniques,**
- **une bonne récupération après un traumatisme.**

## Distinction de concepts voisins

Ainsi cerné le concept de résilience se distingue des concepts voisins :

- **De résistance** : peut être trop chargé en connotations psychanalytiques et surtout qui ne comporte pas la dimension d'une dynamique amenant le sujet à se projeter en avant.

- **De défense** : la résilience semble appartenir à des mécanismes de défense qui permettent de protéger l'intégrité du Moi. Mais on est plus ici au niveau du conscient préconscient, et dans une dimension évolutive.

- **De coping** dont les cognitivo-comportementalistes nous indiquent qu'est désignée ici la capacité chez l'individu à faire face à une situation stressante et à la maîtriser. Cependant la notion de coping, si elle souligne l'aspect adaptatif du Moi, ne dit rien de l'aspect évolutif et ne s'inscrit pas dans la durée comme la résilience, laquelle se décrit comme un itinéraire.

## La notion dynamique de la résilience

On le voit, la notion dynamique, évolutive est essentielle. Mais c'est aussi là que réside la difficulté de l'étude de la résilience. Elle ne peut finalement se repérer qu'après-coup à distance d'un événement gravement perturbant, lorsqu'on aura pu vérifier au terme d'un parcours l'évolution favorable d'un individu malgré les agressions subies.

On peut utiliser la métaphore d'un arbre blessé pour rendre compte de ce phénomène : un arbre en cours de croissance subit un dommage grave. La tempête casse ses branches ou la foudre s'abat sur lui, ou il subit toute une série d'agressions diverses. Mais malgré tout, l'arbre

Jean-Pierre VOUCHE

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

ne meurt pas. Il va continuer à se développer, et lorsque nous l'observerons des années plus tard, il sera peut-être devenu un fort bel arbre, malgré les cicatrices visibles ici et là sur son tronc.

Il en est ainsi dans la résilience : quelqu'un subit un dommage immense, mais il va continuer à se développer et peut être même à accroître ses capacités d'adaptation, car il dispose d'une expérience qui a pu lui donner la force que d'autres n'auront pas.

La résilience ne se réfère pas tant à un retour à un état antérieur, qu'à l'ouverture vers une nouvelle étape de vie qui intègre les conséquences de problèmes vécus antérieurement avec des stratégies variables selon les cas.

La résilience apparaît comme un processus, non comme un état. Parmi nos contemporains, Nelson Mandela offre sans doute un bel exemple de résilience.

### **La résilience n'est pas l'invulnérabilité**

Le sujet résilient est un sujet blessé, de telle sorte que le cours de son existence est à jamais modifié. Il mobilise ses ressources et supplée ce qui est devenu défaillant au niveau du psychisme. La résilience apparaît de ce point de vue comme l'autre côté du traumatisme. L'étude du traumatisme nous a centré sur la notion de "lésions psychiques mais peut être pas suffisamment sur la plasticité et la complexité des mécanismes en jeu, des changements, des capacités à utiliser la situation stressante et à se transformer.

B.Cyrulnik a utilisé la métaphore de l'oxymoron pour bien indiquer cette situation paradoxale. De la même manière qu'en rhétorique l'oxymoron consiste à associer deux termes antinomiques, vont coexister chez l'individu résilient "la faiblesse et la force, la douleur et le triomphe, le ciel et l'enfer", comme l'indique B.Cyrulnik dans " *Un merveilleux malheur*" ®.

® Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob. 1999.

Dans un autre langage nous pensons à la notion de clivage, d'une coupure à l'intérieur de l'individu blessé, associée à celle de déni qui permet à l'individu de retrancher l'expérience insoutenable, de telle sorte qu'une partie saine demeure conservée. La partie blessée est en quelque sorte circonscrite, comme on circonscrit un sinistre.

La résilience n'est jamais absolue ni définitive, elle est modulable selon les moments et les circonstances, elle peut être débordée notamment lorsque le sujet est atteint dans sa zone de vulnérabilité.

Trois éléments de la résilience sont à prendre en compte :

- **les événements de vie**
- **les facteurs personnels**
- **le lien à l'environnement**

**L'influence des événements de vie** gagne à être replacée dans un contexte temporel élargi : le cycle de vie d'une personne, d'une famille, d'un groupe social, d'une institution. La trajectoire de chacun est faite de ruptures en dépit desquelles s'inscrit une certaine continuité.

**Les facteurs personnels** regroupés sous trois rubriques vont jouer : la constitution génétique, des forces intra-psychiques spécifiques et des capacités d'adaptation orientées vers l'action. Les caractéristiques des enfants résilients sont celles d'un tempérament considéré comme "facile" : ce sont des enfants qui ne pleurent pas de façon excessive, ce sont des enfants qui ont une bonne autonomie, un bon self-control, ont un bon niveau de sociabilité et beaucoup d'empathie, ils sont actifs et chaleureux, ont un sens élevé de leur valeur, une bonne estime de soi, une bonne capacité à planifier; organiser, résoudre les problèmes; enfin ils ont le sens de l'humour, relativisant, prenant du recul.

**Le lien à l'environnement**, l'aide des autres, ceux qui s'en sortent après un traumatisme ne sont pas ceux qui ont été les moins agressés, ce sont ceux qui ont été les mieux soutenus. © Ch.F. Badurra a noté que les réactions des enfants soumis au stress de la guerre du Liban dépendaient de l'atmosphère régnant dans l'environnement proche de l'enfant que du niveau de stress.

© Badurra ChF. "Traverser la guerre". In : Cyrulnik B, éditeur. "Ces enfants qui tiennent le coup". Hommes et Perspectives, 1998 : 73-91.

La dimension interactive et transactionnelle est essentielle dans la résilience. L'élément déterminant est qualité du lien qui a pu être tissé avant le traumatisme et tout de suite après.

## Conclusion

La résilience oblige un changement de regard et de position du thérapeute. **Cela nous amène à se centrer sur les ressources, sur les compétences de la victime**, et nous amène à penser que certains symptômes sont dus à un blocage de ses compétences. L'effort thérapeutique peut viser alors, non pas la réparation utopique de la blessure subie, mais bien davantage **la remise en jeu des capacités du sujet, l'accroissement de ses ressources personnelles**. Plus encore, **avec la résilience l'accent est mis sur l'importance du lien**, pour que quelqu'un qui a subi une expérience dévastatrice puisse reprendre le cours évolutif de son existence, il faut une ou des mains tendues. Cela concerne **les qualités d'empathie du thérapeute, mais aussi l'environnement de la victime**. Ce lien lui permet de se réapproprier sa propre histoire, sa propre vie grâce à la réutilisation interne des apports extérieurs, mobilisation rendue possible par la qualité de ces apports. L'environnement familial dans son ensemble doit le plus souvent être soutenu dans ses ressources personnelles. Lorsque les capacités de mise à distance, de représentation que peut développer la victime peuvent être soutenus par les propres capacités de l'environnement à écouter, croire, imaginer, se représenter, encourager sans être lui même débordé ou sidéré par ce qu'il entend et imagine, alors la résilience peut se développer.

⑩ Delage M. "*La résilience : approche d'un nouveau concept*". Revue Francophone du Stress et du Trauma Février 2001 - Tome 1- n°2, 109-116.

Jean-Pierre VOUCHE

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

## **Les techniques d'accompagnement psychologique**

- Le Défusing
- Le Débriefing

**Jean-Pierre VOUCHE**  
psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07  
ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## Illustration : La mise en place de cellules de crise en milieu scolaire

Il est important de situer la cellule d'écoute du service de promotion de la santé et service social en faveur des élèves de l'inspection académique dans le cadre d'un dispositif plus large.

La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est déclenchée par le préfet. Le SMUR en cas de besoin de médecins somaticiens et de soignants interviendra, le SAMU partenaire habituel reste un intermédiaire pour la CUMP.

La CUMP abordera des groupes importants de victimes, comme un établissement scolaire, où un travail direct auprès des élèves et des collégiens se développera, mais de manière indirecte auprès du personnel médical ou administratif de l'établissement.

Les interventions pluridisciplinaires des médecins, des psychologues, des assistantes sociales, à la fois individuelles et collectives gravitent autour des affects et de sentiments plus ou moins exprimés.

La CUMP est généralement sollicitée par le personnel d'encadrement et d'un certain nombre d'enseignants, pour des interventions au niveau des élèves lors de décès de compagnons de classe entraînant des réactions émotionnelles intenses. Une manifestation de solidarité, le dépôt d'une gerbe, sont l'occasion d'expression de souffrance du collectif, nécessitant leur intervention.

En conséquence si plusieurs équipes interviennent ou viennent en renfort il faut **être vigilant à la coordination entre équipes, un responsable médical ou paramédical scolaire doit être affecté à cette mission, et ne faire que du lien entre équipes et dans son équipe.**

Les CUMP font des interventions en collège classiques, donc groupales avec la présence d'un responsable de l'établissement.

Celles auprès des petites classes sont basées sur des entretiens collectifs avec les plus grands et une approche à l'aide de dessins pour les plus petits. Il est important pour la CUMP d'être introduit auprès de la classe des primaires par le biais d'un instituteur qui accueille l'équipe, présente les intervenants de la CUMP aux enfants et les présente dans un rôle d'informateurs auprès des petits qui vont voir défiler des blouses blanches, des pompiers, des policiers, des voitures avec gyrophares et se font une vision approximative de la situation.

Après l'information donnée aux enfants, il devient possible de parler avec eux de la façon dont ils ont vécu l'événement.

La pratique de petits groupes est conseillée, et l'utilisation du dessin avec les plus jeunes en les sollicitant individuellement pour leurs commentaires.

L'instituteur qui souhaite leur intervention doit être présent à la fin de ce defusing, pour que la classe reprenne son cours normal après le départ de la CUMP.

L'intervention de la CUMP est une parenthèse dans le fonctionnement scolaire.

Il se peut que des parents d'élèves viennent à un moment, **une information est nécessaire afin qu'ils possèdent une bonne compréhension de l'intervention.**

Quelquefois l'intervention de la CUMP est moins préparée par les enseignants. Il peut y avoir une demande de la CUMP à l'inspection académique d'un renfort en infirmiers, psychologues, médecins scolaires compte tenu de l'impact traumatique important relevés chez de nombreux élèves. Il ne peut être question de laisser seul un intervenant du service santé scolaire, gérer l'ensemble des problématiques individuelles des enfants du primaire et de collège après le départ de la CUMP. Car leur action est limitée dans le temps ce sont des volontaires détachés momentanément de leur service hospitalier.

Jean-Pierre VOUCHE

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## L'Accompagnement Psychologique d'Urgence

Dans l'urgence des catastrophes, accidents nous nous trouvons dans le hors cadre et l'hors demande, les cliniciens doivent néanmoins conserver leurs repères et mettre du cadre. Nous recherchons devant l'incompréhension des témoins et des victimes à les aider à mettre un sens au traumatisme qui a débordé leurs mécanismes de défense psychologiques.

### Les Soins Immédiats sur le terrain ou Defusing

- **Objectifs, spécificités**

Compte tenu de la soudaineté et de l'irruption de l'événement traumatique, le psychologue clinicien, le psychiatre vont dans leur première intervention reconstruire un cadre, une enveloppe protectrice sur le champ d'intervention qu'ils vont découvrir. Il y a là une adaptabilité du clinicien qui n'a pu anticiper ni le lieu de l'accident, ni le nombre de sujets impliqués (enfants et/ou adultes), ni la durée de sa mission. Le départ en mission de ce type requiert une disponibilité mentale concentrée sur l'événement qui entraînera ensuite une organisation des interventions sur le temps. L'organisation des soins, la capacité d'adaptation aux lieux et conditions d'intervention, la souplesse permanente dans le choix du soin le plus adapté sont les bases de l'intervention clinique d'urgence.

Les cliniciens ont dû revoir leur protocole clinique classique, à savoir la question de la demande qui a été bien souvent le sujet de débat dans le mouvement psychanalytique. Nous sommes dans l'en deçà de la demande dans le silence, la plainte, les pleurs.

C'est le clinicien qui va vers la victime, le témoin de l'événement traumatique, il n'attend pas la naissance d'une demande d'accompagnement psychologique. Les victimes et témoins sont dans un tel état de choc que la variété des ressentis est grande, nous pouvons trouver :

- de la frayeur
- de la peur
- de la terreur
- de la sidération
- de l'épouvante et une fuite éperdue
- de l'effroi
- de l'horreur
- du désarroi
- de la détresse
- du désespoir
- de la confusion

Face à ces états psychiques, ces émotions, ces bouleversements la position clinique doit être rassurante, contenante, chaleureuse, essentiellement humaine.

Nous éprouvons cette présence maternante décrite par Winnicott. La fonction du clinicien est d'être un pare-excitation, il crée une bulle protectrice, comme une enveloppe qui malgré le lieu va permettre cette intimité du soutien, même si quantité d'intervenants des secours s'affèrent autour de la victime et du clinicien.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

Le traumatisme a agi par effraction dans le corps et dans l'esprit du sujet. Il est entré par tous les pores de la peau et a envahi tous les sens –visuel, olfactif, auditif, etc. – du témoin ou de la victime de l'événement. La présence du clinicien c'est de protéger, d'atténuer l'effet des stimuli agressant le sujet. Il va donc être présent physiquement pour envelopper, réchauffer ce corps pris par le froid de la peur ou de l'image de la mort des victimes décédées. Psychiquement il est présent pour mettre des mots ramenant le sujet dans le monde des vivants et des sensations autres que violentes et agressives. Ses mots ont une visée principalement compréhensive, par une attitude d'empathie et de proximité, de bienveillance. C'est l'abandon de la position classique de la cure analytique de neutralité bienveillante.

- **Fonctions**

Par sa qualité d'écoute le clinicien va favoriser la verbalisation si elle est possible, des émotions, du vécu, de toute production psychique –réelle ou imaginaire, verbalisée ou non – en contenant l'abréaction éventuelle qui l'accompagne. Dans ce contexte les manifestations inconscientes réciproques se croisent. Le clinicien recrée un lien d'écoute, d'expression de ces éprouvés, même s'il peut paraître éphémère, il est primordial pour les suites du trauma. Il refait la jonction avec l'interruption du cours de la vie quotidienne, il revient dans cet espace de la rupture d'avec la réalité. Le lien est recherché par ces ressentis individuels ou collectifs, les impressions du moment traumatique, les pensées intrusives ainsi que les fantasmes émergeant. Ces pensées, ces imaginaires prennent sens dans cette mise en mots –miraculé, force divine au-dessus de soi, le sauveur, etc. Le clinicien devient témoin et garant de la réalité, de l'actuel, ce qui d'ailleurs ultérieurement permettra de le laisser à cette place de passeur avec toutes ces émotions réunies. L'indépendance du clinicien à une quelconque autorité est importante car elle permet l'expression libre en toute sécurité des expressions subjectives, des colères sur l'événement traumatique vécu.

L'objectif de fond est de permettre au sujet de s'ouvrir peu à peu à son rythme, à son tempo à une réaction adaptative.

Autre fonction essentielle l'information sur les symptômes habituels rencontrés dans ce type d'épreuve traumatique, la remise d'un document dans la langue maternelle de la victime ou du parent de celle-ci est bienvenu, voire apprécié tant par les professionnels divers œuvrant sur les lieux que par les familles de victimes. Cette liste explicative des habituelles réactions dédramatise les premières impressions que peuvent avoir ces personnes de devenir folles, obsédées par une image ou des cris, de se sentir autre différent, de perdre le contrôle de soi par des réactions inexplicables ou peu rationnelles. Le symptôme de l'accrochage(modèle de Janet) semble arrêter le sujet dans le cours de son existence, accroché à un obstacle qu'il n'arrive pas à franchir. Au-delà de la dédramatisation cela permet d'orienter ces personnes vers des spécialistes pouvant prendre en charge thérapeutiquement à moyen et long terme les effets traumatiques, qui pourront mettre du temps à se résorber ou à diminuer d'intensité.

Le repérage des personnes les plus fragiles, les plus commotionnées va orienter rapidement celles-ci vers des unités de soins intensifs avec une période d'observation hospitalière.

Une telle prise en charge immédiate, précoce permet d'établir une évaluation traumatique, qui peut d'ailleurs faire revenir un collègue médecin urgentiste sur son diagnostic et orientation hospitalière.

Selon le pronostic et la qualité de l'élaboration psychique du sujet, le clinicien orientera la victime ou le témoin sur le lieu adapté.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

Ces soins de terrain ont une portée thérapeutique par l'accompagnement humain favorisant les premières expressions traumatiques, les images vécues et les associations idéatives s'y rattachant. Dans ces moments dramatiques la symbolisation par le langage doit pouvoir prendre valeur cathartique pour le sujet. Dans ces premiers instants la liquidation de la surcharge pulsionnelle, l'afflux d'excitations vont prendre la forme de la douleur, de réactions émotionnelles diverses, cette première rencontre est d'un enjeu capital, elle aura un impact sur l'avenir de la victime ou du témoin.

La difficulté du clinicien va résider dans la distinction entre fantasmes et événements réels, nous avons eu le cas avec une employée de métro parisien qui racontait l'événement vécu par son collègue conducteur de la rame du R.E.R lors d'un attentat alors qu'elle n'était pas sur le lieu. Il s'agit de différencier angoisse interne subjective et peur des objets externes objective. Dans un autre temps nous pourrons les relier, à distance de l'événement. Une grande vigilance doit être exercée pour ne pas sous-estimer la réalité de l'effraction psychique, ainsi que celle du trauma réel pour le sujet.

L'après-coup doit être dans l'esprit du clinicien, dans la perspective d'un "continuum" par rapport à l'effet de rupture.

## **Les soins post immédiats ou débriefing**

- **Objectifs, spécificités**

Ces soins post immédiats ou débriefing se pratiquent classiquement entre deux et sept jours après un événement traumatique, dans un lieu sécurisant, neutre ne rappelant pas les circonstances spatiales de l'accident.

Soit ces soins sont collectifs ou individuels selon les circonstances, leur durée peut aller d'une heure et demie à trois heures selon le nombre de participants. Les grands groupes sont à proscrire, ainsi que le rassemblement de personnes parlant différentes langues. La dynamique du groupe est un élément important, dans le choix de l'effectif ou des regroupements. Des victimes ne sont pas dans les mêmes niveaux de dépassement de l'événement. Des survivants et des parents de victimes peuvent ne pas être en mesure de s'écouter, de se comprendre.

L'animation du debriefing analytique collectif nécessite impérativement deux intervenants. Ces soins sont destinés aussi bien aux victimes civiles, témoins ou parents qu'aux professionnels ayant été confrontés à des images terribles dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux sauveteurs et soignants de retour de mission.

Cette intervention constitue un moment fondamental de la prise en charge, dans la mesure où elle permet l'élaboration du vécu de l'événement pour chaque personne.

Le clinicien reste le garant de la réalité tout en favorisant l'expression et l'élaboration des sentiments subjectifs et des fantasmes liés au trauma. Le clinicien est un passeur à ce moment de fracture dans l'histoire du sujet, réalisant le lien entre le passé, l'avant événement, la brèche traumatique et la reconstruction à venir.

- **Fonctions**

Les cliniciens accompagnent chaque participant dans sa propre narration des faits, des émotions ressenties, des pensées, afin de favoriser la cohérence du récit intérieur de chacun, et non une version commune de l'événement traumatique.

Le psychologue va favoriser l'expression et l'élaboration des sentiments de culpabilité, d'humiliation, de honte provoqués par l'expérience du réel de la mort.

Le clinicien facilite l'expression des bouleversements dans l'histoire du sujet, en particulier la modification de son système de valeurs, à travers des essais de recherche de nouveaux idéaux. Nous sommes en présence d'un travail d'étayage face aux pertes réelles et aux blessures narcissiques. C'est beaucoup plus le cas dans le soin individuel.

L'effet de groupe permet la libre circulation de la parole. L'animateur doit reprendre avec les participants les conflits et les ressentiments éventuellement éprouvés, ce moment est délicat car des dynamiques individuelles peuvent être antagonistes et nuire au groupe. Prenons garde également à ne pas renforcer un possible effet de fusion du groupe, par un fantasme d'appartenance au groupe compensant le sentiment

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## Le Débriefing Collectif

### Le groupe de parole en situation post-traumatique

#### Le Débriefing collectif :

Permet d'enrichir le récit de chacun et d'atteindre ainsi une meilleure efficacité. Il se propose d'atténuer ou dissiper une détresse psychologique.

Il favorise l'élaboration d'un récit individuel ou collectif adressé à des animateurs de débriefing détenteurs d'un supposé savoir sur les bouleversements douloureusement ressentis. Les représentations psychiques de l'événement doivent pouvoir prendre place dans l'histoire personnelle de chacun et permettre d'éviter les dérives imaginaires et leurs conséquences émotionnelles.

Le débriefing collectif vise à offrir au sujet la possibilité d'une parole libre sur l'événement traumatique.

Le débriefing tout seul surtout s'il est appliqué trop tôt, n'a aucun sens. Il vaut mieux s'abstenir ou utiliser la méthode plus "soft" du groupe de parole.

**Le groupe de parole** ou la prise de contact individuelle, dans l'idéal doit précéder le débriefing de quelques jours à titre de soin immédiat (voir le defusing). Là les victimes diront ce qu'elles pourront dire spontanément de l'épreuve qu'elles ont traversée. Elles bénéficieront d'une présence, d'une écoute, d'un point d'appui auprès de leur interlocuteur pour rejoindre la "*communauté des vivants*", et elles éprouveront les effets bénéfiques d'une parole qui apporte de l'ordre dans le chaos qui les habite.①

① Lebigot F., Prieto N. Importance des interventions psychiatriques précoces pour les victimes. In : De Clerc M, Lebigot F, éditeurs. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001 : 151-161.

Ce premier contact facilitera la tenue d'un débriefing ultérieur pour des raisons pratiques de planification, pour des raisons psychologiques ensuite : parler s'est déjà révélé utile.

#### Les indications :

Le débriefing psychologique collectif chez les victimes d'un événement grave ou exceptionnel ou critique est lié à la question de la mort qui aura été fortement présente. Soit pour les uns ou les autres, ou pour tous, leur propre mort, soit la mort des camarades ou compagnons, soit à la confrontation à la mort d'inconnus. Du côté des sujets, cela veut dire qu'un nombre indéterminé parmi eux a pu constituer un traumatisme psychique, à prendre au sens restrictif d'une effraction à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image du réel de la mort. Il faut qu'il s'agisse d'un groupe constitué, d'individus qui ont l'habitude de travailler côte à côte, de faire équipe. Il arrive enfin que le groupe se constitue pendant l'événement, lors des prises d'otages qui se prolongent ou lorsque les secours mettent du temps à arriver.

#### Quand ?

Il ne doit pas être trop précoce. Il faut que les sujets aient suffisamment récupéré leurs défenses pour que l'évocation de l'événement ne les replonge pas dans l'horreur et parfois la crise émotionnelle. Ce temps de récupération est variable selon les individus et même avec des délais suffisants, on peut assister en cours de séance à l'effondrement, que rien ne laissait prévoir de l'un des participants. Donc prévoir des effectifs conséquents !

Jean-Pierre VOUCHE

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

Quand il y a des tués, le travail de deuil va venir s'ajouter à celui que requiert un éventuel trauma. Dans ce cas le débriefing sera proposé de préférence après que les rites mortuaires aient été accomplis.

Ni trop tôt, ni trop tard. Les défenses qui permettent au sujet et au groupe de récupérer ses assises prennent avec le temps une force qui va gêner le traitement par la parole qu'appelle l'événement. Ce dernier doit garder une certaine "*fraîcheur*" pour pouvoir être reparcouru avec les émotions et les pensées qu'il a suscitées sur le moment.

### **Quels participants ?**

Des groupes constitués où peuvent fonctionner les identifications de "Moi à Moi". Ses membres ont affronté ensemble le même événement, il y a une communauté du "perçu". Il en résulte que ne participent au débriefing que ceux-là seulement. Même les camarades qui n'étaient pas dans l'événement n'y participeront pas. Cela n'empêche pas qu'il puisse leur être proposé de faire partie d'un groupe de parole. Un petit groupe de deux à dix se prête mieux à ce que chacun ait tout le temps nécessaire pour dire ce qu'il aura à dire dans un collectif. Si 30 à 40 personnes sont victimes d'un même événement on peut proposer de les scinder. Mais il est préférable de les laisser ensemble, même si chacun ne pourra pas avoir son tour de parole. Toutefois il bénéficiera de ce que disent les autres, dans sa tête ça parlera et il aura le sentiment d'avoir participé à cette entreprise collective.

### **La posture de l'animateur du groupe de parole :**

**La neutralité** : pour que cette parole puisse émerger, l'animateur doit garder une stricte neutralité qui ne va pas forcément de soi. Les "débriefers" doivent être plusieurs, au moins deux, l'un gère la séance, l'autre observe et intervient lorsque le meneur a laissé passer, dans le discours de celui qui parle, quelque chose d'important. Un soignant peut s'occuper d'un participant qui serait trop angoissé et éprouverait le besoin de sortir. Les meneurs doivent être des gens rompus à la relation thérapeutique psychiatres, psychologues assistés d'infirmiers ou de médecins le médecin qui s'occupe habituellement du groupe par exemple).

L'animateur peut être tenté d'informer la victime sur les signes de son tableau traumatique (par exemple syndrome de Stockholm, syndrome post-traumatique aigu...) ou de trouble du jugement.

Or dans ce temps précoce au regard de l'événement traumatique, il est primordial d'offrir un temps d'écoute neutre, de manière à ce que la victime puisse faire la découverte par son propre récit de ce qu'a été son expérience quelle que soit l'attitude qu'il a eue de l'affronter (fuite, sidération, agitation, colère, etc.).

Le sujet doit être fasé à ce qui a produit son choc, son aliénation. Donc l'animateur offre tout crédit à la parole subjective événementielle.

L'attitude d'écoute passe par des questions de relance permettant d'éclairer le propos, mais excluant les explications faussement rassurantes ou déculpabilisantes sur l'état de confusion au moment du choc psychologique. Pas de jugement non plus sur la gravité de l'événement (ne pas "dédramatiser") ni sur la culpabilité ressentie et exprimée par le sujet (ne pas "déculpabiliser"). La culpabilité doit être maintenue comme une énigme en attente de réponse ou le plu souvent, c'est le groupe qui apportera des commentaires recevables.

### **Une action, l'écoute active :**

Les victimes imaginent l'entretien avec un clinicien, avec tous les stéréotypes habituels mais avec en plus leur crainte. Il peut y avoir une réticence, un recul, un effroi à relater des événements qui ont été traumatiques, à expliquer les relations, à argumenter les

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

comportements. La victime s'imagine que l'on va lui demander de s'expliquer, que l'on va interpréter voir la juger.

Donc le premier acte est de rassurer d'emblée par une écoute neutre pour montrer que notre objectif n'est pas d'expliquer le comportement de tel ou tel. Il présentera les buts, et la confidentialité.

L'animateur pour autant n'est pas passif, il ne reste pas inactif, ses questions, ses remarques permettront d'amener chacun à aller plus loin dans son discours, à être plus précis.

**Exemple :** l'animateur est interrogé par le sujet sur le fait qu'il n'a pas trop raconté de bêtises, l'animateur alors le questionne sur les raisons pour lesquelles il l'interroge sur ce point. Du coup le sujet évoque un repère essentiel de son histoire personnelle : son père questionnant et jugeant en permanence.

Les sujets qui ont vécu une expérience éprouvante iront rapidement à l'essentiel. En fait ils ressentent une urgence à parler sans que cela soit conscient et revendiqué. Il suffit de les accompagner dans ce cheminement. On s'intéressera aussi aux circonstances qui ont précédé l'événement et aux difficultés psychologiques qui sont survenues les jours suivants. Il faut veiller à être attentif et à interrompre des récits trop personnels, trop intimes que le locuteur pourrait regretter par la suite d'avoir fait publiquement.

Le débriefing est conduit avec l'idée de faciliter une parole créatrice sur l'événement.

Sans en être forcément conscient, chacun participe à un effort fait en commun pour s'extraire d'une aventure psychiquement coûteuse. En fait c'est le groupe qui se constitue comme lieu d'adresse du transfert. ***Cette méthode se démarque de celle de Mitchell, certes sont examinées également les faits, les émotions, les pensées, mais d'un seul tenant pour tenter de lier ce que le trauma est venu disjoindre. On ne fait pas de tour de parole uniquement sur les faits, puis sur les émotions, puis sur les pensées. Le travail de la parole ne peut se soutenir que de la recherche d'un sens, qui nécessite la présence simultanée des matériaux hétérogènes qui vont ordonner le récit.***②

②Lebigot F. "Le débriefing collectif". In Revue Francophone du Stress et du Trauma Mai 2001 – Tome 1 – n°3.

### **La durée :**

Doit tenir compte de l'état d'épuisement des sujets dû aux conditions de sortie de l'événement, de la durée d'exposition à l'événement traumatique, au trajet effectué depuis l'événement subi. Il n'y a pas lieu d'être intrusif en demandant des récits comportant des détails ou exigeant des réactions émotionnelles sous le prétexte d'un effet cathartique. C'est sous le signe de la liberté que le débriefing évolue, liberté de parole, engagement de la parole du lieu de la douleur. Il n'est pas question de refuser de répondre à des questions légitimes sur les troubles ultérieurs et la manière d'y faire face, l'essentiel n'est pas là. C'est ce que les intéressés ont à dire, eux, sur l'expérience qu'ils ont traversée qui constitue le savoir qui compte.

Aucune limite précise de temps n'est annoncée à l'avance pour la réunion. L'animateur doit sentir le juste dosage pour la durée de cette rencontre. Mais le temps court vite et on s'aperçoit que deux heures se sont rapidement écoulées. Dans le cas d'un groupe peu productif il faut savoir réajuster la durée en écourtant.

### **L'objectif :**

" *Sortir le groupe de l'isolement traumatique et le sujet du groupe (en cas d'accident de groupe)*". L'événement a pour effet de créer un groupe souffrant de victimes ou / et de témoins. Tous ont vécu l'événement de façon exceptionnelle. Ils se sentent "*frères de douleur, d'horreur*", il y a là une "*fraternité traumatique*".

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

Le débriefing collectif permet au sujet de prendre conscience de la dynamique qui a prévalu dans le groupe, de distinguer son rôle de celui des autres.

La circulation de la parole, vérifie ce qui a été vécu en commun et se dénoue en commun. C'est en effet, en dénouant les liens qui ont soudé le groupe, que le sujet dénoue son imaginaire auquel il a été aliéné. Les liens se dénouent plus facilement en entretien individuel s'il y a de la haine entre victimes. Surtout si leur destin n'est pas à vivre à nouveau ensemble.

### Un effet, le sens :

le débriefing collectif est un temps au cours duquel la parole par ses effets de représentation prend le pas sur la dérive terrifiante de l'image et ses conséquences émotionnelles.

Le récit est rassurant en soi. Même s'il est récurrent et revient sur les mêmes aspects lors de groupes de parole qui se succèdent.

L'animateur accompagne sa progression. La parole propre permet une élaboration symbolique de l'expérience traversée, plus particulièrement lorsque que l'imaginaire du sujet a épousé celui des auteurs des violences, de prises d'otages par exemple.

Et surtout sur les "*non-ressentis*" en situation qui peuvent enfin se penser, s'exprimer, se libérer. Car le réel était irréprésentable pour le sujet c'est à dire sa propre mort. Il faut garder la force de représentation du récit et des associations d'idées sur ses repères essentiels de son histoire personnelle en quoi ils font écho ou écran. De l'avancée de la parole sortira une meilleure compréhension de ses réactions traumatiques.

Les effets sont évidents et constatables à très court terme : diminution voire disparition du stress, reconstitution du groupe mis à mal par l'irruption en son sein de la mort.

On évite que le groupe se ressoude autour du caractère le plus morbide, voire horrible de l'événement. Ici le groupe fait preuve de sa cohésion dans l'effort fait en commun pour sortir de la fascination qu'exerce la mort.

Plus hypothétique est l'effet qu'exerce le débriefing sur le trauma, l'image traumatique incrustée dans l'appareil psychique. La parole créatrice rend possible cette amorce de processus d'élaboration. Les entretiens ultérieurs devront peser dans ce sens, favoriser des représentations autour de l'image réelle.

C'est pour cette raison que ces soins post-immédiats débouchent parfois sur des soins à plus long terme, même si les sujets préfèrent s'en tenir au départ à une action courte.

### Après le débriefing :

Il y a effectivement une suite à donner. Chacun a des questions singulières à traiter dans une **rencontre individuelle**. Cette séance groupale a fait naître des interrogations; des pensées ou revenir des souvenirs par voie associative.

Les plus fragiles seront vus individuellement rapidement. D'autres à une semaine. Une deuxième séance de groupe n'apporterait rien de plus sauf parfois un **groupe de parole** s'avère nécessaire quand le groupe est en difficulté, généralement pour des raisons qui préexistent à l'événement.

Deux, trois ou quatre entretiens individuels seront nécessaires. Parfois ils se transforment en psychothérapie de quelques semaines ou mois. Ce temps d'après le débriefing est indispensable. Le bénéfice d'une séance collective peut être perdu s'il n'y a pas ce temps de reprise dans un tête à tête avec un thérapeute.

Plus tard quand le syndrome de répétition apparaîtra, ils sauront où s'adresser pour en traiter.

Jean-Pierre VOUCHE

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

*Les grandes idées à retenir  
pour une intervention post traumatique*

- ⇒ Intervenir immédiatement auprès de la victime pour une prise en charge précoce.
- ⇒ Intervenir dans le cadre d'une offre institutionnelle sans pour autant qu'il y ait demande de la victime.
- ⇒ Bénéficier d'une procédure commune, avec des particularités selon les métiers.
- ⇒ Développer une formation consensuelle et préventive. Engager des actions de prévention plurielles.
- ⇒ S'interroger sur la prescription médicamenteuse.
- ⇒ Envisager des solutions et des aménagements à la reprise d'activités, pour une réduction du prononcé d'inaptitude provisoire.
- ⇒ Observer une vigilance en matière de recrutement , mais la prévision du vécu traumatique est impossible à mesurer.

*Nous allons reprendre point par point ces idées.*

## *L'intervention immédiate auprès de la victime, une prise en charge précoce*

**La prise en compte précoce et adaptée de toute victime**, de tout traumatisé psychologique, de tout "*blesé psychique*" est un facteur important d'efficacité et de prévention contre l'installation de séquelles psychiques différées et tardives.

La victime psychique se définit comme "*une personne qui, ayant subi une agression physique ou psychique ou les deux à la fois ou tout autre préjudice, a de ce fait, présenté ensuite des altérations plus ou moins importantes de son psychisme, immédiates ou différées, transitoires ou durables*" (Médecin Général Crocq ) (2)

Les intervenants prenant en charge les divers opérateurs de la Régie victimes d'accidents, d'agressions individuelles ou collectives, sont également soumis à une tension émotionnelle intense et parfois exceptionnelle, devant adopter des comportements d'urgence adaptés et efficaces vis à vis de la situation donnée.

Nous tenons à préciser que les membres du personnel agressés, traumatisés sont bien conscients de ces vécus, et sont reconnaissants à ces hommes et femmes qui tentent de les aider. Ils ne sont pas toujours perçus comme aptes, du fait d'un manque de formation, de préparation, ou de leur état émotionnel par rapport à la situation rencontrée.

N'oublions pas qu'on leur demande non seulement une réponse technique, qui doit être rapide et opportune, un savoir et un savoir faire, mais en plus une réponse relationnelle qui met en jeu leur savoir être prenant en compte le stress de la victime, mais aussi leur propre stress, celui des collègues parfois, sans oublier l'entourage de l'agent joint par téléphone ou au moment du raccaptement.

Devant ces multitudes de contraintes, tant physiques que psychologiques, les équipes d'accompagnement lors d'incidents doivent comprendre le stress, le choc psychologique, le traumatisme et leurs effets, une formation est donc nécessaire.

Ainsi, les intervenants formés seront confrontés à une personne en souffrance. Cette souffrance n'est pas liée à une maladie, mais à des circonstances émotionnelles que l'on peut assimiler à des "blesures psychiques". Les agents de maîtrise, les cadres de proximité observeront la traduction de la souffrance psychique des victimes. Cette dernière pourra s'exprimer par la parole, par le silence, par les gestes. C'est donc plus au savoir être de l'intervenant, plus à ses qualités humaines qu'à des techniques apprises qu'il est fait appel; et même s'il est besoin de techniques, il est nécessaire d'humaniser ces gestes d'autant qu'ils se pratiquent en urgence.

L'enquête interne à la Régie RATP que nous avons menée et les échanges avec des responsables de dispositif d'autres secteurs d'activités, montrent à quel point les victimes sont sensibles à cet aspect humain, qui leur paraît essentiel. Hélas, certains en déplorent l'absence, par maladresse. Les agents agressés demandent alors la présence de spécialistes pour une communication sans brusquerie: il est urgent de prendre son temps! L'important est que tout membre d'une équipe d'accompagnement des victimes soit à l'écoute de la personne secourue. Il doit l'accompagner tout en restant lui-même. Il faut d'abord établir le contact, afin d'obtenir une certaine détente

permettant une décontraction non seulement physique, musculaire, mais aussi psychologique facilitant ainsi l'expression verbale des émotions ressenties.

2. F. Nicol-Roy, Article intitulé "Secourisme et Psychologie", extrait de Revue Pratique n°29 de juillet 1998. Fourni par un conducteur de R.E.R

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

L'intervenant doit recueillir avec compassion le premier récit libérateur (abréaction (3) ou catharsis (4) ). Il faut qu'il écoute la victime, la fasse parler, respecte ce qu'elle ne dit pas (c'est sa vérité), qu'il l'apaise et surtout ne la juge pas. Par le passé, mais aussi actuellement des agents se plaignent de jugement ou de non respect de leur vécu immédiat; demandant alors une écoute neutre, non hiérarchique et plutôt des professionnels spécialistes de l'écoute.

**La prise en charge précoce** est très importante pour les victimes qui éprouvent un réel réconfort, un effet apaisant et l'impression que l'entreprise ne les abandonne pas à leur propre sort. Car souvent l'entreprise est vécue dans sa version productive, et non sociale, ni humaine. Le désarroi de ces blessés psychiques est intense d'autant que s'ajoute quelque fois un sentiment de culpabilité, caractéristique attenante à la psychologie de toute victime. Culpabilité lorsque l'un des collègues est plus blessé que lui-même, mais aussi culpabilité en général comme si l'agent avait été puni pour une faute obscure ou comme s'il avait été désigné comme bouc émissaire pour expier une faute collective, la représentation de la victime est souvent bien plus imaginaire que réelle. L'accompagnant doit gérer le désarroi ; respecter les différentes phases du traumatisme, s'adapter au rythme de chacun, avoir une attitude appropriée et l'accompagner dans cette épreuve.

On voit là toute la difficulté du positionnement des cadres, qui ont des contraintes d'exploitation à gérer, et peuvent difficilement cumuler ces attitudes thérapeutiques et humaines.

Ainsi, l'arrivée des secours psychologiques sur le terrain peut non seulement soulager les personnels techniques, les cadres, de la prise en charge (et la prise en compte) de ces blessés psychiques. Mais aussi permettre un effet apaisant,

- d'apporter des soins psychologiques d'urgence,
- d'écouter,
- de connaître l'effet de l'abréaction précoce dans la prévention de développements psychopathologiques ultérieurs (névrose post-traumatique),
- de préparer un suivi à plus long terme s'il devient nécessaire (soit en suivi individuel, soit en constituant des groupes où la souffrance puisse s'exprimer),
- d'influer sur la gravité du devenir potentiel du traumatisme psychique sont autant d'action composant les secours psychologiques.

**Il est donc primordial de constituer une équipe cohérente et complémentaire dans ses missions pour prendre en compte tous les besoins des agents agressés**, ce peut être le rôle "*d'équipe ou de cellule d'accompagnement des victimes*" composée des divers professionnels attendus. L'entreprise devra réfléchir, à la prise en charge ou non des clients victimes, car un dispositif qui s'occuperait uniquement du personnel pourrait nuire à l'image de la régie aux yeux de sa clientèle.

Nous développerons cet aspect dans le prochain paragraphe, c'est en effet une dominante de l'enquête, avec la mise en place d'un dispositif général dans l'entreprise, et ses variantes propres liées aux contraintes des métiers ou aux lieux d'exploitation.

3. **Abréaction:** décharge émotionnelle libérant une tension produite par un événement traumatique.
4. **Catharsis:** selon Aristote, il s'agit de l'effet "purificateur" produit par la tragédie sur le spectateur. En psychothérapie, on désigne sous ce terme l'effet produit par la décharge d'affects pathogènes liés à un événement traumatique grâce à l'évocation de celui-ci.

**Jean-Pierre VOUCHE**

psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

**Notre mission : travailler la question de l'offre  
et non pas de la demande**

La particularité de l'état psychologique de la victime, conduit les spécialistes à réviser leur à priori, à savoir "*..nous attendons que la personne énonce une demande..*", sous-tendue de l'idée du libre choix de la prise de décision d'un suivi psychologique par l'intéressé. Voire d'un souci de responsabilisation de l'agent.

Or tant l'étude du cabinet Stimulus, que les éclairages reçus par le service "Paris Aides aux Victimes" (Carole Damiani) affilié à l'INAVEM, que l'Institut de victimologie (Gérard Lopez), mettent en lumière que l'agent victime n'est pas toujours en mesure d'évaluer par lui même la nécessité de ce suivi et d'être en position de demandeur. D'autant que ce n'est pas la gravité de l'incident, qui à elle seule peut déterminer cette nécessité.

En d'autres termes, l'absence de demande ne signifie pas qu'il n'y ait pas de besoins. De même, il n'y a pas de demande sans qu'il y ait d'offre.

La demande renvoie aux manques tels qu'ils sont ressentis et exprimés par la victime qui souffre de ces manques. La demande passe donc par le langage. Elle ne se constate pas en extériorité comme le besoin: "*elle est ce que nous disent les victimes*". Or toute la difficulté est ce passage par l'acte de parole, d'où par conséquent l'absence de demande. Les agents sont dans l'incapacité de l'exprimer, ce qui redonne du sens aux résultats d'autres études, où l'on constatait que les machinistes avaient du mal à participer au dispositif de l'étude, ce thème est sensible et ne peut rencontrer facilement une parole de l'agent.

Ceci nous permet de saisir un des aspects qui font que la structure d'accueil des agents agressés (composée de la médecine du travail, de la médecine de soin, du service social et du Centre de psychologie R.A.T.P), mise en place à partir de juillet 1996, n'a pas rencontré la demande en masse des agents victimes. Le souci de ces professionnels étaient légitimes et louables, mais le besoin spécifique de cette position de victime a échappé aux analyses fondatrices, ne donnant pas la juste mesure en terme d'effets par rapport à la mobilisation, aux efforts consentis par ces services.

Ainsi le Dr Jouannique de la Médecine du travail trouvait lors de nos rencontres préparatoires de l'étude, que le fonctionnement du dispositif n'était pas opérationnel. Bien qu'il y ait eu un consensus des quatre composantes du groupe de travail, l'information par la remise de plaquettes, et la cellule de veille à tour de rôle, restent des outils non opérationnels.

Les constats du Dr Jouannique portaient non seulement sur un dispositif non opérationnel, peu connu, mais aussi sur les délais trop longs de rencontre des agents agressés. Dans le cadre des convocations après l'arrêt de travail, l'agent est vu à 15 jours ou 3 semaines après l'incident. Les agents sont donc reçus tardivement, pour ceux qui ont cette chance d'être rencontrés.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

Dans notre enquête, ressort également que les agents méconnaissent en grande partie le dispositif de 1996 (5), ou ne l'utilisent pas, tout en demandant un accompagnement psychologique rapide au moment de l'agression et du traumatisme.

La clé de la compréhension de ce phénomène est livrée par les agents eux-mêmes, puisqu'ils souhaitent une systématisation de l'accompagnement psychologique avec un professionnel indépendant (n'appartenant pas à une structure centrale de la régie) qui vienne vers eux, et une liberté de choix de l'agent de continuer ou non le suivi ultérieur. Le sens de l'intervention faisant toute la différence. D'ailleurs les spécialistes en victimologie et criminologie ont adopté depuis plusieurs années cette orientation de la démarche vers la victime, du fait des constats cliniques et de la recherche. Les membres spécialisés (en criminologie et victimologie) de cette étude ont dans leur pratique quotidienne de soutien, adopté cette démarche depuis 1986, et ont pu en mesurer les effets.

Nous avons découvert le paradoxe suivant, comme le soulignait José Gonzales de la D.R.H, (constatant lui aussi que la prise en charge ne fut pas évidente), au travers de l'appréhension que les machinistes ont à se rendre au centre de psychologie R.A.T.P, entre la méfiance envers les "psy", les représentations du personnel autour de "*psy=folie*"; et les préconisations des agents dans notre enquête d'une aide psychologique. L'approche collective des agents va vers ces stéréotypes, alors que l'approche personnelle (entretien confidentiel singulier lors de notre enquête) est plus authentique puisque non soumise au jugement du groupe, des collègues, de la hiérarchie de l'entreprise.

De plus ce côté systématique permettrait une évaluation objective de l'impact de l'agression, si elle est menée par des professionnels indépendants, évitant les dérives de perception :

- par une minimisation de l'impact par l'encadrant, ou des incompréhensions réciproques sur le fait d'être en arrêt de travail (interprétations de l'encadrement, voire des collègues),
- par des attitudes opportunistes,
- par de la méfiance des agents envers des "*soignants maison*",
- par des processus de culpabilisation de l'environnement de travail.

Les agents doutent des évaluations de l'encadrement sur leurs besoins de suivi, du fait de leurs obligations de gestion, et du souci de conserver des effectifs suffisants sur ligne.

Les visites auprès de la banque B.B.L belge, le centre de victimologie, et de l'I.N.A.V.E.M. (qui suit les expériences des dispositifs mis en place sur diverses entreprises et services publics), nous confirment dans le choix d'une systématisation de l'évaluation du traumatisme, grâce au déplacement vers le personnel victime, "*d'unité ambulatoire spécialisée*", "*d'équipe d'accompagnement ou d'assistance des victimes*".

L'association pourrait prendre intérêt, et attention à une réflexion sur la dimension : de l'offre qu'elle veut développer à l'égard de son personnel, qui par ailleurs donnerait le réel sentiment que l'association se veut solidaire de ses agents.

5. Des problèmes de communication, d'information bloquée, la nature des relais, les doubles fonctions de recrutement et de prévention-soins du centre psychologique, sont autant de pistes de compréhension du manque de clarté dans le repérage du dispositif, et de sa sous utilisation.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## *Une procédure commune, avec des particularités selon les métiers*

Le traitement des agents devrait être un droit pour tous, afin de bénéficier de l'assurance d'une procédure d'accompagnement et d'intervention, quelque soit le département de l'entreprise où ils exercent, leur horaire de travail, leur spécialité. Bien évidemment la spécificité des métiers devraient permettre d'aménager, d'adapter la procédure générale.

Les diversités de prise en charge et parfois son absence varient énormément. Ceci conduit à préconiser une formalisation de l'intervention de l'équipe d'assistance dans toutes ses dimensions administratives, juridiques, psychologiques, et sociales; sans oublier l'urgence médicale qui s'impose dans les cas d'atteintes à l'intégrité physique.

Les procédures de suivi ne peuvent plus apparaître comme discriminantes, d'un service à l'autre, d'un responsable à l'autre. Le manque d'homogénéité des réponses d'un service à l'autre, les niveaux de responsabilité sont différents dans l'abord d'incidents traumatiques, sont des facteurs négatifs. Aussi la politique de l'association devrait être clairement énoncée à tous les niveaux de la hiérarchie, et soucieuse de son application.

## *De la prévention, de la formation*

Cette sensibilisation de l'entreprise à l'aspect de promotion de la santé, et du mieux vivre dans son environnement de travail est essentiel.

Le personnel et/ou les clients de nombreux secteurs d'activité sont en particulier exposés au risque d'une victimisation, notamment dans les transports, le commerce, la banque, la Poste. Les entreprises concernées doivent prévenir leur personnel des risques encourus et des moyens de les appréhender, ceci pouvant entrer dans des dispositifs de formation initiale et continue.

Mais, elles doivent aussi organiser et penser les mesures de sécurité, la surveillance des lieux de travail, pour développer une diminution du sentiment d'insécurité. La demande première du personnel, est généralement d'améliorer les conditions de sécurité des agents, par une identification des problèmes de sécurité posés, et qu'ensuite des solutions concrètes soient apportées, par une présence dissuasive entre autre. Ces conditions matérielles et humaines semblent la condition sine qua non du rétablissement d'une confiance nécessaire à l'exercice de leur fonction. Des entretiens avec des agents ont permis d'imaginer le développement de mesures conservatoires, lorsqu'un lieu devient insécuritaire, permettant de dévier de façon préventive les agressions.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

Le personnel refuse la banalisation de ces agressions, et ne veut pas les accepter comme une fatalité. Il ne veut en aucun cas s'habituer à l'occurrence d'autres incidents traumatiques, en suivant des formations de gestion du stress.

Les actions de prévention à mener par les sociétés de transport.

- Les missions de prévention sont à enrichir en direction des jeunes (les jeunes font partis des auteurs d'outrages et de violences), des structures sociales, des établissements scolaires et des quartiers (les associations, les collectifs de mères de famille) ; par les agents de médiation (Agents Locaux de Médiation Sociale, A.L.M.S), les agents d'ambiance.
- Les actions de sensibilisation, d'information au sein des établissements scolaires, le but tourne autour de l'insertion des jeunes dans la société en favorisant une meilleure connaissance de la Régie. La visite de l'entreprise, la sensibilisation aux transports en commun, sont autant de pistes pour modifier les représentations des jeunes. La Régie cherchant à offrir une autre image des transports publics, que celle développée dans les quartiers. Les informations des classes de C.M.2 à la 4<sup>ème</sup>, traitant des comportements dans le bus, le respect des machinistes, sur la fraude, le vandalisme et leurs conséquences.
- La collaboration avec le réseau des acteurs de la ville, c'est-à-dire les animateurs de quartier, les éducateurs de rue, les régies de quartier, l'objectif: faire travailler ensemble ces acteurs de la ville pour répondre le plus efficacement possible aux questions de société.
- Une réflexion pourrait être partagée, portant sur la prévention de la violence domestique, qui peut conduire à une diminution des enfants, adolescents exposés, s'identifiant à celle-ci, et par conséquent à la diminution des comportements violents "appris", donc à l'interruption du cycle transgénérationnel. Des actions partenariales de ce type sont à développer entre services publics, entreprises privées, les collectivités locales, les associations, les services médico-sociaux.

***La Formation dans ce domaine devrait tirer parti des potentiels de chaque service ou département qui proposent déjà des formations. Afin d'offrir une formation consensuelle et efficace, au regard des attentes du personnel et de l'encadrement.***

**Jean-Pierre VOUCHE**  
**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
**16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

La préparation du personnel et de l'encadrement à l'apparition des situations violentes et inciviles est à généraliser.

Le collectif "encadrement" peut avoir besoin d'une formation sur "*quel peut-être le contenu d'un accompagnement psychologique ?*", permettant à celui-ci de mieux en parler aux agents victimes. Par ailleurs, des séances de sensibilisation à la violence pour le personnel d'encadrement sont nécessaires, sur les points suivants:

- comment réagir, éviter dramatisation et minimisation,
- traiter des réponses judiciaires,
- le parcours de la victime, et son ressenti,
- l'équipe d'assistance, les rôles de chacun,
- la mise en œuvre de réseau, afin de permettre l'orientation des agents traumatisés,
- le suivi des incidents par les relais hiérarchiques,
- les retentissements psychologiques de l'incident traumatique ("*Qu'est-ce qu'un traumatisme lié à l'agression ?*").

Nous avons eu aussi la proposition de développer le stage de communication "*la communication avec les usagers*" (3 jours), en ajoutant "*les confrontations éventuelles avec des usagers particuliers*", afin de réagir de la manière la plus appropriée.

Une préconisation de mise en place de "formations à la médiation" est recommandée, en direction des agents, des agents de maîtrise, celles-ci pourraient se construire sur le modèle des formations destinées aux agents d'ambiance. C'est à dire des enseignements courts, entrecoupés de pauses de plusieurs semaines, puis suivis par des analyses de pratiques, afin de s'assurer de l'intégration des concepts dans les relations quotidiennes.

Des formations sur la gestion du stress, de la gestion des conflits sont dispensées, sont-elles centralisées ou dispersées ? Des rapprochements sur les contenus seraient bénéfiques.

La mise en place de séminaire de formation à visée préventive pourrait être envisagée concernant une sensibilisation aux problèmes des comportements face à des violences et outrages. Ces séminaires appartiendraient à la formation initiale des nouveaux agents, mais pourraient s'étendre au personnel en poste par de la formation continue.

Il pourrait être proposé aux agents de visionner des cassettes décrivant des situations diverses d'agressions et de travailler sur leur ressenti, leurs réactions. Un livret, pourrait être remis comme support de formation. Ce livret présenterait différentes situations d'agression, qui seraient analysées en trois phases : la phase d'intimidation, la phase de réaction du sujet agressé et la phase de résolution de la situation.

Ce livret donnerait quelques indications sur :

- Le respect des règles de sécurité,
- Les comportements les plus adaptés à la situation.

Les films ainsi que le livret auraient le mérite d'apporter du sens sur des situations d'agression. Le contenu viserait à déculpabiliser l'agressé et à lui proposer les réponses comportementales les mieux adaptées à la situation, ceci en faisant l'économie d'un rapport de force.

Les analyses de pratiques font parties des moyens, permettant la réflexion pour une visée de compréhension et de réaménagement des actes professionnels.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONQUES +366 48 28 69 09**

## **L'aspect médicalisation et la prescription médicamenteuse**

Des agents dans l'une de nos enquêtes, ainsi que des syndicalistes mentionnent le constat suivant :

*"...si les agents se médicalisent, c'est parce qu'ils ne trouvent pas la bonne personne avant! C'est un suivi psychologique dont nous avons besoin, à défaut il y a une médicalisation, une psychiatrisation!..".*

Les personnes entendent par ce terme de médicalisation, une prise de traitement.

Ce constat est partagé par des médecins du travail, qui précisent qu'un cas sur deux concerne le champ psychologique, et que deux tiers des agents rencontrés prennent des médicaments (antidépresseurs, psychotropes), la médicalisation et la prescription médicamenteuse conduisent dans ce cas à un prononcé d'inaptitude. Leur souhait serait d'éviter la préconisation de traitements médicamenteux, par des aménagements de poste permettant ainsi une reprise progressive de l'activité, respectant l'équilibre de l'agent.

Globalement nous rencontrons le souhait d'une moindre médicalisation de la prise en charge.

Dans la plupart des cas, le traumatisme constitutif à des violences peut être considéré comme une réaction normale contre le stress occasionné. Le suivi médical tend dans l'esprit des agents à les considérer comme malades. Les agents souhaitent parler de leur vécu, sans pour autant être considérés comme malades, et recherchent un lieu d'écoute moins marqué médicalement.

## **La recherche de solutions et d'aménagements à la reprise d'activités, pour une réduction des prononcés d'inaptitude provisoire**

### **L'inaptitude provisoire**

D'abord des chiffres:

En 1996, sur les 463 machinistes qui ont été mis en inaptitude provisoire (A.P.P.E.S, Agent Provisoirement Privé de son Emploi Statutaire) pour un effectif de 10.502 machinistes, 205 le sont pour un motif d'ordre "psychologique" soit 44% des A.P.P.E.S, mais 33 le seraient directement suite à une agression. Ce nombre de 33 ne semble pas représentatif, du fait que ce n'est pas la première agression qui déclenche une inaptitude, car des dépressions, des mal de dos consécutifs à l'agression vont provoquer plus tard une inaptitude. (Propos recueillis auprès du Médecin du travail, le Dr Jouannique, suite à une étude épidémiologique descriptive sur les machinistes-receveurs de la R.A.T.P en inaptitude provisoire en 1996, réalisée par le Service Médical du Travail).

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

Un des moyens de réduire l'inaptitude est la prise en charge précoce de l'agent, afin de prévenir ou d'atténuer les séquelles post-traumatiques.

La médecine du travail rencontre une résistance de la part de l'encadrement, et est obligée de mettre des agents en inaptitude du fait d'une non-écoute. Quand l'agent est arrêté suite à une agression, il vient voir la Médecine du Travail. Celle-ci tente avec l'encadrement de trouver des solutions, en modulant les heures de conduite, de changer l'affectation de ligne, de changer de service, hélas des chefs de ligne refusent ces propositions.

La reprise en douceur, peut demander du temps, dans la pratique quotidienne les médecins du travail ont du mal à faire passer le message. Pour la Médecine du Travail, tout ce qui peut éviter de couper l'agent de son métier est "*bon à prendre*".

En réglant ces points l'inaptitude provisoire pourrait évoluer, décroître. Bon nombre d'agents interviewés étant demandeurs de cette réduction de l'inaptitude provisoire.

Le C.H.S.C.T confirme la pertinence de l'étude épidémiologique de la Médecine du Travail, sur le sentiment d'insécurité quasi constant pour l'ensemble des machinistes.

La moyenne d'âge générale de la population des machinistes inaptes provisoires, est de 38,9 ans.

L'inaptitude est prononcée de plus en plus tôt, l'étude de l'ancienneté des A.P.P.E.S montre deux périodes critiques, l'une autour des 5-7 ans d'ancienneté au poste, l'autre autour des 14-15 ans. Cette première période critique de l'évolution de l'état de santé des machinistes, et de son retentissement sur la vie professionnelle est questionnante. D'autant que les critères de recrutement du personnel sont exigeants.

Le réseau de Bordeaux prévoit pour les agents victimes, des aménagements de postes de travail, travail à temps partiel, affectation sur une ligne plus proche du domicile, service du matin ou du soir, aménagement des pauses plus équilibrées. Certes, cela oblige l'exploitation de la ligne à revoir dans son ensemble son organisation, par un réexamen des roulements, et le découpage de la ligne. En terme d'organisation c'est du "sur mesure" que réalisent les responsables d'exploitation de Bordeaux, pour maintenir les conducteurs en poste. Nous observons une volonté forte de l'entreprise, pour soutenir ces agents après des incidents dommageables en terme de santé. A la Régie toutes les solutions sont-elles en permanence envisagées, en concertation avec l'intéressé ?

### **Une vigilance au recrutement, une impossibilité de mesure de prévision du vécu traumatique**

Critères professionnels et psychologiques de recrutement: pour ce qui est des critères psychologiques, la capacité à évaluer une situation critique, le sang froid, la mesure et le discernement, sont bien évidemment retenus.

Les critères les plus importants en dehors des capacités intellectuelles à la compréhension des situations, sont le contrôle des émotions et la sociabilité du fait de la vie collective et des temps de rencontres avec le public.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

Les critères sont :

- résistance au stress,
- capacité à gérer les conflits.

Les personnes qui résistent le mieux au stress quotidien sont généralement les plus aptes à contrôler leurs émotions. Par contre nous ne pouvons pas prédire sur le champ du traumatisme, par un quelconque critère le type de réaction traumatique de tel ou tel individu.

Une vigilance en matière de recrutement des agents de sécurité, est apparue dans le souci des agents rencontrés. Une information doit avoir lieu lors du recrutement sur les contraintes du métier.

Des garanties sont à prendre en matière de recrutement, de formation et de contrôle des capacités pour les agents de sécurité.

La prévention des incidents réactifs entre agents et usagers doit déjà exister au moment de l'embauche, ne pas former des personnes qui ne pourront pas évoluer (personnalités rigides).

L'actualité sociale va développer des réactions d'inquiétude chez les nouveaux candidats à l'embauche, qu'il faudra prendre en compte et gérer au sein de l'association.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

**PÔLE PREVENTION/PSYCHOLOGIE CLINIQUE**  
**Présentation pour les personnels et la direction**

**Jean-Pierre VOUCHE**  
**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
**16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>LA LÉGITIMITÉ ET LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>LE "RISQUE" .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>LA PRÉVENTION .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>PRÉVENTION ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>RELATIONS AVEC L'ENCADREMENT ET LES GROUPES PROFESSIONNELS</b> <b>.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>AIDE AU MANAGEMENT DE PROXIMITÉ .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>A PROPOS DES EQUIPES TECHNIQUES DE PRÉVENTION (E.T.P.) .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>INTERVENTION SUR LES GROUPES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>DU COLLECTIF À L'INDIVIDUEL .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>ASSITANCE PSYCHOLOGIQUE DES AGENTS .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>POUR UN ACCOMPAGNEMENT POST-TRAUMATIQUE .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>A LA DEMANDE DE LA D.R.H. ....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>GESTION DE L'INAPTITUDE .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>DEMANDES MÉDICALES .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>GESTION DES INAPTITUDES .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>.....</b>	

## **INTRODUCTION**

Les interventions du Pôle Prévention/Psychologie Clinique ont pour objet de réintroduire la dimension humaine en favorisant l'élaboration intra et inter individuelles en tenant compte, le cas échéant, des organisations du travail mises en place.

Le Pôle Prévention/Psychologie Clinique offre une aide spécifique et efficace à l'entreprise par la connaissance qu'il a de ses métiers et de sa culture.

Afin de préciser l'objectif et les actions de ce pôle, il faut dans un premier temps, définir la prévention et ses enjeux, puis, dans un deuxième temps, décrire l'apport spécifique de la Psychologie Clinique en matière de prévention pour, enfin, décliner les différents axes d'intervention retenus.

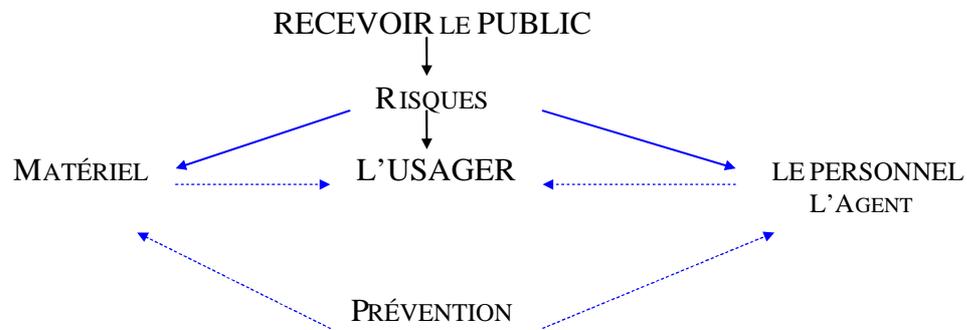
**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **LA LÉGITIMITÉ ET LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION**

Le transport de voyageurs, mission principale de l'entreprise, est susceptible en lui-même de générer des risques objectifs tant matériels qu'humains.



Partant de ce constat et, afin de réduire à son minimum ce principe de cause-effet inhérent à son activité, l'association met en oeuvre différentes actions à visée préventive.

Que ce soit au travers d'actions concernant le matériel ou s'adressant à l'agent, le bénéficiaire potentiel des conséquences de ces démarches est, en tout état de cause, l'utilisateur. Aussi l'enjeu de la prévention tend vers l'assurance d'un confort matériel, sécuritaire et relationnel. Par ailleurs, elle contribue à la dynamique sociale de l'association et à son image.

Avant d'aborder la spécificité propre à la psychologie clinique en matière de prévention, nous allons présenter notre lecture du risque.

### **Le "risque"**

Le risque touche tant le matériel, le corporel que le psychique.

Il peut entraîner de l'accidentel et revêtir un caractère soudain et subit ou bien s'organiser de façon plus insidieuse au gré du vécu professionnel et personnel.

Sur le plan psychologique, on peut considérer le risque autant dans une interaction agent-machine que dans une interaction agent-voyageur et observer un dysfonctionnement par des états de décompensation psychologique de l'individu.

A titre d'exemple, citons les cas suivants :

Un Conducteur, après avoir heurté un voyageur sur le quai (celui-ci se baissait pour prendre sa valise), a développé une dépression réactionnelle. Il s'est trouvé dans l'incapacité d'assurer son emploi. Il est aujourd'hui privé définitivement de son emploi statutaire (APDES).

Un agent, par suite "d'agressions" répétées, ne supporte plus son métier et fait une demande de mobilité. Son état psychologique est tel (agressivité, sentiment de persécution, propos généralisants) qu'il ne peut autoriser une ré-orientation et entraîne un avis psychologique défavorable. L'agent est toujours dans son emploi, mais à quel prix et pour combien de temps ?

**Jean-Pierre VOUCHE**

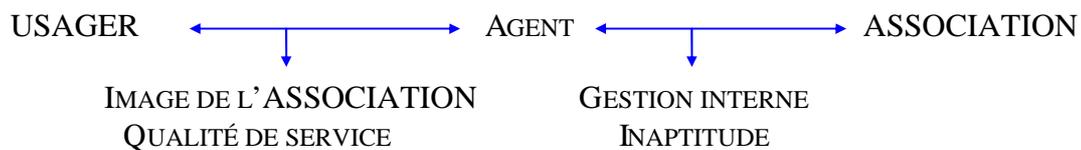
**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

Un agent après un accident matériel important (collision du véhicule de service avec un poids-lourd), a présenté des symptômes post-traumatiques : refus de reprendre son emploi, anxiété généralisée, cauchemars, etc. Cet agent a suivi une thérapie et, après un temps d'inaptitude provisoire, a pu reprendre son emploi statutaire.

Comme ces exemples tentent de l'illustrer, les conséquences de telles situations intéressent :  
le sujet dans sa capacité à exercer son métier,  
l'association dans sa gestion interne en terme d'effectif (inaptitude, reclassement, ...),  
l'usager dans l'image qu'il perçoit de l'association et le vécu qu'il a notamment de son interaction avec l'agent.



Ainsi est touchée la mission même de l'association.

En effet, c'est en dehors du confort matériel que l'image de l'association peut être remise en cause, à travers la qualité de service de ses agents et, plus précisément, dans leur relation à l'usager.

## **La prévention**

Pour l'association, la prévention repose sur deux pôles : celui relatif au matériel et celui relatif à l'agent.

L'action sur le matériel :

cet axe est du domaine de la maintenance et de la technologie. Il n'entre pas dans le cadre de notre réflexion et sort de notre domaine de compétences.

L'action sur l'agent :

parce qu'il concerne l'humain et l'individu, cet axe intéresse de nombreux acteurs qui interviennent, dans le domaine de compétences qui est le leur, à des moments précis et distincts : l'encadrement de proximité, le responsable ressources humaines, le préventeur des CHSCT, le médecin du travail, le psychologue clinicien, l'assistant de service social, l'ergonome, le recruteur, le conseiller en orientation professionnelle.

Les niveaux de prévention et d'intervention à finalité préventive sont individuel et collectif.

Le niveau individuel se décline de deux façons :

le niveau individuel extrinsèque qui renvoie à l'accidentel, à l'agression, au suicide, à l'attentat, ...

C'est l'espace du traumatique à traiter dans son immédiateté.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

le niveau individuel intrinsèque où il s'agit d'un malaise, d'une souffrance, de la présence de comportements, de sentiments gênants voire inadaptés que le sujet voudrait éviter de répéter et voir s'arrêter, d'un dysfonctionnement dans l'exercice du métier et ce, sans que les causes en soient identifiées précisément.

L'expression de cette souffrance, à ce niveau, peut être explicite et se formuler au travers d'une demande de manière claire ou confuse par la personne ou bien, elle demeure implicite pour l'individu et n'est repérable, lisible par autrui que par la présence d'indicateurs symptomatiques.

Le niveau collectif renvoie, quant à lui, à des interrogations partagées par un groupe professionnel de pairs confronté à une même réalité embarrassante, angoissante et questionnante.

Les actions de prévention du Pôle Prévention/Psychologie Clinique visent, de façon plus générale, à limiter les risques de désadaptations socioprofessionnelles et d'inaptitudes à l'emploi statutaire en s'appuyant sur l'apport de la Psychologie Clinique dans ce domaine.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **PRÉVENTION ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

Nous pourrions donner une appellation générique concernant l'objet de notre travail à savoir la "souffrance au travail" et ce, qu'elle soit singulière ou collective.

La "souffrance au travail" occupe une place prépondérante dans nos préoccupations, notre réflexion, notre recherche : souffrance des opérateurs aux prises avec un social perturbant, souffrance des encadrants confrontés à des singularités qu'ils ont à gérer dans le quotidien en tenant compte des logiques économique, technique et humaine, bref, tout cet état de souffrance qui n'est pas sans générer de conséquences sur les plans économique, technique et humain.

Notre intérêt se porte donc sur les processus psychiques mobilisés à partir du "travail", générateurs ou consécutifs d'une source de plaisir, de souffrance voire de décompensation.

Notre objet est la subjectivité individuelle et collective et sa mobilisation dans le champ du travail.

Notre approche se particularise sur le plan clinique et théorique.

Sur le plan clinique, elle se différencie des autres (approche économique, technique, sociologique...) en ce sens qu'elle aborde le sujet et le collectif non seulement dans l'exercice de son activité professionnelle mais également dans les différents scénarii qu'il a à jouer dans sa vie au travail.

Le rôle du clinicien est d'être à l'écoute de cette subjectivité, de lui redonner sa place et d'inviter les sujets concernés à la prendre en compte dans leur vécu.

Il s'agit de permettre au sujet et au collectif de retrouver une place d'acteur dans son métier et d'y apporter, de par sa sécurité intérieure, une sécurité extérieure.

Le but est de redonner la disponibilité psychologique nécessaire pour répondre aux exigences du métier ce, dans un cadre spécifique qui relève de la clinique, du colloque singulier au sein duquel est approchée la subjectivité par la mise en lumière de ce qui est caché, voire honteux et culpabilisant.

Cet objectif s'inscrit soit dans le cadre d'un soutien aux équipes d'encadrants, soit par un accompagnement individualisé, soit dans le cadre d'une approche des organisations de travail.

A l'occasion d'un espace de parole, il s'agit d'offrir, aux différents partenaires institutionnels, une aide à la prise de conscience dans ce qu'ils ont à affronter dans leur vécu professionnel, et ceci, plus particulièrement, dans leur implication subjective face à la réalité du terrain.

Ce temps de parole, qu'il soit individuel ou collectif, permet d'échapper à une "sidération paralysante" et favorise, pour l'individu ou le collectif, un repositionnement en tant que sujet. Les questions, les impasses, les contradictions sont autant d'aspects auxquels le clinicien apporte une écoute attentive. Dans ce travail, où la loi apporte sa dimension structurante, il s'efforce de faciliter, pour chacun des partenaires, une élaboration évolutive et constructive.

Enfin, quelles que soient nos actions, celles-ci sont sous-tendues par des référents théoriques précis. A ces référents viennent s'ajouter une dimension de recherche, d'exploration visant à (re)construire, approfondir le cadre conceptuel originaire.

Clinique, théorie, recherche, tels sont les trois axes qui pourraient les différentes interventions dans l'association.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **RELATIONS AVEC L'ENCADREMENT ET LES GROUPES PROFESSIONNELS**

### **Aide au management de proximité**

L'évolution du contenu des métiers, les changements de comportements sociaux, la modification des modes relationnels sont autant d'éléments qui viennent bousculer des repères auxquels il avait déjà fallu s'adapter et qu'il convient aujourd'hui de réaménager.

Aussi, l'aide au management de proximité vient en réponse au questionnement des encadrants, à leur difficulté à agir, à penser, par manque d'informations, de savoir-faire lorsque confrontés à une réalité qui les déconcerte, les bouleverse, les déstabilise.

Les responsables de terrain sont les premiers témoins des signes de mal-être d'un agent.

Ce qui est observé produit de la gêne, de la perplexité, de l'inquiétude, un sentiment d'impuissance, une défaillance embarrassante.

Captif du mal-être de l'autre, l'encadrant est bousculé dans sa subjectivité, ce qui n'est pas sans entraîner des comportements invalidants dans le mode relationnel pouvant avoir des conséquences pour le sujet qu'il s'agit de manager.

Parce que l'encadrant est pris dans sa subjectivité, il a à faire avec sa propre problématique. Le recul nécessaire, la prise de distance désaffectivée a minima fait défaut et parfois, malgré des velléités bienveillantes, le sujet se trouve malmené psychiquement par maladresse, par ignorance, ...

Cet état de fait est encore plus aigu lorsqu'il s'agit d'accueillir l'agent qui vient d'être agressé. Accuser réception de son vécu traumatique, dans un contexte brutal plus ou moins terrifiant, n'est pas chose aisée.

C'est à l'occasion des rencontres avec les encadrants que ces constats ont pu être dits et entendus. En réponse à ces préoccupations, notre approche, inscrite directement dans ce que nous pourrions qualifier d'aide clinique de l'entourage, a pour objet d'aider celui-ci à poser un regard autre et évolutif autant sur le sujet concerné que sur lui-même.

L'aide aux encadrants se construit au gré des demandes. Aussi prend-elle une forme originale, différente et spécifique en fonction des priorités que chaque unité opérationnelle met en avant, pour elle, compte-tenu des problèmes qu'elle souhaite résoudre.

Ici ou là, des Equipes Techniques de Prévention s'organisent. Ailleurs, ce sont des sessions de sensibilisations qui sont proposées ou bien encore une approche de type psychodynamique du travail qui est mise en place.

### **A propos des Equipes Techniques de Prévention (E.T.P.)**

Les Equipes Techniques de Prévention rassemblent différents acteurs impliqués dans la vie au travail des agents : Directeur de Centre, Responsable Ressources Humaines, Responsable Prévention/Sécurité, Responsable d'Equipe de Ligne, Assistant du service Social, Médecin du Travail, Psychologue Clinicien. A l'occasion de réunions trimestrielles, il s'agit d'évoquer le

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

cas d'agents en difficulté (sous réserve de leur accord de principe). Au delà des préconisations, des orientations retenues compte-tenu de sa situation particulière, notre participation à ces réunions contribuent à donner aux encadrants un éclairage psychologique pour, par exemple, débloquer une situation avec l'un de leurs agents.

Pris dans une impasse relationnelle où les modes comportementaux se répètent et produisent de l'inquiétude les réunions permettent aux différents acteurs de mettre en mots, d'échanger entre pairs, de donner du sens et d'envisager des actions dans une perspective de changement.

### **Intervention sur les groupes professionnels**

L'approche psychodynamique du travail s'intéresse aux collectifs, aux organisations et aux processus psychiques mobilisés dans le travail.

Cette approche se caractérise par une prise en compte du métier, de sa place dans l'organisation et des incidences sur les psychologies individuelles et collectives.

L'objectif est de proposer un cadre d'écoute à partir du discours des intéressés, de repérer les modes d'adaptation et de désadaptation, les stratégies de défenses nécessaires pour faire face au réel du métier, à ses contraintes, ce, afin de donner du sens aux actes professionnels (prise de risque, non-respect des règles, comportements transgressifs, etc.), et d'en proposer une analyse adressée à un collectif de pairs.

Par cette démarche, le collectif en prenant conscience des stratégies défensives mises en place modifie les comportements professionnels enkystés et peut intervenir en interne sur l'organisation du travail.

### **Du collectif à l'individuel**

Aujourd'hui, il existe, de la part des encadrants, une demande forte de passer le relais aux psychologues et, en particulier, à des psychologues de l'entreprise, parce qu'inscrits dans un même univers, une même culture.

Face à des agents confrontés à des difficultés temporaires provoquant des répercussions dans l'exercice du métier, l'encadrement de proximité, nous l'avons dit, se sent parfois démuné. Il exprime son impuissance en termes de "nous ne sommes pas des professionnels, nous ne savons pas quoi faire" alors qu'il perçoit nettement des signaux de détresse. Son objectif est alors de trouver quoi conseiller, vers qui se tourner.

Auparavant, les encadrants étaient réticents par rapport au fait qu'un agent puisse s'exprimer "Ailleurs", comme si cet "Ailleurs", qui leur échappait, était suspect, comme s'il était susceptible de les remettre en cause en venant s'instituer en juge de leurs actes.

La création des E.T.P., dans les lieux de l'association qui les ont constituées, les rencontres avec les responsables de terrain ont permis de le démystifier.

Aussi, cet "Ailleurs" réhabilité, à condition que le cadre, la déontologie au service de l'éthique soient clairs et respectés, devient acceptable, utile voire nécessaire.

Dans ce cas, le psychologue peut prendre le relais là où l'encadrant sent qu'il ne peut ou ne sait plus faire, là où l'encadrant est, à son tour, confronté à sa propre subjectivité, pris dans ses

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

propres résonances, là où l'encadrant demande une aide. Le psychologue le décharge alors du poids de l'angoisse venue l'envahir dont, seul, il ne sait se déprendre.

**Jean-Pierre VOUCHE**  
**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant**  
**16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **ASSITANCE PSYCHOLOGIQUE DES AGENTS**

Les agents sont reçus suite au conseil de la médecine du travail, de la médecine de soins, de l'encadrement ou suite aux réunions des E.T.P.

Cet accompagnement s'adresse aux agents présentant des troubles psychologiques divers (anxiété, dépression réactionnelle, post trauma, ...) dont les incidences s'inscrivent dans le cadre professionnel : diminution de la qualité de service, désadaptation, souffrance pouvant entraîner une inaptitude à l'emploi statutaire.

Il est proposé une aide psychologique ponctuelle qui a pour objectif de favoriser une élaboration individuelle face à une souffrance existentielle dont les répercussions dans le champ professionnel sont patentées.

### **Pour un accompagnement post-traumatique**

**Cet accompagnement est réservé à des sujets victimes d'agressions physiques ou verbales, d'accidents ayant déclenché, dans un délai variable, des troubles relevant du post trauma.**

**Il faut distinguer deux moments particuliers. Le premier fait suite à l'agression et se place dans un temps relativement court : il a une fonction préventive. Le second concerne les sujets qui développent des symptômes relevant du syndrome post-traumatique.**

**Un protocole de prise en charge propre à ce type de trouble est mis en place, l'objectif étant de favoriser une mise en mots de l'événement subi et une réappropriation de cet événement dans son histoire singulière.**

### **A la demande de la D.R.H.**

**L'accompagnement psychologique a pour objet d'aider un sujet souffrant à traverser une période difficile. Il favorise la prise de conscience des origines situationnelles du trouble ainsi que les perceptions et émotions qui y sont associées.**

**L'accent est donc mis sur le discours du sujet comme vecteur du savoir qu'il possède sur la situation et sur lui-même**

**Ce travail a pour fonction de favoriser une démarche réflexive où l'espace de parole, le questionnement qui se fait jour dans la relation et l'utilisation de techniques appropriées, mobilisent les fonctions d'analyse, de compréhension dans une meilleure connaissance de soi.**

**Cette démarche a pour finalité d'aider le sujet à se dégager d'une subjectivité paralysante et invalidante. Elle peut se suffire à elle-même ou bien contribuer à une maturation pour une démarche extérieure.**

**L'agent agressé, libéré de ses affects d'angoisse, surmontant ainsi le traumatisme subi,**

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**le sujet affaibli par des épreuves ponctuelles, arrivant à s'en désaliéner, réussissant alors à les traverser plutôt que d'y rester figé, statufié sous l'emprise du choc, de la douleur éprouvée, tous, par l'espace de parole qui leur est proposé, peuvent réaliser ce travail d'élaboration nécessaire à la reprise en main de leur parcours.**

## **GESTION DE L'INAPTITUDE**

### **Demandes Médicales**

A la demande du médecin du travail, il s'agit de réaliser un examen clinique, à visée diagnostique et pronostique afin de cerner le fonctionnement psychologique de l'agent et ses modes d'adaptation au milieu professionnel.

Le bilan se compose d'un entretien clinique.

Il donne lieu à un compte rendu écrit directement adressé au médecin demandeur. Il est proposé une analyse dynamique du sujet : ses modes de défenses, son mode relationnel, sa problématique, sa structure. Il est proposé des hypothèses diagnostiques ainsi qu'un avis sur ses modes d'adaptation professionnelle.

### **Gestion des Inaptitudes**

Dans le cadre de la gestion d'agents potentiellement inaptes, le pôle assure l'examen clinique des sujets en situation d'inaptitude définitive ou sur le point de l'être et posant des problèmes de reclassement.

Par ailleurs, il participe aux pré-commissions et commissions de reclassement.

### **Le devenir de la victime, les recommandations en terme de motivation après incident**

- Savoir renforcer positivement l'agent pour augmenter sa confiance en lui-même, l'épauler.
- Accorder de l'estime, plus en profondeur que le renforcement, la reconnaissance.
- Faire preuve d'équité  
Equité ne signifie pas égalitarisme en tout. Etre constructif et équitable en cas de défaillance:
  - analyser le problème
  - accorder le droit à l'erreur dans des cas de terreur, de sidération devant le stress
  - tirer des enseignements positifs
  - établir un plan d'action en concertation avec l'agent et l'équipe.
- Communiquer l'information.
- Traiter les griefs, afin d'éviter l'effet cumulatif des frustrations.
- Apprécier ses collaborateurs, pour éviter le sentiment d'abandon.
- Enrichir l'intérêt de l'agent traumatisé de retourner au travail :
  - varier les tâches
  - leur donner une signification
  - tenter des expériences
  - confier des missions de changement, faisant appel à la créativité et à l'expérience de terrain.

Un rappel mnémotechnique :

**V**ariété  
**A**utonomie, confiance  
**R**esponsabilités  
**I**nformations  
**F**eed-back.

- Faire que les membres du personnel puissent constater la clarté de leur rôle, leur utilité, leur importance personnelle.

Les changements de service entre agents pourraient être autorisés, sous réserve du respect des normes liées aux conditions de travail.

Par ailleurs, des dérogations pourraient être accordées par l'encadrement, notamment lorsque le machiniste ou conducteur éprouve un sentiment d'insécurité ou lorsqu'il est "*à bout de nerfs*", proposer, après dialogue avec l'intéressé, pour une durée inférieure à un mois, d'être affecté sur une ligne en particulier ou bien d'être en service coupé.

L'Alternative Courte à la Conduite (A.C.C) peut être également retenue comme solution.

C'est un outil ponctuel conçu comme une "*bouffée d'oxygène*", dont le premier est de retirer, à sa demande, le machiniste, le conducteur, l'agent de son métier.

Le deuxième objectif revêt un caractère pédagogique dans la mesure où, durant cette période, le conducteur va découvrir un autre métier qu'il aura choisi dans l'entreprise.

De cette façon, la communication et les relations entre les différents partenaires de l'entreprise devraient s'en trouver améliorées.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

## **Entraîner – Epauler**

Le mode de management "*Entraîner*" convient lorsque la déception s'installe chez des agents, soit que la mission apparaisse plus dure depuis l'agression, soit que les témoignages de reconnaissance semblent insuffisants aux yeux des agents, soit que le collaborateur se mette à douter de sa capacité à maîtriser les situations sensibles qu'il a à rencontrer dans son poste.

Le mode "*Epauler*" convient pour des agents expérimentés, mais qui ont besoin qu'on les écoute au plan affectif, qu'on les soutienne, qu'on les encourage et qu'on leur montre qu'ils sont appréciés.

L'art du cadre de proximité consistera à savoir diagnostiquer de quel "mode" d'encadrement un agent déterminé a besoin, dans des circonstances d'incident et de retour en activités post-traumatiques.

La tâche des cadres est dure dans cet art de l'accompagnement ; le cadre, l'agent de maîtrise devront user de tous les moyens dont nous avons parlé précédemment, pour renouer les fils fragiles d'une motivation momentanément défailante ou d'une confiance en soi plus ou moins perturbée. Pour ceux qui y réussissent, que nous avons rencontré en enquête, on observe une confiance et une proximité des agents avec leur encadrement. L'encadrement doit écouter, comprendre la difficulté et tenter d'y répondre, apporter le support et l'encouragement nécessaire, apaiser les angoisses. C'est un investissement en temps, payé de retour. Si l'encadrement se sent seul, on peut imaginer un dispositif de renforcement de cette fonction par un intervenant spécialisé dans ce genre de situations (consultant spécialisé dans l'accompagnement individuel et d'équipes). Le cadre de proximité ayant parfois lui aussi besoin d'être épaulé vu les personnalités, les "savoir-être" quant à la motivation, en "situation critique" elle amène cadres et collaborateurs à concentrer leur énergie sur le seul objectif prégnant dans des situations graves : survivre en équipe, comme sur le plan personnel.

Recommandations évidentes :

la manière d'informer et d'annoncer les changements, est à peaufiner, le style approprié des managers fera tomber les doutes habituels sur les intentions : les messages clairs, lucides, courageux et d'espérance sont propres à entraîner, structurer.

## **La Satisfaction**

La satisfaction fait référence aux sentiments éprouvés par l'agent dans une situation concrète de travail, c'est un indicateur de motivation.

L'absence de satisfaction au travail, tient au manque d'un certain nombre de facteurs source de satisfaction.

La motivation constitue plutôt un processus mettant en jeu des éléments répondant à des logiques différentes :

- l'agent lui-même,
- l'autre, collègue, cadre,
- l'équipe dans laquelle il est inséré,
- l'organisation (cadre institutionnel et culturel de la RATP).

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

Quels sont les besoins des agents, les contenus de leur motivation ?

- Besoin de sécurité (stabilité dans leur cadre de travail).
- Besoin d'appartenance (solidarité, identification.).

Ces besoins satisfaits, laissent la place à des :

- Besoins d'estime (amour propre individuel, prestige social).
- Besoin de réalisation de soi-même (développer son potentiel dans les tâches quotidiennes).

Les machinistes, les conducteurs cherchent à réaliser deux aspirations différentes dans leur travail : d'une part échapper aux désagréments de leur environnement de travail, d'autre part trouver dans le contenu même de leur mission la possibilité de développer au mieux leurs capacités.

Les facteurs de mécontentement et d'insatisfaction concernent essentiellement l'environnement de travail. Il s'agit de tout ce qui à trait :

- aux conditions de travail, incivilités, agressions, stress,
- à la politique de l'entreprise, mode de communication, organisation du travail.
- aux relations avec l'encadrement.
- aux relations entre collègues.

Les attentes de satisfaction portent sur

- la reconnaissance accordée par les supérieurs hiérarchiques ou par l'entreprise après un incident (surtout si l'agent estime avoir sauvé l'outil de travail, le bus par exemple et garanti la sécurité de tous).
- l'intérêt du travail proprement dit (en conséquence une inaptitude provisoire au poste peut mécontenter les agents, perte d'intérêt au travail).
- la possibilité d'avoir des responsabilités (la crainte d'un agent agressé porte sur l'arrêt du développement de sa carrière et qu'on lui confie des tâches inintéressantes, sans responsabilité).
- l'obtention d'avancement.

Les agents insatisfaits vont obérer leur motivation et se polariser sur des revendications individuelles ou collectives, au détriment d'une polarisation sur les tâches à accomplir.

L'inaptitude provisoire touche à la réalisation de soi-même et ne fait plus avancer l'agent.

Dans les situations d'atteintes à l'intégrité physique et psychologique, la politique de l'entreprise par le canal de l'encadrement et de spécialistes serait de valoriser l'image de ses agents. D'autant qu'à l'ordinaire cette image semble socialement déconsidérée en conséquence, ne pas aggraver le négatif par des maladresses d'attitudes. Si le travail devient inintéressant plus les facteurs d'environnement seront importants (comment enrichir les tâches).

Soulignons que si l'équilibre psychique intérieur est atteint, la motivation intérieure décroît, car ce foyer d'énergie psychique n'est plus entretenu, et ne fait plus avancer l'agent contre "vents et marées".

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

L'encadrement doit déterminer alors les leviers d'action qu'il peut utiliser pour revenir à un comportement de l'agent plus motivé.

**Le renforcement** : un agent qui reçoit les effets d'un comportement opérant de l'encadrement, tendra à reprendre pied s'il bénéficie de conséquences positives après un incident. Tout comportement d'un cadre suscitant une conséquence positive tendra à renforcer l'agent ou au contraire à s'arrêter (si conséquence négative), ou enfin à s'éteindre (en cas d'indifférence). Le renforcement peut prendre la forme d'une reconnaissance symbolique.

### **Formations de l'encadrement**

Buts : - renforcer les acquis  
- accompagner le changement en l'intégrant à sa démarche personnelle  
- progresser sur les axes d'intelligences multiples.

- Développer l'intelligence logique :

A la capacité d'analyse pure, ajouter la capacité de visualisation, se faire une image mentale des résultats de son action au moment de l'aide aux victimes. Que le cadre voit, entend, ressent, les émotions des agents au moment ou l'incident à lieu.

- Aider à garder l'esprit libre dans les pires troubles, donc ne pas se laisser submerger lorsque les événements se précipitent.

L'exploration intérieure permet de mieux connaître ses réactions, ses émotions, de les reconnaître quand elles se produisent et de les utiliser au lieu d'en être gêné.

- Intégrer les données de l'expérience traumatique, la sienne et celles des autres. L'intelligence de la sagesse afin de comprendre les raisons qui poussent l'homme à agir dans telle ou telle direction ; c'est une attitude qui permet au cadre l'apparition de la réelle sympathie, de la compassion, par une communication en profondeur avec l'agent surpris par l'événement.

- Renforcer l'intelligence d'équipe, indispensable à la protection de soi pour conjuguer les efforts et partager la solidarité d'une réaction collective pensée (procédure prévoyant l'accompagnement individuel par une communauté de moyens humains, "*travailler pour et avec les autres*").

### **L'amélioration du collectif de travail**

Un premier aspect est le volet préventif, au niveau collectif. Le constat d'incidents liés aux attitudes mal vécues par des usagers, lors d'un passage d'un collègue précédent avec son bus, doit inciter chacun au respect d'un code de bonne conduite :

*"...on paie pour le collègue précédent, qui ne s'est pas arrêté..."*

Le respect ou non de ce code peut changer le climat de confiance, et d'insécurité. A équipe solidaire et conforme au respect du code de bonne conduite, doit correspondre une baisse des incidents réactifs, et le sentiment d'une équipe forte, régit par une bonne entente.

Machinistes et médecin du travail, ainsi que R.R.H pointent cet aspect.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

Le dispositif lyonnais prévoit de faire rentrer les machinistes afin de commenter l'incident. La ligne ressortirait plus rapidement que si le débrayage restait à son initiative.

Le dispositif de cellule de crise stéphanois est une proposition intéressante, une réunion avec les représentants syndicaux et le C.H.S.C.T dans l'heure qui suit le moindre incident coupe court à la rumeur sur les réseaux.

**Jean-Pierre VOUCHE**

**psychothérapeute, directeur clinique, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16, rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.(0)1.45.26.21.77 et 00.33.(0)6.18.44.37.07**

**ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09**